

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Mgr. Eva Joanovič, DiS.

Vliv vybraných faktorů na hodnocení kvality života seniorů

Disertační práce

Školitel: doc. PhDr. Helena Kisvetrová, PhD.

Olomouc 2020

ANOTACE DISERTAČNÍ PRÁCE

Název práce:	Vliv vybraných faktorů na hodnocení kvality života seniorů
Název práce v AJ:	Influence of selected factors on the quality of life of seniors
Datum zadání:	2016-11-04
Datum odevzdání:	2020-05-25
Vysoká škola, ústav:	Univerzita Palackého v Olomouci Fakulta zdravotnických věd, Centrum vědy a výzkumu
Autor práce:	Mgr. Eva Joanovič, DiS.
Školitel:	doc. PhDr. Helena Kisvetrová, Ph.D.
Oponent:	
Rozsah práce:	118 stran / 15 příloh

Abstrakt v ČJ:

Cílem disertační práce bylo zjistit, jak hodnotí senioři kvalitu svého života, a které faktory ji ovlivňují. Byla zvolena kvantitativní metodika, průřezová studie se standardizovanými dotazníky WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD a AAQ. Ke zpracování dat byla použita deskriptivní statistika, dvouvýběrový t-test, Pearsonův a Spearmanův korelační koeficient, ANOVA a multivariantní analýza s použitím zobecněného lineárního modelu (GLM). Všechny testy byly provedeny na hladině statistické významnosti 0,05. Soubor tvořilo 497 seniorů (272 seniorů z domovů pro seniory z Olomouckého a Jihomoravského kraje a 225 seniorů žijících v domácím prostředí a navštěvujících Univerzitu třetího věku Univerzity Palackého v Olomouci). Analýza výsledků ukázala, že obě skupiny seniorů se významně lišily ve svém hodnocení kvality života i postojů ke stárnutí. Jako prediktory kvality života potvrdila multivariantní analýza *pohlaví, věk, vzdělání, sociální situaci, lokalitu bydliště, demenci a postoj ke stárnutí*. Ženy hodnotily kvalitu života hůře v doméně Prostředí. Se zvyšujícím se věkem se zhoršovalo hodnocení kvality života v doménách Fyzické zdraví a Fungování smyslů, a zlepšovalo v doménách Sociální vztahy, Naplnění a Blízké vztahy. Vzdělání pozitivně ovlivňovalo hodnocení v doménách Prožívání, Sociální vztahy, Prostředí a Blízké vztahy. Senioři bydlící s partnerem nebo příbuznými lépe hodnotili celkovou spokojenost se zdravím, domény Prožívání, Sociální vztahy a Blízké vztahy. Senioři žijící ve městě měli lepší hodnocení v doméně Sociální vztahy a horší v doméně Fungování smyslů. Senioři s demencí hůře hodnotili kvalitu života v doménách Prostředí a Nezávislost.

Postoj ke stárnutí představoval prediktor, který ovlivňoval kvalitu života jako celku i většinu jejích domén. Dalšími prediktory s vlivem na více domén kvality života byly věk, vzdělání a sociální situace. Výsledky výzkumu naznačují, že je třeba se u seniorů v rámci geriatrického ošetrovatelství cíleně zaměřovat i na podporu pozitivních postojů ke stárnutí, protože tím můžeme zlepšit kvalitu jejich života.

Klíčová slova v ČJ:

kvalita života – geriatric - ošetrovatelství – věk – senior – postoj ke stárnutí

Abstrakt v AJ:

The aim of the dissertation was to find out how the elderly citizens assess the quality of their life and by what factors this quality is influenced. The quantitative methodology and the cross-section study with the WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD and AAQ standardized questionnaires were chosen for the research. The descriptive statistics, two-sample t-test, Pearson's and Spearman's correlation coefficient, ANOVA and multivariate analysis with the use of the Generalized Linear Model (GLM) were used to process the data. All tests were performed on the level of statistic significance of 0.05. In the group, there were 497 older adults (272 elderly citizens from retirement homes from the Olomouc Region and the South Moravian Region and 225 elderly citizens living in the home environment and attending the University of the Third Age of Palacky University Olomouc. The analysis of the results showed that both groups of the elderly citizens differed significantly in their assessment of the quality of their life as well as their attitudes to aging. The multivariate analysis confirmed gender, age, education, social situation, location of residence, dementia and attitude to aging to be predictors of the life quality. Women assessed the life quality worse in the Environment field. With increasing age, the assessment of the life quality was getting worse in the fields of Physical Health and Functioning of the Senses and better in the fields of Social Relations, Fulfillment and Close Coexistence. The education influenced the assessment positively in the fields of Experience, Social Relations, Environment and Close Coexistence. The elderly citizens living with a partner or relatives assessed better the overall satisfaction with the health (Q2) and the fields of Experience, Social Relations and Close Relationships. The elderly citizens living in cities assessed better the field of Social Relations and worse the field of Functioning of the Senses. The elderly citizens with dementia assessed worse the life quality in the fields of Environment and Independence.

The attitude to aging represented a predictor which had influenced the life quality as a whole as well as most fields. Other predictors influencing more fields of the life quality were age, education and social situation. The results of the research indicate that, in the field of geriatric nursing, it is necessary to focus also on the support of positive attitudes to aging purposefully in case of the elderly citizens because we can improve the quality of their life by means of that.

Klíčová slova v AJ:

quality of life - geriatrics - nursing – age – older adult – attitude to aging

Prohlášení

Disertační práce je duševním vlastnictvím Mgr. Evy Joanovič, DiS., a podléhá právní ochraně podle § 2 zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon).

Prohlašuji, že jsem disertační práci vypracovala samostatně pod vedením školitelky doc. PhDr. Heleny Kisvetrové, Ph.D., a všechny literární i odborné zdroje, které jsem použila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Olomouci, 22. 05. 2020

podpis

Poděkování

Děkuji doc. PhDr. Heleně Kisvetrové, Ph.D., za odborné vedení dizertační práce, cenné rady a připomínky. Dále děkuji Mgr. Kateřině Langové, Ph.D. za odborné konzultace v oblasti statistiky.

Děkuji rovněž všem manažerům a poskytovatelům ošetrovatelské péče zúčastněných institucí, které se zapojily do výzkumného šetření a nejvíce všem klientům Domovů pro seniory a studentům U3V, bez jejich zapojení by tento výzkum nemohl být realizován.

V Olomouci, 22. 05. 2020

Podpis

PŘEDMLUVA

V současné době, na počátku třetího tisíciletí, jsme konfrontováni s několika fenomény, které společnost na celém světě významně determinují. K těmto fenoménům řadíme především celosvětově narůstající geriatrizaci populace, se kterou je spojena i problematika stárnutí, stáří a života seniorů v současné společnosti. V závislosti na narůstajícím počtu starších osob v populaci získává na významu i zájem o kvalitu jejich života.

Kvalitu života můžeme charakterizovat jako koncept, který je individuální a hluboce osobní, protože každý jedinec si vytváří jedinečnou hierarchii toho, co on sám subjektivně vnímá jako hodnoty tvořící kvalitu jeho života. Do takto chápané kvality života jsou zahrnuty různé faktory z oblasti fyzické, psychické, sociální, environmentální i spirituální. Řadíme sem tedy fyzické funkce a soběstačnost, prožívání, sociální vztahy a podporu i životní prostředí. Kvalita života se proto označuje jako multidimenisonální koncept, který je podmíněný více faktory.

Výzkumy zaměřené na kvalitu života současné heterogenní seniorské populace představují vzhledem k progresivně narůstajícímu globálnímu trendu demografického stárnutí společnosti významnou výzvu. Abychom mohli předcházet zhoršování kvality života stárnoucí populace, je nutné zaměřit se zejména na lepší pochopení faktorů, které mohou mít vliv na kvalitu života v seniorském věku. Zejména je důležité pochopit, jak je vnímána a hodnocena kvalita života z pohledů seniorů. Na tuto oblast je třeba směřovat i výzkum v geriatrickém ošetřovatelství, které se věnuje specifickým potřebám seniorů a jejich rodin.

Kvalitu života seniorů v současné společnosti determinuje mnoho faktorů, které se pojí s věkem a ostatními sociodemografickými charakteristikami. Další faktory pak představují změny zdravotního stavu, úroveň kognitivních funkcí, způsob a schopnost vyrovnávat se s novými omezeními v životě, ztotožnění se s novými rolami, dostupnost sociální podpory, prostředí, ve kterém senior trvale žije, a rozsah závislosti na péči druhých osob. Kvalitu života dále může ovlivňovat i postoj seniorů a celé společnosti ke stárnutí a vlastnímu stáří.

V současnosti je kvalita života také stále častěji označována jako významný indikátor hodnocení klinického průběhu nemoci a účinnosti realizovaných ošetřovatelských intervencí. Proto znalost vlivu vybraných faktorů, které mohou významně ovlivňovat subjektivní vnímání kvality života seniorů v českém kulturním prostředí, umožní sestřám volit optimální ošetřovatelské intervence podporující kvalitu života ve stáří.

OBSAH

PŘEDMLUVA	19
OBSAH.....	20
SEZNAM ILUSTRACÍ.....	22
SEZNAM TABULEK.....	23
SEZNAM ZKRATEK.....	24
ÚVOD.....	13
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA	15
1.1 Kvalita života	18
1.1.1 Kvalita života v seniorském věku	19
1.2 Vliv vybraných faktorů na kvalitu života seniorů	23
1.2.1 Prostředí	24
1.2.2 Věk	30
1.2.3 Pohlaví.....	33
1.2.4 Demence.....	37
1.2.5 Postoje ke stárnutí a stáří.....	38
1.3 Souhrn teoretických východisek	42
2 METODIKA.....	46
2.1 Výzkumná otázka, cíle a hypotézy.....	46
2.2 Charakteristika souboru respondentů	49
2.3 Měřicí nástroje a sběr dat	50
2.4 Statistické zpracování dat.....	55
3 VÝSLEDKY	56
3.1 Popis souboru respondentů.....	56
3.2 Výsledky k cíli 1	60
3.2.1 Shrnutí statistických výsledků k cíli 1.....	63
3.3 Výsledky k cíli 2	64
3.3.1 Shrnutí statistických výsledků k cíli 2.....	66
3.4 Výsledky k cíli 3	66
3.4.1 Shrnutí statistických výsledků k cíli 3.....	66

3.5	Výsledky k cíli 4	69
3.5.1	Shrnutí statistických výsledků k cíli 4.....	70
3.6	Výsledky k cíli 5	74
3.6.1	Shrnutí výsledků k cíli 5.....	80
3.7	Celkové shrnutí nejvýznamnějších výsledků výzkumu	81
4	DISKUSE.....	83
	ZÁVĚR.....	97
	LITERATURA.....	100
	SEZNAM PŘÍLOH.....	118

SEZNAM ILUSTRACÍ

Obrázek 1 Rešeršní strategie	17
------------------------------------	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	Přehled domovů pro seniory zapojených do realizace výzkumu	57
Tabulka 2	Věk respondentů.....	57
Tabulka 3	Pohlaví.....	58
Tabulka 4	Vzdělání	58
Tabulka 5	Lokalita bydliště.....	59
Tabulka 6	Sociální situace (s kým senior žije).....	59
Tabulka 7	Přítomnost demence	60
Tabulka 8	dotazník WHOQOL-BREF	61
Tabulka 9	Rozdíly v hodnocení seniorů – dotazník WHOQOL-OLD.....	62
Tabulka 10	Rozdíly v hodnocení seniorů – dotazník AAQ	63
Tabulka 11	Korelační matice jednotlivých dimenzí dotazníku (celkový soubor)	65
Tabulka 12	Korelační matice MMSE a jednotlivých dimenzí dotazníku (soubor z domovů pro seniory).....	67
Tabulka 13.	Korelace mezi doménami dotazníků a sledovanými faktory	72
Tabulka 14	Sociální situace - průměrné hodnoty a směrodatné odchylky.....	73
Tabulka 15	Demence – průměrné hodnoty a směrodatné odchylky	74
Tabulka 16	Prediktory hodnocení kvality života – položky Q1, Q2.....	75
Tabulka 17	Prediktory hodnocení kvality života - domény Fyzické zdraví a Prožívání	76
Tabulka 18	Prediktory hodnocení kvality života - domény Sociální vztahy a Prostředí	77
Tabulka 19	Prediktory hodnocení kvality života - domény Fungování smyslů a Nezávislost	78
Tabulka 20	Prediktory hodnocení kvality života - domény Naplnění a Sociální zapojení.....	79
Tabulka 21	Prediktory hodnocení kvality života - domény Smrt a umírání a Blízké vztahy .	80

SEZNAM ZKRATEK

AAQ	Attitudes to Ageing Questionnaire
ADL	Activities of Daily Living
AJ	anglický jazyk
ANOVA	analýza rozptylu
BREF	Brief Version, zkrácená verze dotazníku
CI	Interval spolehlivosti (konfidenční interval)
č.	číslo
ČJ	český jazyk
DS	domov pro seniory
EBN	Evidence Base Nursing
et al.	a další
GLM	zobecněný lineární model
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
MMSE	Mini Mental State Exam
OLD	vyšší věk
příp.	případně
s.	strana
sb.	Sbírka zákonů
SD	směrodatná odchylka
UP	Univerzita Palackého
U3V	Univerzita třetího věku
WHO	World Health Organization; Světová zdravotnická organizace
WHOQOL	World Health Organization quality of life; otazník kvality života Světové zdravotnické organizace

ÚVOD

Každý člověk prochází v průběhu svého života postupně jednotlivými vývojovými etapami charakterizovanými různými omezeními, kterým se musí přizpůsobovat a které následně ovlivňují i jeho subjektivní vnímání kvality života. Období stárnutí a stáří bývá všeobecně pojímáno spíše negativně. U starších lidí jsou více intenzivní obavy ze ztráty soběstačnosti, zhoršení kognitivních a sensorických funkcí, omezení kontaktů s okolním prostředím a ztrátou seberealizace, což často vede ke strachu z ponížení, ztráty lidské důstojnosti a respektu. (Malíková, 2011, s. 13-14)

Demografické stárnutí je fenoménem současné společnosti ve většině vyspělých zemí světa. Také v České republice, podobně jako ve většině dalších států, narůstá v populaci podíl starších osob. V současnosti žije v České republice přibližně dva miliony osob ve věku nad 65 let, a z toho je 1,2 milionu žen (ČSU, 2018a). Podle střední varianty demografické prognózy ČSÚ je předpoklad, že v roce 2030 stoupne počet seniorů ve věkové kategorii nad 65 let téměř na 2,4 miliónů, což bude představovat přibližně jednu čtvrtinu obyvatelstva České republiky. V roce 2050 by to již mohlo být až tři milióny osob v této věkové kategorii, která tak bude tvořit třetinu obyvatelstva naší republiky. Současně se předpokládá až trojnásobný nárůst osob ve věkové kategorii 85 let a starších, což by představovalo přibližně šest procent populace obyvatelstva České republiky (ČSU, 2018b). V roce 2016 byla v České republice naděje dožití pro muže 76,1 let, ale pouze 62,7 let ve zdraví. To znamená, že muži prožijí ve zdraví 82 % svého života a pak dalších 13,4 roku budou žít s disabilitou. U žen byla v roce 2016 naděje dožití 82,1 let, z toho ve zdraví prožijí 64 let, tedy 78 % svého života. (EUROSTAT, 2018)

Dnešní společnost se orientuje především na mláď, úspěch a výkon. Její postoje ke stáří, stárnutí a k seniorům vůbec proto starším jedincům život příliš neulehčují. Stáří je často vnímáno spíše jako přítěž a senioři jsou považováni za neužitečné pro společnost, protože ji zatěžují vysokou spotřebou zdravotní a sociální péče (Malíková, 2011, s. 37 - 40). V souvislosti s akcelerací demografického stárnutí v současné společnosti je nutná změna vnímání toho, kdo vlastně senior je. Naše představy a stereotypy o procesu stárnutí a starších lidech ale nerespektují skutečnost, že senioři představují v současné společnosti velmi

různorodou skupinu. Heterogenita seniorské populace je determinována nejen jejich kalendářním věkem, převahou žen, úrovní zdravotního stavu, ale také jejich ekonomickou situací, úrovní vzdělání, místem, kde trvale žijí (venkovská nebo městská lokalita), rozsahem sociálních sítí, společenskou angažovaností, úrovní soběstačnosti a životními zkušenostmi (EUROSTAT, 2018).

Výzkumy zaměřené na kvalitu života této heterogenní seniorské populace tak představují vzhledem k současnému demografickému stavu společnosti významnou oblast ošetřovatelské vědy. Poskytování optimálních ošetřovatelských intervencí seniorům v rámci geriatrického ošetřovatelství vyžaduje od sester znalosti nejen o složitosti procesu stárnutí, ale také o charakteristických syndromech a onemocněních, které mohou období stárnutí a stáří doprovázet, a o dalších faktorech, ovlivňujících kvalitu závěrečné fáze života člověka (Mauk, 2017, s. 8). Proto je třeba na tuto oblast zaměřit i výzkum v geriatrickém ošetřovatelství.

Poskytování péče seniorům, geriatrickým pacientům, optimálně podporující kvalitu jejich života ovlivňuje mnoho faktorů, včetně postoje ke stárnutí (Mauk et al., 2010, s. 22). *Otázka, které faktory ovlivňují stárnutí a kvalitu života ve stáří?*, se tak stává v současné době velmi aktuální. (Ondrušová, 2010)

Hlavním cílem disertační práce je zjistit, jak hodnotí senioři kvalitu svého života, a které faktory ji ovlivňují. Dílčí cíle se zaměřují na rozdíly v hodnocení kvality života a postoju ke stárnutí u seniorů žijících v domově pro seniory a seniorů žijících v domácím prostředí a navštěvujících Univerzitu třetího věku; na korelaci mezi jednotlivými doménami dotazníků, na vztah mezi vybranými faktory a jednotlivými doménami dotazníků WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD a AAQ; a na určení prediktorů hodnocení kvality života seniorů.

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Vzhledem ke skutečnosti, že současná seniorská populace je velmi heterogenní, je potřeba se při zkoumání kvality života seniorů zaměřovat jak na soběstačné jedince žijící ve vlastním sociálním prostředí, tak i na seniory s limitovanou soběstačností, kterým je poskytována trvalá institucionální péče. Aby mohla být seniorům v domovech pro seniory poskytována ošetrovatelská péče podporující kvalitu jejich života, je třeba se soustředit na faktory, které jejich kvalitu života mohou ovlivňovat. Znalost faktorů spojených s kvalitou života je proto prvním krokem pro stanovení efektivních ošetrovatelských strategií vedoucích k podpoře a zlepšení kvality života seniorů (Kwong et al., 2014, s. 2). Mezi faktory ovlivňující kvalitu života ve stáří patří i postoje seniorů ke stárnutí a vlastnímu stáří. Dosud však nebylo realizováno mnoho studií, které by se ve svém výzkumu v souvislosti s kvalitou života zaměřovaly i na faktor postoje ke stárnutí jak u soběstačných seniorů, tak i u seniorů trvale žijících v institucionálním prostředí domovů pro seniory (Kalfoss et al., 2010, s. 75 - 85; Bowling, 2006, s. 123 - 136). Teoretická východiska se proto věnují definování pojmu kvalita života a popisu faktorů, které mohou kvalitu života ve stáří ovlivňovat.

