

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra Výchovy ke zdraví

Kvalita života seniorů v Domově pro seniory Hvízdal

Bakalářská práce

Autor: Martina Hájková

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 Senior Life at Seniors Houses Hvízdal
Bachelor Thesis

Author: Martina Hájková

Study of Programme: Specialization in Education

Field of study: Health Education

Supervisor: Mgr. Petra Vojtová, Ph.D.

České Budějovice, April 2011

Jméno a příjmení autora: Martina Hájková

Název bakalářské práce: Kvalita života seniorů v Domově pro seniory Hvízdal

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:

Bakalářská práce Kvalita života seniorů v Domově pro seniory Hvízdal se v teoretické části zabývá především definováním pojmů stáří, stárnutí. Vymezuje kalendářní, biologické, sociální a psychické stáří a informuje o některých teoriích stárnutí. V další kapitole se věnuje pojmu kvalita života a zejména pak kvalita života seniorů a podpora zdraví ve stáří. Ve výzkumné části jsem si kladla za cíl zhodnotit kvalitu života seniorů v Domově pro seniory Hvízdal. Výzkum práce byl realizován dotazníkovým šetřením pomocí dotazníků WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD. Po srovnání mých výsledků s populační normou jsem došla k závěru, že zkoumaní senioři se k této populační normě velice přibližují, tudíž je jejich kvalita života průměrná.

Klíčová slova: stáří, stárnutí, kvalita života, WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD.

Name and surname: Martina Hájková

Title of Bachelor Thesis: The Quality of Senior Life at Seniors Houses Hvízdal

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

Supervisor: Mgr. Petra Vojtová, Ph.D.

Year of Presenatiton: 2011

Abstract:

The thesis The Quality of the senior's life in the home of seniors Hvízdal deals with the definition of the concept „old age“ and „ageing process“ in its theoretical part. It describes calendar , biological, social and mental age and it informs about some theories of the ageing process. It also deals with the concept of the life's quality and especially the life's quality of the seniors and the health support in the old age. My aim in the exploratory part of my thesis is to appraise the senior life's quality in the home of seniors Hvízdal. The research work was made by the questionnaire investigation with the help of the questionnaires WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD. After the confrontation of the results with the populaion standard I found out that the investigated seniors are getting near towards this population standard which means that the quality of their lifes is average.

Keywords: the old age, the ageing process, the life's quality, WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci „Kvalita života seniorů v Domově pro seniory Hvízdal“ vypracovala samostatně pod odborným vedením Mgr. Petry Vojtové, Ph.D., 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 diplomové 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, dne

.....

Martina Hájková

Poděkování

Děkuji Mgr. Petře Vojtové, Ph.D. za její odborné vedení, ochotu a cenné rady při psaní této bakalářské práce. Dále děkuji za ochotu a spolupráci seniorům z Domova pro seniory Hvízdal.

Obsah

1. ÚVOD	9
2. TEORETICKÁ ČÁST	11
2.1 Definice stáří	11
2.1.1 Kalendářní stáří.....	11
2.1.2 Biologické stáří.....	12
2.1.3 Sociální stáří	13
2.1.4 Psychické stáří	14
2.2 Stárnutí jako proces	14
2.2.1 Teorie stárnutí.....	15
2.2.2 Biologické aspekty stárnutí	16
2.2.3 Psychické aspekty stárnutí.....	19
2.2.4 Sociální aspekty stárnutí.....	23
2.3 Kvalita života	25
2.3.1 Definice pojmu kvalita života.....	25
2.3.2 Pojetí kvality života.....	27
2.3.3 Přístupy ke zkoumání kvality života.....	28
2.3.4 Metody měření kvality života	31
2.3.5 Kvalita života seniorů.....	33
2.3.6 Úspěšné stárnutí a zdravé stáří.....	34
2.3.7 Podpora zdraví ve stáří.....	35
3. CÍLE A ÚKOLY.....	37
3.1 Cíl práce	37
3.2 Úkoly práce	37
3.3 Hypotézy	37
4. VÝZKUMNÁ ČÁST	38
4.1 Charakteristika cílové skupiny	38
4.2 Použité metody.....	38
4.3. Průběh výzkumu.....	40
5. VÝSLEDKY.....	41
6. DISKUZE	68
7. ZÁVĚR.....	71

8. SEZNAM POUŽITÉ ZDROJŮ.....	73
9. SEZNAM PŘÍLOH.....	76

1. ÚVOD

Dnes je již všeobecně známo, že populace v České republice stárne. Lidé se díky lepší zdravotní péči a snad i díky zdravějšímu způsobu života dožívají stále vyššího věku a současně klesá počet narozených dětí. Výrazně se zvyšuje průměrná délka života a populace seniorů stále početně narůstá.

Stárí se díky tomu stává určitým fenoménem, jevem, který se týká velké skupiny naší společnosti a který je často diskutovaný. Většina mladých lidí bere stárí skutečně pouze jen za nějaký jev, o kterém si myslí, že se jí netýká. To je však omyl. Měli bychom si uvědomit, že stárí se týká každého z nás, a téměř každého z nás jednou dostihne. I současný mladý člověk bude jednou starší a bude třeba očekávat pomoc a pochopení od mladších. Alespoň z tohoto důvodu bychom se o naše starší spoluobčany měli nejen více zajímat, ale především bychom k nim mohli chovat více respektu a úcty.

Měli bychom odhodit předsudky vůči stárí a rozhodně by se v naší společnosti neměla vyskytovat věková diskriminace seniorů. Senioři jsou silnou součástí naší populace, a proto se s nimi musíme naučit žít, vycházet a musíme jim dovolit, aby se i nadále podílely na záležitostech společnosti. Je nutné si uvědomit, že období stárí se stále prodlužuje a není to jen pouhé čekání na konec. Je sice pravdou, že ve stárí se často zhoršuje kvalita života, zhoršuje se smyslové vnímání, paměť, klesají kognitivní funkce, přichází více nemocí a zejména pohybový aparát už neslouží stejně tak dobře jako za mlada. To však ještě neznamená, že se s tím nedá nic dělat. Právě naopak.

Mělo by se usilovat o zlepšení zdravotního stavu seniorů a především by se mělo pracovat na jejich psychickém a sociálním zdraví. Dnes je to často naopak, je snaha dožít se co nejvyššího věku, hlavní snahou by však mělo být prodloužit aktivní a zdravé stárí, tedy zkvalitňovat život ve stárí. Podílet by se na tom měli nejen lékaři, zdravotníci a ostatní sociální pracovníci, ale také samotní senioři a celá společnost.

Právě problematika stárí a stárnutí a především kvality života ve stárí mě natolik zaujala, že jsem se rozhodla ve své bakalářské práci pojednávat právě o kvalitě života seniorů. Domnívám se, že je to téma nejen důležité, ale zároveň zajímavé, a proto jsem ho chtěla více poznat a porozumět mu. Název mé práce je Kvalita života seniorů v Domově pro seniory Hvízdal.

Teoretická část mé práce se zabývá definicí stáří a stárnutí, seznamuje s některými nejznámějšími teoriemi stárnutí a především se věnuje jednotlivým aspektům stárnutí, a to aspektům biologickým, psychickým a sociálním. Další neméně důležitá kapitola se věnuje kvalitě života. Uvádím zde některé důležité definice a pojetí kvality života a přístupy ke zkoumání kvality života. Velice důležité jsou i závěrečné kapitoly teoretické části, které se týkají zdravého stáří a podpory zdraví ve stáří.

Úkolem praktické části je zjistit kvalitu života seniorů v Domově pro seniory Hvízdal. Realizovala jsem zde výzkum dotazníkovou metodou a na základě získaných dat a zkušeností provedla vyhodnocení a závěry.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Definice stáří

„Stáří je posledním ontogenetickým vývojovým obdobím v životě člověka, které v sobě nese pečeť období předcházejících, tj. odpovídá do značné míry stylu života, který člověk žil zejména ve středním věku, ve fázi dospělosti. Je to biologický proces, který je charakterizován tím, že je nezvratný a končí smrtí jedince“ (GRUBEROVÁ, 1998, s. 5).

Mnoho lidí se stáří obává a má s ním spojena jen samá negativa. Stáří je sice provázáno častějším výskytem chorob, ale je nutno uvědomit si, že stáří samo o sobě choroba není! Ani obávaná ztráta soběstačnosti není zákonitým důsledkem stárnutí. Naopak se historicky, generačně zlepšuje zdravotní stav seniorů a je smysluplné aktivně usilovat o zabezpečení nemocných a závislých starých osob a dále se snažit o zlepšování zdravotního a funkčního stavu ve stáří (KALVACH, 1997).

„Stáří, tj. od kdy je daný jedinec pokládán za starého, je často obtížné jednoznačně vymezit. Dnes se nejčastěji vychází z kalendářního věku, který je dán datem narození. Kalendářní stáří se však často nemusí shodovat se skutečným neboli funkčním stářím“ (GRUBEROVÁ, 1998, s. 8).

Věk funkční je dán souhrnem charakteristik biologických, psychologických a sociálních. Pacovský (1994) proto rozlišuje stáří kalendářní, biologické, psychické a sociální.

2.1.1 Kalendářní stáří

„Je vymezeno dosažením určitého, arbitrárně stanoveného věku, od něhož se empiricky obvykle nápadněji projevují involuční změny. Uplatňuje se rovněž demografické hledisko – čím více seniorů ve společnosti (čím starší populace), tím vyšší hranice stáří. Výhodou kalendářního vymezení stáří je jednoznačnost, jednoduchost a snadná komparace“ (KALVACH, 1994, s. 21).

Gruberová (1998) uvádí věkovou kategorizaci doporučenou Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Podle návrhu WHO z r. 1980 se za stáří označuje věk od 60 let výše.

Období od	60 – 74 let	se označuje jako rané stáří - senescence
	75 – 89 let	se označuje jako vlastní stáří - senium
	90 let a výše	se označuje jako dlouhověkost

2.1.2 Biologické stáří

Biologické stáří je hypotetické označení konkrétní míry změn involučních (atrofie, pokles funkční zdatnosti, změny regulačních a adaptačních mechanismů), obvykle těsně propojených se změnami způsobenými těmi chorobami, které se vyskytují s vysokou frekvencí převážně ve vyšším věku (např. ateroskleróza). Pokusy o určení biologického stáří, které by bylo výstižnější než kalendářní věk konkrétního člověka, se nezdařily a stanovení biologického stáří ani jeho dílčích variant (obdobných kostnímu či zubnímu věku u dětí) se nepoužívá. Stále tak chybí objektivizace zjevné skutečnosti, že lidé stejného kalendářního věku se významně liší mírou involučních změn a funkční zdatnosti (KALVACH, 1997, s. 18).

Poznatky o biologickém stárnutí, které mají praktický význam, lze shrnout podle Pacovského (1994, s. 23) tímto způsobem:

- Zpomalení a oslabení většiny regulačních funkcí, omezení rezerv, snížení adaptačních schopností a odolnosti k zátěžím.
- Změna imunitních mechanismů, zvláště pak pokles imunity (včetně imunity protinádorové) a zvýšená tvorba autoprotilátek.
- Snížená tvorba nebo působení různých humorálních regulačních působků, včetně hormonů, změněná citlivost receptorů.
- Zpomalení psychomotorického tempa a vedení vzruchů, alterace v tvorbě a působení neurotransmiterů, úbytek motoneuronů.
- Zhoršené vnímání tzv. zevními smysly (zrak, sluch, chuť, čich, hmat).
- Úbytek tzv. aktivní tělesné (svalové) hmoty a pokles svalové síly.
- Pokles celkové tělesné vody (ve stáří se člověk „vysušuje“), zmnožení tuku.
- Úbytek kostní hmoty.
- Involuce struktur a funkcí jednotlivých orgánů, změna struktury obvykle předchází změně funkce.

- Snížený průtok krve důležitými orgány (mozek, srdeční sval, ledviny) a omezená schopnost jeho regulace.
- Omezená kapacita a rychlost energeticky náročných metabolických dějů (PACOVSKÝ, 1994).

2.1.3 Sociální stáří

Je období vymezené kombinací několika sociálních změn či splněním určitého kritéria – nejčastěji penzionování, resp. dosažením věku, v němž vzniká nárok na odchod do starobního důchodu. Sociální stáří je dáno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění. Upozorňuje na společná rizika (ztráta životního programu, maladaptace na penzionování se ztrátou společenské prestiže, nadbytek nestrukturovaného volného času, pauperizace, osamělost, věková segregace a diskriminace). Vyhovuje sociálně ekonomickým rozvahám o důchodové politice státu (výše a struktura starobního důchodu i úhrady sociálního pojištění, posouvání kalendářního nároku na vznik starobního důchodu). Stáří je v tomto smyslu chápáno jako sociální událost (KALVACH, 1997, s. 20).

Pacovský (1994) však upozorňuje, že by se stáří nemělo ztotožňovat se zákonným nárokem na starobní důchod. Vždyť důchodci mají podstatnou část života teprve před sebou.

Kalvach (1997) uvádí sociální periodizaci života, která člení lidský život do 4 velkých období, tzv. věků:

- První věk – věk předproduktivní – je období dětství a mládí, kdy se člověk vyvíjí, vzdělává a získává nové zkušenosti a znalosti.
- Druhý věk – věk produktivní – je období dospělosti, charakteristické produktivitou biologickou (založení rodiny), sociální a pracovní.
- Třetí věk – věk postproduktivní – je spojován s poklesem zdatnosti člověka, s odpočinkem a především s koncem jeho produktivity, díky tomu může docházet k podceňování, diskriminování, minimalizaci potřeb a hlavně potlačování osobnostního rozvoje jako celoživotního procesu trvajícího až do smrti v nejvyšším stáří.

- Čtvrtý věk – někdy bývá označován jako fáze závislosti, to však odporuje konceptu úspěšného stárnutí a představě, že člověk může zůstat až do nejpokročilejšího věku soběstačný.

2.1.4 Psychické stáří

„Psychologický věk (psychické stáří) je podmíněn mnoha faktory, především přirozenými funkčními změnami v průběhu stárnutí, individuálními osobnostními rysy, reakcí jedince na stáří. Pro lékařskou praxi je důležitý také tzv. *věk subjektivní* – jak se starý člověk sám cítí (stále ještě cítí), nemusí být v souladu s objektivními skutečnostmi a s reálnými možnostmi geronta“ (PACOVSKÝ, 1994, s. 13).

2.2 Stárnutí jako proces

„Stárnutí je posledním přechodným obdobím v životě člověka a tedy také poslední možností, kdy lze aktivně ovlivnit kvalitu stáří“ (GRUBEROVÁ, 1998, s. 5).

Podle Haškovcové (1994, s. 13) „je stárnutí celoživotní proces a v určitém slova smyslu stárneme od zrození. Každá etapa lidského života je jiná a každá je výsledkem etapy předcházející. Každé stádium vývoje člověka můžeme hodnotit jako „ke stáří jdoucí“, a to z hlediska změn, které jsou konec konců později čitelné jako typické rysy stáří.“

Stárnutí můžeme charakterizovat jako proces individuální, to znamená, že každý stárne do určité míry svým tempem. To je dáno různou genetickou výbavou, životními podmínkami, prostředím, životním stylem a také odlišným zdravotním stavem. Zároveň jde o proces asynchronní, postihující nerovnoměrně různé struktury a funkce organismu. To závisí zčásti na zatěžování a aktivitě či na poškozování, např. chorobným procesem (KALVACH, 1997).

2.2.1 Teorie stárnutí

Problematikou stáří a stárnutí se zabývali lidé již od starověku. Už staří Řekové měli své představy o stáří a stárnutí. Aristoteles a Seneca pokládali stáří za nevyléčitelnou chorobu, Galén naopak na základě svých klinických pozorování tvrdil, že stárnutí je přirozený fyziologický děj, který je třeba odlišit od patologických procesů. V průběhu staletí se lidé snažili zjistit příčiny stárnutí, stáří a délky života, pozitivně je ovlivnit a zachovat si tak věčné mládí. Ve středověku to byli různí šarlatáni, kteří se pokoušeli zjistit a pozitivně ovlivnit stárnutí, později osvětlili některé příčiny zkušení vědci (JEDLIČKA, 1991).

Existuje velká řada teorií stárnutí, Jedlička (1991, s. 6) zmiňuje jen některé.

- Teorie genetická vychází z poznatků ověřených statistickými údaji, že dožívají-li se rodiče vysokého věku, je pravděpodobné, že se dožijí vysokého věku i děti. K tomu přispívají nálezy o prakticky stejné délce života jednovaječných dvojčat. Tato teorie předpokládá tedy, že primárním základem určení věku je molekulární genetický materiál. Z tohoto pohledu se stárnutí jeví jako naprogramovaný děj, který kromě zakódované délky života jednotlivce vykazuje i druhovou specifickou.
- Teorie mutační považuje stárnutí za výsledek somatických mutací, a to především spontánních mutací pravděpodobně menšího významu, mutací způsobených ionizujícím zářením a pak mutací vyvolaných jinými blíže neurčenými faktory.
- Teorie omylů předpokládá nahromadění metabolických odchylek od normálu, které se objevují především v syntéze bílkovin. Tyto odchylné struktury jsou potom zabudovány do nových komplexů, což posléze vede k metabolické disharmonii končící zánikem buňky.
- Autoimunní teorie prezentovaná poprvé Walfordem tvrdí, že k zániku buňky a tím k projevům stárnutí dochází na podkladě autoimunních procesů – tvorbě protilátek proti vlastním bílkovinám.
- Teorie příčných vazeb vychází z nálezů zjištěných v procesu stárnutí, kdy dochází k nárůstu zkřížení dvou biologicky významných makromolekulových

řetězců (nukleových kyselin, bílkovin), tím k významným metabolickým změnám projevujícím se ve svých buněčných důsledcích známkami stárnutí.

- Teorie volných radikálů. Volné radikály představují vysoce aktivní látky, především oxidační povahy, vznikající jako běžný produkt endogenního metabolismu. Tyto volné radikály vstupují velmi rychle do reakcí s biologicky významnými látkami, mění jejich biologické složení a tím i funkci. Důsledkem těchto pochodů jsou projevy stárnutí celého organismu (JEDLIČKA, 1991).

Gruberová (1998) navíc uvádí např. teorii zbytkových produktů. Ta se soustřeďuje na lipofusciny, stařecké pigmenty, které se hromadí ve stárnoucích buňkách. Experimenty bylo zjištěno, že tvorbu lipofuscinu může brzdit vitamin E.

Každá teorie stárnutí řeší jen jeden s aspektů stárnutí. Stárnutí je však děj značně složitý a multifaktoriální. Hrají v něm zřejmě roli jak geneticky podmíněné změny, neúplné korekce náhodných chyb, ale také zevní prostředí a životní styl jedince. (GRUBEROVÁ, 1998).