Rešeršní strategie

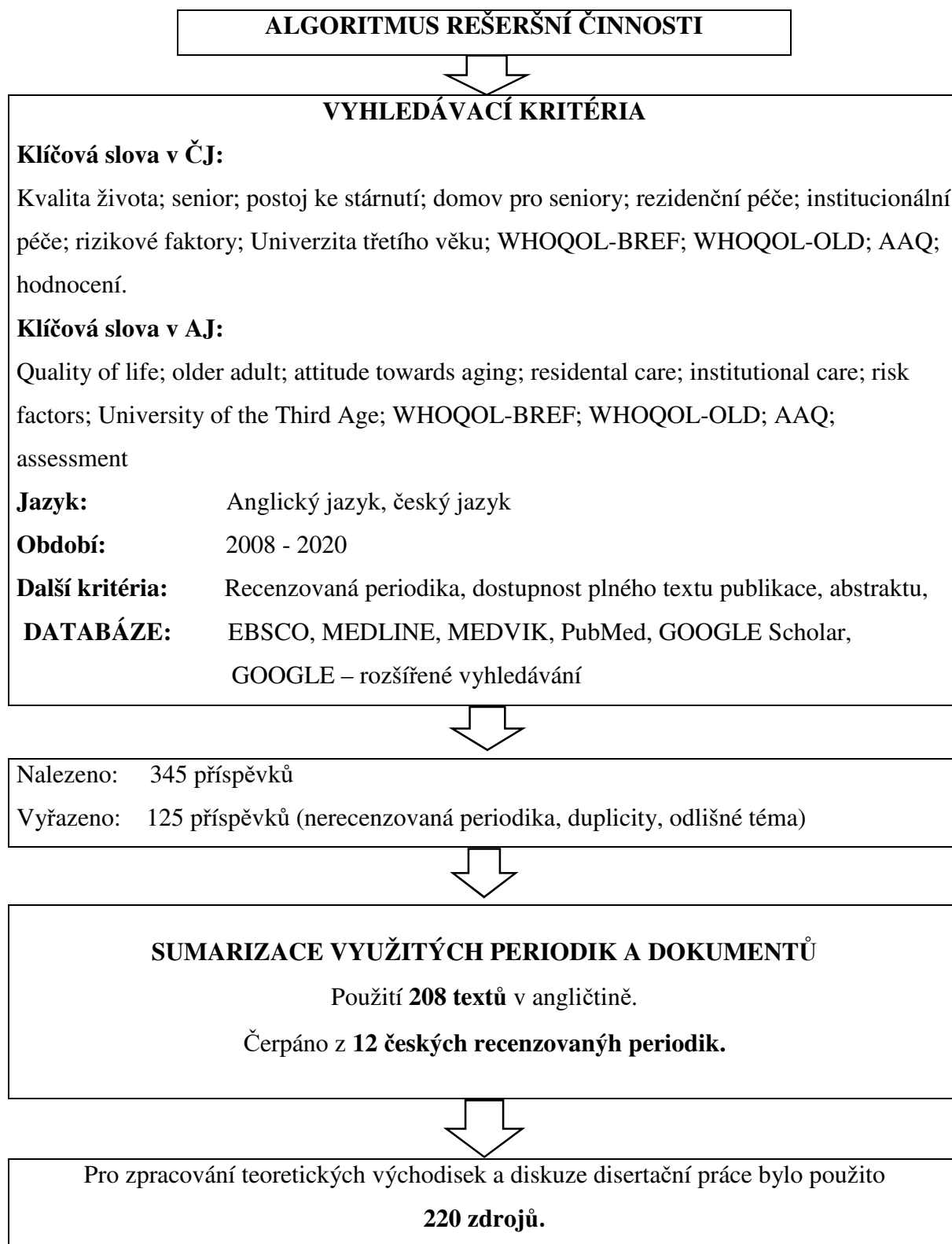
Pro přípravu teoretických východisek, ze kterých vychází výzkum této disertační práce, byly využity jako hlavní zdroj informací studie publikované v tuzemských a zahraničních recenzovaných vědeckých periodících. Této fázi předcházelo studium základní literatury v českém a anglickém jazyku vztahující se k definované problematice. Prostudovaná literatura zahrnovala:

- COLL, P. (Ed). *Healthy Aging: A Complete Guide to Clinical Management*. Cham: Springer. 2019. 399 pp. ISBN 978-3-030-06199-9.
- DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing a.s. 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

- ESCUDER-MOLLON, P., CABEDO, S. *Education and quality of life of senior citizens*. Helsinki: Universitat Jaume. 2013. 240 pp. ISBN 978-84-697-0109-6.
- FAYERS, P. M., MACHIN, D. *Quality of life: Assessment, analysis and reporting of patient-reported outcomes*. (3rd ed.). Chicester: John Wiley & Sons Ltd. 2016. 626 pp. ISBN 978-1-444-33795-2.
- GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada Publishing a.s. 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
- MAUK, K. *Gerontological Nursing Competencies for Care*. Burlington: Jones & Bartlett Learning. (4th ed.). 2018. 1009 pp. ISBN 978-1284104479.
- MILLER, C. A. *Nursing for Wellness in Older Adults*. London: Wolters Kluwer. (8th ed.). 2019. 630 pp. ISBN 978-1-4963-9981-6.

Rešeršní činnost byla zpracována s použitím standardního postupu vyhledávání pomocí stanovených klíčových slov a využití booleovských operátorů. Postup rešeršní strategie graficky znázorňuje obr. 1. na následující straně.

Obrázek 1 Rešeršní strategie



1.1 Kvalita života

Kvalitu života můžeme popsat jako individuální a hluboce osobní koncept, protože u každého jedince nalzáme jedinečnou hierarchii toho, co subjektivně vnímá jako hodnoty, které vytvářejí právě tu jeho kvalitu života (Fayers a Machin, 2016). Tento koncept tak zahrnuje více oblastí, mezi které patří jak fyzické funkce a soběstačnost, tak i prožívání, sociální vztahy a podpora, prostředí, ve kterém jedince žije, a spirituální oblast. Kvalita života se proto označuje jako multidimenizonální koncept, který je podmíněný více faktory. Často se o kvalitě života mluví také jako o multiúrovňovém, multidisciplinárním a vysoce komplexním fenoménu. Jak v dřívější studii upozornili Padilla et al. (1992, s. 341), s pojmem kvalita života jako součástí názvu vědeckého díla se poprvé setkáváme až v roce 1975. Poznatků o kvalitě života pak výrazně přibývá v posledních třech desetiletích (Dvořáčková, 2012, s. 61). I přes vysoký nárůst zájmu o tuto problematiku a zvyšující se počet realizovaných českých a zahraničních studií, není dosud pojem kvality života zcela jednotně a jednoznačně definován. Existuje totiž více pojmů s velmi podobným obsahovým zaměřením. Vedle pojmu kvalita života se tak můžeme v rámci výzkumných studií setkat i s dalšími významově blízkými pojmy, které jsou často užívány jako synonyma kvality života i přesto, že jejich přesný význam není exaktně definován. Lze uvést například pojmy „social well-being“ (sociální pohoda), „well-being“ (pocit pohody), „subjective well-being“ (individuální stav pohody), „social welfare“ (sociální blahobyt), „human development“ (lidský rozvoj) nebo „standard of living“ (životní úroveň). (Heřmanová, 2012, s. 409)

Pojem „kvalita života“ je dle definice World Health Organization (WHOQOL-GROUP, 1994, s. 41) popisován následovně: *„jedincem vnímaná vlastní pozice v životě, v kontextu své kultury a hodnotového systému, ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Takto chápaná kvalita života je ovlivňovaná zdravím jedince, jeho psychickým stavem, osobními postoji, sociálními podmínkami a vztahy k životnímu prostředí“* (Mauk, 2010, s. 688). Tato definice byla vypracována pracovní skupinou WHOQOL, která zahrnovala zástupce patnácti mezinárodních výzkumných center, včetně České republiky. Skupina WHOQOL byla zároveň pověřena vývojem nástroje pro hodnocení kvality života, u kterého by bylo možné jeho interkulturní použití. (WHO, 2016a)

Kvalita života je v současnosti také stále častěji chápána i jako významný indikátor využitelný při hodnocení klinického průběhu choroby a účinnosti realizovaných

ošetřovatelských intervencí. Tento přístup vychází z přesvědčení, že míra kvality života je přímo závislá na možnosti saturace individuálních potřeb jedince. Takto chápaný model kvality života je založen na Maslowově hierarchii potřeb (Maslow a Frager, 1987). Kvalita života je na nejvyšší úrovni, když jsou saturovány všechny potřeby, a to jak ty bazální (základní), jako například fyziologické, tak i ty tvořící vrchol pyramidy hierarchie potřeb, mezi které patří sebeúcta, láska, bezpečnost a seberealizace. (Fayers a Machin, 2016, s. 8)

Zhodnocení jednotlivých oblastí kvality života a hledání faktorů, které je negativně ovlivňují, umožňuje zdravotníkům v rámci geriatrického ošetřovatelství plánovat péči takovým způsobem, aby byla poskytována s nejvyšším prospěchem pro pacienta, a to v souladu s jeho potřebami a preferencemi. (Olišarová et al., 2013, s. 18)

1.1.1 Kvalita života v seniorském věku

Počátek třetího tisíciletí je charakterizován několika sociálními fenomény determinujícími naši současnou společnost. Mezi tyto fenomény patří také geriatrizace populace a s ní spojená problematika stárnutí, stáří a života seniorů v současné společnosti (Dvořáčková, 2012, s. 7). S narůstajícím počtem starších jedinců v populaci nabývá na významu i pojem kvalita života ve stáří. Pro seniory není významnou determinantou kvality jejich života pouze délka dožití, tedy jak dlouho budou žít, ale především v jakém zdravotním stavu a v jaké kvalitě budou prožívat závěrečné roky svého života. O kvalitě života a zdraví jedince tak vypovídá mimo jiných faktorů také i ukazatel zdravé délky života, tedy délky života prožité ve zdraví. Podle zdravé délky života při narození prožijí muži v České republice v průměru 62 let v dobrém zdraví a bez zdravotního omezení, u žen to je o dva roky více, tedy 64 let. Naděje dožití při narození byla v roce 2016 přibližně 76,1 let pro muže a 82,1 let pro ženy, Rozdíl v naději dožití při narození mezi muži a ženami tak činil šest let. Je proto reálný předpoklad, že tito jedinci prožijí značnou část svého seniorského věku s disabilitou, což znamená s přítomností nějakého zdravotního omezení (MPSV, 2016a, s. 3; MPSV, 2018, s. 6). Odhaduje se, že v současné době starší lidé prožijí s nějakou formou zdravotního postižení přibližně dvacet let, a tato skutečnost se odrazí i v kvalitě jejich života.

Téma stárnutí populace a kvality života je zakotveno i v Národním programu přípravy na stárnutí v České republice v dokumentu „*Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017*“. Cílem plánu bylo reagovat na demografický vývoj, uskutečňovat

potřebné změny v souvislosti se stárnutím populace, podpořit rozvoj společnosti pro lidi všech věkových skupin, překonat a změnit dosavadní stereotypní pohledy na stárnutí a stáří a zlepšovat postavení seniorů v naší společnosti (MPSV, 2014b, s. 4 - 10). Na tento Národní program navázal dokument „*Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019 – 2025*“ (MPSV, 2018, s. 3). Důvodem přípravy tohoto dokumentu byla potřeba formulace strategického přístupu k přípravě české společnosti na stárnutí. „*Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019 - 2025*“ tak vytváří koncepční rámec, který se zaměřuje na různé oblasti života jednotlivce i společnosti, včetně různých segmentů veřejných politik. Takto formulovaný koncepční rámec by měl umožnit nejen adekvátní reagování na potřeby současných obyvatel České republiky seniorského věku, ale také formulování optimálních intervencí pro přípravu na stárnutí celé české společnosti. Tyto požadavky vychází ze skutečnosti, že v současné době žije v České republice poměrně početná generace jedinců, která v ne příliš vzdálené době dovrší seniorský věk, a proto je třeba se již nyní začít komplexně připravovat na nástup dlouhověké společnosti v naší zemi. (MPSV, 2018, s. 3 - 4)

V souvislosti s akcelerací procesu stárnutí české společnosti je potřeba se komplexněji zaměřit na změnu chápání jednotlivců i celé společnosti ohledně toho, kdo je to vlastně senior a jaká je kvalita jeho života. Starší osoby bývají většinou považovány jak za méně fyzicky zdatné a pracovně výkonné, tak i za méně intelektuálně schopné či ochotné učit se novým věcem. Společenské povědomí o procesu stárnutí a specifických potřebách seniorů je dosud nedostatečné. Rizikovou skupinou jsou především křehcí senioři s limitovanou soběstačností a často také s kognitivním deficitem. Jsou v podstatné míře závislí na pomoci rodinných pečovatелů nebo terénních pracovníků zdravotních a sociálních služeb. Péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí seniora je nejoptimálnější variantou péče ve vztahu k bio-psycho-sociálním aspektům kvality života ve stáří. Domácí zdravotní péče (Home Care) umožňuje zachovat vícegenerační model rodiny a poskytovat seniorovi trvalou podporu ze strany jeho nejbližších, což se pozitivně odráží i na jeho psychickém stavu a kvalitě života. V Zákoně o sociální péči v tomto kontextu najdeme, že: „*poskytování terénní sociální služby nebo ambulantní služby má přednost před pobytovou sociální službou*“. Dále se pak uvádí, že sociální služby jsou poskytovány: „*ambulantní formou, terénní formou, pobytovou formou nebo jinou formou podle nepříznivé sociální situace a prostředí, ve kterém se fyzická osoba zdržuje*“ (Zákon o sociální péči, 2017). Pokud tedy není možnost v adekvátním rozsahu zajistit poskytování potřebné péče v domácím prostředí rodinnými příslušníky nebo profesionálními pečovateli ze sektoru domácí zdravotní péče, je umístění seniora do trvalé institucionální péče

často jediným řešením. Zde mohou být někdy senioři vystaveni i riziku špatného zacházení, s negativním dopadem na subjektivní vnímání jejich osobní důstojnosti a kvality života. Proto musí být kladen důraz na vzdělávání pečujících osob v zařízeních poskytující trvalou institucionální péči seniorům. Tak jako v rodině i ve všech institucích má být respektována a chráněna fyzická, sexuální, duševní a emocionální integrita a zajištěny vyhovující životní podmínky umožňující prožít seniorům závěr jejich života v dobré kvalitě. Je nepřijatelné jakékoliv nevhodné, nedůstojné a ponižující zacházení se staršími osobami, které má negativní dopad i na oblast kvality jejich života. (MPSV, 2014b, s. 4 - 10)

Abychom mohli seniorům poskytovat ošetrovatelskou péči podporující kvalitu jejich života, je potřeba znát představu kvality života ve stáří také z pohledu seniorů. Charakteristické oblasti, které jsou z perspektivy seniorů pro kvalitu života nejdůležitější, zjišťovali Bowlingová a Gabriel (2007, s. 827 - 834) pomocí reprezentativního vzorku, který zahrnoval téměř tisíc britských seniorů ve věkové kategorii nad 65 let. Výsledky výzkumu ukázaly, že jako nejdůležitější oblasti související s kvalitou jejich života vnímali senioři především:

- sociální vztahy (81 %),
- sociální role a aktivity (60 %),
- volnočasové aktivity (48 %),
- zdraví (44 %),
- dobré fungování psychiky, kladný postoj k životu, pocit pohody (38 %),
- domov a sousedy (37 %),
- finanční situaci (33 %),
- nezávislost (27 %).

S postupujícím se zhoršováním zdravotního stavu, se senior musí přizpůsobovat různým změnám a vyrovnávat se s problémy, které souvisejí s fyzickou, emocionální a sociální stránkou konkrétní nemoci, a mohou se odrážet v hodnocení kvality jeho života. V návaznosti na tyto problémy pak dochází často i ke změně cílů a očekávání seniora vztahující se ke kvalitě jeho života (Huber et al., 2011, s. 1 - 3). Pro starší jedince ale neznamena kvalita života jen nepřítomnost nemoci. Jak dokládají již dříve realizované výzkumy, jsou pro seniory sociální kontakty stejně významné pro kvalitu života, jako jejich zdravotní stav. Kvalita života seniorů je determinována různými zátěžovými situacemi a faktory, které se pojí s vyšším věkem. Jsou to faktory týkající se změn zdravotního stavu, schopnosti vyrovnání se s novými omezeními v životě, ztotožnění se s novými rolami a dostupnost sociální podpory. Při samotném měření

kvality života u seniorů vystupují do popředí pojmy, jako například autonomie, soběstačnost, rozhodovací schopnost, absence bolesti a utrpení, úroveň smyslových schopností, finanční standard a pocit užitečnosti. (Gurková, 2011, s. 167-168)

Jedním z významných faktorů související se zdravotním stavem, nezávislostí, sociálním zapojením i psychologickým prožíváním, který ovlivňuje kvalitu života seniorů, je přítomnost chronické bolesti. Tento symptom ale bývá z různých příčin u seniorů často podceňován, nedostatečně hodnocen a léčen. Prevalence chronické bolesti v populaci osob věkové kategorie 65 let a více dosahuje hodnoty nad devadesát procent. Chronická bolest bývá mimo onkologických nemocí nejčastěji spojována s různými degenerativními chorobami. Samotná bolest však může mít vlivem nejen svého vzniku, ale i délky trvání a intenzity, dopad na prožívání jedince a tím i na psychosociální kvalitu jeho života (Raudenská, 2011, 81 - 85; Kozák, 2016, s. 358). Trvalá přítomnost bolesti má často u seniorů za následek zhoršení mobility a tím i soběstačnosti. Seniorům často chybí i dostatečná sociální podpora, protože v důsledku nedostatečně léčené chronické bolesti se zhoršuje schopnost seniora zapojovat se do společenských aktivit a udržovat sociální kontakty. Tato situace může vést k omezování komunikace s okolím, k osamělosti, sociální izolaci a s tím spojené pocity špatné kvality života jedince (Pokorná a Eckelová, 2013, 77 - 82; Kozák, 2016, s. 358). Bolest bývá také často uváděna jako významný faktor ovlivňující výskyt depresivních příznaků u seniorů. (Al-Amer et al., 2019, s. 1)

Zdravotní péče o seniory by měla předcházet vzniku dlouhodobé závislosti a institucionalizace pomocí celého komplexu odborných služeb (Holmerová et al., 2014, s. 29 - 35; MPSV, 2012c, s. 14). V našich podmínkách převažuje spíše model akutní zdravotní péče, který neodpovídá potřebám starších a chronicky nemocných osob. Jistou změnou zdravotní strategie v rámci stárnutí populace je rozvoj dlouhodobé péče. Ta zahrnuje jak péči zdravotní, tak i sociální. Důležitými charakteristikami dlouhodobé péče jsou kvalita poskytované péče, rovnost přístupu k péči, možnost volby péče a její flexibilita, zájem profesionálů o sociální a duchovní potřeby včetně zachování důstojnosti seniorů. (Levasseur et al., 2009, s. 91 - 100)

Poskytování kvalitní péče je jednou ze základních součástí moderní zdravotní akutní i dlouhodobé péče (Pruša et al., 2010, s. 18). Kvalita dlouhodobé péče se týká efektivnosti a bezpečnosti péče, její orientace na pacienta, ale také schopnosti adekvátně reagovat na potřeby a požadavky jednotlivců, kterým je poskytována, a tak podporovat kvalitu jejich života (Holmerová et al., 2014, s. 29 – 35). Prioritní postavení v dlouhodobé péči o seniorskou populaci zaujímá geriatrické ošetřovatelství (Hudáková a Majerníková, 2013, s. 7). Pokud

je ošetrovatelská péče seniorovi holisticky poskytována, s aktivním zájmem o řešení problematických oblastí, odráží se tato skutečnost i na jeho subjektivně vnímané kvalitě života (Holmerová et al., 2014, s. 29 - 35). Realizací ošetrovatelských intervencí zaměřených na podporu a posílení kvality života seniorů můžeme pozitivně ovlivnit i jejich celkovou spokojenost, aktivitu a soběstačnost, větší zájem o participaci na péči o své zdraví, což se může následně pozitivně odrazit v menší spotřebě zdravotních a sociálních služeb (Escuder-Mollon a Esteller-Curto, 2013, s. 8). Z toho důvodu má geriatrické ošetrovatelství významné postavení mezi obory, které se věnují problematice kvality života seniorů. (Hudáková a Majerníková, 2013, s. 8)

Ke zvýšení kvality života ve stáří je rovněž nezbytné poskytnout všem seniorům dostatek příležitostí pro uplatnění, vzdělávání a aktivní život. Lineární model vzdělání, práce a důchod v současné společnosti pomalu zaniká. Starší lidé mají stejně jako všichni ostatní jedinci právo být hodnoceni individuálně, na základě svých schopností a potřeb, a to bez ohledu na svůj věk, pohlaví, barvu pleti, zdravotní postižení či jiné charakteristiky. Pro zajištění vyšší kvality života ve stáří v kontextu demografického stárnutí je proto třeba se zaměřit na koncepční změny a přijetí opatření ve strategických oblastech. (MPSV, 2017c, s. 14)

1.2 Vliv vybraných faktorů na kvalitu života seniorů

Ústava Světové zdravotnické organizace (WHO, 2018b) definuje zdraví jako: „*stav úplného tělesného, duševního a sociálního blahobytu, nejen nepřítomnost nemoci*“. Měření zdravotního stavu a účinků zdravotní péče musí tedy zahrnovat nejen indikaci změn četnosti a závažnosti onemocnění, ale i odhad pohody, což lze posoudit měřením zlepšení kvality života související s léčbou, či zdravotní nebo ošetrovatelskou péčí. Za účelem monitorace subjektivně vnímané kvality života vyvinula WHO s pomocí patnácti spolupracujících center po celém světě dva hodnotící nástroje, a to dotazníky WHOQOL-100 a WHOQOL-BREF. Tyto dva nástroj mají využití v širokém spektru různých oblastí, jako například ošetrovatelství, medicína, výzkum nebo audit. Lze je také validně použít v různých kulturních prostředích a umožňují srovnávání výsledků v rámci odlišných populací a sociokulturních prostředí.

Dotazník WHOQOL-100 obsahuje šest rozsáhlých oblastí kvality života, do kterých je zahrnuto dvacet čtyři definovaných aspektů. Tyto oblasti kvality života zahrnují:

1. *Fyzické zdraví* (energie a únava, bolest a nepohodlí, spánek a odpočinek).