2.2.2 Biologické aspekty stárnutí

Stárnutí je možno charakterizovat jako involuční proces postihující všechny orgány a tkáně, při kterém dochází k úbytku jejich funkcí. Involuce je ireversibilní, nezvratný a jednosměrný proces, který končí zánikem individua. Dochází při něm k poklesu životnosti, odolnosti organismu a adaptability. Involuční změny lze pozorovat na některých orgánech již od 30. roku věku a intenzita těchto změn individuálně kolísá, kvantitativně se však stupňují v období senescence, které v našich podmínkách nastupuje kolem 60. roku života. Nejnápadnější pro okolí jsou vnější, zevní projevy stárnutí (GRUBEROVÁ, 1998, s. 17).

Jedlička (1991) uvádí tyto fyziologické změny ve stáří:

Vzhled

- Kůže se stává ve stáří vrásčitá, ztrácí elasticitu a je suchá, příčinou je úbytek vody, podkožního tuku, změn pojiva.
- Objevují se také pigmentové skvrny.

Vlasy

- Dochází k šedivění, řídnutí nebo vypadávání vlasů, zvláště u mužů dochází k tvorbě pleše či k úplné ztrátě vlasů.

Svalstvo

- Zmenšuje se jeho objem, ztrácí pružnost a sílu a snižuje se schopnost rychlé reakce, tyto změny způsobuje úbytek kontraktilních svalových vláken, neschopnost regenerace a nahrazení vazivem.

Kosti a klouby

- Kosti jsou řidší, křehčí a zranitelnější.
- Meziobratlové ploténky a kloubní chrupavky se snižují.
- Kloubní vazy ztrácejí délku a pružnost.

Výška

- Zmenšuje v důsledku větší hrudní kyfózy a bederní lordózy.

Hmotnost

- Snižuje se, protože ubývá svalové hmoty a podkožního tuku.
- To neplatí u jedinců, kteří neztratí chuť k jídlu a už nemají tolik pohybu jako dříve.

Nervový systém

- Ve stáří ubývá počet mozkových buněk a snižuje se váha mozku.
- To vede k poklesu kapacity především krátkodobé paměti a k prodloužení doby reakce.

Smyslové orgány

- Hmat – oslabuje se pocit pohmatu, doteku a zvyšuje se práh pro citění.
- Zrak – zhoršuje se, stejně tak jako adaptace a ostrost vidění v noci.
- Sluch – poruchy sluchu jsou ve stáří také časté a omezují možnost komunikace.
- Chuť – ubývá chuťových pohárků a tím bývá měněna chuť (JEDLIČKA, 1991).

- Čich – zhoršuje se kvantitativně i kvalitativně.

Poruchy rovnováhy

- Závratě často způsobují nešťastné pády, způsobují to degenerativní procesy vnitřního ucha.

Kardiovaskulární systém

- I zde dochází k výrazným změnám.
- Snižuje se výkonnost srdce jako pumpy, srdce je zvláště citlivé na nepřiměřenou námahu a hrozí selhání.
- Častá je hypertenze.

Respirační systém

- Dochází k poklesu vitální kapacity plic, což může být způsobeno např. sníženou výkonností hrudního svalstva nebo obezitou.
- Úbytek alveolů, snížení pružnosti plicní tkáně a ztlustění membrán alveolů vede ke snížení plynů v alveolech a vzniká stav podobný emfyzému.

Zažívací trakt

- Na zhoršené funkci zažívacího traktu se podílí zhoršený chrup, atrofie sliznic, ochabnutí svaloviny, snížení motility střev nebo třeba změny v produkci trávicích enzymů.

Krevní systém

- Nevykazuje fyziologicky výrazných odchylek.
- Nejčastější problémem jsou např. anémie, kde snížení sekrece kyseliny chlorovodíkové způsobuje zhoršení vstřebávání železa z potravy, nebo anémie vyvolané infekcí.

Endokrinní systém

- Nastávají změny v produkci sexuálních hormonů a snižuje se produkce hormonů hypofýzy a štítné žlázy.

- To způsobuje snížení bazálního metabolismu a různé metabolické odchylky (JEDLIČKA, 1991).

2.2.3 Psychické aspekty stárnutí

Péče o staré občany musí obsahovat podle současných kritérií čtyři podstatné složky: individuální, sociální, zdravotní a hmotnou. V dějinách lidstva se naplnění těchto cílů dělo “obráceně“. Nejprve se ekonomicky produktivní obyvatelstvo snažilo zajistit starým lidem hmotnou, později zdravotně-sociální péči. Bylo logické, že na individualizované nároky nezbyvaly ani prostředky, ani čas. Když se v průběhu staletí podařilo saturovat potřebnou péči v uvedených oblastech, zájem odborníků, ale i laiků, se soustředil také na stárnoucí a starou psychiku. Důvodů je celá řada. Především i stárnoucí a starý člověk potřebuje mít pocit osobní jistoty a spokojenosti, potřebuje někam patřit, tj. mít řádné místo v rodině i ve společnosti, pociťuje touhu mít rád a být také milován nebo alespoň kladně přijímán (HAŠKOVCOVÁ, 1991, s. 12).

Vystihnout povahové rysy seniorů není jednoduché a rozhodně bychom se neměli spokojit pouze s všeobecným konstatováním, že každému z nich ubývá psychických sil. To proto, že každý starý člověk měl zcela odlišný individuální osud, který odborníci nazývají běh života či životní dráhu. Proto řada autorů pokládá za správné poznat nejprve životní dráhy jednotlivých starých lidí a pak teprve odvodit celkový portrét seniorů, skládající se z prvků, které jsou zastoupeny pravidelně nebo s vysokou četností (HAŠKOVCOVÁ, 2010, s. 140, 141).

- **Změny kognitivních, tj. poznávacích funkcí**

Podle Gruberové (1998) dochází ve stáří k postupnému poklesu kognitivních funkcí. Při normálním průběhu stáří to však dlouho nemá vliv na praktické činnosti jedince. Navíc lze tyto změny do jisté míry kompenzovat. Tyto změny se samozřejmě netýkají všech seniorů, při péči o sebe a o svůj osobní rozvoj se tyto známky nemusí vyskytovat.

1. „*Zpomaluje se psychomotorické tempo* – jsou pomalejší reakce na podněty, ale pakliže jde o fyziologické stárnutí, řeší starý člověk úkoly dobře, zejména pokud může využít své dosavadní zkušenosti. Na řešení potřebuje delší dobu, což se dá prokázat v psychomotorických testech. Zpomaluje se rychlost slovní reakce, odpověď na otázku“ (GRUBEROVÁ, 1998, s. 24).
2. „Z psychologického hlediska jsou intenzivně studovány *poruchy paměti*, které laická veřejnost považuje za typické projevy stáří. To však není přesné konstatování. Na mysli bývá zejména častější zapomnětlivost, která ovšem není výhradním rysem stárnoucího člověka, neboť i mladí lidé „mají sklerózu“. Zapomnětlivost však může v kombinaci s jinými „neduhy“ ztěžovat život seniorovi i jeho okolí“ (HAŠKOVCOVÁ, 2010, s. 146).

Ve stáří dochází zejména ke snížení vstřípivosti a výbavnosti. Starší člověk si těžce zapamatuje nové věci, nové poznatky. Existuje však mnoho pomůcek, jak toto zlepšit. Lze také navštívit kurz trénování paměti, který je u nás stále oblíbenější. Snížená schopnost výbavnosti přináší také nemalé problémy. Seniori často mají něco na jazyku, ale myšlenku nevysloví. Pro zlepšení můžou však posloužit křížovky, hra scrabble a různá paměťová cvičení (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

Proto je důležité trénovat zejména krátkodobou paměť. Krátkodobá či pracovní paměť je velice důležitá. Slouží nejen k podržení informací, ale i k jejich zpracovávání. Zabývá se vědomými psychickými činnostmi a má pro naše vědomí a jeho obsah velkou důležitost. Dlouhodobá paměť je oproti krátkodobé obsáhlejší, resistantnější (lépe odolává ztrátě informací) a stabilnější. To, co bylo vloženo do této paměti, v ní zůstává nejen dlouho, ale v mnohých případech i do konce života (PREISS, KŘIVOHLAVÝ, 2009).

„Určité paradoxy dané slábnoucí nebo změněnou pamětí známe z běžného styku se seniory. Dobře vzpomínají na minulost a uvádějí až neuvěřitelné podrobnosti ze svého dětství a mládí. Dokážou vyjmenovat učitele, kteří je učili na základní škole, a bezpečně znají jména někdejších spolužáků. Ale nevzpomenou si, co dělali včera, ani co naposledy jedli“ (HAŠKOVCOVÁ, 2010, s. 147).

3. „Pokles tempa i rychlosti fixace nových zážitků má za následek *pokles adaptability*. Stárnoucí a starý člověk se hůře přizpůsobuje novým situacím. Je více konzervativní, lpí na zaběhaném stereotypu. Většinou nerad řeší komplikované aktuální události, nerad se přizpůsobuje novému prostředí. Např. stává se nesoběstačným, ale tuto změnu nereflektuje, řešení nechává na okolí. Je rigidnější v myšlení i jednání, ulpívá na starých zvycích, např. neměnné zařízení bytu, používání starých způsobů práce v domácnosti – jede ve starých kolejích“ (GRUBEROVÁ, 1998, s. 24, 25).

Konzervativní chování seniorů často pozorujeme při změně bydliště, i pokud jde o změnu k lepšímu. Obtížněji navazují nové kontakty a často tak chodí neustále do místa svého bývalého bydliště, kde mají své známé. Neradi mění svého lékaře, nedůvěřují technickým novinkám a často nedůvěřují ve schopnosti mladých lidí (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

4. *Snižuje se koncentrace*, což souvisí podle Gruberové (1998) se zvýšenou únavností. Koncentrace pozornosti je však podle Švancary (1994) důležitá pro udržení kvalitních pracovních výkonů, dále v dopravních situacích, ale i k udržení hovoru na dané téma.

- **Osobnost ve stáří**

Ve stáří se často mění povaha. Říkává se, že stáří karikuje povahu. To znamená, že vlastnosti jedince se s přibývajícím věkem zvýrazňují. Kdo byl v mládí šetrný, stává se ve stáří lakomým. Kdo se často hádal, bude nejspíš v seniorském věku nesnášenlivý a vztahovačný (HAŠKOVCOVÁ, 2010). Gruberová (1998) doplňuje, že ve stáří bývá také častá tvrdohlavost až svéhlavost. Takoví staří lidé neradi přiznávají svou chybu a často vyžadují trvalý dohled.

Naopak někteří lidé, kteří jsou až ve stáří osvobozeni od vlivu vášní, se teprve až tehdy dopracovávají k vnitřnímu klidu a k nadhledu. Teprve teď se člověk ukáže takový, jaký byl na dně své duše, protože přestane hrát naučenou roli. Moudrý a laskavý člověk takový zůstává většinou i ve stáří (GRUBEROVÁ, 1998).

Citové prožívání se ve stáří stává méně bezprostřední a snižuje se intenzita emocí. Starého člověka již události tolik nevzrušují a nezaujmou tak snadno jako mladého. Kladnou stránkou těchto změn je větší nezávislost

rozumového usuzování. Negativní vliv je však v tom, že starý člověk již obvykle není schopen bezvýhradně se nadchnout pro věc – naopak zůstává v některých případech netečný, což může být nepochopitelné mladší generaci v jeho blízkosti. Je pozoruhodné, že v rámci vlastní rodiny podržuje starý člověk citové vztahy bez výrazných změn – kladné i záporné (obojí jsou stále posilovány). Naproti tomu na vztazích k cizím lidem je snížení emocionální rezonance patrné dříve (ŠVANCARA, 1997, s. 60).

Haškovcová (2010) uvádí, že s postupujícím věkem dochází k oploštění emotivity. Oslabují se vyšší city (například láska k vlasti) a může být sníženo sociální cítění. V důsledku toho se někteří staří lidé chovají nekorektně, dokonce se dopouštějí společenských nehorázností. To je navíc zhoršeno ztrátou zájmu o vzhled. Někteří staří lidé mají nevábny, často i zapáchající zevnějšek, nebo zanedbaný a nečistý byt. Takový člověk odpuzuje okolí a ještě víc se vzdaluje společnosti. Charakteristický pach staroby navíc přispívá k negativnímu pojmání stáří.

Někteří senioři jsou naopak citově labilní. Bývají lítostiví, snadno podlehnou dojetí, nebo naopak vybuchnou. Citová labilita při oploštěné emotivitě je stále záhadou. Lítostivost, stejně tak jako paličatost je možné častěji vidat u starých nemocných osob. Lze proto předpokládat, že citová labilita souvisí zejména s aktuálním stavem jedince a s nějakým podnětem, který sám o sobě mnoho neznamena, ale ve spojení se vzpomínkou na nějakou podobnou situaci vytváří důvod pro chování, které je nepřiměřené (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

Ve stáří se však v duševní sféře setkáváme i s pozitivními jevy. Zvyšuje se trpělivost, rozvaha a životní nadhled. Staří lidé jsou více stálí v názorech a vztazích, přistupují odpovědněji ke svěřeným úkolům. Často se hovoří také o moudrosti stáří. Tím se rozumí životní zkušenost, obezřetnost, ale i suverenita v uvažování. Výsledky studií také dokládají, že navzdory různým potížím není intelektuální úroveň seniorů výrazně poškozena a může dokonce vzrůstat (HAŠKOVCOVÁ, 2010). „Proto bývají i staří lidé dobrými řečníky a politiky“ (GRUBEROVÁ, 1998, s. 24).

2.2.4 Sociální aspekty stárnutí

Lidé si od nepaměti přáli žít dlouho a dožít se vyššího věku. Dříve to ale bylo velmi nepravděpodobné, jen málokdo se dožil vlastního stáří. Možná proto byli staří lidé v minulosti více uznávání a ctěni. Vzhlíželo se na ně jako na moudré starce, kteří předávali zkušenosti mladším generacím. Byli pamětníky a komentátory prožitých dob a mladší generace nemohla získat informace nikde jinde než z jejich vyprávění. Po dlouhou dobu bylo stáří vzácné, a proto žádoucí. V 19. století se startuje nový trend, který dává přednost dětem a mladým lidem, zatímco na stáří se pohlíží jako na obtížně přijatelné období života. Stáří je spíše spojováno s hrůzou, nemocemi a strádáním, staří lidé už nejsou ctěni a milováni. V posledních několika desetiletích dochází dokonce ke skrývanému či otevřenému boji proti starým lidem. Pro nepřátelství a agresivní chování vůči starým lidem je užíván pojem ageismus (age = věk). Někdy je ageismus vysvětlován jako averze vůči starým lidem a všemu, co stáří připomíná (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

Důvodů, proč stáří přestalo být ctěno a došlo tak k degradaci stáří, je několik. Gruberová (1998) zmiňuje tři nejdůležitější.

1. Prudce se rozvíjí pracovní technologie. Stárnoucí člověk není schopen udržet pracovní tempo s mladými, není již často schopen zvládnout např. nové pracovní postupy. Ctěn je ten, kdo si vydělává, a proto je důchodce, který pobírá starobní důchod, považován za závislého na společnosti. Ve skutečnosti nejde o žádný dar, nýbrž o vrácení daní, které si člověk platil ve svém produktivním věku.
2. Došlo k uvolnění rodinných svazků. Dřívější velké tří-generační rodiny, kde měly děti přirozenou úctu k prarodičům a praktikovala se zde mezigenerační výměnná služba, byly nahrazeny rodinou nukleární (tj. soužití rodičů s nedospělými dětmi). Mezigenerační výměnná služba ve formě pomoci ve stáří je proto ztížena nebo dokonce chybí.
3. Sebehodnocení starých lidí je nízké. Senior odchodem do důchodu ztrácí roli ve společnosti. Ztrácí svůj životní program, proto je důležité najít náhradní program. K tomu dále přicházejí ekonomické problémy důchodců. Výška důchodu zajišťuje pouze přežití, nikoli ekonomickou nezávislost.

Odchodem do důchodu se také ztrácí pracovní přátelství a kontakt s druhými lidmi. Úbytek schopností spolu s neochotou přijmout změny vedou často k neschopnosti navázat nové kontakty a k sociální izolaci. Senior se tak uzavře do vlastního světa. Horší ještě bývá ztráta soběstačnosti, kdy senior potřebuje pomoc od druhých a cítí se na obtíž (KLEVETOVÁ, DLABALOVÁ, 2008).

Aby se senioři lépe vyrovnávali s odchodem do důchodu, je třeba najít náhradní, někdy řečeno druhý životní program. Mnozí senioři se věnují zejména svým koníčkům, jako je chataření, zahrádkaření nebo třeba ruční práce. Některé ženy uspokojuje, když se můžou starat o vnoučata. Významnou roli v naplnění druhého životního programu mají především společenské aktivity (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

Tradiční jsou kluby důchodců, zejména ve větších městech. Dnes mají některé vhodnější názvy – seniorkluby. Organizují se zde různé společenské a kulturní akce (GRUBEROVÁ, 1998). V našich podmínkách mají dobrou tradici Akademie třetího věku a Kluby aktivního stáří. Tato zařízení umožňují další vzdělání v postproduktivním věku. Akademie třetího věku se vyznačují přístupností výkladu a přizpůsobování obsahu potřebám a zájmům seniorů. Kluby aktivního stáří především rozvíjejí osobní zájmy a uspokojují potřeby vzájemného kontaktu mezi seniory (MÜHPACHR, STANÍČEK, 2001).

2.3 Kvalita života

Termín kvalita života byl poprvé použit ve 20. letech 20. století v souvislosti s uvažováním o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální podpory nižších vrstev. Zkoumán byl především vliv státních dotací na kvalitu života chudších lidí. Poté se objevil tento termín v 60. letech v USA, kdy tehdejší americký prezident prohlásil zlepšování kvality života Američanů za svůj politický cíl. Zdůrazňoval, že ukazatelem společenského blaha není pouze množství spotřebovaného zboží, ale především to, jak se lidem za určitých podmínek žije. Ukazovalo se totiž, že ekonomický růst nevede ke zvýšení spokojenosti lidí, ale spíše k růstu požadavků (HNILICOVÁ, 2005).

Tento termín se pak začal používat v sociologii, kde slouží k odlišení podmínek života (např. příjem) od vlastního pocitu lidí. V 70. letech se poprvé použil termín kvalita života pro výzkumné účely, a to sice pro monitorování dopadu společenských změn na život lidí. V těchto letech proběhlo také v USA první celonárodní šetření kvality života obyvatelstva s cílem zjistit subjektivní indikátory, které by ukazovaly, jak lidé sami hodnotí svůj život, a které by doplňovaly objektivní ukazatele životních podmínek. Ukázalo se, že subjektivní vnímání kvality života nemusí být v přímé úměře s objektivními ukazateli, jako např. ekonomický status (HNILICOVÁ, 2005). Poznatků o kvalitě života zejména přibýlo zhruba v posledních 20 letech (KEBZA, 2005).