2. *Psychické zdraví* (obraz a vzhled těla, negativní pocity, pozitivní pocity, sebevědomí, přemýšlení, učení, paměť a soustředění, stupeň nezávislosti).
3. *Úroveň samostatnosti* (mobilita, činnosti každodenního života, závislost na léčivých látkách a lékařských pomůckách, pracovní kapacita).
4. *Sociální vztahy* (osobní vztahy, sociální podpora, intimní soužití).
5. *Životní prostředí* (finanční zdroje, svoboda, fyzické bezpečí a ochrana, dostupnost a kvalita zdravotní a sociální péče, příležitosti pro získávání nových informací a dovedností, účast a možnosti rekreace/volného času, fyzikální prostředí, domácí prostředí, doprava).
6. *Spiritualita/náboženství/osobní přesvědčení*. (WHO, 2018b)

Pro potřeby klinické praxe byla vytvořena zkrácená verze tohoto generického dotazníku, označená jako WHOQOL – BREF, která zahrnuje dvacet šest položek seskupených do čtyř oblastí (WHOQOL Group, 1998, s. 551 – 558). Následně byl vytvořen dotazník WHOQOL-OLD, který představuje dotazníkový modul specificky určený pro měření kvality života ve stáří pro zdravou i nemocnou seniorskou populaci. (Power et al., 2005, s. 2197 - 2214)

V rámci oblastí vydefinovaných dotazníky WHOQOL jsou zařazeny jednotlivé faktory, které mohou podstatně ovlivňovat kvalitu života heterogenní seniorské populace. Tedy jak soběstačných seniorů žijících ve vlastním sociálním prostředí, tak i seniorů žijících v zařízeních poskytujících trvalou institucionální péči, jako například domovy pro seniory. Následující podkapitoly se podrobněji zaměřují na jednotlivé faktory, které jsou na základě výsledků různých studií hodnoceny jako významně ovlivňující kvalitu života seniorů.

1.2.1 Prostředí

Environmentální a sociokulturní faktory jsou úzce spjaty se zdravým i patologickým stárnutím (Santos et al., 2009, s. 3). Významný vliv na kvalitu života starších osob má vedle jejich zdravotního stavu a dalších faktorů také spokojenost s prostředím, ve kterém senior žije. S přibývajícím věkem nabývá na významu především pocit bezpečí v daném prostředí. Adekvátní, bezpečné a dostupné bydlení zohledňující současné i budoucí potřeby seniorů, prodlužuje nezávislý život seniorů a zvyšuje kvalitu jejich života. (MPSV, 2014b, s. 29 - 30)

Environmentální aspekt kvality života zahrnuje každodenní prostředí seniora, a to jak v jeho vlastním domově, tak i v komunitě (Aldwin a Gilmer, 2013, s. 198). Prostorově ovlivňuje *dostupnost sociálních kontaktů* seniora, které jsou považovány za velmi důležitou součást pozitivního stárnutí a kvality života ve stáří (Chonga et al., 2006, s. 256; Ondrušová, 2009, s. 36 - 39). Lidé ve vyšším věku touží po naplnění potřeb citové jistoty, bezpečí a lásky. Za nejdůležitější lidské vztahy v období stáří jsou tak považovány především mezigenerační rodinné vazby. Naplnění potřeby sociálních kontaktů však nenachází senior pouze v rodině, ale i ve svém okolí, tedy v prostředí, kde žije. Sociální kontakty s jeho vrstevníky jsou pro seniora zvlášť důležité, protože u nichž nachází porozumění pro společné problémy spojené se stárnutím (Brzáková, 2014, s. 38). Za významné seniori považují i dobré vztahy se sousedy, což jim dává pocit jistoty, přátelství a dostupné pomoci v nejbližším okolí svého bydliště (Gabriel a Bowling, 2004, s. 681). Naopak ztráta dlouholetých sousedů může kvalitu života seniora nepříznivě ovlivnit. (Aldwin a Gilmer, 2013, s. 198)

Nevhodné prostředí, ve kterém senior žije, má negativní dopad na kvalitu jeho života. Jedná se zejména o *ohrožení bezpečnosti* seniora nebo obtížnou *dostupnost důležitých služeb*, jakými jsou obchody s potravinami nebo lékárny (Aldwin a Gilmer, 2013, s. 198). Rovněž *změna ekonomického standardu* seniora, kdy v důsledku zhoršení fyzického stavu nebo jiných příčin, nemůže už dále vykonávat své zaměstnání, což často vede k omezení jeho finančních zdrojů, může mít dopad na nutnost změny prostředí, celkovou životní spokojenost a tím i na kvalitu jeho života. (Malderen et al., 2013, s. 141 - 150; Suh et al., 2012, s. 96)

Starší lidé většinou chtějí i ve vyšším věku zůstat ve svých domovech (Aldwin a Gilmer, 2013, s. 198). Toto své přirozené sociální prostředí upřednostňují bez ohledu na vzdělání, věk či pohlaví, a to i v případě zhoršení zdravotního stavu. Ve své domácnosti chtějí zůstat s využitím pomoci svých dospělých dětí a dalších příbuzných nebo profesionální sociální či domácí ošetrovatelské péče (Průša et al., 2010, s. 23 - 32). Stejný postoj k této problematice byl prokázán i u seniorů ve Španělsku, kde devadesát procent oslovených respondentů upřednostňovalo život ve vlastním domácím prostředí za podmínky zachování dobré fyzické zdatnosti a nezhoršených kognitivních funkcí. Na rozdíl od situace v České republice nejsou instituce typu domovů pro seniory ve Španělsku tak obvyklé. Institucionalizace je zde společností vnímána více negativně a hodnocena spíše jako osobní, rodinné nebo sociální selhání ve vztahu k péči o seniora. (Fernández-Carro, 2016, s. 593 - 599)

1.2.1.1 Institucionální prostředí

Pokud se soběstačnost staršího člověka sníží natolik, že není nadále možné, aby žil sám ve svém dosavadním domácím prostředí, a pomoc rodinných příslušníků je nedostačující nebo zcela absentuje, je v současné době často jediným řešením péče institucionální, což je většinou domov pro seniory (Průša et al. 2010, s. 23 - 32). V České republice definuje Zákon č. 108/2006 Sb. (Zákon o sociálních službách) domov pro seniory jako místo, kde jsou poskytovány pobytové služby osobám se sníženou soběstačností, a to zejména z důvodu jejich věku. Situace těchto osob musí vyžadovat pravidelnou ošetrovatelskou pomoc. Nejčastějším důvodem pro umístění seniorů do trvalé institucionální péče je i podle výsledků zahraničních výzkumných studií nemožnost zajištění potřebné péče prostřednictvím neformálních pečovatелů (Gupta et al., 2014, s. 24 - 25; Bozkurt a Yılmaz, 2016, s. 201). Ve studii realizované autory Rajeeva a Ajikumara (2015, s. 2848), uvedlo šedesát osm procent ženatých respondentů, že mají děti, které nejsou připraveny postarat se o své rodiče. Možnost přestěhovat se ke svým dětem nebo do domova pro seniory by zvolilo jen velmi málo oslovených respondentů v této studii. Seniori upřednostňovali zejména domovy s pečovatelskou službou.

Umístění seniora do domova pro seniory je významným mezníkem v jeho životě. V naší společnosti převládá i v současnosti mylné přesvědčení, že většina klientů těchto domovů pro seniory se zde ocitá nedobrovolně (Wildmannová, 2014, s. 116). Trvalá institucionální péče může ovlivňovat kvalitu života seniora v různých oblastech. Mnoho studií prokázalo, že jedinci v trvalé institucionální péči mají nižší kvalitu života vzhledem ke svému stáří, zdravotnímu stavu a socioekonomickým podmínkám oproti seniorům žijícím v komunitě (Campos et al., 2014, s. 166; Vitorino et al., 2012, s. 10; Heydari et al., 2012, 2785; Bodur et al., 2009, s. 652). Naopak pozitivní vliv institucionální péče prokázal ve své studii Panday et al. (2015, s. 130). Uvádí, že osoby žijící v domovech pro seniory, vnímali své celkově zdraví jako dobré, protože potřebná zdravotní péče jim byla trvale dostupná a lékařské prohlídky byly jedenkrát týdně. Rovněž fyzické a psychické zdraví bylo těmito seniory hodnoceno jako lepší, než v rodinném prostředí.

Problematickou oblastí s negativním dopadem na kvalitu života starších osob se stává předčasné umístění seniora do institucionální péče v době, kdy to není ještě nezbytně nutné. Příčinou může být buď špatná bytová situace v rodině, nebo nedostatečná nabídka sítě ambulantních pečovatelských a ošetrovatelských služeb, s jejichž podporou by mohl starší

člověk s limitovanou soběstačností zůstat i nadále ve svém přirozeném sociálním prostředí. (Průša et al. 2010, s. 23 - 32; Malderen et al., 2013, s. 141 - 150)

▪ **Autonomie, soukromí a osamělost**

Pokud senior ztrácí důvěrně známé prostředí, má to významný dopad na jeho život, protože změna prostředí většinou negativně ovlivňuje stabilitu jeho sociálního zázemí. Dalším negativním dopadem je riziko narušení autonomie seniorů a omezení kontroly seniora nad časem. Všechny tyto negativní aspekty změny prostředí mohou vést až *k izolaci seniora a pocitům osamělosti* (Brzáková, 2013, s. 38; Malderen et al., 2013, s. 141 - 150). Přemístění seniora z jeho vlastního sociálního prostředí do institucionálního zařízení představuje nejen zcela zásadní změnu ve vztahu k jeho životnímu stylu, pocitu soběstačnosti a soukromí, ale také celkové ovlivnění jeho návyků, pravidelných rituálů, zvyků a možnosti věnovat se svým zálibám a koníčkům. Zároveň se často u seniora projevuje obtížnější a dlouhodobější adaptace na nové prostředí, která bývá doprovázena pocity ztráty smysluplnosti života (Bužgová a Klechová, 2011, s. 396 - 401). Zda se senior dokáže vyrovnat s pocitem ohrožení nebo ztráty smyslu svého života ve stáří, záleží do určité míry i na dalších faktorech, jako například původní povolání seniora, funkční mezigenerační vztahy v rodině a možnost prožívat i nadále hezké zážitky. (Ondrušová, 2010, s. 50-53)

S postupujícím snižováním úrovně funkční zdatnosti a výkonnosti tráví senioři často stále více svého volného času již pouze ve svých pokojích, místo toho, aby se zapojovali i do skupinových aktivit a jiných společenských akcí realizovaných rezidenčním zařízením. Proto je důležité identifikovat potřeby starších jedinců s různou mírou ztráty fyzické zdatnosti, rizikem geriatrické křehkosti, disability a kognitivního deficitu. Domovy pro seniory by měly seniorům v rámci svých ubytovacích kapacit především poskytnout prostředí, které je přizpůsobené potřebám starších lidí, jejichž fyzická výkonnost bude postupně klesat a předejít tak *riziku omezení sociálního zapojení* z důvodu zhoršené mobility a fyzické výkonnosti (Lotvonen et al., 2017, s. 13 - 14). Všeobecné sestry by měly mít znalosti o faktorech, které zvyšují riziko pocitu osamělosti seniora, a měly by ve spolupráci s členy rodiny realizovat ošetrovatelské intervence omezující u seniora pocit osamělosti a ztráty smysluplnosti jeho života (Heravi-Karimooi et al., 2010, s. 274). Bylo totiž prokázáno, že senioři, kteří mají funkční rodinné vztahy, hodnotí kvalitu svého života podstatně pozitivněji. (Campos et al., 2014, s. 166)

Nižší kvalita života ovlivněná *narušením autonomie* seniora, byla ve výzkumných studiích spojována i s nižším stupněm nezávislosti v běžných denních aktivitách vyžadujících větší pomoc od ošetřujícího personálu (Wang et al., 2016, s. 8). Everton a Anderson (2013, s. 70) popisují i další rizika, která mohou být spojená s narušením autonomie a nižší kvalitou života. Je to především možnost vzniku krize z přehlížení a zanedbávání, případně takzvaná „psychologická krize“, která je vyvolána úmyslným poškozením jedince pečujícím personálem. Tento přístup personálu zahrnuje řadu negativních projevů, mezi které patří zejména nevhodné infantilní nebo dehonestující oslovení seniora, neustálé kritizování jeho chování nebo zjevu, vyhrožování a zastrašování, dále pak nerespektování intimity a vyhýbání se očnímu kontaktu se seniorem.

Mnozí senioři se v domovech pro seniory v důsledku svého věku, ale i nemoci cítí vyřazení ze společnosti, případně mají pocit, že je už nikdo nebere vážně a že jsou ostatním spíše na obtíž (Oosterveld-Vlug et al., 2013b, s. 1 - 9). Při zajišťování zvyšování kvality života seniorů a zachování jejich důstojnosti v domovech pro seniory je proto při poskytování péče zapotřebí respektovat rovnováhu mezi péčí o bezpečnost seniora a respektem k jeho autonomii (Wang et al., 2016, s. 8). Pro zajištění nebo znovuzískání osobní důstojnosti seniora v institucionálním prostředí autorský kolektiv Oosterveld-Vlug et al. (2013a, s. 1 - 8) identifikoval dva důležité mechanismy. První mechanismus představuje pocit, že člověk má svůj život pod kontrolou. Druhým mechanismem je tak pocit, že senior je stále ještě považován za plnohodnotnou osobu.

Další významnou oblastí, která souvisí s environmentálním aspektem kvality života seniora, je způsob jeho ubytování ve vztahu k *aspektu soukromí*. Senioři bývají v domovech pro seniory ubytováni v jednolůžkových, ale mnohem častěji ve dvoulůžkových a dokonce i vícelůžkových pokojích (Wildmannová, 2014, s. 116). V institucionálním prostředí jsou senioři velmi citliví na narušování svého soukromí ošetřujícím personálem. Například velmi negativně hodnotí, pokud zdravotnický personál při provádění osobní hygieny nebo poskytování pomoci při používání toalety nechává otevřené dveře pokoje nebo koupelny. (Georgescu et al., 2015, s. 24)

Také senioři s kognitivním postižením vnímají nedostatek společenského zapojení a hledají blízký lidský kontakt. Většina seniorů s deficitem kognice tak má pocit osamělosti, izolace a touží po rodinném prostředí (Cahill a Diaz-Ponce, 2011, s. 562). Bylo prokázáno, že i osoby s demencí jsou schopny vyjadřovat se o svých pocitech a myšlenkách nebo o svém životě v domově pro seniory. Jsou schopni rozlišovat mezi členy ošetřujícího personálu

a dovedou identifikovat svou primární sestru, která je má na starost, je s nimi v pravidelném kontaktu, a proto jí důvěřují. Senioři v počátečním stadiu demence jsou také schopni vyjmenovat několik faktorů, které ovlivňují kvalitu jejich života (Mjørud et al., 2017, s. 1). Klíčovou roli zde hraje prostředí, ve kterém žijí. Přestože domácí prostředí je nejvhodnější, přechod k institucionální péči bývá zejména v pozdějších fázích kognitivní poruchy nutný (Nikmat et al., 2015, s. 815). Péče o tyto klienty by měla být soustředována zejména do malých zařízení, kde lze vytvořit domácí atmosféru, která seniorovi pomáhá při adaptaci na nové prostředí. Je ale důležité si uvědomit, že mít potenciálně příznivé fyzické prostředí nevede ještě automaticky k jeho optimálnímu využívání, pokud není zajištěna i dostatečná pomoc ošetřujícího personálu, která například umožní seniorovi pobyt i ve venkovních prostorách zařízení. (Boer et al., 2018, s. 1)

▪ **Konečnost života**

Výrazný vliv na kvalitu života seniorů umístěných v domově pro seniory má i aspekt smrti a umírání (Šenol et al., 2013, s. 212 - 221). Senioři se často poměrně špatně vyrovnávají s přítomností křehkých terminálně nemocných seniorů ve svém okolí. Vyšší frekvence *konfrontování se smrtí* a umíráním v institucionálním prostředí může být u seniorů příčinou *uvědomění si vlastní smrtelnosti* a častějšího přemýšlení o umírání a smrti samotné (Bužgová a Klechová, 2011, s. 396 - 401). Blízký kontakt s umírajícími starými lidmi v nich často může také vzbuzovat *úzkost a bezmoc*, protože smrti nemohou čelit a bojovat s ní. Také jim ale připomíná jejich vlastní konečnost a smrtelnost. Navíc každé setkání s někým, koho zasáhla smrt blízkého člověka, bývá bolestivou připomínkou možnosti, že by se to mohlo stát i jemu nebo jeho blízkým (Preissová Krejčí a Špatenková, 2013, s. 230 - 249). Některé zahraniční studie ale připomínají, že se u seniorů v institucionální péči naopak často může projevit i nižší vnímání úzkosti ze smrti. Jako důvod autoři uvádějí, že realita častější konfrontace se smrtí a umíráním může u seniorů způsobit *desenzibilizaci na okolnosti provázející umírání a smrt*. Tato skutečnost pak má vliv na psychosociální a existenciální konsekvence spojené s trajektorií umírání seniorů. (Portal Moreno et al., 2008/2009, s. 61 - 76; Güler et al., 2012, s. 21 - 28)

1.2.2 Věk

Stárnutí je normální vývojová etapa lidského života zahrnující strukturální, funkční, chemické a neurobiologické změny. Je to období heterogenních a asynchronních změn, kdy jednotlivé orgánové systémy a funkce stárnou nerovnoměrně. Stárnutí tak představuje komplexní dynamický proces, který jednotliví autoři různě rozdělují. Dosud ale nebyla explicitně definována přesná hranice, od které je považován člověk za starého.

Například Mühlpachr (2009) uvádí, že v současné gerontologii převládá názor, že lze za hraniční věk považovat rozmezí 60 až 65 let. Je to období, ve kterém si většina jedinců již uvědomuje, že se u nich projevují významnější změny ve fyzické nebo mentální oblasti. Špatenková (2011) připomíná, že v odborné literatuře se setkáváme s různým rozlišením a kategorizací stáří.

- První kategorií je *stáří biologické*, které se posuzuje podle fyzických (tělesných) projevů stárnutí jedince.
- Druhou kategorií představuje *stáří sociální*. Charakterizuje ho soubor změn v oblasti sociálního potenciálu, rolí a postojů. Tato kategorie se vztahuje k dosažení věku, který splňuje nárok jednotlivce na vznik starobního důchodu.
- Třetí kategorií je pak *stáří chronologické*, neboli kalendářní. Chronologický věk jedince se stanovuje podle data jeho narození. Protože proces stárnutí je u každého jednotlivce zcela individuální, nemusí se kalendářní věk přesně shodovat s věkem funkčním. Z toho vyplývá, že pouhé stanovení kalendářního věku nevypovídá o individuálním rozsahu involučních změn a měnících se sociálních rolích seniora. Kalendářní věk ale představuje objektivní faktor, na základě kterého lze označit člověka za seniora. (Zaidi, 2008, s. 63)

Rovněž i periodizace seniorského věku není zcela jednotná. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je stáří definováno od šedesáti let a je následně rozděleno na období s patnáctiletými intervaly (Haškovcová, 2012, s. 99 - 100):

- 60 – 74 let: počáteční stáří, rané stáří, senescence;
- 75 – 89 let: pokročilé stáří, vlastní stáří, senium;
- 90 let a více: dlouhověkost, patriarchium.

Další členění seniorského věku popisuje Mühlpachr (2009, s. 21). Tato periodizace začíná v šedesáti pěti letech a je dělena do desetiletých period:

- 65 – 74 let: mladí senioři (toto období zahrnuje odchod do důchodu, zaměření se na volný čas a preferované aktivity);
- 75 – 84let: staří senioři (toto období je charakteristické narůstajícím funkčním deficitem a často také atypickým průběhem chorob);
- 85 let a více: velmi staří senioři (toto období charakterizují deficity soběstačnosti ve více oblastech a s tím často související zvýšená závislost na péči poskytované druhými osobami).