2.3.1 Definice pojmu kvalita života

V souvislosti se životem jsme spíše zvyklí hovořit o kvantitě, než o kvalitě. Kvantita života je jednoznačně a jednoduše vymezena, a to 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 zájmena kdo nás může dovést až ke sloům 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. Známý je výrok Aristotela. Ten tvrdil, že různí lidé spatřují štěstí, a tím do určité míry i kvalitu života

v něčem jiném. Stejně tak se ale může měnit názor jedince na kvalitu života s různými životními okolnostmi (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

Medicína a zdravotnictví vycházejí zejména z definic Světové zdravotnické organizace (World Health Organisation, dále jen WHO). Podle WHO není zdraví chápáno pouze jako nepřítomnost nemoci, ale jako stav úplné fyzické, sociální a psychické pohody. Kvalitou života se potom rozumí to, jak člověk vnímá své postavení ve světě v rámci kultury a společenských hodnot, a to ve vztahu k jeho osobním cílům, zájmům a životnímu stylu. Kvalita života v tomto pojetí není součtem životních podmínek a zdravotního stavu, ale spíše vypovídá o vlivu podmínek a zdravotního stavu na jedince. Centrum pro podporu zdraví v Torontu chápe kvalitu života jako stupeň, ve kterém člověk využívá možnosti svého života (HNILICOVÁ, 2005).

I přesto, že není stanovena žádná všeobecně uznávaná definice kvality života, lze podle shody mnoha autorů vyjádřit podstatu kvality života jako jedincem (nebo skupinou) vytvářený mnohaúrovňový pohled na možnosti jeho (jejího) fyzického, psychického a sociálního uplatnění v životě. Někdy jsou do tohoto pojetí ještě zahrnovány další dimenze, např. spiritualita nebo tělesné pocity. V novější literatuře má pojem kvalita života též širší význam a objevuje se také jako samostatně užívaný pojem. Vyjadřuje kombinaci prožitku vlastního zdraví, osobní pohody a životní spokojenosti a často také sociální postavení (KEBZA, 2005).

Velice známý je model kvality života WHO, který je výsledkem mezinárodního projektu z roku 1997. Tento model předpokládá, že se na kvalitě života podílejí čtyři základní oblasti (domény), které jsou vnitřně dále členěné podle dalších indikátorů. Základní oblasti kvality života podle WHO jsou:

- *Tělesné zdraví a úroveň nezávislosti*

Indikátory: energie a únava, bolest a nepohoda, spánek a odpočinek, mobilita, aktivity v každodenním životě, závislost na lécích a zdravotních pomůckách, pracovní kapacita.

- *Psychické funkce*

Indikátory: image vlastního těla a zjevu, negativní emoce, pozitivní emoce, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, pozornost, spiritualita, osobní přesvědčení.

- *Sociální vztahy*

Indikátory: finanční zdroje, svoboda, fyzická bezpečnost, zdravotní a sociální péče, prostředí domova, možnosti získat informace a kompetence, participace na volnočasových a rekreačních aktivitách, fyzikální prostředí, doprava (ČORNANIČOVÁ, 2004).

2.3.2 Pojetí kvality života

Existují různá pojetí kvality života. Křivohlavý (2004) uvádí tyto:

- *Statické a dynamické pojetí*

Statistické pojetí kvality života má na mysli stav života lidí k určitému časovému údaji, může se jednat například o kvalitu současného stavu obyvatel jižních Čech, nebo o kvalitu života dětí v dětských zařízeních. Oproti tomu dynamické pojetí hovoří o vývoji kvality života, např. dětí v posledních patnácti letech.

- *Deskriptivní a preskriptivní pojetí*

Deskriptivní studie se ptají po stávajícím stavu kvality života a popisují ho. Preskriptivní studie naopak nezajímá, jaké to bylo nebo momentálně je, ale ptají se po tom, jaké by to mělo být. Ptají se tedy po žádoucím stavu, po cíli snažení, k němuž mají být naše snahy zaměřeny.

Další rozlišuje Hnilicová (2005):

- *Subjektivní a objektivní pojetí*

Subjektivní kvalita života se týká emočnosti a všeobecné spokojenosti člověka s životem. Objektivní kvalita života je splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví.

Rozsah pojetí kvality života

Když hovoříme o kvalitě života jednotlivce (individu), vybíráme z celé problematiky kvality života pouze její dílčí oblast. Engel a Bergsma (1998) popisují celou tuto problematiku ve třech hierarchicky odlišných sférách, a to v makro-rovině, mezo-rovině a personální rovině.

- *Makro-rovina*

Zde jde o kvalitu života velkých společenských celků, např. dané země. Podle Bergsmy se jedná o nejhlubší zamyšlení nad problematikou kvality života, tedy o absolutní smysl života. Život je v tomto pojetí chápán jako absolutní morální hodnota a definice kvality života to musí respektovat. Problematika života se poté stává součástí politických úvah (např. problematika chudoby, hladomoru).

- *Mezo-rovina*

Mezo-rovina pojednává o kvalitě života v malých sociálních skupinách, např. ve škole, podniku, nemocnici. Zdůrazňuje respekt morální hodnoty života člověka, ale také sociální klima, vzájemné vztahy mezi lidmi. Klade si otázky uspokojování či neuspokojování potřeb každého člena společenské skupiny, existenci sociální opory a sdílených hodnot.

- *Osobní (personální) rovina*

Je jí život jednotlivce, individua. Týká se každého z nás jednotlivě. Při stanovení kvality života jde o osobní – subjektivní hodnocení. Každý sám hodnotí kvalitu svého života podle svých osobních hodnot (ENGEL, BERGSMA, 1998 In KŘIVOHLAVÝ, 2002).

2.3.3 Přístupy ke zkoumání kvality života

Ke zkoumání kvality života existují v zásadě tři přístupy. Trochu jinak je pojem prezentován, pokud se s ním pracuje v psychologii, jiné aspekty jsou zdůrazňovány v sociologických výzkumech a poněkud odlišně je sledována kvalita života v medicíně (HNILICOVÁ, 2005).

Psychologické přístupy

Psychologické přístupy usilují o vypracování teoretických modelů kvality života a o specifikaci jejích jednotlivých indikátorů. Psychologický empirický výzkum je v této oblasti zaměřený na široké spektrum spokojenosti se životem, pocitu životního štěstí, duševního zdraví, emocionální rovnováhy, zvládání životních situací. Můžeme říci, že se v psychologických přístupech pod kvalitou života rozumí určitý koncept toho, co člověku přináší pocit pohody a spokojenosti se životem (ČORNANIČOVÁ, 2004).

V psychologii lze vysledovat dvě podoby toho, co se pod pojmem kvalita života skrývá:

- Spokojenost se životem – tzn. zjišťování životní spokojenosti, kdy se hledají odpovědi na otázky, co činí lidi spokojenými, jaké faktory ke spokojenosti přispívají a také jak ovlivňují spokojenost lidí společenské instituce.
- Prožívanou subjektivní pohodu, kdy je kladen důraz na všeobecné hodnocení kvality života (HNILICOVÁ, 2005).

Právě pojem osobní pohoda je v psychologii často používán a spojován s pojmem kvalita života. Lze říci, že osobní pohoda (well-being) je hodnocením kvality života jako celku. Při vymezení pojmu well-being se většina odborníků shoduje v názoru, že se jedná o dlouhodobý emoční stav, ve kterém se odráží spokojenost člověka s jeho životem. Také se shodují v tom, že osobní pohoda musí být chápána a měřena pomocí svých složek kognitivních (životní spokojenost, morálka ve smyslu mravních zásad) a emočních (pozitivní a negativní emoce) (ŠOLCOVÁ, KEBZA, 2004).

Podle Ryffové a Keyesové (1995) obsahuje struktura osobní pohody šest základních dimenzí, jsou to:

- Sebe přijetí – pozitivní postoj sám k sobě, přijetí svých dobrých i špatných vlastností a vypořádání se s vlastní minulostí.
- Pozitivní vztahy s druhými lidmi.
- Autonomie ve smyslu nezávislosti a sebeurčení, schopnost zachovat si vlastní názor.
- Zvládání životního prostředí – pocit kompetence při zvládání každodenních nároků.
- Smysl života – pocit, že má minulý i budoucí život smysl.
- Osobní rozvoj – pocit trvalého vývoje, otevřenost novému (RYFFOVÁ, KEYESOVÁ, 1995 In ŠOLCOVÁ, KEBZA 2004).

Je třeba také zmínit se o determinantech úrovně osobní pohody. Mezi ty řadí Levin a Chattersová (1998) zdravotní stav, objektivní ukazatele činnosti a fyzických funkcí, subjektivní posouzení celkového zdraví, sociálně ekonomický status, věk, zapojení do náboženských aktivit. Jako další determinanty se uvádí etnicita, okolnosti

penzionování, vdovství, rodičovství, sociální opora, životní události, osiření a sebeúcta (LEVIN, CHATTERSOVÁ, 1998, In ŠOLCOVÁ, KEBZA).

Sociologické přístupy

Sociologické přístupy jsou charakteristické porovnáváním kvality života různých sociálních vrstev, států a území. Mnoho sociologických výzkumů je orientováno na určování různých parametrů životní úrovně, jako možných identifikátorů kvality života v daném prostředí. Jako charakteristiky kvality života se uvádějí vybrané materiálně-ekonomické identifikační znaky. Mezi nejčastěji uváděné parametry životního standardu patří příjmy, výdaje, bydlení, vybavenost domácnosti (např. televizory, internetem), vzdělání, střední délka života a podíl jednotlivce nebo rodiny na společenské spotřebě (ČORNANIČOVÁ, 2004).

Kvalita života je podle Hofstedeho (1984) především záležitostí hodnot. Ty sice do jisté míry závisejí na osobní volbě, ale to, co je posuzováno jako dobré či špatné, je z velké části diktováno kulturou a společností. Různé společnosti a kultury mají různé hierarchie potřeb a z toho plyne, že lidé v různých v různých zemích a kulturách budou za kvalitní život označovat něco jiného (HOFSTEDE, 1984, In KRÍŽOVÁ, 2005).

Medicínské přístupy

Tematika kvality života je ve zdravotnictví poměrně novou, začalo se o ní hovořit až od 70. let. Přesto je zde v posledních letech výrazně zdůrazňovaná. Lékaře by mělo zajímat, jakou kvalitu života mají pacienti s různými onemocněními či jaký je dopad konkrétní zvolené terapie na kvalitu jejich života. V medicíně a zdravotnictví je proto zkoumání kvality života posunuto do oblasti psychosomatického a fyzického zdraví. Nejčastěji se potom operuje s pojmem kvalita života ovlivněná zdravím, což je vlastně subjektivní pocit životní pohody, který je spojován s nemocí či úrazem a léčbou a jejími vedlejšími účinky. Znamená to tedy, že se sledují jednak klinické ukazatele úspěchu či neúspěchu nasazené léčby (tělesná teplota, vymizení příznaků choroby), ale také subjektivní i objektivní údaje o fyzickém a psychickém stavu pacienta (bolesti, emoce) (HNILICOVÁ, 2005).

2.3.4 Metody měření kvality života

Podle toho, jak různí autoři pojmají kvalitu života, vybírají různé metody měření. Metod, které slouží k měření kvality života je velmi mnoho. Krivohlavý (2002) je rozděluje do tří skupin:

1. METODY MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA, KDE KVALITU ŽIVOTA HODNOTÍ DRUHÁ OSOBA

- Předchůdcem těchto metod byly tzv. HS – *Health State* – Rejstříky zdravotního stavu daného pacienta, nebo také jejich dokonalejší forma, tzv. HSP – *Health State Profiles* – Profily zdravotního stavu pacienta. Šlo v nich o nastínění zdravotního stavu pacienta z ryze lékařského, obecně fyziologického hlediska.
- *Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu Apache II* (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System, Knaus et al., 1985) – metoda, která se pokouší vystihnout celkový stav pacienta pouze fyziologickými a patofyziologickými kritérii a dalo by se říci, že měří vážnost nemoci. Měří se odchylky od všech abnormálních fyziologických funkcí a výsledek se vyjadřuje číselně, stupnicí v rozmezí 0-71 bodů, přičemž platí, že čím vyšší údaj, tím větší pravděpodobnost úmrtí pacienta. (POSES et al., 1996).
- *Karnofskyho index* (Karnofsky a Burchenal, 1949) – metoda, kdy lékař vyjadřuje indexem svůj názor na zdravotní stav pacienta k danému datu. Lékař vyjadřuje v procentech stav pacienta, 100 % je normální stav pacienta, bez obtíží, naopak 0 % znamená, že je pacient mrtev.
- *Vizuální škálování celkového stavu pacienta* (Krivohlavý, 1986). V podstatě jde o viditelnou analogovou škálu – tzv. VAS (Visual Analogous Scale). Touto stupnicí je 10 cm dlouhá stoupající úsečka s označenými dvěma extrémy: velice dobrý stav a mimořádně špatný stav. Hodnotitel (lékař, rodinný příslušník pacienta) udělá podle svého zdání křížek na této čáře tam, kde se podle něj posuzovaný člověk nachází.
- *Symbolické vyjádření kvality pacientova života*. Jedná se o normalizované hodnocení pacientova života. K vyjádření kvality života se používá soustava křížků v rozmezí od jednoho do čtyř křížků a platí: čím více křížků, tím horší je kvalita života.

- *Index kvality života IFL* (Křivohlavý, 1986) – jedná se o slovní vyjádření kvality pacientova života. Výhodou této metody je, že hodnocení nebylo dáno jednou osobou, nýbrž souhlasem většího počtu lidí – pacientů, lékařů, zdravotních sester, atd.

2. METODY MĚŘENÍ KVALITY, KDE HODNOTITELEM JE SAMA DANÁ OSOBA

Způsob hodnocení kvality života druhými lidmi vykazoval někdy velké rozdíly v tom, jak by kvalitu svého života hodnotil sám pacient. To bylo podnětem pro hledání jiných způsobů měření. Začaly tak vznikat nové metody, kde je kvalita života měřena tak, jak je subjektivně hodnocená tím, koho se týká. Příkladem těchto metod je například:

- *Stupnice spokojenosti se životem – SWLS* (The Satisfaction with Life Scale, Diener et al., 1994) – zde jde o velice široké pojetí kvality života a o spokojenost s životem jako celkem.
- *Metoda SEIQoL* (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Systém individuálního hodnocení kvality života). Jedná se o současnou nejrozšířenější metodu. Tento způsob zjišťování kvality života neklade předem kritéria, ale vychází z osobních představ dotazovaného o tom, co považuje sám za důležité.

3. METODY SMÍŠENÉ, VZNIKLÉ KOMBINACÍ DVOU PŘEDCHOZÍCH

- *Mansa* (Manchester Short Assessment of Quality of Life)- krátký způsob hodnocení kvality života vypracovaný univerzitou v Manchesteru. V jejím rámci je rozpracovaná metodika *LSS* (Life Satisfaction Scale – Škála životní spokojenosti, Priebe, Huxley, Stone a Knight, 1998). Jde o měření kvality života tak, že se hodnotí nejen celková spokojenost se životem, ale i spokojenost s řadou předem přesně stanovených dimenzí života. Každá dimenze života se měří metodou *LSS*, což je vizuální stupnice o sedmi stupních (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

Podle Dragomirecké a Bartoňové (2006) má být kvalita života měřena ze tří perspektiv: jako objektivní měření sociálních ukazatelů, jako subjektivní odhad

spokojenosti se životem a nakonec jako subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými oblastmi. Sociální ukazatele se více hodí pro účely měření kolektivní kvality života, pro porovnání různých skupin populace.

Kvalitu života lze sledovat na individuální úrovni (kde slouží k sestavení terapeutického postupu), na úrovni skupin pacientů s určitým typem potíží, nebo na úrovni populačních šetření kvality života. Nejobvyklejší metodou zjišťování kvality života jsou dotazníky. Ty můžeme rozlišit na *všeobecné (generické) dotazníky*, které jsou použitelné pro jakékoli pacienty či zdravé osoby, naproti tomu *speciální dotazníky* jsou určeny pro pacienty a určitými obtížemi (DRAGOMIRECKÁ, BARTOŇOVÁ, 2006).

2.3.5 Kvalita 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 se vymezuje hlavně schopností vést nezávislý život a metody hodnocení se soustřeďují především na schopnost provádět každodenní činnosti. Funkční schopnosti mají jistě velký vliv na kvalitu života, je však i mnoho psychologických a sociálních faktorů, které mohou významně přispívat ke kvalitě života ve stáří (DRAGOMIRECKÁ, ŠELEPOVÁ, 2004).

Kvalita života seniorů u nás byla zjišťována už v 80. letech a to pětipoložkovým dotazníkem VAS (Vizuální analogová stupnice Křivohlavého). Studie v 90. letech byly zaměřeny především na zdravotní a sociální podmínky starších lidí v určitých oblastech, spokojenost s institucionální péčí, zátěž pečovateli a obecné životní podmínky ve stáří. Později byly prováděny řízené skupinové rozhovory, jejichž cílem bylo zjistit témata, která jsou relevantní pro kvalitu života seniorů. Mezi nejčastěji zmiňované negativní oblasti patřili: diskriminace, zdravotní péče, finance, nevýhody velkoměsta (bezpečí, doprava), úraz, nemoc, ztráta partnera a kontaktů. K dobré kvalitě života ve stáří podle dotazovaných přispívá například aktivita, svoboda rozhodovat se,

zájem a podpora rodiny, zachované duševní schopnosti, soběstačnost a především schopnost vyrovnat se s nepříznivými skutečnostmi (DRAGOMIRECKÁ, ŠELEPOVÁ, 2004).

2.3.6 Úspěšné stárnutí a zdravé stáří

Jednou ze základních otázek je, zda je zdravotní a funkční stav ve stáří pozitivně ovlivnitelný. Pokud by nebyl, přibývalo by zákonitě ve společnosti závislých osob a docházelo by k tzv. expanzi nemocnosti v souvislosti s prodlužováním střední délky života o období závislého, nemocného života. Proti této představě stojí oddálení nemocnosti a tudíž prodlužování a zejména zkvalitňování života ve stáří.

V USA tak vznikl *koncept úspěšného stárnutí*, mezi jehož tvůrce patří např. J. Rowe, J. Kahn, J. Fries). Tento koncept zdůrazňuje zlepšování zdravotního a funkčního stavu ve stáří a prevenci vzniku závislosti. Podle těchto představ může být stárnutí:

1. Obvyklé, normální – stav seniora odpovídá standardu.
2. Úspěšné – stav seniora je lepší než současný průměr.
3. Neúspěšné, patologické – stav seniora je horší, než je současná norma.