Věk tak u každého jednotlivce představuje jednu ze základních charakteristik, které mají vliv i na kvalitu jeho života. Významnou negativní korelaci s kvalitou života, tedy že s rostoucím věkem se snižuje kvalita života, má faktor věku v mnoha zahraničních studiích (Sherizadeh et al., 2016, s. 139 - 145; Nabavi et al., 2014, s. 440; Kumar et al., 2014, s. 54; Paiva et al., 2016, s. 3347). Dle tchaj-wanské studie klesá s věkem pro obě pohlaví i míra účasti v mnoha aktivitách (Lee et al., 2014, s. 219 - 237). Také další studie potvrzují, že v pokročilém věku dochází u seniorů ke snížení funkční schopnosti, která omezuje jejich každodenní aktivity a celkový přístup ke zdravotním službám, což se odráží v podstatně nižším fyzickém skóre hodnocení kvality života. (Lokare, 2015, s. 14554; Lee et al., 2008, s. 1042 - 1054)

Zvyšující se věk pro seniora ale nemusí nutně znamenat přítomnost onemocnění. Za předpokladu zdravého životního stylu a dodržování doporučených preventivních opatření, si starší lidé mohou zachovat dobrou fyzickou a mentální kondici a udržovat si poměrně vysoký stupeň autonomie ve svém životě až do pozdního věku. V případě přítomnosti dysfunkcí pak může seniorovi včasná diagnóza a terapeutický zákrok umožnit zachování kvality jeho života. (Santos et al., 2009, s. 3)

▪ **Subjektivita vnímání věku**

Hodnocení života úzce koreluje s konceptem úspěšného stárnutí (Reichstadt et al., 2010, s. 574 - 575). Subjektivita vnímání věku, která souvisí s úbytkem nebo naopak dostatkem sil a potenciálem zdraví, je považována za *významný faktor biologického stárání*, životní prognózy a také rizika rozvoje geriatrické křehkosti (Uotinen et al., 2006, s. 381 - 393; Diehl et al., 2014, s. 93). Senioři často vnímají změny způsobené stárnutím jako zcela *přirozenou součást nevyhnutelnosti stárání*, což se může odrazit ve vyšším hodnocení kvality života (Dawalibi, et al.,

2014, s. 3505 - 3512). Výsledky výzkumu Mirandy et al. (2016, 3539 - 3540) ukázaly, že více než polovina oslovených starších lidí hodnotila kvalitu svého života jako dobrou a byla spokojená se svým fyzickým zdravím. Hodnocení úrovně kvality života seniorů představuje strategii, jejímž cílem je pomoci zdravotníkům identifikovat ty aspekty života starších osob, které jsou více svázány s procesem stárnutí, a následně realizovat intervence účinně podporující kvalitu života ve stáří. (Ferreira et al., 2015, s. 30)

▪ Hierarchie životních hodnot

Každý jedinec si během života vytváří své vlastní hodnotové systémy, které se mohou v jednotlivých etapách života měnit. Vytváření hodnotové hierarchie se odvíjí i od kulturních kontextů společnosti, ve které jedinec žije, a řadí se mezi typicky lidské potřeby. V období stáří je hierarchie životních hodnot často spojena s představou úspěšného stárnutí. Je proto důležité zjistit, jak si představují úspěšné stárnutí samotní senioři a co lze udělat pro jeho podporu. S přibývajícím věkem dochází jak k celkovým změnám po fyzické i psychické stránce, tak i k úbytku sociálních kontaktů a často také k narůstajícímu deficitu soběstačnosti. Celková struktura potřeb stárnoucích osob se tak mění a následně dochází i ke změně ve struktuře hierarchie životních hodnot (Mlýnková, 2011, s. 47 - 48). Reichstadt et al. (2010, s. 567 - 575) v tomto kontextu uvádí dvě zastřešující a zdánlivě protikladná témata ve stáří. Tím prvním je *sebepřijetí*, druhé téma představuje *osobní růst*, čili angažovanost. Přijetí většinou popisují senioři z hlediska spokojenosti s vlastními silami a zkušenostmi z minulosti a spojují ho i realistickým sebehodnocením. Naopak angažovanost vnímají senioři z hlediska osobního růstu a snah o aktivní zapojení, včetně výběru činností, které přispívají k individuálnímu růstu, osobnímu požitku, naplnění a ke zlepšení blaha ostatních. Rovnováha mezi těmito tématy se ukazuje jako důležitá pro úspěšné stárnutí. Intervence ke zvýšení možnosti úspěšného stárnutí proto zahrnují služby sociální podpory, zapojení a podpora seniora v realizaci smysluplných aktivizačních činností a individuální zdravotní edukace. (Reichstadt et al., 2010, s. 574-575)

▪ Psychosociální pohoda

Multidimenzionální charakter kvality života ve stáří vyvolává potřebu multidisciplinárního přístupu, aby bylo možno komplexně pochopit složitost tohoto konceptu. Bližší zkoumání oblastí, jakými jsou *psychologické potřeby* a *sociální podpora*, by mělo poskytnout lepší přehled o tom, proč se jeden starší člověk cítí dobře i přes přirozené zhoršení zdravotního stavu

spojené se stárnutím, zatímco druhý stejně starý senior se za zdánlivě podobných podmínek cítí špatně. (Alcañiz a Solé-Auró, 2018, s. 8)

Seniorský věk bývá spojen s intenzivnějším vnímáním vyšší úrovně *psychosociálního stresu*. Často dochází ke snížení sebeúcty seniorů, což je také spojováno s obecně horší adaptabilitou ve stáří a se stereotypy v postojích společnosti vůči starým lidem (Golubeva, 2012, s. 217). Na celkovou psychosociální pohodu seniora mají vliv stresové situace, které jsou typické pro seniorský věk. Mezi ty nejčastější patří zhoršení paměťových schopností, zhoršení zdravotního stavu z důvodu nemoci nebo zranění, nevhodné chování příbuzných nebo nefunkční mezigenerační vztahy, úmrtí člena rodiny či přítele a nedostatek volnočasových aktivit. Jako nejvíce stresující události jsou pak udávány rozvod, institucionalizace, úmrtí dítěte nebo partnera (Couto et al., 2011, s. 492). Psychosociální pohoda, tedy efektivní emocionální a sociální fungování, proto představuje důležitou součást konceptu pozitivního stárnutí, a s ním související počet let zdravého a nezávislého života. (Woods et al., 2012, s. 1191)

▪ **Sociální prostředí**

Jak uvádí ve své studii Vitorino et al. (2013, s. 3 - 11), senioři, žijící v institucionálním prostředí, udávali nižší kvalitu života vzhledem ke svému stáří a zhoršeným socioekonomickým a zdravotním podmínkám než respondenti, kteří v institucionálním prostředí nežili. Opačný výsledek ale uvádí Kanim a Jebory (2015, s. 749), kteří zjistili, že starší lidé žijící v pečovatelském domově vykazovali vysokou úroveň kvality života. Stejně zjištění potvrzuje i Dani a Bhora (2015, s. 218). Cílem jejich studie bylo porovnat kvalitu života mezi staršími občany žijícími v rodinném prostředí a v domově pro seniory. Mezi oběma skupinami byl potvrzen významný rozdíl v celkovém skóre kvality života. Starší respondenti žijící v domově pro seniory hodnotili kvalitu svého života lépe, než senioři žijící ve vlastním sociálním prostředí (Dani a Bhora, 2015, s. 218). Všechny tyto poznatky naznačují, že věk je významnou proměnnou ovlivňující kvalitu života starších jedinců žijících v různých prostředích. (Sherizadeh et al., 2016, s. 139-145)

1.2.3 Pohlaví

Existence genderových rozdílů v hodnocení kvality života souvisí podle výsledků studií se skutečností, že se muži a ženy liší ve svých vzorech zdraví a nemocí, v chování podporující

zdraví, ve svých rolích, odpovědnostech, úrovni odolnosti, potřebách a předpokládaných rizicích. Proto je třeba zohledňovat při hodnocení kvality života i genderovou specifitu, aby bylo možné poskytovat personalizované intervence na podporu rovnosti žen a mužů v rámci dlouhodobého udržitelného rozvoje pro stárnoucí společnost. (Chi-pun Liu et al., 2019, s. 1)

Vlivem faktoru pohlaví na hodnocení kvality života se v posledních letech ve svých studiích zabývalo více zahraničních autorů. Farsianpour (2015, s. 68 - 76) zjistil, že ženy zaznamenaly při hodnocení kvality života ve všech ukazatelích (s výjimkou tělesné role) výrazně nižší hodnoty ve srovnání s muži. Významné genderové rozdíly byly zjištěny i u starších lidí žijících v Teheránu. Tajvar et al. (2008, s. 1 - 8) udává, že se jedná především o starší ženy a ženy s nižším vzděláním. Ženy měly významně horší kvalitu života ve všech ukazatelích ve srovnání s muži. Ve studii autorů Sherizadeh et al. (2016, s. 143) měli muži ve srovnání se ženami kvalitu života vyšší jen nepatrně. Campos et al. (2014, s. 10) dospěl naopak k závěru, že ženy s dobrým fyzickým a psychosociálním zdravím mají lepší kvalitu života než muži. Pro muže byla dobrá kvalita života spojena s vysokým socioekonomickým standardem a dobrým fyzickým a psychosociálním zdravím. Naopak Top a Dikmetaş (2015, s. 288) ve svém výzkumu došli k závěru, že pohlaví nemá na celkovou kvalitu života seniorů zásadní vliv. Rozdílné výsledky v jednotlivých studiích mohly být ovlivněny sociokulturním kontextem prostředí, ve kterém respondenti žili.

▪ **Zdravotní stav a nemoci**

Z hlediska všeobecně pojímaného zdraví obou pohlaví je zdraví starších žen horší, než zdraví starších mužů. Ženy jsou více ohroženy disabilitou a některými věkem podmíněnými nemocemi, jako například osteoporózou nebo Alzheimerovou chorobou. Kardiovaskulární mortalita, obezita, diabetes mellitus nebo vyšší sklony k suicidálnímu chování se naopak vyskytují více u mužů (ČSÚ, 2017, s. 14). V rámci faktoru pohlaví bývá zjišťován také vliv prodělaného onemocnění na kvalitu života jedinců. Wu et al. (2014, s. 960), zkoumal kvalitu života čínských jedinců po prodělané cévní mozkové příhodě. Ženy, které cévní mozkovou příhodu prodělaly, měly větší pravděpodobnost, že budou následně žít život se zdravotním postižením a se zhoršenou schopností o sebe pečovat ve srovnání s muži. Bodur et al. (2009, s. 652) udávají, že skóre kvality života pro starší ženy, které zůstávají v pečovatelských domech, je nižší, než skóre mužů. Výsledky tchaj-wanské studie ukázaly, že míra účasti v mnoha aktivitách klesá pro obě pohlaví především s narůstajícím věkem (Lee et al., 2014, s. 219 - 237). Hajian-Tilaki et al. (2017, s. 10 - 11) uvedl další možné vysvětlení genderových

rozdílů ve vnímání kvality života. Ženy podle něj mohou zkreslovat svůj zdravotní stav více než muži, mohou být ve zvýšené míře zaměřené na pozorování svého zdravotního stavu, příznaků případných nemocí, a také jsou častěji odkazovány na lékaře než muži.

Genderové rozdíly v kvalitě života byly potvrzeny i u starších lidí s poruchou sluchu. Studie, která byla zaměřena na rozdíly v kvalitě života u lidí se stařeckou nedoslýchavostí před, a po zahájení používání sluchadla zjistila, že ve zlepšení kvality života existovaly mezi muži a ženami významné rozdíly. Při používání sluchadel byla u žen lepší kvalita života hodnocená pomocí dotazníku WHOQOL-OLD v doménách Naplnění a Sociální zapojení. Naopak u mužů se zlepšila kvalita života v doméně Blízké vztahy. (Joanovič et al., 2019, s. 209 - 213)

▪ **Sociální zapojení a izolace**

V České republice, podobně jako v jiných státech, se naděje na dožití při narození stále zvyšuje, a to u obou pohlaví. Platí dlouhodobý trend, že ženy se v průměru dožívají vyššího věku než muži. Neplatí však, že zvyšování naděje na dožití je u mužů dynamičtější než u žen. Naděje dožití se zvýšila se přibližně o 3,5 roku u žen a o 4,2 roku u mužů. Důsledkem toho starší ženy žijí bez partnera častěji než muži a jsou častěji ovdovělé na rozdíl od starších mužů, kteří jsou častěji ženatí. Narůstá také podíl vdov v každé věkové skupině nad 50 let, a ve srovnání s muži je několikanásobně vyšší. Ve věku 65-69 let se podíl ovdovělých žen dostal na druhé místo, hned za vdané. U mužů se tak stalo až ve věku 75-79 let (ČSÚ, 2017, s. 5 - 18). U nejstarší věkové skupiny žen narůstá také několikanásobně vyšší riziko chudoby. Ženy jsou více ohroženy sociální izolací a je u nich i větší riziko institucionalizace (MPSV, 2014b, s. 5). Rovněž vztah mezi sociálním zapojením a sebehodnocením zdraví se stává silnějším s přibývajícím věkem a bývá významnější u žen. Lee et al. (2008, s. 1042 -1054) ve své studii uvádějí, že u obou pohlaví bylo subjektivně hodnoceno zdraví jako dobré a silně korelující s úrovní sociální participace ve všech věkových kategoriích respondentů. Vliv sociálního zapojení se zvyšoval s rostoucím věkem respondenta. Především starší ženy, které se účastnily více než dvou aktivit, měly větší pravděpodobnost, že se budou v dobrém zdravotním stavu účastnit různých činností i nadále.

Schwartz a Rubel-Lifschitz (2009, s. 171) potvrzují, že napříč kulturami a věkovými kategoriemi existují genderové rozdíly v hierarchii hodnot. Ženy většinou hodnotí jako více významné sociální vztahy, zatímco u mužů je více hodnocena autonomie. Podobně existují rozdíly v hodnocení mužů a žen i v oblasti sociálního zapojení. Li et al. (2014, s. 219) ve své studii realizované v jižním Tchaj-wanu zjistil, že sociální interakce byly významně spojeny

s hodnocením kvality života u žen v takzvaném „young-old“ věku (60 – 79 let). Také Lee et al. (2008, s. 1042 - 1054) na základě výsledků svého výzkumu potvrzují, že vztah mezi sociálním zapojením a subjektivním hodnocením vlastního zdraví, které ovlivňuje kvalitu života, se zvětšuje s narůstajícím věkem, a je větší u žen než u mužů. Vliv sociálního zapojení se nejvíc projevuje u starších žen.

Muži a ženy zaujímají v životě různé sociální role, které je formují. Sociální zapojení a sociální podpora hrají ve vztahu ke zdravotnímu stavu větší roli u žen než u mužů. Jak uváděl ve své dřívější studii již Szaflarski (2001, s. 207 - 227) hodnocení zdraví je u žen spojené i s pocitem manželského štěstí, zatímco u mužů je ovlivňováno statutem jeho pracovní pozice. Dále poukazoval na skutečnost, že vdané ženy se stýkaly se svými přáteli, příbuznými a sousedy s menší frekvencí než ženy, které nebyly vdané. Naopak u mužů rodinný stav nijak neovlivňoval jejich sociální zapojení. Navíc Szaflarski uváděl, že ženy byly více společensky izolované než muži, a to kvůli práci v domácnosti a povinnostem v rámci rodinného prostředí. Naproti tomu muži i po svatbě dále pokračovali ve svých společenských aktivitách.

Genderový vliv zkoumali ve své studii i Chemaitelly et al. (2013, s. 1371 - 1379). Svůj výzkum zaměřili na zjištění, zda u starších jedinců ve věku 60 let a více sociální podpora ovlivňuje se zdravím spojenou kvalitu života, a zda existují i genderové rozdíly. Bylo prokázáno, že efekt sociální podpory na kvalitu života související se zdravím byl výrazně ovlivněn faktorem pohlaví. U mužů byl zjištěn silný pozitivní vliv sociální podpory na kvalitu života spojenou se zdravím. Starší ženy měly podstatně horší hodnocení zdravotního stavu ve srovnání se staršími muži. Tobiasz-Adamczyk et al. (2017, s. 1872 - 1873) dosáhli ve svém výzkumu podobných výsledků. Muži průměrně hodnotili kvalitu života ve vztahu ke zdraví lépe a měli vyšší úroveň sociálního zapojení než ženy, a to bez ohledu na věk. Muži měli také vyšší úroveň sociálních sítí (sociálních vztahů) mezi osobami ve věkovém rozmezí 65 - 79 let. U starších žen bylo naopak potvrzeno vyšší vnímání osamělosti a vyšší úroveň disability ve všech věkových skupinách.

Jak ukazují výsledky výše zmíněných studií, při hodnocení kvality života v jednotlivých doménách je u seniorů potřebné zohledňovat i genderové rozdíly.

1.2.4 Demence

Demence je popisována jako ireversibilní progresivní organické onemocnění vznikající v souvislosti s primárním nebo sekundárním postižením mozku. Tento syndrom vzniká po ukončení rozvoje kognitivních funkcí člověka a může jej ovlivňovat mnoho faktorů (Pereira et al., 2015, s. 222 - 229). Demence můžeme rozdělit podle příčiny na demence primárně degenerativní, které vznikají na podkladě procesů atroficko-degenerativních, a sekundární neboli symptomatické.

Demence představuje zastřešující pojem pro více onemocnění ovlivňujících jak oblast paměti a další mentálních schopností, tak i oblast behaviorální, komunikaci a úroveň soběstačnosti v základních denních aktivitách (WHO, 2017). V počátečním stadiu demence si je senior ještě schopen svoje onemocnění uvědomovat, což u něj může způsobovat strach, zlost nebo odmítání. Jakékoliv změny v jeho okolí ho velmi znejišťují, stává se podezřivým a nedůvěřivým. Naopak jistotu pomáhá seniorovi zachovat známé prostředí, pravidelný denní režim a dodržování obvyklých rituálů (Ritter-Rauch, 2016). Ve stadiu rozvinuté demence se u seniora projevuje rozsáhlejší zapomínání, a to i významných událostí souvisejících s jeho minulostí. U seniora dochází ke zhoršování sociálního úsudku, schopnosti smysluplného vyjadřování a komunikace, postupně dochází k redukci slovní zásoby, objevuje se dezorientace v čase i prostoru a narůstá deficit soběstačnosti v péči o vlastní osobu (Fymat, 2018, s. 27 - 34). Mohou se objevovat také halucinace, neklid nebo bezcílné bloudění. Toto stadium je už pro rodinné pečovatele poměrně náročné vzhledem k narůstající závislosti seniora s demencí na péči druhé osoby (Ritter-Rauch, 2016). Ve stadiu těžké demence pak u seniora dochází k významným změnám v behaviorální oblasti, prohloubení desorientace v čase a prostoru, redukci rozsahu řeči na několik jednoduchých slov. Charakteristické pro toto stadium jsou i projevy těžkých poruch dlouhodobé paměti, které způsobují neschopnost seniora poznat i své nejbližší (Fymat, 2018, s. 27 - 34). Objevují se závažné problémy související s nutricí a hydratací seniora, jako například poruchy polykání a záchvaty kašle. Dochází ke zhoršení mobility a často se vyskytují pády s následnou imobilizací seniora a projevy geriatrické křehkosti. U pokročilé demence je často jediným řešením trvalá institucionální péče. Přechod z domácího známého prostředí do neznámého prostředí domova pro seniory představuje pro seniora s demencí další zátěž a stres. Pro maximalizaci kvality života ve stadiu progresse demence potřebuje senior mít zajištěný sociální kontakt s okolím, které mu projevuje respekt.

- **Kvalita života seniorů s demencí**

Senior postižený demencí se musí přizpůsobit změnám způsobených jeho nemocí a vyrovnávat se s fyzickými, emocionálními a sociálními výzvami, kterým díky demenci musí čelit (Huber et al., 2011, s. 4163). Konceptualizace kvality života osoby s demencí zahrnuje jak subjektivní tak i objektivní faktory, které rozděluje do čtyř dimenzí: behaviorální způsobilost, psychická pohoda, objektivní prostředí a sebepoznání kvality života (Lawton, 1997, s. 91 - 99). Definici kvality života osob s demencí, která se v odborné literatuře nejčastěji používá, popisují autoři Whitehouse a Rabins (1992, s. 56 - 60). Ti kvalitu života považovali za kombinaci kognitivního fungování, aktivit denního života, sociální interakce, psychické pohody a subjektivního vnímání své vlastní pozice v životě. U seniorů s demencí představuje kvalita života také důležitý indikátor hodnocení účinnosti intervencí. Proto se v posledních letech zvyšuje klinický význam výzkumných studií, které se zaměřují na kvalitu života seniorů s demencí. Souvisí to i se skutečností, že vzhledem k progresi demografického stárnutí populace narůstá incidence demence, která se tak stává jednou z prioritních celosvětových výzev pro medicínu, i ošetrovatelství 21. století. Validitu výzkumů zaměřených na kvalitu života seniorů s demencí do značné míry limituje rozsah kognitivního deficitu zařazených respondentů. Jak ale potvrdily výsledky více studií, senioři, u kterých je diagnostikována mírná nebo střední demence, jsou schopni kvalitu svého života smysluplně zhodnotit. (Schölzel-Dorenbos et al., 2007, s. 511 - 519; Trigg et al., 2007, s. 663 - 669; Arlt et al., 2008, s. 604 - 610; Banerjee et al., 2009, s. 15 - 24)

1.2.5 Postoje ke stárnutí a stáří

Kvalitu života významně ovlivňují mimo jiných faktorů i postoje ke stárnutí a stáří (Mauk et al., 2010, s. 22). Postoje ke stárnutí představují sociální konstrukty, které jsou historicky a kulturně determinovány a individuálně interpretovány. Jak uvádí ve své studii autorský kolektiv Robertson, King-Kallimanis a Kenny (2016, s. 71 - 81), prokázalo se, že skutečnost, jak je vnímáno stárnutí, ovlivňuje psychologické a fyzické zdraví seniorů. Postoje ke stárnutí mohou ovlivňovat názor seniorů v mnoha oblastech. Beyer et al. (2015, s. 671 - 685) potvrdili vliv postojů ke stárnutí na názor seniora na vlastní zdraví. Autorský kolektiv Faudzi, Armitage, Bryant a Brown (2019, s. 1 - 7) pak spojují postoje ke stárnutí s úrovní pohody a životní spokojeností seniora. Další autoři ještě připomínají, že vliv postojů ke stárnutí a stáří

je spojován i s fyzickou výkonností a úrovní soběstačnosti v běžných denních aktivitách (Gale a Cooper, 2018, s. 58 - 66; Moser et al., 2011, s. 675 - 680). Negativní postoje ke stárnutí mají přímý dopad na subjektivní hodnocení kvality života seniory, a to bez rozdílů úrovně jejich kognitivních funkcí. Postoj ke stárnutí a stáří se ale může lišit v závislosti na stupni kognitivního postižení seniora. Více autorů potvrdilo, že ve srovnání s pacienty bez demence vykazují senioři s demencí výrazně silnější tendence k negativním postojům, kdy stárnutí vnímají především jako čas psychosociální ztráty (Trigg et al., 2012, 1085 - 1093; Yamada et al., 2015, 1661 - 1667).