Podle tohoto konceptu je dán funkční a zdravotní stav ve stáří několika okruhy faktorů, z nichž jsou některé významně ovlivnitelné. Hlavní faktory jsou:

- Zákonitá biologická involuce – vychází z genetických dispozic.
- Chorobné procesy.
- Životní způsob – především aktivita či pasivita.
- Životní podmínky.
- Subjektivní hodnocení a prožívání (KALVACH, 1997).

Staří lidé by měli dbát všech doporučení, která se týkají zdravého životního způsobu a měli by se snažit vyvarovat všech rizikových faktorů pro vznik civilizačních chorob. Zkrátka by měli být fyzicky fit. Nedílnou součástí péče o tělo je samozřejmě i péče o psychickou pohodu (HAŠKOVCOVÁ, 2010). V této souvislosti jsou zajímavá doporučení psychologa J. Švancary (1997), který v souvislosti s duševní životosprávou zmiňuje 5P. Jsou to: perspektiva, pružnost, prozíravost, porozumění pro druhé a potěšení.

2.3.7 Podpora zdraví ve stáří

Podpora zdraví je podle WHO proces, který umožňuje lidem dohlížet na své zdraví a zlepšovat je. Podpora zdraví neznamená pouze poradenství, zahrnuje také činnosti, které mají seniorům pomoci naplnit a využít jejich potenciál. Na individuální úrovni zahrnuje podpora zdraví vzdělání a získání takových informací a znalostí, které umožní dobrá rozhodnutí jedince. Na regionální úrovni se jedná o přijetí a vypracování politických záměrů a podpůrných systémů.

Dříve se podpora zdraví zaměřovala spíše na děti a na mladé lidi. Důležitá je však i podpora zdraví ve stáří. Starší lidé by měli být motivováni a musí jim být umožněno, aby se podíleli na aktivitách, které vedou ke zlepšení zdraví a pohody. Základní cíle podpory zdraví seniorů jsou:

- Zachování dobré kvality života.
- Zmírnění důsledků choroby a zdravotního postižení.
- Zlepšení soběstačnosti.
- Aktivní účast v životě celé společnosti.

Podpora zdraví ve vyšším věku má za úkol prodloužit období zdravého stárnutí seniorům a umožnit jim aktivní účast ve společnosti. Starší lidé tak budou moc více společnosti pomáhat a přinášet významné přínosy. Budou také čerpat méně prostředků na zajištění zdravotní a sociální péče. Základní problémy, kterým je třeba v seniorském věku věnovat pozornost, jsou:

- Zlepšení životního stylu (omezení kouření, alkoholu, atd.).
- Zlepšení životního prostředí (bydlení, bezpečnost, prevence špatného zacházení).
- Sociální aspekty zdraví (výše příjmů, sociální vztahy, podpora a pomoc ze strany rodiny) (HOLMEROVÁ, JURAŠKOVÁ, ZIKMUNDOVÁ, 2002).

V průběhu 20. století vznikalo několik projektů, které věnovaly pozornost podpoře zdraví ve stáří. Výsledkem Světového zasedání o stárnutí a stáří ve Vídni roku 1982 pod záštitou OSN bylo vytvoření Mezinárodního akčního plánu. V tomto plánu se píše o tom, že se bude dramaticky zvyšovat podíl starých lidí v populaci, a proto bychom měli seniorské populaci věnovat větší pozornost. V akčním plánu je také zdůrazněna kvalita života ve stáří s tím, že limitujícím faktorem je hmotné zajištění

starých lidí. V roce 1991 pak vyhlásila OSN Zásady Spojených národů pro starší občany. Jednalo se zde o nezávislost, společenské zapojení, laickou i profesionální péči, seberealizaci a důstojnost. V roce 2002 se konalo druhé Světové shromáždění o stárnutí a stáří v Madridu, jehož výsledkem byl Madridský plán pro problematiku stárnutí. Mezi jeho základní cíle patří např. zlepšit nabídku dopravy nebo také zajistit univerzální a rovný přístup ke zdravotní péči.

Roku 1980 vydala WHO též významný dokument Zdraví pro všechny do roku 2000. Nejnovější aktualizace je Zdraví pro všechny v 21. Století s evropskou variantou Zdraví 21. V těchto dokumentech bylo především opakováno, že je třeba zajistit rovnost ve zdraví. Z další evropské koncepce Stárnout zdravě v Evropě se u nás vyvinul v roce 1999 program Stárnout zdravě v České republice. Později byl připraven Národní plán přípravy na stárnutí pro období 2003-2007, jehož pokračováním je plán až do roku 2012. V těchto dokumentech je základní zásada nediskriminace a ochraňování starých lidí v rizikových situacích (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

3. CÍLE A ÚKOLY

3.1 Cíl práce

Cílem mé práce je zhodnotit subjektivní kvalitu života seniorů žijících v Domově pro seniory Hvízdal České Budějovice.

3.2 Úkoly práce

Mezi úkoly mé práce patřilo:

- Vyhledání literárních pramenů. Obsahová analýza odborné literatury a ověřených internetových zdrojů vztahující se k tématu.
- Na základě obsahové analýzy stanovit cíl, cílovou skupinu, úkoly, odborné otázky a metodiku této práce.
- Navázání spolupráce s organizací, kde výzkum probíhá.
- Provedení dotazníkových šetření v Domově pro seniory Hvízdal.
- Zpracování získaných dat a vyhodnocení získaných výsledků.
- Provedení diskuze a prezentaci výsledků.
- Definování závěrů a doporučení pro praxi z provedeného výzkumu.

3.3 Hypotézy

Hypotéza č. 1 - Předpokládám, že více než 50% seniorů ze zkoumaného souboru hodnotí svou kvalitu života pozitivně.

Hypotéza č. 2 - Předpokládám, že senioři ze zkoumaného souboru budou mít nejnižší doménové skóre v oblasti fyzického zdraví v porovnání k ostatním doménám.

Hypotéza č. 3 - Předpokládám, že senioři ze zkoumaného souboru staří 80 let a více budou dosahovat ve většině domén nižší skóre kvality života než senioři do 79 let.

Domény sdružují otázky dotazníků do 10 oblastí (4 oblasti z dotazníku WHOQOL – BREF a 6 oblastí – z dotazníku WHOQOL-OLD), více viz kapitola 4.2 Použité metody.

4. VÝZKUMNÁ ČÁST

4.1 Charakteristika cílové skupiny

Cílová skupina tohoto výzkumu byla tvořena klienty Domova pro seniory Hvízdal. Z celkového počtu klientů tohoto zařízení, což je 270, jsme vyplnila dotazník s 96 klienty, z toho bylo 78 žen (81%) a 18 mužů (19%). Průměrný věk byl 82 let.

4.2 Použité metody

Sekundární sběr dat

Na zpracování teoretické části mé práce jsem použila metodu obsahovou analýzu odborné literatury.

Primární sběr dat

Výzkumná část byla realizována metodou dotazníkového šetření. Byly použity dva standardizované anonymní dotazníky: Dotazník kvality života WHOQOL-BREF a Dotazník kvality života ve vyšším věku WHOQOL-OLD, doplněné o položky na zjištění osobních údajů. Dotazníky byly vyplněny formou standardizovaného dotazování, což znamená, že jsem respondentům četla otázky a možnosti odpovědí a oni pouze odpovídali. Jedná se o výzkum kvantitativní.

Dotazník WHOQOL-BREF sestává z 24 položek sdružených do 4 domén (dom1 - fyzické zdraví, dom2 - prožívání, dom3 - sociální vztahy, dom4 - prostředí) a dvou samostatných položek hodnotících celkovou kvalitu života a zdravotní stav celkem 26 položek, viz Příloha č. 2 (DRAGOMIRECKÁ, BARTOŇOVÁ, 2006).

Dotazník WHOQOL-OLD není určen pro samostatné použití, ale jako dodatkový modul k dotazníku WHOQOL. Je určen pro populaci nad 60 let a skládá se ze 6 domén: fungování smyslů (FCES), nezávislost (NEZ), naplnění (NAP), sociální zapojení (SOCZ), blízké vztahy (BVZT) a smrt a umírání (SAU). Každá doména obsahuje 4 položky, celkem má tedy dotazník 24 položek. Stejně jako WHOQOL-BREF má i tento dotazník u každé otázky škálu 1-5, viz příloha č. 3 (DRAGOMIRECKÁ, PRAISOVÁ, 2009).

Metody vyhodnocení dat

Údaje z dotazníků byly přepsány do elektronické podoby a vyhodnoceny jednoduchou popisnou statistikou pomocí programu Microsoft Office Excel 2007. Každou otázku je vyhodnocena tabulkou či grafem. V tabulkách jsou znázorněny absolutní i relativní četnosti odpovědí. U každé otázky je uveden také průměrný skóre odpovědí, což je aritmetický průměr všech odpovědí.

U jednotlivých domén jsou spočítané doménové skóre, což je aritmetický průměr hodnot otázek příslušných ke každé doméně vynásobený číslem 4 z toho důvodu, aby bylo možné tyto hodnoty porovnat s dotazníkem WHOQOL-100. Rozpětí hrubých skóre se tedy pohybuje od minima 4 do maxima 20, přičemž vyšší hodnota poukazuje na lepší kvalitu života (DRAGOMIRECKÁ, BARTOŇOVÁ, 2006).

Dom1, dom2, dom3 a dom4 náleží k dotazníku WHOQOL-BREF. Dom1 je označení pro doménu fyzické zdraví, jejíž hrubý skóre je počítán z otázek č. 3, 4, 10, 15, 16, 17 a 18. Dom2 je doména prožívání, ke které náleží otázky č. 5, 6, 7, 11, 19 a 26. Dom3 je doména sociální vztahy, která představuje průměrnou hodnotu z otázek č. 20, 21 a 22. Poslední doména tohoto dotazníku dom4 – doména prostředí, jenž je počítána z otázek č. 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25. Zbýlé dvě otázky tohoto dotazníku (otázka č. 1 a 2) jsou hodnoceny jako samostatné položky (DRAGOMIRECKÁ, BARTOŇOVÁ, 2006).

Zbývající domény náleží k dotazníku WHOQOL-OLD. Hrubý skóre domény fungování smyslů (FCES) je počítán z otázek č. 1, 2, 10 a 20. K doméně nezávislost (NEZ) patří otázky č. 3, 4, 5 a 11, k doméně naplnění (NAP) otázky č. 12, 13, 15, 19, k doméně sociální zapojení (SOCZ) otázky č. 14, 16, 17, 18, pro doménu smrt a umírání (SAU) jsou určeny otázky č. 6, 7, 8 a 9. Poslední doménou je doména blízké vztahy (BVZT), jejíž skóre je počítán z otázek č. 21, 22, 23 a 24 (DRAGOMIRECKÁ, PRAJSOVÁ, 2009).

Pro vypočtení hrubého skóre domén je třeba, aby všechny otázky měly škály položeny stejným směrem, jinak by došlo ke zkreslení domén. U některých otázek jsou proto škály otočené. Jelikož odpovědi mohou dosahovat maximální hodnoty 5, je nutné odečíst od čísla 6 hodnoty odpovědí otázek. Jedná se o otázky č. 3, 4 a 26 u WHOQOL-BREF a otázky č. 1, 2, 6, 7, 8, 9 a 10 u WHOQOL-OLD (DRAGOMIRECKÁ, PRAJSOVÁ, 2009).

4.3. Průběh výzkumu

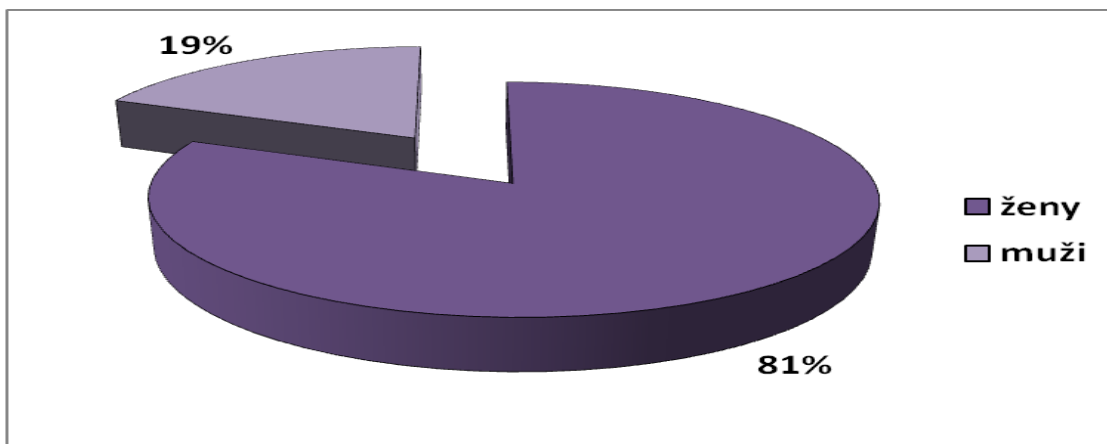
Předpokladem pro provedení výzkumu bylo domluvení spolupráce s organizací Domov pro seniory Hvízdal. Poté jsem v říjnu 2010 navštívila domov a domluvila si první návštěvu. Spolupracovala jsem zejména se staničními sestrami na každém patře. Navštívila jsem všechna patra, kromě posledního šestého, kam mi nebylo vrchní sestrou doporučeno jít, protože se zde nacházejí pouze klienti s Alzheimerovou chorobou. Na ostatních 5 patrech mi staniční sestry vždy doporučily vhodné respondenty, kterým mě zároveň představili a upozornili je, o čem jde. Někteří senioři odmítli vyplňování dotazníků. Ostatním jsem se vždy představila a seznámila je v krátkosti se svým výzkumem a se zaměřením dotazníků.

Původně jsem očekávala, že mi alespoň někteří senioři dotazníky vyplní sami, ale nakonec byly všechny dotazníky vyplněny formou standardizovaného dotazování, kdy jsem seniorům předčítala otázky a možné odpovědi. Většina respondentů by totiž nemohla vyplnit dotazníky z důvodu zhoršeného zraku či jiného zdravotního omezení. Při vyplňování dotazníků jsem se snažila neovlivňovat odpovědi respondentů.

5. VÝSLEDKY

Celkový počet respondentů byl 96 (100%). Z toho bylo 78 žen, což tvoří 81% a 18 mužů, což je 19%. Výrazně tedy převažovaly ženy. Viz graf č. 1.

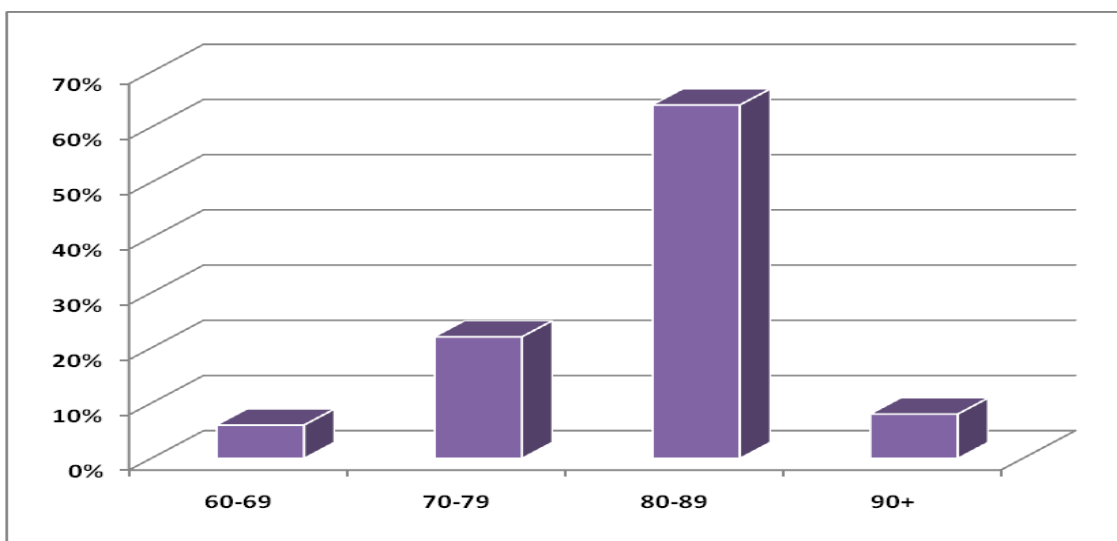
Graf č. 1 - Pohlaví



Zdroj: Vlastní výzkum

Vytvořila jsem si 4 věkové kategorie – 60-69, 70-79, 80-89 a nad 90 let. Respondentů v rozmezí 60-69 let bylo 6, což tvoří 6%, respondentů v kategorii 70-79 let bylo 21, což je 22%, respondentů nad 90 let bylo 8 (8%). Dominuje kategorie 80-89 let, do které spadá 61 respondentů, což je 64%. Průměrný věk respondentů je 82 let. Viz graf č. 2.

Graf č. 2 - Věk



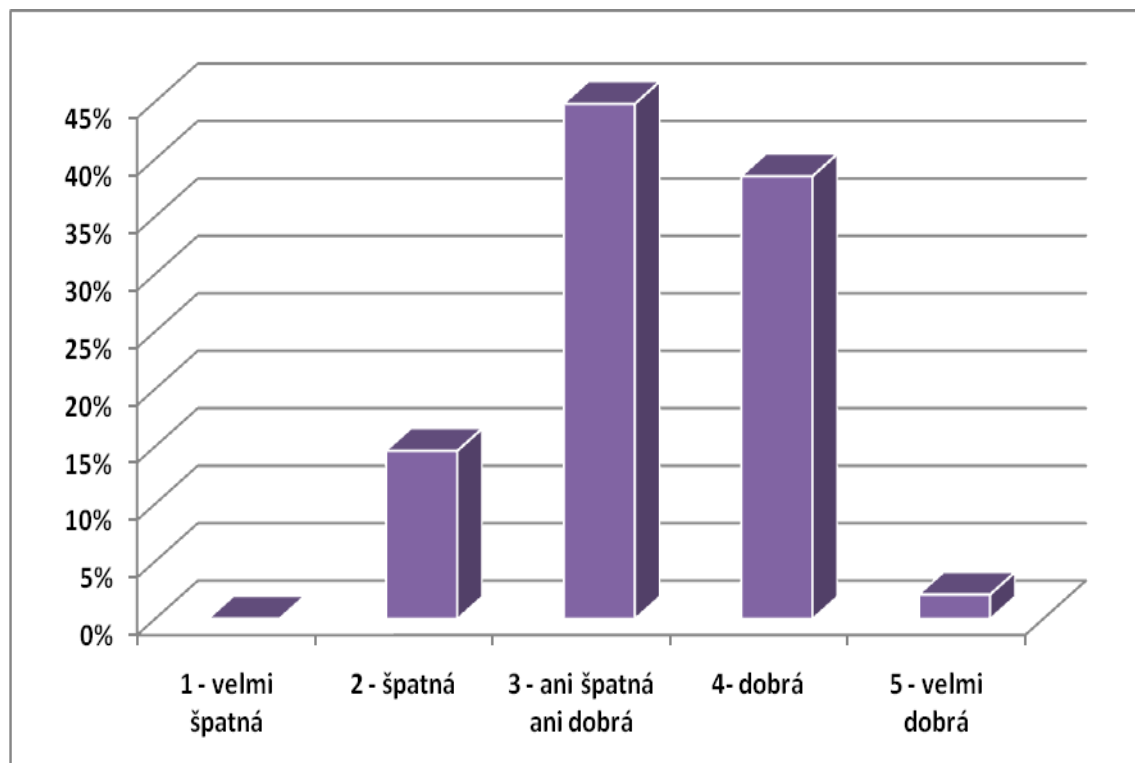
Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení Dotazníku WHOQOL-BREF

Otázka č. 1 „Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?“ se vztahuje k hypotéze č. 1: **Předpokládám, že více než 50% seniorů ze zkoumaného souboru hodnotí svou kvalitu života pozitivně.** U otázky neoznačil ani jeden respondent odpověď velmi špatná. Odpověď špatná označilo 14 respondentů (14,6%). Dobrou kvalitu označilo 37 respondentů (38,5%) a velmi dobrou pouze 2 (2,1%). Nejčastější odpověď byla ani špatná, ani dobrá – 43 respondentů (44,8%). **Pozitivně hodnotí svou kvalitu života tedy 40,6% respondentů. Hypotéza č. 1 se nepotvrdila.**

Průměrný skór odpovědí je 3,28. Viz graf č. 3.

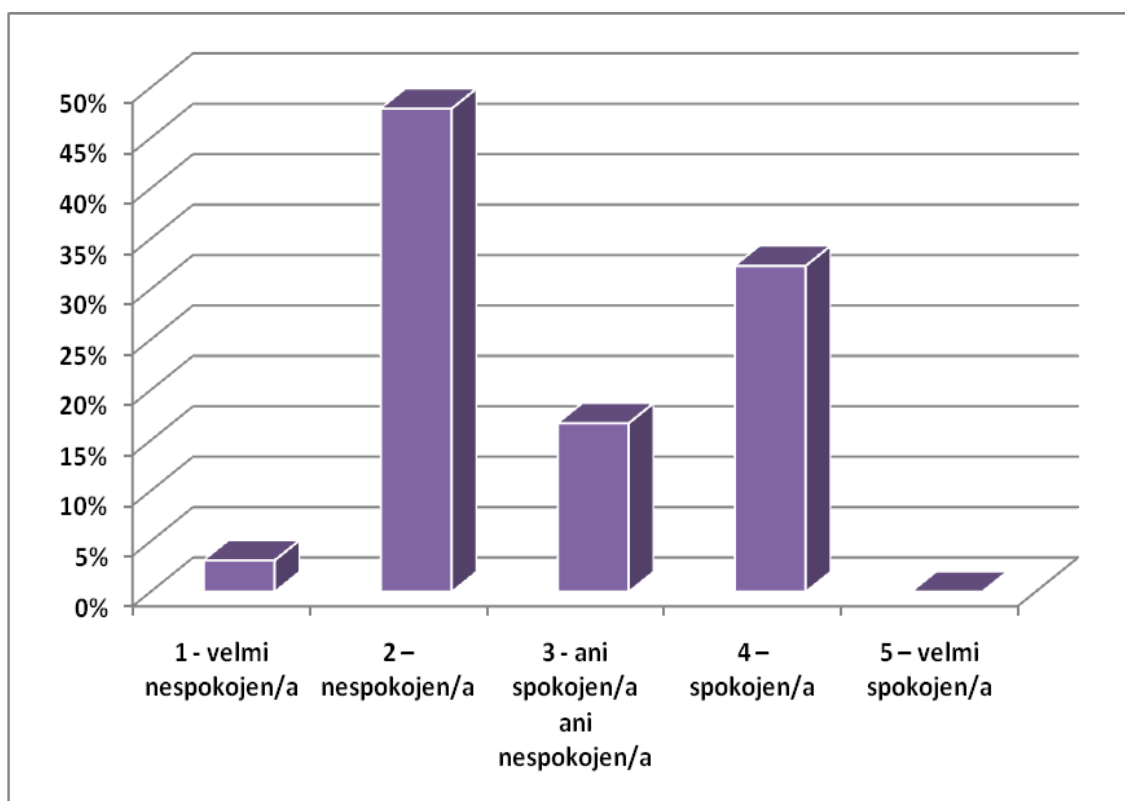
Graf č. 3 – Hodnocení kvality života



Zdroj: Vlastní výzkum

U otázky č. 2 „**Jak jste spokojen/a se svým zdravím?**“ vybrali 3 respondenti (3,1%) odpověď velmi nespokojen/a, 16 respondentů (16,7%) odpověď ani spokojen/a ani nespokojen/a, 31 respondentů (32,3%) odpověď spokojen/a a velmi spokojen/a nevybral nikdo. Nejvíce respondentů - 46 (47,9%) označilo odpověď nespokojen/a, Průměrný skóre odpovědí je 2,78. Viz graf č. 4.

Graf č. 4 – Spokojenost se zdravím



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 3 „Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?“ odpovědělo 20 respondentů (20,8%) vůbec ne, 26 respondentů (27,1%) trochu, 20 respondentů (20,8%) hodně. Žádný respondent neoznačil odpověď maximálně. Nejčastější odpověď 30 respondentů (31,3%) byla středně. Průměrný skóre odpovědí je 2,52. Viz tabulka č. 1.

Tabulka č. 1 – Bolest a nepříjemné pocity

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 – vůbec ne	20	20,8
2 – trochu	26	27,1
3 – středně	30	31,3
4 – hodně	20	20,8
5 – maximálně	0	0
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

U otázky č. 4 „Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?“ odpovědělo 11 respondentů (11,5%) vůbec ne, trochu odpovědělo 26 (27,1%) respondentů, hodně 27 (28,1%) respondentů. Pouze 1 respondent (1%) odpovědělo maximálně. Nejvíce respondentů - 32 (33,3%) odpovědělo středně. Průměrný skóre odpovědí je 2,81. Viz tabulka č. 2.

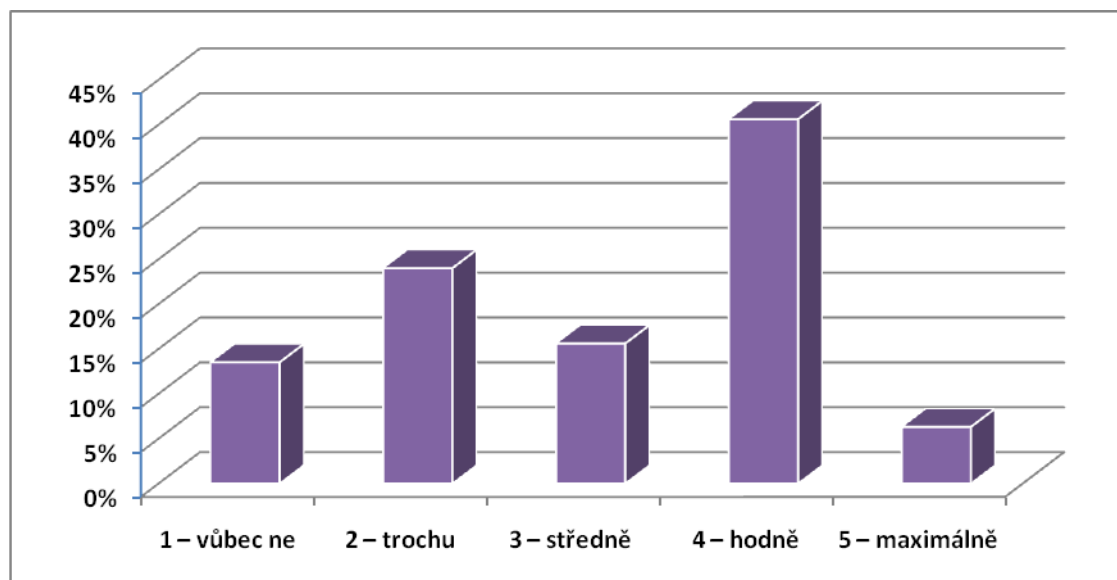
Tabulka č. 2 – Závislost na lékařské péči

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 – vůbec ne	11	11,5
2 – trochu	26	27,1
3 – středně	32	33,3
4 – hodně	27	28,1
5 – maximálně	1	1,0
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 5 „Jak moc Vás těší život?“ odpovědělo 13 respondentů (13,5%) vůbec ne, 23 respondentů (24%) trochu, 15 respondentů (15,6%) středně, 6 respondentů (6,3%) označilo odpověď maximálně. Nejčastější odpověď - 39 respondentů (40,6%) byla hodně. Průměrný skóre odpovědí je 3,02. Viz graf č. 5.

Graf č. 5 – Potěšení ze života



Zdroj: Vlastní výzkum

U otázky č. 6 „Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?“ odpovědělo 10 respondentů (10,4%) vůbec ne, trochu odpovědělo 23 (24%) respondentů, středně 17 (18,8%) respondentů. Pouze 3 respondenti (3,1%) odpověděli maximálně. Nejvíce respondentů - 43 (44,8%) odpovědělo hodně. Průměrný skóre odpovědí je 3,06. Viz tabulka č. 3.

Tabulka č. 3 – Smysl života

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 – vůbec ne	10	10,4
2 – trochu	23	24,0
3 – středně	17	18,8
4 – hodně	43	44,8
5 – maximálně	3	3,1
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 7 „Jak se dokážete soustředit?“ odpověděl 1 respondent (1%) vůbec ne, 12 respondentů (12,5%) trochu, 30 respondentů (31,3%) středně. Pouhý 1 respondent označil odpověď maximálně. Nejčastější odpověď - 52 respondentů (54,2%) byla hodně. Průměrný skóre odpovědí je 3,42. Viz tabulka č. 4.

Tabulka č. 4 – Soustředění

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 – vůbec ne	1	1,0
2 – trochu	12	12,5
3 – středně	30	31,3
4 – hodně	52	54,2
5 – maximálně	1	1,0
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

U otázky č. 8 „**Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?**“ odpověděli 2 respondenti (2,1%) vůbec ne, trochu odpověděli 4 (4,2%) respondenti, středně 9 (9,4%) respondentů, 3 respondenti (3,1%) odpověděli maximálně. Nejvíce respondentů - 78 (81,3%) odpovědělo hodně. Průměrný skóre odpovědí je 3,79. Viz tabulka č. 5.

Tabulka č. 5 – Osobní bezpečí

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 – vůbec ne	2	2,1
2 – trochu	4	4,2
3 – středně	9	9,4
4 – hodně	78	81,3
5 – maximálně	3	3,1
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 9 „**Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?**“ odpověděl 1 (1%) respondent vůbec ne, 2 respondenti (2,1%) trochu, 39 respondentů (40,6%) hodně. Nikdo neoznačil odpověď maximálně. Nejčastější odpověď - 54 respondentů (56,3%) byla středně. Průměrný skóre odpovědí je 3,36. Viz tabulka č. 6.

Tabulka č. 6 – Zdravé prostředí

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 – vůbec ne	1	1,0
2 – trochu	2	2,1
3 – středně	54	56,3
4 – hodně	39	40,6
5 – maximálně	0	0
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 10 „Máte dost energie pro každodenní život?“ odpověděli 3 respondenti (3,1%) vůbec ne, shodně – 23 respondentů (24%) odpovědělo spíše ne a středně, odpověď zcela vybral 1 respondent (1%). Většinou ano byla nejčastější odpověď – 46 respondentů (47,9%). Průměrný skóre odpovědí je 3,2. Viz tabulka č. 7.

Tabulka č. 7 – Energie a únava

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 – vůbec ne	3	3,1
2 – spíše ne	23	24,0
3 – středně	23	24,0
4 – většinou ano	46	47,9
5 – zcela	1	1,0
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

U otázky č. 11 „Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?“ neodpověděl žádný respondent vůbec ne, ani zcela. 5 respondentů (5,2%) odpovědělo spíše ne, 14 respondentů (14,6%) většinou ano. Nejvíce respondentů – 77 (80,2%) odpovědělo středně. Průměrný skóre odpovědí je 3,09. Viz tabulka č. 8.

Tabulka č. 8 - Přijetí tělesného vzhledu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 – vůbec ne	0	0
2 – spíše ne	5	5,2
3 – středně	77	80,2
4 – většinou ano	14	14,6
5 – zcela	0	0
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 12 „Máte dost peněz k uspokojování svých potřeb?“ odpověděli 4 respondenti (4,2%) vůbec ne, 27 respondentů (28,1%) spíše ne, 17 respondentů (17,7%) středně a 1 respondent (1%) zcela. Nejčastější odpověď byla většinou ano – 47 respondentů (49%). Průměrný skóre odpovědí je 3,15. Viz tabulka č. 9.

Tabulka č. 9 – Finanční situace

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 – vůbec ne	4	4,2
2 – spíše ne	27	28,1
3 – středně	17	17,7
4 – většinou ano	47	49,0
5 – zcela	1	1,0
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 13 „Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?“ neodpověděl žádný respondent vůbec ne, 6 respondentů (6,3%) spíše ne, 16 respondentů (16,7%) středně a 3 respondenti (3,1%) zcela. Nejčastější odpověď byla většinou ano – 71 respondentů (74%). Průměrný skóre odpovědí je 3,74. Viz tabulka č. 10.

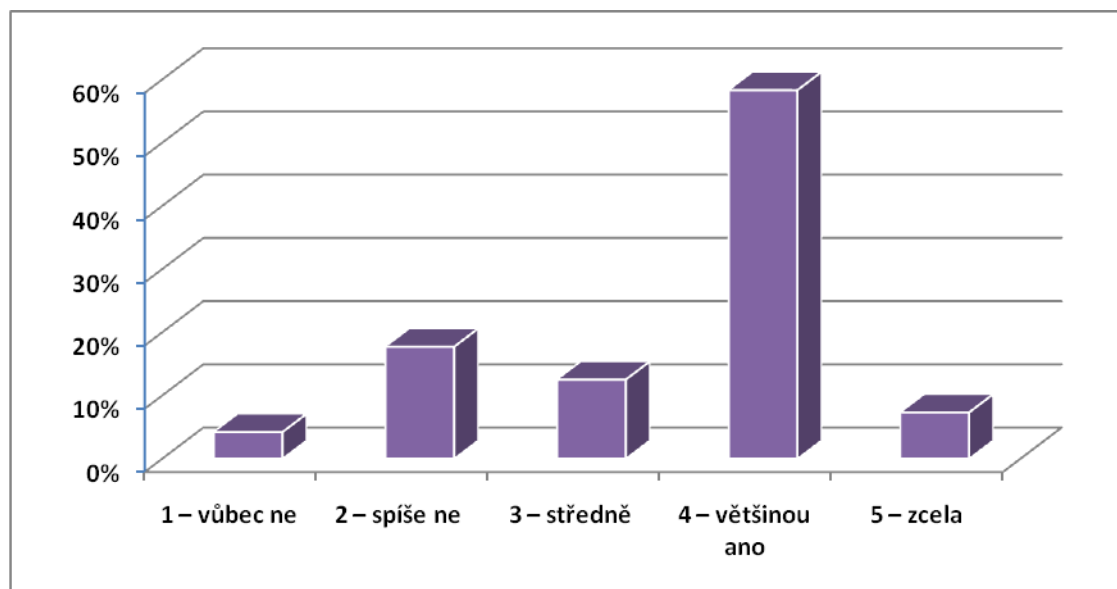
Tabulka č. 10 – Přístup k informacím

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 – vůbec ne	0	0
2 – spíše ne	6	6,3
3 – středně	16	16,7
4 – většinou ano	71	74,0
5 – zcela	3	3,1
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 14 „Máte možnost věnovat se svým zálibám?“ odpověděli 4 respondenti (4,2%) vůbec ne, 17 respondentů (17,7%) spíše ne, 12 respondentů (12,5%) středně a 7 respondentů (3,1%) zcela. Nejčastější odpověď byla většinou ano – 56 respondentů (58,3%). Průměrný skóre odpovědí je 3,47. Viz graf č. 6.

Graf č. 6 – Záliby



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 15 „**Jak moc se dokážete pohybovat?**“ odpovědělo 22 respondentů (22,9%) velmi špatně, 25 respondentů (26%) špatně, 19 respondentů (19,8%) ani špatně ani dobře a 3 respondenti (3,1%) velmi dobře. Nejčastější odpověď byla dobře – 27 respondentů (28,1%). Průměrný skóre odpovědí je 2,63. Viz tabulka č. 11.

Tabulka č. 11 – Pohyblivost

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 – velmi špatně	22	22,9
2 – špatně	25	26,0
3 – ani špatně, ani dobře	19	19,8
4 – dobře	27	28,1
5 – velmi dobře	3	3,1
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 16 „**Jak jste spokojen/a se svým spánkem?**“ 3 respondenti (3,1%) jsou velmi nespokojeni, 26 respondentů (27,1%) je nespokojeno, 18 (18,8%) respondentů označili odpověď ani spokojen/a ani nespokojen/a, velmi spokojeno je 8 (8,3%) respondentů. Nejvíce respondentů – 41 (42,7%) je spokojeno. Průměrný skóre odpovědí je 3,26. Viz tabulka č. 12.

Tabulka č. 12 – Spánek

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 - velmi nespokojen/a	3	3,1
2 – nespokojen/a	26	27,1
3 - ani spokojen/a ani nespokojen/a	18	18,8
4 – spokojen/a	41	42,7
5 – velmi spokojen/a	8	8,3
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 17 „**Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činností?**“ 3 respondenti (3,1%) jsou velmi nespokojeni, 16 respondentů (17,7%) je nespokojeno, 24 (25%) respondentů je spokojeno, velmi spokojeno je 5 (5,2%) respondentů. Nejvíce respondentů – 48 (50%) označilo odpověď ani spokojen/a ani nespokojen/a. Průměrný skóre odpovědí je 3,13. Viz tabulka č. 13.