Míra schopnosti jedince přijmout a akceptovat zvyšující se věk se všemi jeho omezeními a problémy, je vysoce individuální. S pojetím stárnutí bývá často spojena i představa různých negativních projevů týkajících se vnějšího vzhledu, zdravotního stavu, ekonomické úrovně života nebo míry sociální izolace a institucionalizace. (Křivohlavý, 2011, s. 10)

- **Adaptace na stáří**

Úspěšná adaptace na stáří a pozitivní postoje ke stárnutí a stáří mohou pozitivně ovlivňovat subjektivní hodnocení zdraví a kvalitu života seniorů, jak dokládají zahraniční studie (Top a Dikmetaş, 2015, s. 288; Top et al., 2012, s. 533). Porozumění postojům seniorů k jejich vlastnímu stárnutí a stáří může být významným základem pro práci zdravotnického personálu se seniory. Hodnocení postojů seniora ke stáří a jeho adaptace na stáří by se proto mělo stát součástí práce sestry. (Bužgová a Klechová, 2011, s. 396 - 401)

Kotter-Grühn a Smith (2011, s. 385) se zabývali otázkou, zda se i v seniorském věku může zachovat pozitivní pohled na budoucnost, a to i přes zdravotní obtíže, poruchy kognice, případně anticipaci předpokládaného budoucího zhoršování fyzického i mentálního zdravotního stavu. Výsledky výzkumu potvrdily, že čím je člověk starší, tím méně plánů do budoucna si vytváří. Výrazný *pokles optimistické orientace na budoucnost* byl identifikován zejména u velmi starých lidí. Zároveň byl ale v tomto věku potvrzen i typický *realistický pohled na svět*. Významnými hodnotami, které přispívají k optimistické orientaci na budoucnost, jsou pro seniory především zdraví a vysoká kognitivní výkonnost. Senioři, kteří se cítí mladšími, než jsou dle kalendářního věku, uvádějí většinou více pozitivních postojů vůči vlastnímu stárnutí a stáří. (Brothers et al., 2015, s. 2015 - 2017)

Vytvoření optimálního postoje jedince k vlastnímu stáří zahrnuje jeho schopnost *racionalního zhodnocení a emočního vyrovnání se s nepříznivými změnami*. Dále pak aktivní přístup k řešení problémů a hledání způsobů, jak kompenzovat zhoršení různých tělesných

funkcí ve stáří. Postoje jedince ke stárnutí a stáří se často v průběhu let mění a jsou zcela individuální. Stáří může být seniory vnímáno pozitivně, jedinci se těší ze své vyrovnanosti, zralosti a z klidného života v důchodu v kruhu své rodiny a přátel. Nebo naopak mohou senioři toto životní období vnímat spíše negativně, protože je mimo zhoršování fyzického stavu trápí také pocity méněcennosti a zbytečnosti. Důsledkem, který přináší rozdílné vnímání a hodnocení životních podmínek, individuálních zkušeností, osobních rysů a hodnotových preferencí, jsou pak odlišnosti ve vnímání vlastního stáří u jednotlivých seniorů. (Vágnerová, 2012, s. 305 - 306)

Se zvyšujícím se věkem jsou postoje seniorů ke stárnutí často více negativní. Pozitivní postoje ke stáří a stárnutí přitom ovlivňují *úspěšnou adaptaci na stáří a celkovou životní spokojenost* seniora. Potřeba stárnoucího člověka dokázat přijmout život, který žije, a hodnotit ho jako dobrý a smysluplný, je velmi silná. Bylo potvrzeno, že i senioři v institucionálním prostředí mají stále pocit, že mají potenciál řídit i nadále svůj život (Janečková et al., 2013, s. 63 - 71). Stárnoucí jedinec, který má optimistický postoj k životu a začal se již dříve starat o své fyzické i psychické zdraví, má pak větší šanci na kvalitní život i ve vyšším věku (Bužgová a Klechová, 2011, s. 396 - 397). Postoje ke stárnutí a stáří jedinci často zaujímají podle toho, jak byli schopni se v průběhu svého života vyrovnávat s náročnými životními situacemi. Postoj každého jednotlivce je determinován různými faktory, mezi které patří zejména doba a prostředí, ve kterém se jedinec ocitá, samotný odchod do důchodu, kultura, typ osobnosti se všemi individuálními prožitky a zkušenostmi, pozice a role jednotlivce v rámci rodinné struktury, strach z vlastního stáří, dostupnost a kvalita citového a společenského zázemí, zhoršení nebo omezení možnosti dále participovat na dříve vykonávaných oblíbených činnostech, tradice a zvyky, změna životního stylu, úroveň vzdělání, zdravotní stav, míra fyzické závislosti, ekonomické možnosti, vrozené dispozice a odolnost vůči zátěžovým situacím (Malíková, 2011, s. 22 - 24; Bryant et al., 2012, s. 1674). Významnou roli může sehrát i postoj vůči stáří zaujímaný společností, ve které senior žije. (Bužgová a Klechová, 2011, s. 396 - 397)

▪ Sociální zapojení a vzdělávací aktivity

Více pozitivních postojů ke stáří a stárnutí můžeme zjistit u těch jedinců, kteří se pravidelně aktivně zapojují různých činnostech. Mnoho aktivit, které prohlubují vědomosti seniorů, poskytují příležitosti sociálního zapojení a setkávání se s novými lidmi, čímž pozitivně ovlivňují jejich fyzické a duševní zdraví, nabízejí Univerzity třetího věku. Tyto aktivity umožňují seniorům

dosáhnout určité nezávislosti, pocitu respektu a osobní důstojnosti i ve vyšším věku. Účastníci Univerzity třetího věku navštěvují přednášky a workshopy z různých oborů, včetně kurzů cizích jazyků a počítačové gramotnosti. Tím si rozšiřují své znalosti a vědomosti, rozvíjejí dosavadní záliby a koníčky, mohou navazovat kontakty s mladou generací a zvyšovat si své sebevědomí. Počítačové a internetové kurzy brání riziku digitální izolace seniora v současném světě, poskytují přístup k informacím a rozšiřují možnosti seniora vyjádřit své názory na tematických fórech a sociálních sítích. Velmi oblíbenými jsou u seniorů i činnosti zaměřené na podporu fyzické aktivity. Pro mnohé seniory je cvičení jistou motivací v péči o stav vlastního těla, poskytuje jim šanci na zachování jejich nezávislosti a schopnosti rozhodovat o svém životě. Takto pojaté aktivní stárnutí pomáhá seniorům nejen vytvořit si pozitivní postoje ke stárnutí a stáří a zlepšit kvalitu jejich života, ale také přináší výhody celé společnosti. (Escuder-Mollón a Cabedo, 2013, s. 120 - 122)

▪ **Psychologický růst, psychosociální ztráta a fyzické změny**

Laidlaw et al. (2007, s. 367) společně se skupinou výzkumníků WHOQOL-OLD v souvislosti s vytvořením dotazníku zaměřeného na postoje ke stáří a stárnutí - Attitudes to Aging Questionnaire (AAQ), definovali pro oblast postojů ke stárnutí a stáří tři domény, které nazvali: Psychologický růst, Psychosociální ztráta a Fyzické změny.

- Doména *Psychologický růst*, zahrnuje soubor otázek, které se zaměřují na zkušenosti, jako například moudrost a zralost, související s pozitivním vztahem jak k jednotlivci, tak i k okolnímu světu.
- Doména *Psychosociální ztráty* zahrnuje položky související s oblastí prožitků samoty, sociální izolace, uzavření se a vnímaného deficitu soběstačnosti jedince.
- Doména *Fyzické změny* je tvořena souborem otázek zahrnujících poměrně širokou škálu oblastí, od fyzického zdraví, kondice a cvičení, až po celkovou reflexi stárnutí.

Zaměření na celkové postoje ke stárnutí a stáří i na jednotlivé domény při hodnocení postojů ke stárnutí a jejich vliv ve vztahu ke kvalitě života najdeme u více výzkumů. Výsledky turecké studie autorů Top a Dikmetaş (2015, s. 288) ukázaly, že nejvýznamnější byl vztah mezi doménou Psychologický růst a kvalitou života v oblasti sensorických schopností. Seniorské zastávané postoje ke stárnutí ve všech třech doménách (Psychosociální ztráta, Fyzické změny a Psychologický růst) byly potvrzeny jako významné prediktory kvality jejich života. Také v další studii byl prokázán vztah mezi hodnocením postojů ke stárnutí v jednotlivých doménách

a subjektivně vnímanou kvalitou života seniora (Top et al., 2012, s. 533). Výsledky potvrdily, že domény Fyzická změna a Psychologický růst byly významnými prediktory kvality života u seniorů.

Janíková (2017, s. 112 - 124) zjišťovala postoje ke stáří u seniorů žijících v institucionálním zařízení a porovnávala je s populační normou. Nejvyššího skóre (optimističtější postoj) dosáhli senioři v doméně Psychosociální ztráty, kterou pozitivněji hodnotili muži a senioři se středním stupněm nesoběstačnosti.

První interkulturní studie s velkým souborem respondentů, která měla zjistit, jakým způsobem postoje starších lidí vůči jejich vlastnímu stárnutí a stáří částečně ovlivňují hodnocení jejich spokojenosti se zdravím a kvalitou jejich života, byla realizována formou sekundární analýzy dat respondentů shromážděných ve studiích z dvaceti zemí. Bylo zjištěno, že postoje seniorů v doméně Fyzické změny byly nejsilnějším prediktorem spokojenosti se zdravím celkově, i v jednotlivých oblastech kvality života. (Low et al., 2013, s. 1 - 9)

V našich podmínkách bylo dosud realizováno jen málo výzkumů, které se zabývaly problematikou vlivu postojů seniorů ke stáří a stárnutí na kvalitu jejich života. (Yamada et al., 2015, s. 1661- 1667)

1.3 Souhrn teoretických východisek

Současná seniorská populace je velmi heterogenní, proto je potřebné se při zkoumání kvality života seniorů zaměřit jak na soběstačné jedince žijící ve vlastním sociálním prostředí, tak i na seniory s limitovanou soběstačností v trvalé institucionální péči. Studie zkoumající kvalitu života seniorů tak představují vzhledem k současnému demografickému stavu společnosti významnou oblast ošetrovatelské vědy.

Prvním teoretickým východiskem disertační práce je *kvalita života*. Zahrnuje různé aspekty fyzické, psychické, sociální i spirituální dimenze lidského života. Proto se kvalita života označuje jako multidimenzionální, multiúrovňový, multidisciplinární a vysoce komplexní koncept. V současné době je kvalita života také stále častěji chápána i jako významný indikátor hodnocení klinického průběhu choroby a účinnosti realizovaných ošetrovatelských intervencí. S narůstající geriatrizací populace nabývá na významu pojem kvalita života ve stáří. Pro seniory není významnou determinantou kvality jejich života jen délka života, ale i úroveň zdravotního stavu, ve které budou prožívat závěrečné roky života.

V heterogenní seniorské populaci jsou rizikovou skupinou především křehcí senioři s limitovanou soběstačností. Péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí je neoptimálnější variantou ve vztahu k bio-psycho-sociálním aspektům kvality života ve stáří. Umožňuje zachovat vícegenerační model rodiny a poskytuje seniorovi trvalou podporu jeho nejbližších, což se pozitivně odráží na jeho psychickém stavu a kvalitě života. Při zhoršování zdravotního stavu se senior musí přizpůsobovat různým změnám a vyrovnávat se s problémy souvisejícími s fyzickou, emocionální a sociální stránkou nemoci, které mají dopad na hodnocení kvality života. V návaznosti na tyto problémy pak dochází často i ke změně cílů a očekávání seniora vztahující se ke kvalitě jeho života. Pro seniora ale neznamena kvalita života jen nepřítomnost nemoci, stejně důležité jsou i sociální kontakty. Charakteristické oblasti, které jsou z pohledu seniorů pro kvalitu života důležité, tak souvisí nejen se zdravotním stavem, závažnými symptomy jako například chronická bolest, nebo přítomnost demence, ale i s nezávislostí, autonomií, sociálními vztahy, sociálním zapojením a psychologickým prožíváním. Ke zvýšení kvality života ve stáří je rovněž nezbytné poskytnout seniorům dostatek příležitostí pro uplatnění, vzdělávání a aktivní život.

Druhým teoretickým východiskem je soubor faktorů, které mohou ovlivňovat hodnocení kvality života ve stáří. *Environmentální faktor* kvality života zahrnuje každodenní prostředí seniora, a to jak domácí, tak i institucionální. Ovlivňuje dostupnost jeho sociálních kontaktů, poskytuje mu pocit bezpečnosti a může mít dopad na celkovou životní spokojenost seniora, i na kvalitu jeho života. Ztráta důvěrně známého prostředí většinou negativně ovlivňuje stabilitu sociálního zázemí, autonomii a soukromí seniora, což může vést až k izolaci a pocitům osamělosti. V institucionálním prostředí bývá senior častěji konfrontován se smrtí a umíráním, které vede k uvědomění si vlastní smrtelnosti, ale i k desenzibilizaci na okolnosti provázející umírání a smrt. Tato skutečnost má pak vliv na psychosociální a existenciální konsekvence spojené s kvalitou života.

Faktor věku představuje jednu ze základních charakteristik často ovlivňujících kvalitu života seniorů. Hodnocení kvality života ve stáří úzce koreluje s konceptem úspěšného stárnutí, subjektivním vnímáním vlastního věku, strukturou hierarchie životních hodnot, psychologickými potřebami, sociální podporou a schopností adaptace na nové situace. Celkovou psychosociální pohodu seniora ovlivňují stresové situace typické pro seniorský věk, jako institucionalizace, omezená soběstačnost, ztráta partnera a vrstevníků. Efektivní emocionální a sociální fungování představuje důležitou součást konceptu pozitivního stárnutí.

Věk proto patří ve studiích zaměřených na kvalitu života seniorů v různém sociálním prostředí k často sledovaným charakteristikám.

Vliv *faktoru pohlaví* na hodnocení kvality života souvisí se skutečností, že se muži a ženy liší ve svých vzorech zdraví a nemocí, v chování podporující zdraví, ve svých rolích, odpovědnostech, úrovni odolnosti, potřebách a předpokládaných rizicích. Starší ženy mívají často výrazně nižší hodnocení kvality života než muži. Bývají více ohroženy sociální izolací a institucionalizací. Za více významné považují sociální vztahy, zatímco u mužů je více hodnocena autonomie. Muži většinou lépe hodnotí kvalitu života ve vztahu ke zdraví a mají vyšší úroveň sociálního zapojení než ženy, a to bez ohledu na věk.

Demence představuje zastřešující pojem pro více onemocnění ovlivňujících jak oblast paměti a dalších mentálních schopností, tak i oblast behaviorální, komunikaci a úroveň soběstačnosti v základních denních aktivitách. Senior postižený demencí se musí přizpůsobit změnám způsobených jeho nemocí a vyrovnávat se s fyzickými, emocionálními a sociálními výzvami, kterým díky demenci musí čelit. Definice kvality života osob s demencí, představuje kombinaci kognitivního fungování, aktivit denního života, sociální interakce, psychické pohody a subjektivního vnímání své vlastní pozice v životě. Je prokázáno, že senioři s diagnostikovanou mírnou nebo střední demencí, jsou schopni kvalitu svého života smysluplně zhodnotit.

Faktor *postoje ke stárnutí* má vliv na vnímání kvality života v mnoha oblastech. Optimální postoj k vlastnímu stáří zahrnuje schopnost racionálního zhodnocení a emocionálního vyrovnání se s nepříznivými změnami, aktivní přístup k řešení problémů a hledání způsobů, jak kompenzovat zhoršení různých tělesných funkcí ve stáří. Pozitivní postoje ke stárnutí ovlivňují úspěšnou adaptaci na stáří a celkovou životní spokojenost seniora. Více pozitivních postojů ke stáří a stárnutí můžeme zjistit u jedinců, kteří se pravidelně aktivně zapojují různých činnostech. Mnoho aktivit, které prohlubují vědomosti seniorů, umožňují sociální zapojení a setkávání se s novými lidmi, nabízejí Univerzity třetího věku. Tyto aktivity dávají seniorům příležitost dosáhnout určité nezávislosti, pocitu respektu a osobní důstojnosti i ve vyšším věku. Vliv celkového postoje ke stárnutí i jeho jednotlivých domén (Psychologický růst, Psychosociální ztráta a Fyzické změny) byly potvrzeny zahraničními studii jako významné prediktory kvality života seniorů.

Všechny výše uvedené faktory byly v zahraničních studiích zahrnuty mezi zkoumané proměnné vztahující se ke kvalitě života seniorů. V českém kulturním prostředí je rozsáhlejších

studií zaměřených na výzkum vlivu souboru těchto faktorů na kvalitu života v rámci ošetrovatelské vědy zatím jen málo.

Vzhledem ke zvolené problematice byla formulována teoretická hypotéza vztahující se ke stanoveným cílům výzkumu a vycházející z výsledků výzkumných studií pro oblast faktorů ovlivňujících kvalitu života seniorů. Teoretická hypotéza předpokládá, že existují rozdíly mezi seniory z domovů pro seniory a seniory z domácího prostředí v hodnocení jejich kvality života a postojů ke stárnutí. Dále pak, že kvalita života seniorů souvisí s věkem, pohlavím, vzděláním, sociální situací (prostředí, kde senior trvale žije), přítomností demence a postojem ke stárnutí.

2 METODIKA

Pro splnění stanovených cílů výzkumného šetření této disertační práce byla zvolena kvantitativní metodika, která představovala průřezovou výzkumnou studii s baterií českých verzí standardizovaných dotazníků zaměřených na měření kvality života (WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD) a postojů ke stárnutí (Attitude to Aging Questionnaire, AAQ). Vzor dotazníkového souboru je uveden v příloze 1 této disertační práce. Studie byla realizována u souboru respondentů ve věku 65 let a více, kteří žijí ve vlastním sociálním prostředí nebo jsou v trvalé institucionální péči v domovech pro seniory.

2.1 Výzkumná otázka, cíle a hypotézy

Obecná výzkumná otázka se odvíjí od stanovené výzkumné oblasti a zužuje zaměření výzkumného šetření (Punch, 2008, s. 40). Pro potřeby realizace výzkumu v rámci této disertační práce byla formulována následovně: *Co ovlivňuje subjektivní hodnocení kvality života seniorů? Z definované výzkumné otázky vychází stanovení hlavního výzkumného cíle, kterým je: zjistit faktory ovlivňující subjektivní hodnocení kvality života seniorů.*

Stanovená teoretická hypotéza předpokládala, že existují rozdíly mezi seniory z domovů pro seniory a seniory z domácího prostředí v hodnocení jejich kvality života a postojů ke stárnutí. Dále pak, že kvalita života seniorů souvisí s věkem, pohlavím, vzděláním, sociální situací (prostředí, kde senior trvale žije), přítomností demence a postojem ke stárnutí.

Pro splnění hlavního cíle výzkumu bylo stanoveno pět dílčích cílů:

Cíl 1:

- Zjistit rozdíly mezi subjektivním hodnocením kvality života a postojem ke stárnutí seniorů žijících v domově pro seniory a seniorů žijících v domácím prostředí a navštěvujících Univerzitu třetího věku.

Cíl 2:

- Zjistit vztah mezi subjektivním hodnocením v jednotlivých doménách dotazníků WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD a AAQ.

CÍL 3:

- Zjistit vztah mezi skóre MMSE, subjektivním hodnocením kvality života a postojem ke stárnutí u seniorů v domově pro seniory.

Cíl 4:

- Zjistit vztah mezi vybranými faktory (věk, pohlaví, vzdělání, sociální situace, lokalita bydliště, přítomnost demence) a hodnocením v jednotlivých doménách dotazníků WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD a AAQ.

Cíl 5:

- Zjistit prediktory hodnocení kvality života seniorů.

Statistické hypotézy

Pro zjištění statisticky významných souvislostí mezi získanými daty byly k jednotlivým dílčím cílům stanoveny statistické hypotézy. Stanovené hypotézy se zabývají vztahem mezi subjektivním hodnocením kvality života seniora a jednotlivými proměnnými (postoj ke stárnutí, věk, pohlaví, vzdělání, sociální situace, lokalita bydliště, přítomnost demence).

Statistické hypotézy k cíli 1:

Hypotéza H_01 :

Senioři z domova pro seniory a senioři z domácího prostředí navštěvující Univerzitu třetího věku se neliší v subjektivním hodnocení kvality života a postojů ke stárnutí.

Hypotéza H_{A1} :

Senioři z domova pro seniory a senioři z domácího prostředí navštěvující Univerzitu třetího věku se liší v subjektivním hodnocení kvality života a postojů ke stárnutí.

Statistické hypotézy k cíli 2:

Hypotéza H₀2:

Skóre jednotlivých domén dotazníků WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD a AAQ spolu nekorelují.

Hypotéza H_A2:

Skóre jednotlivých domén dotazníků WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD a AAQ spolu korelují.