Tabulka č. 13 – Každodenní činnosti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 - velmi nespokojen/a	3	3,1
2 – nespokojen/a	16	17,7
3 - ani spokojen/a ani nespokojen/a	48	50,0
4 – spokojen/a	24	25,0
5 – velmi spokojen/a	5	5,2
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 18 „**Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?**“ 4 respondenti (4,2 %) jsou velmi nespokojeni, 20 respondentů (20,8%) je nespokojeno, 15 (15,6%) respondentů je spokojeno, velmi spokojeni jsou 3 (3,1%) respondenti. Nejvíce respondentů – 54 (56,3%) označilo odpověď ani spokojen/a ani nespokojen/a. Průměrný skóre odpovědí je 2,93. Viz tabulka č. 14.

Tabulka č. 14 – Pracovní výkonnost

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 - velmi nespokojen/a	4	4,2
2 – nespokojen/a	20	20,8
3 – ani spokojen/a ani nespokojen/a	54	56,3
4 – spokojen/a	15	15,6
5 – velmi spokojen/a	3	3,1
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 19 „**Jak jste spokojen/a sám/a se sebou?**“ 1 respondent (1 %) je velmi nespokojen, 16 respondentů (16,7%) je nespokojeno, 21 respondentů (21,9%) je spokojeno, velmi spokojen je 1 (1%) respondent. Nejvíce respondentů – 57 (59,4%) označilo odpověď ani spokojen/a ani nespokojen/a. Průměrný skóre odpovědí je 3,03. Viz tabulka č. 15.

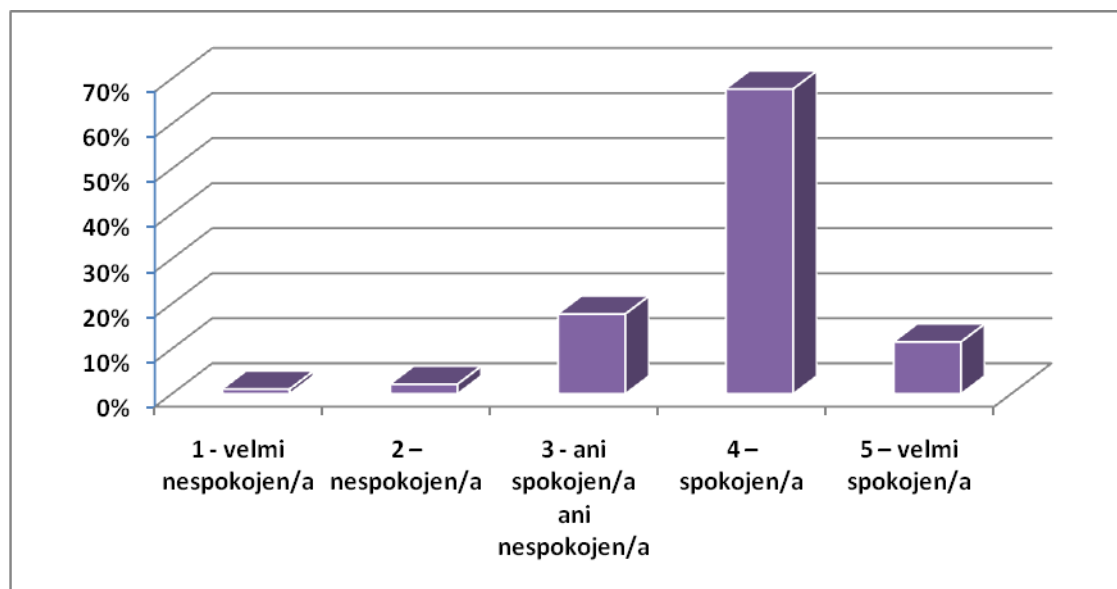
Tabulka č. 15 – Spokojenost se sebou

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 - velmi nespokojen/a	1	1,0
2 – nespokojen/a	16	16,7
3 - ani spokojen/a ani nespokojen/a	57	59,4
4 – spokojen/a	21	21,9
5 – velmi spokojen/a	1	1,0
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 20 „**Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?**“ 1 respondent (1 %) je velmi nespokojen, 2 respondenti (2,1%) jsou nespokojeni, 17 respondentů (17,7%) označilo odpověď ani spokojen/a ani nespokojen/a, 11 respondentů (11,5%) je velmi spokojeno. Nejvíce respondentů – 65 (67,7%) je se svými osobními vztahy spokojeno. Průměrný skóre odpovědí je 3,86. Viz graf č. 7.

Graf č. 7 – Osobní vztahy



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 21 „**Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?**“ 8 respondentů (8,3%) je velmi nespokojeno, 36 respondentů (37,5%) je nespokojeno, 13 respondentů (13,5%) je spokojeno, velmi spokojen není žádný respondent. Nejvíce respondentů – 39 (40,6%) označilo odpověď ani spokojen/a ani nespokojen/a. Průměrný skór odpovědí je 2,59. Viz tabulka č. 16.

Tabulka č. 16 – Sexuální život

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 - velmi nespokojen/a	8	8,3
2 – nespokojen/a	36	37,5
3 – ani spokojen/a ani nespokojen/a	39	40,6
4 – spokojen/a	13	13,5
5 – velmi spokojen/a	0	0
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 22 „**Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?**“ žádný respondent neoznačil odpověď velmi nespokojen, 2 respondenti (2,1%) jsou nespokojeni, 18 respondentů (18,8%) označilo odpověď ani spokojen/a ani nespokojen/a, velmi spokojeni jsou 4 (4,2%) respondenti. Nejvíce respondentů – 72 (75%) je spokojeno. Průměrný skór odpovědí je 3,81. Viz tabulka č. 17.

Tabulka č. 17 – Podpora přátel

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 - velmi nespokojen/a	0	0
2 – nespokojen/a	2	2,1
3 - ani spokojen/a ani nespokojen/a	18	18,8
4 – spokojen/a	72	75,0
5 – velmi spokojen/a	4	4,2
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 23 „Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?“ Žádný respondent neoznačil odpověď velmi nespokojen, 4 respondenti (4,2%) jsou nespokojeni, 13 respondentů (13,5%) označilo odpověď ani spokojen/a ani nespokojen/a, velmi spokojeni jsou 2 (2,1%) respondenti. Nejvíce respondentů – 77 (80,2%) je spokojeno. Průměrný skóre odpovědí je 3,8. Viz tabulka č. 18.

Tabulka č. 18 – Prostředí v okolí bydliště

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 - velmi nespokojen/a	0	0
2 – nespokojen/a	4	4,2
3 - ani spokojen/a ani nespokojen/a	13	13,5
4 – spokojen/a	77	80,2
5 – velmi spokojen/a	2	2,1
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 24 „Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?“ Žádný respondent neoznačil odpověď velmi nespokojen, 1 respondent (1%) je nespokojen, 18 respondentů (18,8%) označilo odpověď ani spokojen/a ani nespokojen/a, velmi spokojeni jsou 2 (2,1%) respondenti. Nejvíce respondentů – 75 (78,1%) je spokojeno. Průměrný skóre odpovědí je 3,81. Viz tabulka č. 19.

Tabulka č. 19 – Dostupnost zdravotní péče

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 - velmi nespokojen/a	0	0
2 – nespokojen/a	1	1,0
3 – ani spokojen/a ani nespokojen/a	18	18,8
4 – spokojen/a	75	78,1
5 – velmi spokojen/a	2	2,1
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 25 „**Jak jste spokojen/a s dopravou?**“ 2 respondenti (2,1%) jsou velmi nespokojeni, další 2 jsou nespokojeni, 25 respondentů (26%) je spokojeno, velmi spokojen je 1 respondent. Nejvíce respondentů – 66 (68,8%) označilo odpověď ani spokojen/a ani nespokojen/a. Průměrný skóre odpovědí je 3,22. Viz tabulka č. 20.

Tabulka č. 20 – Doprava

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 - velmi nespokojen/a	2	2,1
2 – nespokojen/a	2	2,1
3 - ani spokojen/a ani nespokojen/a	66	68,8
4 – spokojen/a	25	26,0
5 – velmi spokojen/a	1	1,0
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

U otázky č. 26 „**Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?**“ odpovědělo 19 respondentů (19,8%) nikdy, 28 respondentů (29,2%) někdy, 16 respondentů (17,7%) celkem často, neustále 2 respondenti. Nejvíce respondentů – 31 (32,3%) označilo odpověď středně. Průměrný skóre odpovědí je 2,52. Viz tabulka č. 21.

Tabulka č. 21 – Negativní pocity

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 – nikdy	19	19,8
2 – někdy	28	29,2
3 – středně	31	32,3
4 – celkem často	16	17,7
5 – neustále	2	2,1
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení Dotazníku WHOQOL-OLD

Na otázku č. 1 „Do jaké míry ovlivňuje zhoršení Vašich smyslů (např. sluch, chuť, hmat, zrak, nebo čich) Váš každodenní život?“ odpovědělo 28 respondentů (29,2%) vůbec ne, 25 respondentů (26%) středně, 10 respondentů (10,4%) hodně. Pouhý 1 respondent označil odpověď maximálně. Nejčastější odpověď 32 respondentů (33,3%) byla trochu. Průměrný skóre odpovědí je 2,21. Viz tabulka č. 22.

Tabulka č. 22 – Zhoršení smyslů a každodenní život

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 – vůbec ne	28	29,2
2 – trochu	32	33,3
3 – středně	25	26,0
4 – hodně	10	10,4
5 – maximálně	1	1,0
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

U otázky č. 2 „Do jaké míry ovlivňuje ztráta, například sluchu, zraku, chuti, čichu nebo hmatu, Vaši schopnost zapojit se do různých činností?“ odpovědělo 28 respondentů (29,2%) vůbec ne, středně odpovědělo 22 (22,9%) respondentů, hodně 11 (11,5%) respondentů. Pouze 2 respondenti (2,1%) odpovědělo maximálně. Nejvíce respondentů - 33 (34,4%) odpovědělo trochu. Průměrný skóre odpovědí je 2,23. Viz tabulka č. 23.

Tabulka č. 23 – Ztráta smyslů a zapojení se do činností

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 – vůbec ne	28	29,2
2 – trochu	33	34,4
3 – středně	22	22,9
4 – hodně	11	11,5
5 – maximálně	2	2,1
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

U otázky č. 3 „Do jaké míry můžete svobodně rozhodovat o svých záležitostech?“ odpovědělo 7 respondentů (7,3%) trochu, 23 respondentů (24%) středně, maximálně vybralo 9 respondentů (9,4%). Pouze 1 respondent (1%) hodnotí tuto otázku odpovědí vůbec ne a nejvíce respondentů – 56 (58,3%) může rozhodovat o svých záležitostech hodně. Průměrný skóre odpovědí je 3,68. Viz tabulka č. 24.

Tabulka č. 24 – Svobodné rozhodování

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 – vůbec ne	1	1,0
2 – trochu	7	7,3
3 – středně	23	24,0
4 – hodně	56	58,3
5 – maximálně	9	9,4
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 4 „Do jaké míry můžete rozhodovat o své budoucnosti?“ odpověděli 4 respondenti (4,2%) vůbec ne a shodně trochu. Středně vybralo 20 respondentů (20,8), 10 respondentů (10,4) označilo odpověď maximálně. Nejvíce respondentů – 58 (60,4%) označilo odpověď hodně. Průměrný skóre odpovědí je 3,69. Viz tabulka č. 25.

Tabulka č. 25 – Vliv na rozhodování o budoucnosti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 – vůbec ne	4	4,2
2 – trochu	4	4,2
3 – středně	20	20,8
4 – hodně	58	60,4
5 – maximálně	10	10,4
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 5 „Máte pocit, že lidé okolo Vás respektují Vaší svobodu rozhodování?“ odpověděli 3 respondenti (3,1%) vůbec ne, 4 (4,2%) trochu, odpověď středně vybralo 36 (37,5%) respondentů, maximálně 4 (4,2%) respondentů. Nejvíce respondentů – 49 (51%) vybrali odpověď hodně. Průměrný skóre odpovědí je 3,49. Viz tabulka č. 26.

Tabulka č. 26 – Respektování svobody rozhodování

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 – vůbec ne	3	3,1
2 – trochu	4	4,2
3 – středně	36	37,5
4 – hodně	49	51,0
5 – maximálně	4	4,2
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 6 „Znepokojujete se tím, jak zemřete?“ byla zodpovězena 10 respondenty (10,4%) trochu, 14 (14,6%) středně, hodně se znepokojují 3 respondenti (3,1%), maximálně pouze 2 (2,1%). Nejčastější odpověď vůbec ne vybralo 67 (69,8%) respondentů. Průměrný skóre odpovědí je 1,57. Viz tabulka č. 27.

Tabulka č. 27 – Znepokojení ze způsobu smrti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 – vůbec ne	67	69,8
2 – trochu	10	10,4
3 – středně	14	14,6
4 – hodně	3	3,1
5 – maximálně	2	2,1
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

U otázky č. 7 „Nakolik se obáváte ztráty kontroly v souvislosti se smrtí?“ odpovědělo 11 respondentů (11,5%) trochu, 13 (13,5%) středně, hodně odpověděli 3 respondenti (3,1%), odpověď maximálně nevybral nikdo. Nejvíce respondentů – 69 (71,9%) se ztráty kontroly se smrtí vůbec neobává. Průměrný skóre odpovědí je 1,48. Viz tabulka č. 28.

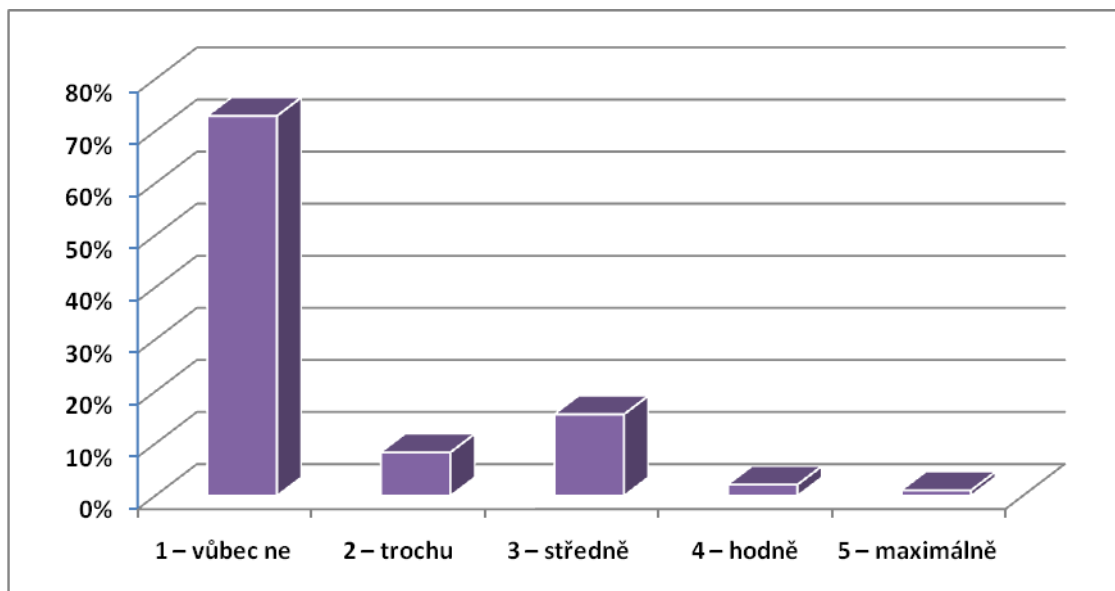
Tabulka č. 28 – Ztráta kontroly nad sebou

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 – vůbec ne	69	71,9
2 – trochu	11	11,5
3 – středně	13	13,5
4 – hodně	3	3,1
5 – maximálně	0	0
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázku č. 8 „**Jak moc se bojíte umírání?**“ zodpovědělo 8 respondentů (8,3%) trochu, 15 respondentů (15,6%) středně, hodně se umírání bojí 2 respondenti (2,1%), maximálně pouze 1 (1%). Vůbec se umírání nebojí nejvíce respondentů – 70 (72,9%). Průměrný skór odpovědí je 1,5. Viz graf č. 8.

Graf č. 8 – Strach z umírání



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 9 „**Jak moc se bojíte bolesti při umírání?**“ odpovědělo 10 respondentů (10,4%) trochu, 17 respondentů (17,7%) středně, 6 respondentů (6,3%) hodně a pouze 1 respondent se bojí maximálně. Největší počet respondentů – 62 (64,6%) se bolest při umírání nebojí vůbec. Průměrný skór odpovědí je 1,69. Viz tabulka č. 29.

Tabulka č. 29 – Strach z bolesti při umírání

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 – vůbec ne	62	64,6
2 – trochu	10	10,4
3 – středně	17	17,7
4 – hodně	6	6,3
5 – maximálně	1	1,0
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázku č. 10 „Do jaké míry ovlivňují potíže se smysly (např. sluch, chuť, hmat, zrak, čich) Vaši komunikaci s ostatními lidmi?“ zodpovědělo 21 respondentů (21,9%) středně, 11 respondentů (11,5%) hodně, pouze 1 respondent (1%) maximálně. Nejvíce odpovědí bylo trochu – 32 respondentů (33,3%) a téměř shodně respondentů – 31 (32,3%) odpovědělo vůbec ne. Průměrný skóre odpovědí je 2,16. Viz tabulka č. 30.

Tabulka č. 30 – Potíže se smysly a komunikace s lidmi

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 – vůbec ne	31	32,3
2 – trochu	32	33,3
3 – středně	21	21,9
4 – hodně	11	11,5
5 – maximálně	1	1,0
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 11 „Do jaké míry se můžete věnovat věcem, které byste rád/a dělal/a?“ odpovědělo 12 respondentů (12,5%) vůbec ne, 19 respondentů (19,8%) trochu, 13 respondentů (13,5%) hodně a pouze 1 respondent (1%) maximálně. Nejvíce respondentů – 51 (53,1%) odpovědělo středně. Průměrný skóre odpovědí je 2,71. Viz tabulka č. 31.

Tabulka č. 31 – Oblíbené činnosti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 – vůbec ne	12	12,5
2 – trochu	19	19,8
3 – středně	51	53,1
4 – hodně	13	13,5
5 – maximálně	1	1,0
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

U otázky č. 12 „Jste spokojen/a se svými možnostmi nadále v životě něčeho dosáhnout?“ odpovědělo 19 respondentů (19,8%) vůbec ne, 26 respondentů (27,1%) trochu, hodně jsou spokojeni 4 respondenti (4,2%), maximálně neodpověděl nikdo. Nejčastější odpověď byla středně – 47 respondentů (49%). Průměrný skóre odpovědí je 2,38. Viz tabulka č. 32.

Tabulka č. 32 – Spokojenost s možnostmi nadále něčeho dosáhnout

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 – vůbec ne	19	19,8
2 – trochu	26	27,1
3 – středně	47	49,0
4 – hodně	4	4,2
5 – maximálně	0	0
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 13 „Myslíte si, že se Vám v životě dostává takové uznání, které si zasloužíte?“ odpovědělo 6 respondentů (6,3%) vůbec ne, 11 respondentů (11,5%) trochu, 19 respondentů (19,8%) hodně a pouhý 1 respondent (1%) maximálně. Nejvíce respondentů – 59 (61,5%) odpovědělo středně. Průměrný skóre odpovědí je 3,00. Viz tabulka č. 33.

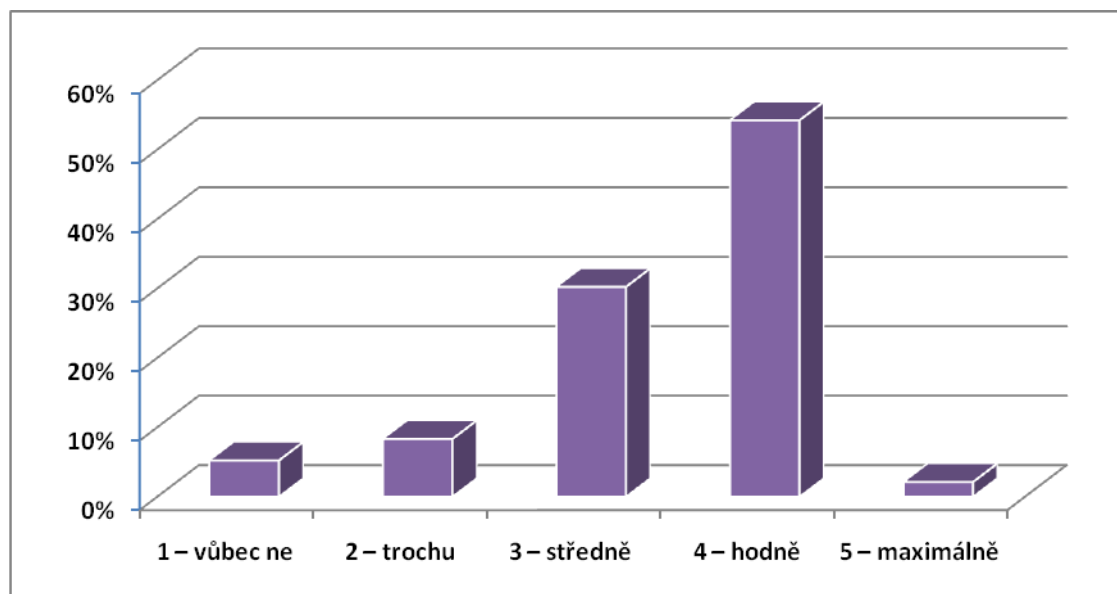
Tabulka č. 33 – Zasloužené uznání

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 – vůbec ne	6	6,3
2 – trochu	11	11,5
3 – středně	59	61,5
4 – hodně	19	19,8
5 – maximálně	1	1,0
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázku č. 14 „Myslíte si, že máte každý den dostatek činnosti?“ zodpovědělo 5 respondentů (5,2%) vůbec ne, 8 respondentů (8,3%) trochu, 29 respondentů (30,2%) má středně činnosti, 2 respondenti (2,1%) maximálně. Hodně činnost má nejvíce respondentů – 52 (54,2%). Průměrný skóre odpovědí je 3,40. Viz graf č. 9.

Graf č. 9 – Dostatek činností



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 15 „Jste spokojen/a s tím, čeho jste v životě dosáhl/a?“ odpověděl 1 (1%) respondent vůbec ne, 15 respondentů (15,6%) trochu, středně je spokojeno 26 (27,1%), maximálně 4 (4,2%). Nejvíce respondentů – 50 (52,1%) je spokojeno hodně. Průměrný skóre odpovědí je 3,43. Viz tabulka č. 34.

Tabulka č. 34 – Spokojenost s tím, čeho v životě dosáhl/a

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 – vůbec ne	1	1
2 – trochu	15	15,6
3 – středně	26	27,1
4 – hodně	50	52,1
5 – maximálně	4	4,2
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 16 „Jste spokojen/a s tím, jak trávíte svůj volný čas?“ odpověděli vůbec ne 4 respondenti (4,2%), trochu 15 respondentů (15,6%), středně je spokojeno 29 respondentů (30,2%) a maximálně pouze 1 respondent (1%). Nejčastěji jsou se svým volným časem spokojeni respondenti hodně – 47 respondentů (49%). Průměrný skóre odpovědí je 3,27. Viz tabulka č. 35.

Tabulka č. 35 – Spokojenost s trávením volného času

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 – vůbec ne	4	4,2
2 – trochu	15	15,6
3 – středně	29	30,2
4 – hodně	47	49,0
5 – maximálně	1	1,0
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

U otázky č. 17 „Jste spokojen/a s tím, nakolik jste aktivní?“ vybralo odpověď vůbec ne 7 respondentů (7,3%), trochu 11 respondentů (11,5%), středně 35 respondentů (36,5%) a maximálně pouze 1 respondent (1%). Nejčastější odpověď byla hodně – 42 respondentů (43,8%). Průměrný skóre odpovědí je 3,20. Viz tabulka č. 36.

Tabulka č. 36 – Spokojenost s množstvím aktivit

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 – vůbec ne	7	7,3
2 – trochu	11	11,5
3 – středně	35	36,5
4 – hodně	42	43,8
5 – maximálně	1	1,0
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázku č. 18 „Jste spokojen/a s možností svého zapojení do společenského (místního) dění?“ zodpověděli 4 respondenti (4,2%) vůbec ne, 18 respondentů (18,8%) trochu, 3 respondenti (3,1%) maximálně. Nejvýraznější odpovědi byli středně – 32 respondentů (33,3%) a hodně – 39 respondentů (40,6%). Průměrný skóre odpovědí je 3,20. Viz tabulka č. 37.

Tabulka č. 37 – Spokojenost se zapojením do společenského dění

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 – vůbec ne	4	4,2
2 – trochu	18	18,8
3 – středně	32	33,3
4 – hodně	39	40,6
5 – maximálně	3	3,1
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 19 „**Jak jste spokojen/a s věcmi, na které se můžete těšit?**“ odpověděli vůbec ne 3 respondenti (3,1%), trochu 6 respondentů (6,3%), hodně 31 respondentů (32,3%), maximálně pouze 1 respondent (1%). Nejčastěji byla zvolena odpověď středně – 55 respondentů (57,3%). Průměrný skóre odpovědí je 3,22. Viz tabulka č. 38.

Tabulka č. 38 – Spokojenost s věcmi, na které se lze těšit

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 – vůbec ne	3	3,1
2 – trochu	6	6,3
3 – středně	55	57,3
4 – hodně	31	32,3
5 – maximálně	1	1,0
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

U otázky č. 20 „**Jak byste hodnotil/a to, jak Vám slouží smysly (např. sluch, zrak, chuť, čich, hmat)?**“ odpověděl vůbec ne 1 respondent (1%), trochu 26 respondentů (27,1%), středně 29 respondentů (30,2%), maximálně 2 respondenti (2,1%). Nejčastější odpověď byla hodně – 51 respondentů (53,1%). Průměrný skóre odpovědí je 3,42. Viz tabulka č. 39.

Tabulka č. 39 – Hodnocení fungování smyslů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 – vůbec ne	1	1,0
2 – trochu	26	27,1
3 – středně	29	30,2
4 – hodně	51	53,1
5 – maximálně	2	2,1
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 21 „**Jak velký význam má ve Vašem životě přátelství?**“ odpověděli vůbec ne 4 respondenti (4,2%), trochu 7 respondentů (7,3%), středně 14 respondentů (14,6%), maximálně 7 respondentů (7,3%). Nejvíce respondentů – 64 (66,7%) odpovědělo hodně. Průměrný skóre odpovědí je 3,66. Viz tabulka č. 40.

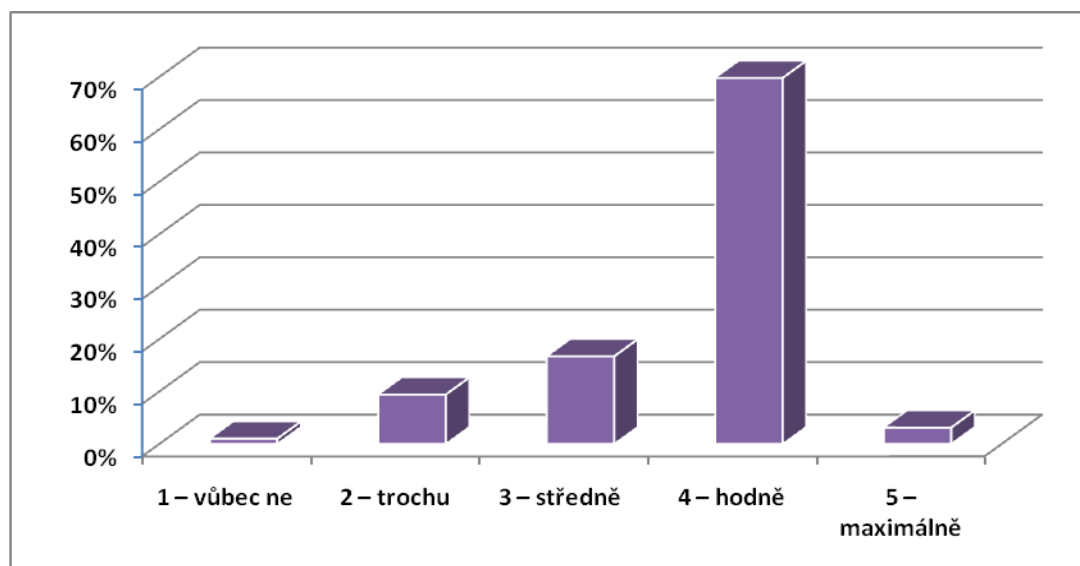
Tabulka č. 40 – Význam přátelství

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 – vůbec ne	4	4,2
2 – trochu	7	7,3
3 – středně	14	14,6
4 – hodně	64	66,7
5 – maximálně	7	7,3
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 22 „Kolik je ve Vašem životě lásky?“ odpověděl vůbec ne 1 respondent (1,0%), trochu 9 respondentů (9,4%), středně 16 respondentů (16,7%) a 3 respondenti (3,1%) maximálně. Nejvíce respondentů – 67 (69,8%) odpovědělo hodně. Průměrný skóre odpovědí je 3,65. Viz graf č. 10.

Graf č. 10 – Lásky v životě



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 23 „Máte příležitost někoho milovat?“ odpověděli vůbec ne 2 respondenti (2,1%), trochu 7 respondentů (7,3%), středně 16 respondentů (16,7%) a 3 respondenti (3,1%) maximálně. Nejvíce respondentů – 68 (70,8%) odpovědělo hodně. Průměrný skóre odpovědí je 3,66. Viz tabulka č. 41.

Tabulka č. 41 – Příležitost milovat

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 – vůbec ne	2	2,1
2 – trochu	7	7,3
3 – středně	16	16,7
4 – hodně	68	70,8
5 – maximálně	3	3,1
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 24 „Máte příležitost být někým milován/a?“ odpověděli vůbec ne 2 respondenti (2,1%), trochu 7 respondentů (7,3%), středně 17 respondentů (17,7%) a 1 respondent (1%) maximálně. Nejvíce respondentů – 69 (71,9%) odpovědělo hodně. Průměrný skóre odpovědí je 3,63. Viz tabulka č. 42.

Tabulka č. 42 – Příležitost být milován/a

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 – vůbec ne	2	2,1
2 – trochu	7	7,3
3 – středně	17	17,7
4 – hodně	69	71,9
5 – maximálně	1	1,0
Celkem	96	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Vyhodnocení domén WHOQOL-BREF A WHOQOL-ODL

V tabulce č. 43 jsou spočítány průměrné hrubé skóre jednotlivých domén. Graficky jsou tyto hodnoty znázorněny v grafu č. 11. Nejnižší hodnota skóre vyšla u domény naplnění (NAP) – 12,00, po ní následuje hodnota skóre domény 2 (prožívání) – 12,36, poté hodnota skóre domény 4 (prostředí) – 12,40, čtvrtá je doména 1 (fyzické zdraví) – 12,46, pak následují hodnoty domén v tomto pořadí: doména 3 (sociální vztahy) – 12,59, doména sociální zapojení (SOCZ) – 13,06, doména nezávislost (NEZ) – 13,56, doména blízké vztahy (BVZT) – 14,58 a doména fungování smyslů (FCES) – 14,82. Nejvyšší hodnota skóre – 17,76 je u domény smrt a umírání (SAU).

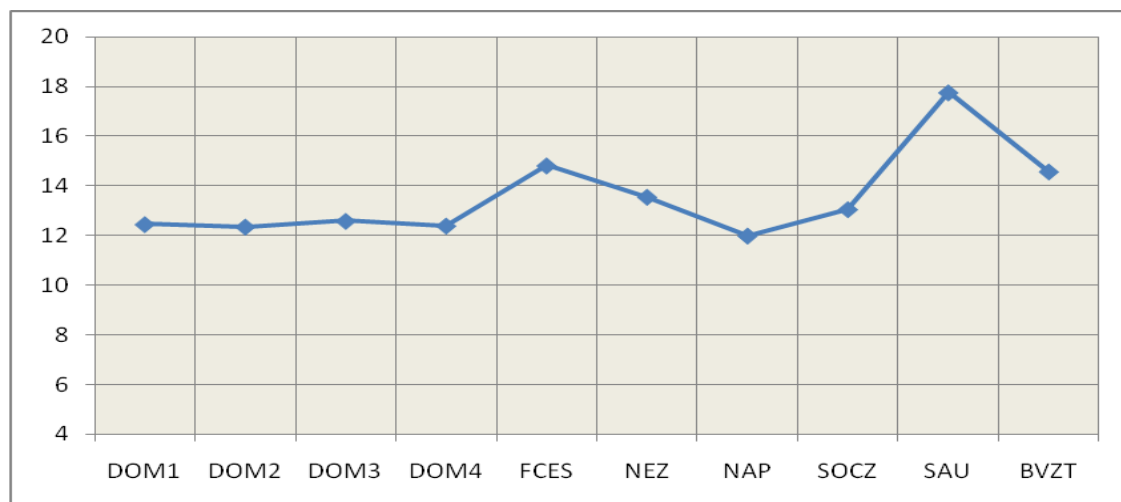
Získané výsledky odpovídají na zjištění **hypotézy č. 2: Předpokládám, že senioři ze zkoumaného souboru budou mít nejnižší doménové skóre v oblasti fyzického zdraví v porovnání k ostatním doménám.** Nejnižší doménové skóre vyšlo v doméně naplnění. **Hypotéza č. 2 se nepotvrdila.**

Tabulka č. 43 – Kvalita života dle jednotlivých domén

	DOM1	DOM2	DOM3	DOM4	FCES	NEZ	NAP	SOCZ	SAU	BVZT
Skóre	12,46	12,36	12,59	12,40	14,82	13,56	12,00	13,06	17,76	14,58

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 11 – Kvalita života dle jednotlivých domén



Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce č. 44 jsou uvedeny průměrná skóre všech domén pro dvě věkové skupiny: 60-79 a 80+.

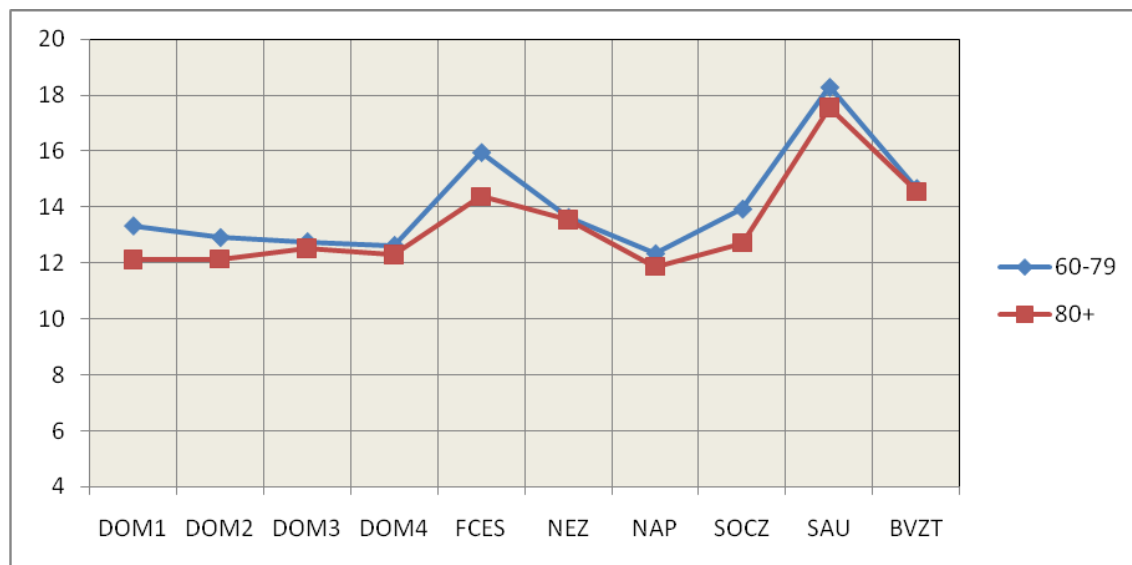
Hypotéza č. 3: Předpokládám, že senioři ze zkoumaného souboru staří 80 let a více budou dosahovat ve většině domén nižší skóre kvality života než senioři do 79 let. Na grafu č. 12 je vidět, že senioři spadající do věkové kategorie 80+ dosahují ve všech doménách nižší skóre než senioři ve věku 60-79 let. **Hypotéza č. 3 se potvrdila.**

Tabulka č. 44 – Domény WHOQOL-BREF A WHOQOL-OLD podle věku

	DOM1	DOM2	DOM3	DOM4	FCES	NEZ	NAP	SOCZ	SAU	BVZT
60-79	13,33	12,91	12,76	12,63	15,96	13,63	12,33	13,93	18,30	14,67
80+	12,12	12,14	12,52	12,31	14,38	13,54	11,87	12,72	17,55	14,55

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 12 – Kvalita života WHOQOL-BREF A WHOQOL-OLD podle věku



6. DISKUZE

Ve výsledcích jsem vyhodnotila údaje od 96 respondentů. Z toho 78 dotazníků mi vyplnily ženy, což činí 81%, a zbývajících 18 dotazníků (19%) mi vyplnili muži. Průměrný věk všech respondentů je 82 let.

Nejprve jsem vyhodnotila dvě samostatné položky (otázka č. 1 a 2) a poté jednotlivé domény. Hodnoty doménových skóre zde porovnávám s populačními normami pro seniory, viz příloha č. 1. (DRAGOMIRECKÁ, PRAJSOVÁ, 2009).