Statistické hypotézy k cíli 3:

Hypotéza H₀3:

Skóre MMSE a jednotlivých domén dotazníků WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD a AAQ spolu nekorelují.

Hypotéza H_A3:

Skóre MMSE a jednotlivých domén dotazníků WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD a AAQ spolu korelují.

Statistické hypotézy k cíli 4:

Hypotéza H₀4:

Věk neovlivňuje kvalitu života měřenou dotazníky WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD, ani postoj ke stárnutí měřený dotazníkem AAQ.

Hypotéza H_A4:

Věk ovlivňuje kvalitu života měřenou dotazníky WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD, a postoj ke stárnutí měřený dotazníkem AAQ.

Hypotéza H₀5:

Pohlaví neovlivňují kvalitu života měřenou dotazníky WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD, ani postoj ke stárnutí měřený dotazníkem AAQ.

Hypotéza H_A5:

Pohlaví ovlivňuje kvalitu života měřenou dotazníky WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD, a postoj ke stárnutí měřený dotazníkem AAQ.

Hypotéza H₀6:

Vzdělání neovlivňuje kvalitu života měřenou dotazníky WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD, ani postoj ke stárnutí měřený dotazníkem AAQ.

Hypotéza H_{A6}:

Vzdělání ovlivňuje kvalitu života měřenou dotazníky WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD, a postoj ke stárnutí měřený dotazníkem AAQ.

Hypotéza H₀₇:

Sociální situace neovlivňuje kvalitu života měřenou dotazníky WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD, ani postoj ke stárnutí měřený dotazníkem AAQ.

Hypotéza H_{A7}:

Sociální situace ovlivňuje kvalitu života měřenou dotazníky WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD, a postoj ke stárnutí měřený dotazníkem AAQ.

Hypotéza H₀₈:

Lokalita bydliště neovlivňuje kvalitu života měřenou dotazníky WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD, ani postoj ke stárnutí měřený dotazníkem AAQ.

Hypotéza H_{A8}:

Lokalita bydliště ovlivňuje kvalitu života měřenou dotazníky WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD, a postoj ke stárnutí měřený dotazníkem AAQ.

Hypotéza H₀₉:

Přítomnost demence neovlivňuje kvalitu života měřenou dotazníky WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD, ani postoj ke stárnutí měřený dotazníkem AAQ.

Hypotéza H_{A9}:

Přítomnost demence ovlivňuje kvalitu života měřenou dotazníky WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD, a postoj ke stárnutí měřený dotazníkem AAQ.

2.2 Charakteristika souboru respondentů

Výzkumný soubor respondentů tohoto výzkumného šetření tvoří senioři žijící v institucionálním a domácím prostředí.

Senioři žijící v domově pro seniory

- *zařazující kritéria:* věk 65 let a více, žije déle než 2 měsíce v domově pro seniory, hodnota MMSE skóre je minimálně 21 bodů; souhlasí se zapojením do výzkumného šetření.

Senioři žijící v domácím prostředí a navštěvující Univerzitu třetího věku

- *zařazující kritéria:* věk 65 let a více, žije trvale v domácím prostředí, navštěvuje Univerzitu třetího věku; souhlasí se zapojením do výzkumného šetření.

Vyřazující kritéria pro obě skupiny respondentů: závažný sensorický (sluchový, zrakový) deficit, závažná psychická porucha (schizofrenie, bipolárně afektivní porucha), úplná imobilita, terminální stádium nemoci a nesouhlas s vyplněním dotazníku.

Stanovení velikosti výzkumného souboru

Velikost výzkumného souboru byla stanovena ve vztahu k prokázání statisticky významného rozdílu 0,5 bodu na Likertově škále u minimálně jedné domény kvality života (WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD) mezi seniory žijícími v institucionálním prostředí (skupina seniorů z domovů pro seniory) a seniory žijícími v domácím prostředí (účastníci Univerzity třetího věku). Pro dosažení významného rozdílu s hodnotou α 0,05 (two-tailed) a hodnotou beta 0,80 je zapotřebí minimálně 220 seniorů v každé skupině, za předpokladu 70% návratnosti kompletně vyplněných dotazníkových souborů. Abychom dosáhly tohoto počtu respondentů, bylo třeba oslovit a screenovat 286 seniorů v každé skupině.

Etické principy

Výzkumná studie byla realizována v souladu s principy Helsinské deklarace z roku 1975 (revize v roce 2004 a 2008). Výzkum byl schválen Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd, Univerzity Palackého v Olomouci (číslo protokolu UPOL-129224/1040-2016), viz příloha 2. Všichni respondenti, kteří se zapojili do studie, podepsali Informovaný souhlas s účastí ve výzkumném šetření před zařazením do studie.

2.3 Měřicí nástroje a sběr dat

Výzkumné šetření bylo realizováno po schválení Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci.

V první fázi výzkumného šetření byly vyhodnoceny kognitivní funkce seniorů v domovech pro seniory pomocí testu Mini Mental State Examination (MMSE), používaného běžně pro testování kognice v zařízeních typu domovy pro seniory a domovy se zvláštním

režimem. MMSE hodnotí orientaci, rozsah pozornosti, pozornost a počítání, paměť a řeč (Folstein, 1975, s. 89 - 198). Jazykové schopnosti u pacientů s demencí zůstávají dlouho zachovány i přes pokračující kognitivní deterioraci (Bartoš, 2010, s. 254 - 257). Pouze senioři s hodnotami testu 21 a více bodů (počáteční fáze demence a pásmo normálu) byli zařazeni do další fáze výzkumu, vlastního dotazníkového šetření. Hranice MMSE skóre 21 bodů byla zvolena záměrně. Dle Bartoše (2010, s. 254 - 257), jsou při lehkém postižení kognitivních funkcí v pásmu 21 – 23 bodů dobře zachovány řečové schopnosti jedince. Senioři, dosahující hodnot skóre pod 21 bodů, mají omezení v produkci řeči, ale i porozumění. Až po překročení hranice MMSE skóre 18 bodů se objevují významné řečové poruchy. Hodnocení kognitivních funkcí u seniorů žijících v domácím prostředí a navštěvujících Univerzitu třetího věku nebylo realizováno, protože se předpokládají dobré kognitivní funkce, které umožňují seniorovi studovat na Univerzitě třetího věku.

Dotazníkový soubor

Empirická data byla získána pomocí baterie dotazníků zahrnující české standardizované verze generického dotazníku kvality života (WHOQOL-BREF), včetně dodatkového modulu určeného pro seniory (WHOQOL-OLD) a dotazníku pro hodnocení postoje ke stárnutí (AAQ).

- **The World Health Organization Quality of Life – Bref (WHOQOL-BREF)**

WHOQOL-BREF je zkrácená verze dotazníku WHOQOL-100. Dotazník se skládá z dvaceti šesti položek, z toho dvacet čtyři položky jsou rozděleny do čtyř domén (Dragomirecká a Prajsová, 2009). První dvě samostatné položky (Q1 a Q2) hodnotí současnou kvalitu života pacienta a celkovou spokojenost se svým zdravím. Již zmiňovaných 24 položek je rozděleno do následujících čtyř domén:

- ▷ *Doména 1 (Fyzické zdraví)* se zaměřuje na hodnocení bolesti, závislosti na lékařské péči, únavy, pohyblivosti, spánku, každodenních a pracovních činností. Zahrnuje otázky č. 3, 4, 10, 15 až 18.
- ▷ *Doména 2 (Prožívání – psychologická oblast)* se zabývá potěšením ze života, smyslem života, přijetím tělesného vzhledu, spokojeností se sebou a negativními pocity. Doménu tvoří otázky č. 5, 6, 7, 11, 19, 26.
- ▷ *Doména 3 (Sociální vztahy)* klade důraz na osobní vztahy, sexuální život, podporu přátel a osobní bezpečí. Obsahuje otázky - č. 20 až 22.

- ▷ *Doména 4 (Prostředí)* interpretuje problematiku týkající se životního prostředí a prostředí v okolí bydliště, finanční situace, přístupu k informacím, zálibám, dostupnosti zdravotní péče a dopravu. Tvoří ji soubor osmi otázek: č. 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 a 25.

Každá položka dotazníku je doplněna jednou ze čtyř pětibodových Likertových škál, které jsou níže uvedeny.

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
vůbec ne 1	spíše ne 2	Středně 3	většinou ano 4	zcela 5
velmi špatně 1	špatně 2	ani špatně ani dobře 3	dobře 4	velmi dobře 5
velmi nespokojen/a 1	nespokojen/a 2	ani spokojen/a ani nespokojen/a 3	spokojen/a 4	velmi spokojen/a 5

- **The World Health Organization Quality of Life – Old (WHOQOL-OLD)**

Dodatkový modul WHOQOL-OLD je určen pro zdravou, i nemocnou starší populaci. Obsahuje celkem dvacet čtyři položek rozdělených do šesti domén, které jsou důležité pro osoby vyššího věku (Dragomirecká a Prajsová, 2009).

- ▷ *Doména 1 (Fungování smyslů)* má vliv na každodenní život, na komunikaci a hodnocení smyslů. Doména zahrnuje otázky č. 1, 2, 10 a 20.
- ▷ *Doména 2 (Nezávislost)* se zaměřuje na svobodné rozhodování, možnost rozhodnout se o budoucnosti a respektovat svobodu rozhodování. Doménu tvoří soubor otázek č. 3, 4, 5 a 11.
- ▷ *Doména 3 (Naplnění)* se týká uznání od ostatních, možnosti něčeho dosáhnout a být spokojen. Do této domény patří otázky č. 12, 13, 15 a 19.
- ▷ *Doména 4 (Sociální zapojení)* klade důraz na dostatek činností a aktivit, smysluplnost činností a spokojenost s trávením volného času. Doména zahrnuje otázky č. 14, 16, 17 a 18.
- ▷ *Doména 5 (Smrt a umírání)* interpretuje problematiku týkající se strachu ze smrti, strachu ze ztráty kontroly, z umírání a z bolesti. Doménu tvoří otázky č. 6, 7, 8 a 9.

- ⇒ *Doména 6 (Blízké vztahy)* se zabývá přátelstvím, láskou, fyzickou blízkostí, příležitostí někoho milovat a být milován. Doména zahrnuje otázky č. 21, 22, 23 a 24.

K jednotlivým položkám dotazníkového modulu je připojena jedna ze dvou níže uvedených Likertových pětibodových škál.

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
velmi nespokojen/a 1	nespokojen/a 2	ani spokojen/a ani nespokojen/a 3	spokojen/a 4	velmi spokojen/a 5

• **Dotazník postojů ke stárnutí a stáří (Attitudes to Ageing Questionnaire; AAQ)**

AAQ je určen pro měření postojů ke stárnutí a stáří u jedinců různého věku napříč kulturami a v prostředích s různým ekonomickým, politickým a sociálním uspořádáním (Eser et al., 2011, s. 101 - 110; Laidlaw, 2007). Dotazník AAQ obsahuje dvacet čtyři položek rozdělených do tří domén. Každá doména obsahuje osm položek, z nichž se počítají hrubé skóre pomocí součtu všech položek. Pokud soubor obsahuje chybějící odpovědi, je takto vytvořené hrubé skóre zatíženo chybou. Abychom tomuto předešly, je potřeba nahradit dle doporučení metodiky Dragomirecké (Dragomirecká a Prajsová, 2009) chybějící odpovědi mediánem dané proměnné.

- ⇒ *Doména I (Psychosociální ztráty)* se zaměřuje na prožitky samoty, sociálního vyloučení, uzavření se a postupné ztráty fyzické soběstačnosti. Doména zahrnuje otázky č. 3, 6, 9, 12, 15, 17, 20 a 22.
- ⇒ *Doména II (Fyzické změny)* zahrnuje otázky č. 7, 8, 11, 13, 14, 16, 23 a 24, které se zaměřují na fyzické zdraví, kondici, cvičení a celkovou reflexi stárnutí.
- ⇒ *Doména III (Psychologický růst)* se zaměřuje na kladné zkušenosti, pozitivní vztah k sobě samému a k okolnímu světu. Obsahuje otázky 1, 2, 4, 5, 10, 18, 19 a 21.

Jednotlivé položky jsou doplněny pětibodovými Likertovými škálami v rozmezí od 1 do 5. U jednotlivých položek je připojena vždy jedna ze dvou níže uvedených Likertových škál.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasím 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
vůbec neplatí 1	trochu platí 2	středně platí 3	hodně platí 4	maximálně platí 5

Součástí dotazníkového souboru je i formulář základních sociodemografických údajů (věk, pohlaví, vzdělání, navštěvování Univerzity třetího věku, sociální prostředí, kde senior žije). Celý dotazníkový soubor je uveden jako příloha 1 této disertační práce. Elektronické verze dotazníkových formulářů WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD a AAQ poskytlo po registraci české WHOQOL centrum.

Realizace výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo na Univerzitě třetího věku Univerzity Palackého v Olomouci a v domovech pro seniory na území Olomouckého a Jihomoravského kraje. Do výzkumu byly zařazeny domovy pro seniory, jejichž management souhlasil s participací a svůj souhlas potvrdil podpisem žádosti o dotazníkové šetření a poskytnutí potřebných informací souvisejících s realizací výzkumného šetření, viz přílohy č. 3-14. Tyto kraje byly vybrány záměrně, vzhledem k přibližně podobnému počtu obyvatel v každém z nich. V Jihomoravském kraji navíc získalo jedno ze zařízení domova pro seniory certifikát Značky kvality (hodnoceno samotnými uživateli sociální pobytové služby) s doposud nejvyšším ohodnocením uděleném v historii certifikace v České republice.

Data byla sbírána řešitelkou výzkumného šetření nebo pověřeným pracovníkem z daného zařízení, který byl řešitelkou výzkumného šetření předem s postupem sběru dat důkladně obeznámen. Vyplňování dotazníkových formulářů probíhalo formou standardizovaného rozhovoru. Časová náročnost na vyplnění jednoho souboru dotazníků se pohybovala v průměru mezi 45 až 55 minutami. Vzhledem k riziku případné únavy seniorů, bylo vyplnění dotazníkového souboru u seniorů v domovech pro seniory rozděleno do dvou etap, aby se eliminovalo riziko možnosti nekompletního vyplnění dotazníku.

Senioři navštěvující Univerzitu třetího věku byli s možností zapojení se do výzkumného šetření seznámeni při zahájení výuky na počátku akademického roku. Byly jim vysvětleny cíle výzkumného šetření a způsob vyplnění dotazníků. Pokud senioři souhlasili se zapojením do výzkumného šetření, dostali dotazníkový soubor od pověřené pracovnice zajišťující sběr dat. Senioři si jej odnesli s sebou domů a samostatně vyplnili. V následujícím termínu výuky pak přinesli vyplněné dotazníky v zalepené obálce a vložili je do připraveného boxu, aby byla zaručena anonymita respondentů.

2.4 Statistické zpracování dat

Dle metodiky Dragomirecké bylo vypočítáno hrubé skóre domén dotazníku WHOQOL-BREF a dotazníku WHOQOL-OLD. Před výpočtem hrubého skóre domén bylo potřeba nejdříve obrátit škálu odpovědí u specifikovaných položek tak, aby vyšší hodnoty vždy znamenaly vyšší kvalitu života. Následně byla provedena transformace tohoto hrubého skóre na škálu od čtyř do dvaceti (Dragomirecká a Prajsová, 2009). U všech položek dotazníku AAQ je nutné mít stejný směr škály, proto bylo potřeba v první doméně všechny položky otočit. Také zde vyšší hodnota skóre znamená pozitivnější postoj ke stárnutí. Skóry obsahují hodnoty v rozmezí 8 až 40.

Ke zpracování získaných empirických dat byla použita deskriptivní analýza údajů pomocí popisné statistiky. Vzhledem k velkému rozsahu výběrů byly pro zpracování použity parametrické statistické metody. Hypotézy byly ověřeny pomocí dvouvýběrového t-testu pro dva nezávislé výběry. Vzájemná korelace kvantitativních a ordinálních dat byla zjišťována pomocí Pearsonova a Spearmanova korelačního koeficientu. Rozdíly mezi více nezávislými výběry byly ověřeny analýzou rozptylu (ANOVA). Pro zjištění prediktorů kvality života pomocí multivariantní analýzy byl použit zobecněný lineární model (GLM). Všechny testy byly provedeny na hladině statistické významnosti 0,05. Pokud byly p-hodnoty statistických testů nižší než 0,05, rozdíly a závislosti byly považovány za statisticky významné. Ke statistickému zpracování byl použit statistický software IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.

3 VÝSLEDKY

V úvodu této kapitoly jsou popsány základní sociodemografické charakteristiky souboru respondentů, který zahrnoval jak seniory žijící trvale v domově pro seniory, tak i seniory žijící v domácím prostředí a navštěvující Univerzitu třetího věku. Dále jsou v kapitole prezentovány výsledky, a to v rozdělení podle jednotlivých stanovených cílů výzkumu. K popisu výsledků k jednotlivým cílům je v závěru připojen i jejich souhrnný přehled.

3.1 Popis souboru respondentů

Soubor tvořilo celkem 497 respondentů. Z toho bylo 272 seniorů z domovů pro seniory a 225 seniorů žijících v domácím prostředí a navštěvujících Univerzitu třetího věku. Vzhledem k tomu, že dotazníkový soubor v domovech pro seniory byl vyplňován formou standardizovaného rozhovoru, byly eliminovány případné chyby a nevyplněné položky v dotazníkových formulářích. Návratnost kompletně vyplněných dotazníků byla proto větší než u skupiny seniorů z Univerzity třetího věku, kteří vyplňovali dotazníky pouze samostatně.

Do skupiny seniorů z domovů pro seniory bylo zařazeno 272 kompletně vyplněných dotazníků, což představovalo 95,1 % z 286 oslovených seniorů. Přehled jednotlivých domovů pro seniory, které se zapojily do výzkumného šetření, ukazuje tabulka č. 1.

Ve skupině seniorů žijících v domácím prostředí a navštěvujících Univerzitu třetího věku bylo kompletně vyplněno 225 dotazníků, což představovalo 78,6 % z 286 distribuovaných dotazníků. Menší návratnost byla ovlivněna skutečností, že dotazník vyplňovali senioři samostatně.

Celkový počet respondentů zapojených do výzkumného šetření, kteří kompletně vyplnili dotazník, byl 497 seniorů, což představovalo 86,8 % z 572 oslovených respondentů.

Tabulka 1 Přehled domovů pro seniory zapojených do realizace výzkumu

Domov pro seniory	Lokalita	(n = 272)
Domov pro seniory Soběsuky, p. o.	Plumlov	12
Domov pro seniory Vychodilova, p. o.	Brno	17
Dům seniorů FRANTIŠEK Náměšť na Hané, p. o.	Náměšť na Hané	8
Senior centrum Blansko, p. o.	Blansko	29
Domov pro seniory Kostelec na Hané p. o.	Kostelec na Hané	10
Domov pro seniory Foltýnova, p. o.	Brno-Bystrc	6
Centrum sociálních služeb Prostějov, p. o.	Prostějov	30
Domov pro seniory Věstonická, p. o.	Brno	8
Domov pro seniory Habrovanský zámek p. o.	Rousínov	20
Sociální služby Vyškov, p. o.	Vyškov	37
Domov pro seniory Mikulášskovo náměstí, p. o.	Brno - Starý Lískovec	70
Domov u Zámku, z. s.	Ivanovice na Hané	25

Průměrný věk se směrodatnou odchylkou seniorů z domovů pro seniory (institucionální prostředí) byl $83,0 \pm 8,1$ let, věkové rozmezí pak bylo 65 až 101 let. Průměrný věk seniorů z Univerzity třetího věku (domácí prostředí) se směrodatnou odchylkou byl $68,7 \pm 4,4$ let, a jejich věkové rozmezí bylo 65 až 87 let. Obě skupiny seniorů se ve faktoru věku rozdělených do tří věkových kategorií statisticky významně lišily, ($p < 0,0001$), jak ukazuje tabulka 2.

Tabulka 2 Věk respondentů

Proměnná	DS (n = 272)	U3V (n = 225)	p
	n (%)	n (%)	
Věk			
do 69 let	28 (10,3)	164 (72,9)	<0,0001
70-79 let	50 (18,4)	54 (24,0)	
80 let a více	194 (71,3)	7 (3,1)	

DS = domov pro seniory; U3V = Univerzita třetího věku

Ve skupině seniorů v domově pro seniory bylo 211 (77,6 %) žen a 61 (22,4 %) mužů (n = 272). Skupinu seniorů z Univerzity třetího věku tvořilo 195 (86,7 %) žen a 30 (13,3 %) mužů (n = 225). Obě skupiny se ve faktoru pohlaví statisticky významně lišily ($p = 0,009$), jak prezentuje tabulka 3.

Tabulka 3 Pohlaví

Proměnná	DS (n = 272)	U3V (n = 225)	p
	n (%)	n (%)	
Pohlaví			
ženy	211 (77,6)	195 (86,7)	0,009
muži	61 (22,4)	30 (13,3)	

DS = domov pro seniory; U3V = Univerzita třetího věku

Významné statistické rozdíly mezi oběma skupinami seniorů byly nalezeny i ve faktoru vzdělání ($p < 0,0001$). Ve skupině seniorů z domovů pro seniory převažovali respondenti s výučním listem (37,5 %), dále se středoškolským vzděláním (29,8 %), základním vzděláním (23,2 %). Vysokou absolvovalo jen 9,5 % z respondentů z domovů pro seniory. Ve skupině seniorů z Univerzity třetího věku měli respondenti značně vyšší vzdělání. Střední školu absolvovalo 64,4 % seniorů a vysokou školu vystudovalo 27,6 % seniorů, jak uvádí tabulka 4.

Tabulka 4 Vzdělání

Proměnná	DS (n = 272)	U3V (n = 225)	p
	n (%)	n (%)	
Vzdělání			
základní	63 (23,2)	1 (0,4)	<0,0001
vyučen	102 (37,5)	17 (7,6)	
středoškolské	81 (29,8)	145 (64,4)	
vysokoškolské	26 (9,5)	62 (27,6)	

DS = domov pro seniory; U3V = Univerzita třetího věku

Zastoupení obou skupin (senioři z domovů pro seniory a senioři z domácího prostředí navštěvující Univerzitu třetího věku) se v rámci místa bydliště významně nelišilo ($p = 0,325$). Výzkum byl prováděn jak v domovech pro seniory ve městech, tak i na vesnicích. V domově pro seniory ve městě žilo 72,1 % seniorů a na vesnici 27,9 %. U seniorů z Univerzity třetího věku bylo dosaženo podobných výsledků, a to 68 % seniorů žilo v domácím prostředí ve městě, a 32,0 % seniorů na vesnici, jak ukazuje tabulka 5.

Tabulka 5 Lokalita bydliště

Proměnná	DS (n = 272)	U3V (n = 225)	p
	n (%)	n (%)	
Lokalita bydliště			
město	196 (72,1)	153 (68,0)	0,325
vesnice	76 (27,9)	72 (32,0)	

DS = domov pro seniory; U3V = Univerzita třetího věku

Rozdíly byly i v sociální situaci (s kým senior trvale žije). Ze seniorů, kteří navštěvovali Univerzitu třetího věku, více než dvě třetiny seniorů (157; 69,8 %) žilo v domácnosti s partnerem nebo příbuznými. Necelá třetina seniorů navštěvujících Univerzitu třetího věku (68; 30,2 %) žila sama. Přehled výsledků uvádí tabulka 6.

Tabulka 6 Sociální situace (s kým senior žije)

Proměnná	DS (n = 272)	U3V (n = 225)	p
	n (%)	n (%)	
Sociální situace (s kým senior žije)			
domácí prostředí - sám	0 (0,0)	68 (30,2)	<0,0001
domácí prostředí – s partnerem/ příbuznými	0(0,0)	157 (69,8)	
institucionální prostředí	272(100,0)	0(0,0)	

Přítomnost demence v počátečním stadiu (hodnoty MMSE v rozmezí 21 – 25 bodů) byla zjišťována pouze u seniorů žijících v domovech pro seniory, kde zastoupení seniorů s demencí činilo 39,3 %. Diagnóza demence byla potvrzena lékařem. U seniorů navštěvujících Univerzitu třetího věku nebyly poruchy kognice předpokládány. Procentuální zastoupení přítomnosti demence v souboru respondentů uvádí tabulka 7.

Tabulka 7 Přítomnost demence

Proměnná	DS (n = 272)	U3V (n = 225)	p
	n (%)	n (%)	
Přítomnost demence			
ne	165 (60,7)	225 (100)	<0,0001
ano	107 (39,3)	0 (0)	

DS = domov pro seniory; U3V = Univerzita třetího věku

3.2 Výsledky k cíli 1

Pro získání výsledků k cíli 1 (*Zjistit rozdíly mezi subjektivním hodnocením kvality života a postojem ke stárnutí seniorů žijících v domově pro seniory a seniorů žijících v domácím prostředí a navštěvujících Univerzitu třetího věku*) bylo skóre jednotlivých domén dotazníků WHOQOL-BREF, WHQOL-OLD a AAQ vyjádřeno pomocí průměrů a směrodatných odchylek (SD). Obě skupiny byly následně mezi sebou porovnány pomocí dvou-výběrového t- testu. Bylo zjištěno, že **porovnávané skupiny se signifikantně liší ve všech doménách dotazníků WHOQOL-BREF, WHQOL-OLD a AAQ.**

V dotazníku WHOQOL-BREF, v doméně **Prostředí**, dosahovali významně vyšších hodnot senioři z domova pro seniory (průměr 16,48; SD 2,75; $p < 0,0001$), oproti seniorům z Univerzity třetího věku. Senioři zde hodnotili bezpečnost prostředí, zdravé prostředí, ekonomickou situaci, přístup k informacím, záliby, spokojenost s podmínkami v místě, kde žijí, s dostupností zdravotní péče a dopravu.

V doméně **Fyzické zdraví** senioři hodnotili bolest, potřebu lékařské péče, dostatek vlastní energie, pohybovou stránku, spokojenost se spánkem, schopnost provádění každodenních činností, spokojenost se svým pracovním výkonem. Senioři z Univerzity třetího věku měli významně vyšší hodnoty než senioři z domovů pro seniory (průměr 15,39; SD 2,47; $p < 0,0001$).

Doména **Prožívání** se zaměřuje na potěšení ze života, smysl života, přijetí tělesného vzhledu, spokojenost se sebou a negativní pocity ve smyslu rozmrzelosti, úzkosti, deprese. Senioři z Univerzity třetího věku měli v této oblasti významně lepší hodnocení (průměr 15,24; SD 2,17; $p = 0,0005$).

V doméně **Sociální vztahy** senioři hodnotili osobní vztahy, sexuální život, podporu svých přátel a osobní bezpečí. Významně lepších výsledků v hodnocení sociálních vztahů dosáhli senioři z Univerzity třetího věku (průměr 14,00; SD 2,56; $p = 0,0001$).

U otázek Q1 (hodnocení kvality života) a Q2 (spokojenost se zdravím) měli významně vyšší skóre senioři z Univerzity třetího věku. Hodnoty k jednotlivým doménám uvádí v přehledu tabulka 8.

Tabulka 8 dotazník WHOQOL-BREF

Dotazník	Domény	DS (n = 272)		U3V (n = 225)		p
		Průměr	SD	Průměr	SD	
WHOQOL BREF	Q1 Hodnocení kvality života	3,67	0,96	3,98	0,63	0,0001
	Q2 Spokojenost se zdravím	3,03	1,06	3,50	0,82	<0,0001
	DOM 1 - Fyzické zdraví	13,38	2,87	15,39	2,47	<0,0001
	DOM 2 - Prožívání	14,43	2,83	15,24	2,17	0,0005
	DOM 3 - Sociální vztahy	13,01	2,94	14,00	2,56	0,0001
	DOM 4 - Prostředí	16,48	2,75	15,18	1,90	<0,0001

DS = domov pro seniory; U3V = Univerzita třetího věku; SD = směrodatná odchylka

V dotazníku WHOQOL- OLD měli významně vyšší průměrné hodnoty v doméně **Fungování smyslů** senioři z Univerzity třetího věku (průměr 16,46; SD 3,06; $p < 0,0001$). Senioři zde hodnotili, jak vnímají vlastní stav smyslů, dále vliv zhoršení smyslů na jejich každodenní život, na komunikaci a zapojení se do různých činností.

Doména **Nezávislost** obsahovala otázky týkající se svobodného rozhodování seniorů ve svých záležitostech, o své budoucnosti, o respektování svobody seniorů a možnosti věnovat se svým zálibám. Průměrné hodnoty skóre se u seniorů z domova pro seniory a seniorů z Univerzity třetího věku nelišily ($p = 0,344$).

V doméně **Naplnění**, kde senioři uváděli, zda jsou spokojeni s tím, čeho v životě doposud dosáhli, s možnostmi ještě nadále něčeho dosáhnout a spokojeností s věcmi, na které se může senior těšit, dosáhli významně lepších výsledků senioři z Univerzity třetího věku (průměr 15,07; SD 2,02; $p < 0,0001$).

Doména **Sociální zapojení** zahrnovala otázky týkající se dostatečného zaměstnání seniorů během dne, spokojenosti s trávením volného času, s vlastní aktivitou a zapojením

do společenského dění. Průměrné hodnoty se u seniorů z domova pro seniory a seniorů z Univerzity třetího věku významně nelišily ($p = 0,139$).

V doméně **Smrt a umírání** odpovídali senioři na otázky, které se týkaly okolností při umírání, a to vlastním pocitem znepekolení, obavami ze ztráty kontroly v souvislosti se smrtí, všeobecně strachu z umírání a z bolesti při umírání. Prokázaly se statisticky významně vyšší hodnoty u seniorů v domově pro seniory (průměr 14,01; SD 3,99; $p = 0,002$).

V doméně **Blízké vztahy** se senioři vyjadřovali k významu přátelství a lásky v životě, příležitosti někoho milovat a být někým milován. Senioři z Univerzity třetího věku tuto oblast hodnotili významně pozitivněji (průměr 14,90; SD 2,98; $p = 0,009$). Výsledky k jednotlivým doménám uvádí v přehledu tabulka 9.

Tabulka 9 Rozdíly v hodnocení seniorů – dotazník WHOQOL-OLD

Dotazník	Domény	DS (n = 272)		U3V (n = 225)		p
		Průměr	SD	Průměr	SD	
WHOQOL-OLD	DOM 1 - Fungování smyslů	14,46	3,84	16,46	3,06	<0,0001
	DOM 2 - Nezávislost	15,75	3,08	15,99	2,42	0,344
	DOM 3 - Naplnění	14,11	2,59	15,07	2,02	<0,0001
	DOM 4 - Sociální zapojení	15,06	3,31	15,44	2,17	0,139
	DOM 5 - Smrt a umírání	14,01	3,99	12,91	3,77	0,002
	DOM 6 - Blízké vztahy	14,10	3,65	14,90	2,98	0,009

DS = domov pro seniory; U3V = Univerzita třetího věku

Porovnání mezi oběma skupinami seniorů bylo provedeno i u domén dotazníku AAQ a jeho výsledky uvádí tabulka 10.

V doméně **Psychosociální ztráty** měli významně lepší postoj senioři z Univerzity třetího věku (průměr 29,16; SD 5,08; $p < 0,0001$). Otázky v této doméně byly zaměřeny na stáří jako čas samoty, období ztrát, deprese, obtížnost mluvení o svých pocitech, fyzickou nesoběstačnost, obtížnost uzavírání nových přátelství a začlenění do kolektivu.

Doména **Fyzické změny** obsahovala výroky ve smyslu důležitosti cvičení ve stáří, snadnosti prožívání stáří, pocíťování nedostatku energie, zdravotní problémy, zdravotní stav a fyzické cvičení. Tuto doménu významně lépe hodnotili rovněž senioři z Univerzity třetího věku (průměr 26,67; SD 4,79; $p = 0,002$).

V doméně *Psychologický růst* měli naopak významně lepší hodnocení senioři z domovů pro seniory (průměr 27,11; SD 4,86; $p = 0,020$). V doméně jsou zahrnuty výroky zaměřené na schopnost vyrovnat se ve stáří se životem, význam života, předávání zkušeností a dávání dobrého příkladu mladým lidem.

Tabulka 10 Rozdíly v hodnocení seniorů – dotazník AAQ

Dotazník	Domény	DS (n = 272)		U3V (n = 225)		p
		Průměr	SD	Průměr	SD	
AAQ	DOM I - Psychosociální ztráty	25,97	5,32	29,16	5,08	<0,0001
	DOM II - Fyzické změny	25,12	5,94	26,67	4,79	0,002
	DOM III - Psychologický růst	27,11	4,86	26,21	3,54	0,020

DS = domov pro seniory; U3V = Univerzita třetího věku

3.2.1 Shrnutí statistických výsledků k cíli 1

Výsledky prokázaly, že senioři z domovů pro seniory a senioři v domácím prostředí navštěvující Univerzitu třetího věku se lišili v subjektivním hodnocení kvality života a postoje ke stárnutí.

V dotazníku WHOQOL-BREF hodnotili oblasti celkové kvality života, spokojenosti se zdravím, a domény *Fyzické zdraví, Prožívání a Sociální vztahy lépe* senioři z Univerzity třetího věku. V dotazníku WHOQOL-OLD měli senioři z Univerzity třetího věku významně vyšší průměrné hodnoty v doménách *Fungování smyslů, Naplnění a Blízké vztahy*. Naopak v doméně *Smrt a umírání* byly statisticky významně vyšší hodnoty prokázány u seniorů v domovech pro seniory. V doménách *Nezávislost* a *Sociální zapojení* nebyly v hodnocení obou skupin seniorů významné rozdíly. Senioři z Univerzity třetího věku měli významně lepší postoj ke stárnutí (AAQ) v doménách *Psychologické ztráty* a *Fyzické změny*. V doméně *Psychologický růst* měli naopak lepší hodnocení senioři z domovů pro seniory.

Hypotézu H₀₁: „Senioři z domova pro seniory a senioři z domácího prostředí navštěvující Univerzitu třetího věku se neliší v subjektivním hodnocení kvality života a postoji ke stárnutí“ nemůžeme zamítnout pro domény *Nezávislost* a *Sociální zapojení* z dotazníku WHOQOL-OLD. Pro všechny ostatní domény dotazníků WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD a AAQ hypotézu zamítáme.

3.3 Výsledky k cíli 2

Druhým cílem výzkumného šetření bylo: *Zjistit vztah mezi subjektivním hodnocením v jednotlivých doménách dotazníků WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD a AAQ.*

Vzájemná korelace skóre jednotlivých domén dotazníků byla ověřena výpočtem Pearsonových korelačních koeficientů, které jsou uvedeny v korelační matici v tabulce 10. Většina korelací je statisticky významná na hladině 0,01, v tabulce 11 je toto označeno hvězdičkami. Všechny korelace jsou pozitivní, to znamená, že lepší hodnocení v jedné doméně znamená lepší hodnocení v druhé doméně. Nejsilnější korelace byla nalezena mezi doménami dotazníku WHOQOL-OLD **Naplnění** a **Sociální zapojení** ($r = 0,690$, $p < 0,001$). Statisticky nevýznamná korelace byla mezi otázkou Q1 **Hodnocení kvality života** a doménou dotazníku WHOQOL-OLD **Smrt a umírání**.

Tabulka 11 Korelační matice jednotlivých dimenzí dotazníku (celkový soubor)

	n = 497	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
WHOQOL-BREF																
1	Q1	1,000														
2	Q2	0,462 **	1,000													
3	D1 Fyzické zdraví	0,439 **	0,599 **	1,000												
4	D2 Prožívání	0,493 **	0,480 **	0,609 **	1,000											
5	D3 Sociální vztahy	0,345 **	0,348 **	0,390 **	0,543 **	1,000										
6	D4 Prostředí	0,351 **	0,252 **	0,360 **	0,533 **	0,352 **	1,000									
WHOQOL-OLD																
7	D1 Fungování smyslů"	0,210 **	0,343 **	0,475 **	0,390 **	0,251 **	0,288 **	1,000								
8	D2 Nezávislost	0,358 **	0,307 **	0,434 **	0,567 **	0,416 **	0,647 **	0,377 **	1,000							
9	D3 Naplnění	0,487 **	0,407 **	0,511 **	0,687 **	0,569 **	0,517 **	0,319 **	0,611 **	1,000						
10	D4 Sociální zapojení	0,450 **	0,435 **	0,569 **	0,611 **	0,437 **	0,540 **	0,304 **	0,552 **	0,690 **	1,000					
11	D5 Smrt a umírání	0,085	0,157 **	0,138 **	0,246 **	0,141 **	0,283 **	0,165 **	0,201 **	0,215 **	0,196 **	1,000				
12	D6 Blízké vztahy	0,293 **	0,228 **	0,272 **	0,461 **	0,500 **	0,411 **	0,197 **	0,478 **	0,512 **	0,434 **	0,167 **	1,000			
AAQ																
13	Psychosociální ztráty	0,359 **	0,380 **	0,517 **	0,558 **	0,436 **	0,255 **	0,444 **	0,358 **	0,537 **	0,502 **	0,242 **	0,329 **	1,000		
14	Fyzické změny	0,327 **	0,400 **	0,579 **	0,526 **	0,290 **	0,365 **	0,271 **	0,442 **	0,498 **	0,560 **	0,159 **	0,366 **	0,440 **	1,000	
15	Psychologický růst	0,237 **	0,234 **	0,235 **	0,470 **	0,305 **	0,441 **	0,128 **	0,396 **	0,454 **	0,402 **	0,162 **	0,396 **	0,255 **	0,358 **	1,000

**Korelace je signifikantní na hladině 0,01

3.3.1 Shrnutí statistických výsledků k cíli 2

Všechny korelace jednotlivých dimenzí jsou pozitivní. Lepší hodnocení v jedné doméně znamená lepší hodnocení v druhé doméně. Nejsilnější korelace byla nalezena mezi doménami *Naplnění* a *Sociální zapojení* dotazníku WHOQOL-OLD.

Nulovou hypotézu H_0 2: „Skóre jednotlivých dimenzí dotazníků WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD a AAQ spolu nekorelují“ proto zamítáme.

3.4 Výsledky k cíli 3

Třetím cílem výzkumného šetření bylo: *Zjistit vztah mezi skóre MMSE, subjektivním hodnocením kvality života a postoje ke stárnutí u seniorů v domově pro seniory.*

Protože hodnoty MMSE (přítomnost demence) byly zjišťovány pouze u seniorů žijících v domovech pro seniory (viz tabulka 7), byla korelace MMSE se všemi doménami dotazníků zjišťována pouze u této skupiny seniorů.

Vzájemná korelace skóre MMSE a jednotlivých domén dotazníků byla ověřena výpočtem Pearsonových korelačních koeficientů, které jsou uvedeny v korelační matici v tabulce 12. Většina korelací je statisticky významná na hladině 0,01 nebo 0,05, v tabulce je toto označeno hvězdičkami. Nejvyšší slabá pozitivní korelace byla mezi MMSE skóre a doménou **Naplnění** dotazníku WHOQOL-OLD ($r = 0,285$; $p < 0,01$). MMSE skóre korelovalo slabě pozitivně se všemi doménami dotazníků, kromě otázek Q1 a Q2 dotazníku WHOQOL-BREF (hodnocení kvality života a spokojenosti se zdravím) a doménou **Fungování smyslů** z dotazníku WHOQOL-OLD.

3.4.1 Shrnutí statistických výsledků k cíli 3

Všechny korelace MMSE skóre s jednotlivými doménami jsou pozitivní. Vyšší skóre MMSE znamená vyšší (lepší) hodnocení v konkrétní doméně. Největší slabě pozitivní korelace byla nalezena mezi MMSE skóre a doménou *Naplnění* z dotazníku WHOQOL-OLD.

Nulovou hypotézu H_0 3: „Skóre MMSE a jednotlivých domén dotazníků WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD a AAQ spolu nekorelují“ proto zamítáme.

Tabulka 12 Korelační matice MMSE a jednotlivých dimenzí dotazníku (soubor z domovů pro seniory)

	N = 272	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
WHOQOL-BREF																	
1	Q1	1,000															
2	Q2	0,425 **	1,000														
3	D1 Fyz. zdraví	0,392 **	0,497 **	1,000													
4	D2 Prožívání	0,432 **	0,466 **	0,602 **	1,000												
5	D3 Soc.vztahy	0,250 **	0,282 **	0,301 **	0,498 **	1,000											
6	D4 Prostředí	0,381 **	0,298 **	0,475 **	0,618 **	0,372 **	1,000										
WHOQOL-OLD																	
7	D1 Fungování smyslů	0,162 **	0,245 **	0,361 **	0,393 **	0,196 **	0,392 **	1,000									
8	D2 Nezávislost	0,336 **	0,304 **	0,456 **	0,576 **	0,420 **	0,740 **	0,387 **	1,000								
9	D3 Naplnění	0,407 **	0,349 **	0,485 **	0,686 **	0,576 **	0,596 **	0,277 **	0,631 **	1,000							
10	D4 Soc. zapojení	0,427 **	0,414 **	0,640 **	0,638 **	0,441 **	0,602 **	0,302 **	0,589 **	0,718 **	1,000						
11	D5	0,116 **	0,195 **	0,211 **	0,291 **	0,208 **	0,293 **	0,253 **	0,257 **	0,280 **	0,216 **	1,000					

	Smrt a umírání																
12	D6 Blízké vztahy	0,224 **	0,146 **	0,231 **	0,449 **	0,443 **	0,515 **	0,175 **	0,538 **	0,526 **	0,470 **	0,232 **	1,000				
AAQ																	
13	Psychosoc. ztráty	0,308 **	0,315 **	0,432 **	0,579 **	0,466 **	0,315 **	0,374 **	0,362 **	0,548 **	0,558 **	0,273 **	0,352 **	1,000			
14	Fyzické změny	0,319 **	0,330 **	0,568 **	0,560 **	0,283 **	0,450 **	0,193 **	0,488 **	0,538 **	0,610 **	0,174 **	0,423 **	0,418 **	1,000		
15	Psycholog. růst	0,251 **	0,283 **	0,329 **	0,529 **	0,377 **	0,507 **	0,246 **	0,456 **	0,541 **	0,424 **	0,146 **	0,475 **	0,367 **	0,446 **	1,000	
16	MMSE	0,115	0,055	0,203 **	0,203 **	0,175 **	0,220 **	0,034	0,275 **	0,285 **	0,237 **	0,132 *	0,244 **	0,172 **	0,258 **	0,135 *	1,000

*Korelace je signifikantní na hladině 0,05; **Korelace je signifikantní na hladině 0,01

3.5 Výsledky k cíli 4

Čtvrtým cílem výzkumného šetření bylo: *Zjistit vliv vybraných faktorů (věk, pohlaví, vzdělání, sociální situace, lokalita bydliště, přítomnost demence) na kvalitu života seniorů a jejich postoj ke stárnutí.*

Bivariantními statistickými metodami bylo zjištěno, že *faktor pohlaví* má významný vliv pouze na doménu Sociální vztahy dotazníku WHOQOL-BREF, ženy měly významně vyšší průměrné skóre (13,6; SD = 2,7; $p = 0,026$). Ostatní domény dotazníku WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD a AAQ faktor pohlaví neovlivňoval, viz tabulka 13.