Otázka č. 1 „Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?“ slouží ke zjištění, jak senioři hodnotí svou kvalitu života. Nejčastější odpověď byla ani špatná, ani dobrá – 43 respondentů (44,8%). Průměrný skóre odpovědi je 3,28, což můžeme vzhledem ke škále 1-5 zhodnotit za vyšší průměr, viz graf č. 1.

U otázky č. 2 „Jak jste spokojen/a se svým zdravím?“ vyšel průměrný skóre odpovědi 2,78, což je také vyšší průměr. Nejvíce respondentů - 46 (47,9%) však označilo odpověď nespokojen/a, viz graf č. 2. Domnívala jsem se, že bude hodnocení kvality života podobné jako hodnocení zdraví, ale není tomu tak. Respondenti hodnotí hůře své zdraví, než kvalitu života. Můžeme z toho vyvodit to, že v hodnocení subjektivní kvality života senioři přihlíží i na jiné aspekty, než zdraví. Kalvach (2007) uvádí, že subjektivní hodnocení zdraví se u seniorů velmi liší. Zatímco někteří senioři hodnotí své zdraví jako dobré, někteří i o dost zdatnější jedinci mohou považovat své zdraví za špatné.

Doména 1 fyzické zdraví hodnotí bolest, nepříjemné pocity, závislost na lékařské péči, energii, únavu, pohyblivost, spánek, každodenní činnosti a výkonnost. U této domény vyšlo průměrné skóre 12,46 (viz tab. č. 43 a graf č. 11) oproti populační normě 13,71, kterou uvádí Dragomirecká a Prajsová (2009), což můžeme ještě ohodnotit jako normální hodnotu.

Doména 2 je doména prožívání. Tato doména zahrnuje položky: potěšení ze života, smysl života, soustředění, přijetí tělesného vzhledu a spokojenost se sebou. Zde vyšlo skóre 12,36 (viz tab. č. 43 a graf č. 11), což můžeme oproti populační normě 13,95 (DRAGOMIRECKÁ, PRAJSOVÁ, 2009) ohodnotit jako mírně sníženou kvalitu života. Krivohlavý (2004) vyzdvihuje důležitost pozitivních emocí v životě. Pozitivní emoce budují zdroje naší mentální síly. Jsou také účinným protilekem negativních emocí. Je tedy důležité, aby senioři prožívali často pozitivní emoce.

Do oblasti prožívání patří také schopnost soustředit se. Gruberová (1998) uvádí, že ve stáří dochází obvykle k postupnému poklesu kognitivních funkcí. Jako příklad uvádí např. snížení koncentrace. U otázky č. 7 „Jak se dokážete soustředit?“ byla nejčastější odpověď hodně, vybralo ji 52 respondentů (54,2%). Z těchto výsledků je patrné, že více jak polovina zkoumaný seniorů nemá problémy s koncentrací. Průměrný skóre odpovědi je 3,42. Viz tabulka č. 4.

Doména 3 jsou sociální vztahy. Zde se hodnotí osobní vztahy, sexuální život a podpora přátel. Průměrné skóre vyšlo 12,59 (viz tab. č. 43 a graf č. 11) oproti populační normě 13,96 (DRAGOMIRECKÁ, PRAJSOVÁ, 2009), což je hodnoceno také jako mírně snížená kvalita života. Právě na důležitost sociálních a psychologických faktorů poukazují Dragomirecká a Šelepová (2004). Uvádějí, že metody hodnocení kvality života se často soustřeďují na schopnost jedince provádět každodenní činnosti. Funkční schopnosti mají jistě velký vliv na kvalitu života, důležitou roli však hrají i psychologické a sociální faktory, které mohou významně přispívat ke kvalitě života (DRAGOMIRECKÁ, ŠELEPOVÁ, 2004).

Poslední doménou dotazníku WHOQOL je doména 4 – prostředí. Zde jsem se ptala na osobní bezpečí, životní prostředí, finanční situaci, přístup k informacím, záliby, prostředí v okolí bydliště, dostupnost zdravotní péče a doprava. U této domény vyšlo průměrné skóre 12,40 (viz tab. č. 43 a graf č. 11) oproti populační normě 13,58 (DRAGOMIRECKÁ, PRAJSOVÁ, 2009), což se posuzuje také jako mírně snížená kvalita.

Doména fungování smyslů (FCES) hodnotí zhoršení smyslů a každodenní život, ztrátu smyslů a zapojení se do činností a potíže se smysly a komunikace s lidmi. Skóre zde vyšlo 14,82 (viz tab. č. 43 a graf č. 11) oproti populační normě 14,32 (DRAGOMIRECKÁ, PRAJSOVÁ, 2009), což ukazuje na normální hodnotu.

Doména nezávislost (NEZ) hodnotí svobodné rozhodování, vliv na rozhodování o budoucnosti, respektování svobody rozhodování a oblíbené činnosti. U této domény je skóre 13,56 (viz tab. č. 43 a graf č. 11) oproti populační normě 14,64 (DRAGOMIRECKÁ, PRAJSOVÁ, 2009). Jde tedy ještě o normální hodnotu.

Doména naplnění (NAP) hodnotí spokojenost s možnostmi nadále něčeho dosáhnout, zasloužené uznání, spokojenost s tím, čeho člověk v životě dosáhl a spokojenost s věcmi, na které se lze těšit. Průměrné skóre vyšlo 12,00 (viz tab. č. 43 a

graf č. 11), což je oproti populační normě 13,80 (DRAGOMIRECKÁ, PRAJSOVÁ, 2009) vyhodnoceno jako mírně snížená kvalita života.

Doména sociální zapojení (SOCZ) se skládá z položek: dostatek činností, spokojenost s trávením volného času, spokojenost s množstvím aktivit a spokojenost se zapojením do místního dění. Aktivitu ve stáří považuje za důležitou i Haškovcová. Domnívá se, že člověk má vždy, tedy i ve stáří, určité možnosti. Měl by zůstat aktivní, protože to, co se nepoužívá, to chátrá (2010). Na zjištění aktivity seniorů mi sloužila otázka č. 17 „Jste spokojen/a s tím, nakolik jste aktivní?“ Nejčastější odpověď byla hodně – 42 respondentů (43,8%), viz tab. č. 36. Tento výsledek považuji za pozitivní. Doménové skóre je u domény sociálního zapojení 13,06 (viz tab. č. 43 a graf č. 11) oproti populační normě 13,98 (DRAGOMIRECKÁ, PRAJSOVÁ, 2009), což je normální hodnota.

Doména smrt a umírání (SAU) zjišťuje, zda se senioři bojí umírání, bolesti při umírání, způsobu smrti a ztráty kontroly nad sebou. Zde skóre vyšlo 17,76 (viz tab. č. 43 a graf č. 11) oproti populační normě 12,77 (DRAGOMIRECKÁ, PRAJSOVÁ, 2009), což považujeme za zvýšenou kvalitu života.

Doména blízké vztahy (BVZT) zkoumá význam přátelství, lásku v životě, příležitost někoho milovat a příležitost být milován. Doménové skóre vyšlo 14,58 (viz tab. č. 43 a graf č. 11) oproti populační normě 14,28 (DRAGOMIRECKÁ, PRAJSOVÁ, 2009), což považujeme za normu.

7. ZÁVĚR

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zhodnotit kvalitu života seniorů v Domově pro seniory Hvízdal. V diskuzi jsem uvedla skóry jednotlivých domén v komparaci s populační normou. U pěti domén mi vyšla normální hodnota kvality života v porovnání s populační normou, u čtyř mírně snížená a u poslední zvýšená kvalita. Dvě samostatné položky hodnotící subjektivní kvalitu života a zdraví vyšly jako vyšší průměr. Vzhledem k tomu, že většina domén vyšla v normě s ostatní populací, hodnotila bych to tedy tak, že hodnota kvalita života těchto seniorů je velice blízká hodnotě kvality života populace, a tudíž tedy průměrná. Cíl práce považuji za splněný.

Na začátku výzkumu jsem si stanovila 3 hypotézy.

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že více než 50% seniorů ze zkoumaného souboru hodnotí svou kvalitu života pozitivně. Tato hypotéza se nepotvrdila, pozitivně hodnotí svou kvalitu života 40,6 % respondentů.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že senioři ze zkoumaného souboru budou mít nejnížší doménové skóre v oblasti fyzického zdraví v porovnání k ostatním doménám. Tato hypotéza se také nepotvrdila, nejnížší doménové skóre vyšlo v doméně naplnění.

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že senioři ze zkoumaného souboru staří 80 let a více budou dosahovat ve většině domén nižší skóre kvality života než senioři do 79 let. Hypotéza se potvrdila, senioři nad 80 let měli ve všech doménách nižší skóre než senioři do 79 let.

Výsledky výzkumu by měly být přínosem zejména pro Domov pro seniory Hvízdal, či i pro jiné domovy pro seniory. Vzhledem k tomu, že nejnížší skóre vyšlo v doméně naplnění, znamená to tedy, že se senioři již nemají moc na co těšit, nejsou moc spokojeni s možností něčeho dosáhnout a také mají pocit, že se jim nedostává již mnoho uznání. To je potřeba změnit. Zamyslet by se nad tím mohli sociální pracovníci domova, či rodinní příslušníci seniorů, kteří by měli dávat svým blízkým více radosti a uznání. Velice pozitivní výsledky však vyšly v doméně smrti a umírání, které jednoznačně ukazují, že zkoumaní senioři nemají strach ze smrti a umírání a tudíž tato oblast nemá negativní vliv na kvalitu života seniorů. Vysoké skóre vyšlo také v doméně

blízké vztahy. Je vidět, že respondenti mají dobré vztahy se svými blízkými, což jistě velkou mírou přispívá k jejich spokojenosti.

Výsledky mého výzkumu by mohly být inspirací pro další výzkumy. Zajímavé by bylo například uskutečnit podobný výzkum v jiných domovech pro seniory a porovnat získané výsledky s mými, či porovnat kvalitu života seniorů žijících v domácnosti s kvalitou života seniorů žijících v zařízeních pro seniory.

Pro mě mělo vypracování práce i výzkum velký přínos. Při zpracování teoretické části jsem pronikla hlouběji do problematiky seniorů a kvality života a při výzkumném šetření jsem měla možnost poprvé pracovat se seniory. Díky tomu jsem nahlédla trochu do jejich soukromí a umožnilo mi to větší pochopení a vcítění se do jejich situace.

8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 A ČSN ISO 690-2: Část 1 – Citace: Metodika a obecná pravidla*. Verze 3.3. Poslední aktualizace 11. 11. 2004.

Dostupné z: <<http://www.boldis.cz/citace/citace1.pdf>>

BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 A ČSN ISO 690-2: Část 2 – Citace: Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů*. Verze 3.3. Poslední aktualizace 11. 11. 2004.

Dostupné z: <<http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>>

ČORNANIČOVÁ, R. Kvalita života v senu. In *Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování*. Dana Sýkorová, Oldřich Chytil. 1.vyd. Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity, 2004. S. 143-152, ISBN 80-7326-026-3

DRAGOMIRECKÁ, E. ŠELEPOVÁ, P. Kvalita života u seniorů – mezinárodní výzkum. In *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni*, Hnilicová Helena, Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004, s. 91-101, ISBN 80-86625-20-6

DRAGOMIRECKÁ, E. BARTOŇOVÁ, J. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006, 88 s. ISBN 80-85121-82-4

DRAGOMIRECKÁ, E. PRAJSOVÁ, J. *WHOQOL-OLD. Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum, 2009, 72 s. ISBN 978-80-87142-05-9

GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 1998, 98 s., ISBN 80-7040-286-5

HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9

HAŠKOVCOVÁ, H. Psychologie starého člověka. In *Praktická gerontologie*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991, s. 11-29, ISBN 80-7013-109-8

HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In *Kvalita života a zdraví*, Payne Jan a kolektiv, 1. vyd. Praha: Triton, 2005, s. 205-216, ISBN 80-7254-657-0

HOLMEROVÁ, I. JURAŠKOVÁ, B. ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Gema, 2002, 110 s.

JEDLIČKA, V. a kolektiv, *Praktická gerontologie*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991, 182 s., ISBN 80-7013-109-8

KALVACH, Z. a kol. *Úvod do gerontologie a geriatrie: integrovaný text pro interdisciplinární studium. I. díl, Gerontologie obecná a aplikovaná*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997, 193 s., ISBN 80-7184-366-0

KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: ACADEMIA, 2005, 263 s., ISBN 80-200-1307-5

KLEVETOVÁ, D. DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 202 s., ISBN 978-80-247-2169

KŘIVOHLAVÝ, J. Kvalita života. In *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni*. Hnilicová Helena, Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004, s. 9-20, ISBN 80-86625-20-6

KŘIVOHLAVÝ, J. Pozitivní psychologie. 1. vyd. Praha: Portál, 2004, 195 s. ISBN 80-7178-835-X

KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0

KŘÍŽOVÁ, E. Kvalita života v kontextu všedního dne. In *Kvalita života a zdraví*, Payne Jan a kolektiv, 1. vyd. Praha: Triton, 2005, s. 217-233, ISBN 80-7254-657-0

MÜHLPACHR, P. STANÍČEK, P. *Geragogika pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001, 115 s., ISBN 80-210-2510-7

PACOVSKÝ, V. *Geriatric – Geriatrická diagnostika*. 1. vyd. Praha: SCIENTIA MEDICA, 1994, 152 str., ISBN 80-85526-32-8

PREIS, M. KŘIVOHLAVÝ J. *Trénování paměti a poznávacích schopností*. 1. vyd. Praha: GRADA, 2009, 208 s., ISBN 978-80-247-2738-7

ŠOLCOVÁ, E. KEBZA, V. Osobní pohoda (well-being), její determinanty a predikátory. In *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni*. Hnilicová Helena, Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004, s. 21-32, ISBN 80-86625-20-6

ŠVANCARA, J. Psychologie stárnutí a stáří. In *Úvod do gerontologie a geriatric: integrovaný text pro interdisciplinární studium. I. díl, Gerontologie obecná a aplikovaná*. Kalvach Zdeněk a kol., 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997, s. 57-121, ISBN 80-7184-366-0

9. SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA Č. 1: Intervaly populačních norem WHOQOL-BREF A WHOQOL-OLD u souboru 60+

PŘÍLOHA Č. 2: Dotazník Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF

PŘÍLOHA Č. 3: Dotazník Světové zdravotnické organizace WHOQOL-OLD

PŘÍLOHA Č. 1

Intervaly populačních norem WHOQOL-BREF A WHOQOL-OLD u souboru 60+

domény	rozšířený	Interval normy			rozšířený
	Mírně Snížená Kvalita	Spodní hranice	průměr	Horní hranice	Mírně Snížená kvalita
DOM1	10,7	12,2	13,7	15,2	16,7
DOM2	11,6	12,8	13,95	15,1	16,3
DOM3	11,7	12,8	13,96	15,1	16,2
DOM4	11,5	12,5	13,58	14,6	15,7
FCES	10,6	12,4	14,32	16,2	18,1
NEZ	11,5	13,1	14,64	16,2	17,8
NAP	11,3	12,6	13,80	15,0	16,3
SOCZ	11,0	12,5	13,98	15,5	16,9
SAU	8,7	10,7	12,77	14,8	16,8
BVZT	11,1	12,7	14,27	15,8	17,4

Zdroj: DRAGOMIRECKÁ, PRAJSOVÁ, 2009

PŘÍLOHA Č. 2

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 jako první.

Berte při tom 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 dostalo 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	trochu	středně	hodně	maximálně
	1	2	3	4	5

Pokud se Vám v posledních dvou týdnech nedostávalo od ostatních žádné pomoci, kterou potřebujete, zakroužkoval/a byste tedy 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 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	nespokojena	ani spokojen/a, ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

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

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

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

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojování 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 moc 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 spokojena 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

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a, ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
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

OSOBNÍ ÚDAJE

Pohlaví: muž žena

Datum narození: _____ (den, měsíc, rok)

Zdroj: DRAGOMIRECKÁ, BARTOŇOVÁ, 2006

PŘÍLOHA Č. 3

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**.

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, zakroužkujte 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.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1. (F25.1) Do jaké míry ovlivňuje zhoršení Vašich smyslů (např. sluch, chuť, hmat, zrak nebo čich) Váš každodenní život?	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?	1	2	3	4	5
3. (F26.1) Do jaké míry můžete svobodně rozhodovat o svých záležitostech?	1	2	3	4	5
4. (F26.2) Do jaké míry můžete rozhodovat o své budoucnosti?	1	2	3	4	5
5. (F26.4) Máte pocit, že lidé okolo Vás respektují Vaši svobodu rozhodování?	1	2	3	4	5
6. (F29.2) Znepokojujete se tím, jak zemřete?	1	2	3	4	5
7. (F29.3) Nakolik se obáváte ztráty kontroly v souvislosti se smrtí?	1	2	3	4	5
8. (F29.4) Jak moc se bojíte umírání?	1	2	3	4	5
9. (F29.5) Jak moc se bojíte bolesti při	1	2	3	4	5

umírání?					
10. (F25.4) Do jaké míry ovlivňují potíže se smysly (např. sluch, chuť, hmat, zrak, čich) Vaši komunikaci s ostatními lidmi?	1	2	3	4	5
11. (F26.3) Do jaké míry se můžete věnovat věcem, které byste rád/a dělal/a?	1	2	3	4	5
12. (F27.3) Jste spokojen/a se svými možnostmi nadále v životě něčeho dosáhnout?	1	2	3	4	5
	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
13. (F27.4) Myslíte si, že se Vám v životě dostává takové uznání, které si zasloužíte?	1	2	3	4	5
14. (F28.4) Myslíte si, že máte každý den dostatek činnosti?	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.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
15. (F27.5) Jste spokojen/a s tím, čeho jste v životě dosáhl/a?	1	2	3	4	5
16. (F28.1) Jste spokojen/a s tím, jak trávíte svůj čas?	1	2	3	4	5
17. (F28.2) Jste spokojen/a s tím, nakolik jste aktivní?	1	2	3	4	5
18. (F28.7) Jste spokojen/a s možností svého zapojení do společenského (místního) dění?	1	2	3	4	5
19. (F27.1) Jak jste spokojen/a s věcmi, na které se můžete těšit?	1	2	3	4	5
20. (F25.2) Jak byste hodnotil/a to, jak vám slouží smysly (např. sluch, zrak, chuť, čich, hmat)?	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 kýmkoli jiným ve svém životě.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
21. (F30.2) Jak velký význam má ve Vašem životě přátelství?	1	2	3	4	5
22. (F30.3) Kolik je ve Vašem životě lásky?	1	2	3	4	5
23. (F30.4) Máte příležitost někoho milovat?	1	2	3	4	5
24. (F30.7) Máte příležitost být někým milován/a?	1	2	3	4	5

Zdroj: DRAGOMIRECKÁ, PRAJSOVÁ, 2009