Faktor věku koreloval slabě negativně s otázkami Q1 a Q2 (hodnocení kvality života a spokojenost se zdravím), doménami Fyzické zdraví, Prožívání (WHOQOL-BREF), doménou Fungování smyslů (WHOQOL-OLD) a doménou Psychosociální ztráty (AAQ). S vyšším věkem se snižovalo hodnocení v těchto oblastech. Věk koreloval slabě pozitivně s doménou Prostředí (WHOQOL-BREF), doménou Smrt a umírání (WHOQOL-OLD) a doménou Psychologický růst (AAQ). S vyšším věkem se zvyšovalo hodnocení v těchto oblastech, viz tabulka 13.

Faktor vzdělání koreloval slabě pozitivně se všemi doménami dotazníku WHOQOL-BREF, kromě domény Prostředí. Dále koreloval s doménami Fungování smyslů, Naplnění a Blízké vztahy (WHOQOL-OLD) a s doménami Psychosociální ztráty a Fyzické změny (AAQ). Vyšší vzdělání korelovalo s vyšším (lepším) hodnocením v těchto doménách, viz tabulka 13.

Faktor sociální situace ovlivňoval významně všechny oblasti dotazníků kromě domén Nezávislost, Sociální zapojení a Psychologický růst, viz tabulka 13. Průměrné hodnoty se směrodatnými odchylkami jsou uvedeny v tabulce 14. Seniori, kteří žili s partnerem, měli obvykle nejvyšší hodnocení daných domén, pouze u domén Fungování smyslů a Fyzické změny bylo nejlepší hodnocení u seniorů, kteří žijí sami. U domén Prostředí a Smrt a umírání bylo nejvyšší hodnocení u seniorů, kteří žijí v domově pro seniory.

Lokalita bydliště ovlivňovala významně jen doménu Sociální vztahy - lepší hodnocení bylo u seniorů žijících ve městech (13,65; SD = 2,76), ve srovnání se seniory na vesnici (12,99; SD = 2,90). Tento faktor také ovlivňoval hodnocení v doméně Fungování smyslů, kde byla

situace opačná. Lepší hodnocení bylo u seniorů z vesnic (16,03; SD = 3,60) než z měst (15,08; SD = 3,63), korelace viz tabulka 13.

Přítomnost demence ovlivňovala všechny domény kromě Prostředí, Smrt a umírání a Psychologický růst, jak ukazuje tabulka 13. Průměrné hodnoty se směrodatnými odchylkami jsou uvedeny v tabulce 15.

3.5.1 Shrnutí statistických výsledků k cíli 4

Bivariantními statistickými metodami bylo zjištěno, že *pohlaví* korelovalo pouze s doménou Sociální vztahy, kde ženy měly významně vyšší průměrné skóre. *Věk* koreloval slabě negativně s otázkami Q1, Q2, doménami Fyzické zdraví, Prožívání, Fungování smyslů a Psychosociální ztráty. Slabě pozitivně koreloval s doménou Prostředí, Smrt a umírání a Psychologický růst. *Vzdělání* korelovalo pozitivně s doménami Fyzické zdraví, Prožívání, Sociální vztahy, Fungování smyslů, Naplnění, Blízké vztahy, Psychosociální ztráty a Fyzické změny. *Sociální situace* korelovala se všemi doménami, kromě Nezávislosti, Sociálního zapojení a Psychologického růstu. Seniori, kteří žili s partnerem, měli nejvyšší hodnocení daných domén, pouze u Fungování smyslů a Fyzické změny bylo nejlepší hodnocení u seniorů, kteří žili sami. U domén Prostředí a Smrt a umírání bylo nejvyšší hodnocení u seniorů, kteří žili v domově pro seniory. *Lokalita bydliště* korelovala s doménami Sociální vztahy, kde měli seniori žijící ve městě lepší hodnocení, a Fungování smyslů, které lépe hodnotili naopak seniori žijící na vesnici. *Demence* korelovala se všemi doménami kromě Prostředí, Smrt a umírání a Psychologický růst.

Nulovou hypotézu H_{04} *věk neovlivňuje kvalitu a postoje ke stárnutí* **zamítáme ve prospěch alternativní hypotézy H_{A4} pro položky: Q1, Q1, domény Fyzické zdraví, Prožívání, Prostředí dotazníku WHOQOL-BREF; pro domény Fungování smyslů, Smrt a umírání dotazníku WHOQOL-OLD a pro domény Psychosociální ztráty, Psychologický růst dotazníku AAQ.**

Nulovou hypotézu H_{05} *pohlaví neovlivňuje kvalitu života a postoj ke stárnutí* **zamítáme ve prospěch alternativní hypotézy H_{A5} pouze pro doménu Sociální vztahy dotazníku WHOQOL-BREF.**

Nulovou hypotézu H_{06} *vzdělání neovlivňuje kvalitu života a postoj ke stárnutí* **zamítáme** ve prospěch alternativní hypotézy H_{A6} pro všechny domény WHOQOL-BREF, kromě domény **Prostředí**. Dále pro domény **Fungování smyslů, Naplnění, Blízké vztahy** dotazníku WHOQOL-OLD a pro domény **Psychosociální ztráty a Fyzické změny** dotazníku AAQ.

Nulovou hypotézu H_{07} *sociální situace neovlivňují kvalitu života a postoj ke stárnutí* **zamítáme** ve prospěch alternativní hypotézy H_{A7} pro všechny domény WHOQOL-BREF, WHOQOL_OLD a AAQ, kromě domén **Nezávislost, Sociální zapojení a Psychologický růst**, u kterých ji nelze zamítnout.

Nulovou hypotézu H_{08} *lokalita bydliště neovlivňuje kvalitu života a postoj ke stárnutí* **zamítáme** ve prospěch alternativní hypotézy H_{A8} jen pro domény **Sociální vztahy (WHOQOL_BREF) a Fungování smyslů (WHOQOL-OLD)**. Pro všechny ostatní domény ji nelze zamítnout.

Nulovou hypotézu H_{09} *přítomnost demence neovlivňuje kvalitu života a postoj ke stárnutí* **zamítáme** ve prospěch alternativní hypotézy H_{A9} pro všechny domény mimo **Prostředí (WHOQOL_BREF), Smrt a umírání (WHOQOL-OLD) a Psychologický růst (AAQ)**.

Tabulka 13. Korelace mezi doménami dotazníků a sledovanými faktory

Faktor	BREF [§]						OLD ^{§§}						AAQ ^{§§§}		
	Q1	Q2	DOM1	DOM2	DOM3	DOM4	DOM1	DOM2	DOM3	DOM4	DOM5	DOM6	DOM1	DOM2	DOM3
pohlaví	0,349	0,189	0,399	0,786	0,026*	0,458	0,723	0,344	0,096	0,625	0,145	0,070	0,074	0,904	0,959
věk	-0,113*	-0,136*	-0,310*	-0,089*	-0,043	0,258*	-0,317*	0,038	-0,044	0,036	0,130*	0,054	-0,268*	-0,038	0,200*
vzdělání	0,122*	0,109*	0,252*	0,182*	0,166*	-0,081	0,135*	0,066	0,163*	0,067	-0,038	0,126*	0,105*	0,154*	-0,079
sociální situace	0,0001*	<0,0001*	<0,0001*	0,0003*	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*	0,163	<0,0001*	0,287	0,004*	<0,0001*	<0,0001*	0,009*	0,092
lokalita bydliště	0,559	0,488	0,366	0,202	0,016*	0,214	0,008*	0,684	0,612	0,509	0,802	0,059	0,909	0,922	0,808
demence	0,0005*	0,001*	<0,0001*	<0,0001*	0,001*	0,546	0,001*	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*	0,822	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*	0,574

Q1 = Hodnocení kvality života; Q2 = Spokojenost se zdravím

§DOM1 = Fyzické zdraví; DOM2 = Prožívání; DOM3 = Sociální vztahy; DOM4 = Prostředí

§§DOM1 = Fungování smyslů; DOM2 = Nezávislost; DOM3 = Naplnění; DOM4 = Sociální zapojení; DOM5 = Smrt a umírání; DOM6 = Blízké vztahy

§§§DOM1 = Psychosociální ztráty; DOM2 = Fyzické změny; DOM3 = Psychologický růst

Tabulka 14 Sociální situace - průměrné hodnoty a směrodatné odchylky

Sociální situace						
Dotazník / doména	bydlím sám (n = 68)		bydlím s partnerem/ příbuznými (n = 158)		bydlím v domově pro seniory (n = 272)	
	Průměr	SD	Průměr	SD	Průměr	SD
WHOQOL-BREF						
Q1 Hodnocení kvality života	3,85	0,68	4,04	0,61	3,67	0,96
Q2 Spokojenost se zdravím	3,25	0,80	3,62	0,81	3,02	1,05
Fyzické zdraví	15,06	2,69	15,53	2,37	13,38	2,87
Prožívání	14,65	2,65	15,46	1,86	14,45	2,84
Sociální vztahy	13,24	3,08	14,29	2,28	13,03	2,93
Prostředí	15,02	2,19	15,27	1,78	16,47	2,76
WHOQOL-OLD						
Fungování smyslů	16,58	2,81	16,34	3,19	14,50	3,85
Naplnění	14,88	2,00	15,15	2,03	14,11	2,60
Smrt a umírání	12,58	4,05	13,03	3,62	14,03	4,00
Blízké vztahy	13,52	3,19	15,49	2,70	14,09	3,65
AAQ						
Psychosociální ztráty	28,66	4,87	29,34	5,20	25,99	5,32
Fyzické změny	27,07	4,61	26,43	4,84	25,16	5,96

Tabulka 15 Demence – průměrné hodnoty a směrodatné odchylky

Dotazník / doména	Demence			
	Ne (n = 390)		Ano (n = 107)	
	Průměr	SD	Průměr	SD
WHOQOL-BREF				
Q1 Hodnocení kvality života	3,88	0,77	3,56	1,02
Q2 Spokojenost se zdravím	3,32	0,98	2,96	0,97
Fyzické zdraví	14,70	2,69	12,77	3,05
Prožívání	15,06	2,47	13,85	2,77
Sociální vztahy	13,68	2,82	12,64	2,66
WHOQOL-OLD				
Fungování smyslů	15,65	3,61	14,33	3,58
Nezávislost	16,13	2,63	14,84	3,18
Naplnění	14,85	2,27	13,42	2,53
Sociální zapojení	15,51	2,59	14,22	3,49
Blízké vztahy	14,81	3,10	13,19	4,02
AAQ				
Psychosociální ztráty	28,08	5,34	24,97	5,14
Fyzické změny	26,45	5,23	23,53	5,85

3.6 Výsledky k cíli 5

Pátým cílem výzkumného šetření bylo: *zjistit prediktory hodnocení kvality života seniorů pomocí multivariantní analýzy.*

Multivariantní analýza

Ověření vlivu vybraných faktorů - prediktorů hodnocení kvality života posuzované dotazníky WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD bylo provedeno pomocí zobecněného lineárního modelu (GLM).

Na *hodnocení kvality života* (Q1) měly významný vliv všechny tři domény dotazníku AAQ (Psychosociální ztráty [p < 0,0001]; Fyzické změny [p = 0,0004]; Psychologický růst [p = 0,006]). Kladné hodnoty koeficientu beta znamenají, že vyšší hodnocení v dotazníku AAQ znamenají vyšší hodnocení kvality života, jak ukazuje tabulka 16.

U otázky Q2 *Spokojenost se zdravím* měly na hodnocení rovněž významný vliv všechny tři domény AAQ (Psychosociální ztráty [p < 0,0001]; Fyzické změny [p < 0,0001]; Psychologický růst [p = 0,036]). Dále se zde prokázal i významný vliv *Sociální situace* (p = 0,002). Senioři, kteří bydlí s partnerem či příbuznými, hodnotili své zdraví lépe než ti, kteří žili sami, jak prezentuje tabulka 16.

Tabulka 16 Prediktory hodnocení kvality života – položky Q1, Q2

faktor	Q1 Hodnocení kvality života				Q2 Spokojenost se zdravím			
	beta	95% CI pro beta		p	beta	95% CI pro beta		p
Věk	0,001	-0,010	0,012	0,864	0,008	-0,004	0,020	0,185
Pohlaví (muži, ženy)	0,060	-0,123	0,244	0,519	0,069	-0,137	0,275	0,509
Vzdělání	referenční							
základní, vyučen	referenční							
SŠ	-0,024	-0,200	0,151	0,788	-0,108	-0,305	0,089	0,283
VŠ	0,154	-0,073	0,380	0,183	-0,054	-0,308	0,200	0,677
Sociální situace	referenční							
žije sám	referenční							
bydlí s partnerem, příbuznými	0,204	-0,018	0,425	0,071	0,388*	0,139	0,637	0,002
bydlí v domově pro seniory	-0,033	-0,309	0,244	0,817	-0,246	-0,556	0,065	0,121
Lokalita bydliště (vesnice, město)	0,056	-0,098	0,210	0,475	-0,030	-0,203	0,144	0,736
Přítomnost demence (ne, ano)	-0,011	-0,202	0,180	0,912	0,098	-0,117	0,313	0,369
Psychosociální ztráty	0,034*	0,019	0,049	<0,0001	0,035*	0,018	0,052	<0,0001
Fyzické změny	0,026*	0,012	0,041	0,0004	0,049*	0,032	0,065	<0,0001
Psychologický růst	0,025*	0,007	0,042	0,006	0,021*	0,002	0,041	0,035

*p<0,05; CI = Interval spolehlivosti (konfidenční interval)

Na hodnocení kvality života v doméně *Fyzické zdraví* měly významný vliv dvě domény dotazníku AAQ (Psychosociální ztráty [p < 0,0001]; Fyzické změny [p < 0,0001]) a věk (p = 0,004). Kladné hodnoty koeficientu beta znamenají, že vyšší hodnocení v dotazníku AAQ

znamená vyšší hodnocení kvality života. Záporný koeficient beta u věku znamená, že s vyšším věkem se hodnocení kvality života v doméně Fyzické zdraví zhoršuje, jak ukazuje tabulka 17.

Hodnocení kvality života v doméně *Prožívání* významně ovlivňovaly všechny tři domény dotazníku AAQ (Psychosociální ztráty [p < 0,0001]; Fyzické změny [p < 0,0001] a Psychologický růst [p < 0,0001]), vzdělání (středoškolské [p = 0,008], vysokoškolské [p = 0,0001]) a sociální situace (bydlí s partnerem/příbuznými [p = 0,007]). Kladné hodnoty koeficientu beta znamenají, že vyšší hodnocení v dotazníku AAQ znamená vyšší hodnocení kvality života, kladný koeficient beta u seniorů se středoškolským a vysokoškolským vzděláním znamená, že tito senioři lépe hodnotí doménu Prožívání než senioři se základním vzděláním či vyučením, jak prezentuje tabulka 17.

Tabulka 17 Prediktory hodnocení kvality života - domény Fyzické zdraví a Prožívání

Prediktor	Fyzické zdraví				Prožívání			
	beta	95% CI pro beta		p	beta	95% CI pro beta		p
Věk	-0,043*	-0,072	-0,014	0,004	-0,003	-0,028	0,023	0,838
Pohlaví (muži, ženy)	-0,427	-0,929	0,075	0,095	-0,057	-0,498	0,384	0,800
Vzdělání								
základní, vyučen	referenční							
SŠ	-0,119	-0,599	0,361	0,627	0,571*	0,149	0,993	0,008
VŠ	0,375	-0,244	0,994	0,234	1,082*	0,537	1,626	0,0001
Sociální situace								
žije sám	referenční							
bydlí s partnerem, příbuznými	0,389	-0,217	0,995	0,208	0,735*	0,202	1,268	0,007
bydlí v domově pro seniory	-0,355	-1,112	0,401	0,357	0,624	0,159	1,489	0,055
Lokalita bydliště (vesnice, město)	-0,058	-0,480	0,364	0,787	-0,348	-0,720	0,023	0,066
Přítomnost demence (ne, ano)	-0,211	-0,734	0,312	0,428	-0,210	-0,670	0,250	0,370
Psychosociální ztráty	0,128*	0,088	0,168	<0,0001	0,173*	0,137	0,208	<0,0001
Fyzické změny	0,224*	0,184	0,263	<0,0001	0,115*	0,080	0,150	<0,0001
Psychologický růst	0,038	-0,010	0,086	0,116	0,175*	0,133	0,217	<0,0001

*p<0,05; CI = Interval spolehlivosti (konfidenční interval)

Doménu *Sociální vztahy* významně ovlivňoval věk (s vyšším věkem se hodnocení zlepšovalo; p = 0,040), vzdělání (senioři s vysokoškolským vzděláním lépe hodnotili Sociální vztahy [p = 0,002], než senioři se základním vzděláním nebo vyučením), sociální situace (senioři žijící s partnerem či příbuznými hodnotí lépe [p = 0,001], než senioři žijící sami), lokalita bydliště (senioři ve městech lépe hodnotí sociální vztahy [p = 0,022], než senioři na vesnici)

a postoj ke stárnutí v doménách Psychosociální ztráty ($p < 0,0001$) a Psychologický růst ($p < 0,0001$), jak uvádí tab. 18.

Na hodnocení domény *Prostředí* mělo významný vliv pohlaví. Ženy hodnotily tuto oblast lépe ($p = 0,033$) než muži. Významný vliv mělo i vzdělání. Senioři s vysokoškolským vzděláním hodnotili prostředí lépe ($p = 0,019$) než senioři se základním vzděláním nebo vyučením. Lepší hodnocení domény *Prostředí* bylo zaznamenáno i u seniorů v domovech pro seniory ($p = 0,0001$) oproti těm, kteří žijí sami. Přítomnost demence byla rovněž významným prediktorem hodnocení domény *Prostředí*. Senioři s demencí hodnotili tuto doménu hůře ($p = 0,012$). Podobně byl prokázán významný vliv postojů ke stárnutí (Psychosociální ztráty [$p < 0,0001$]; Fyzické změny [$p < 0,0001$] a Psychologický růst [$p < 0,0001$]) na hodnocení domény *Prostředí*, jak ukazuje tabulka 18.

Tabulka 18 Prediktory hodnocení kvality života - domény Sociální vztahy a Prostředí

Prediktory	Sociální vztahy				Prostředí			
	beta	95% CI pro beta		p	beta	95% CI pro beta		p
Věk	0,035*	0,002	0,069	0,040	0,020	-0,008	0,048	0,162
Pohlaví (muži, ženy)	0,546	-0,032	1,123	0,064	0,527*	0,042	1,012	0,033
Vzdělání								
základní, vyučen	referenční							
SŠ	0,466	-0,087	1,019	0,098	0,357	-0,107	0,821	0,131
VŠ	1,127*	0,414	1,840	0,002	0,719*	0,121	1,318	0,019
Sociální situace								
žije sám	referenční							
bydlí s partnerem, rodinou	1,210*	0,512	1,908	0,001	0,252	-0,334	0,839	0,398
bydlí v domově pro seniory	0,262	-0,609	1,134	0,555	2,003*	1,272	2,735	0,0001
Lokalita bydliště (vesnice, město)	0,567*	0,081	1,053	0,022	-0,602	-1,010	-0,194	0,004
Přítomnost demence (ne, ano)	0,079	-0,523	0,682	0,796	-0,646*	-1,152	-0,141	0,012
Psychosociální ztráty	0,181*	0,134	0,227	<0,0001	0,082*	0,043	0,121	<0,0001
Fyzické změny	0,025	-0,021	0,071	0,287	0,092*	0,054	0,131	<0,0001
Psychologický růst	0,125*	0,070	0,180	<0,0001	0,157*	0,110	0,203	<0,0001

* $p < 0,05$; CI = Interval spolehlivosti (konfidenční interval)

Doménu *Fungování smyslů* signifikantně ovlivňoval věk. S přibývajícím věkem se hodnocení snižovalo ($p = 0,0001$). Dalším prediktorem této domény byla lokalita bydliště. Senioři žijící ve městech hodnotili Fungování smyslů hůře ($p = 0,020$). Stejně tak jej ovlivňoval

i postoj ke stárnutí v oblastech Psychosociálních ztrát ($p < 0,0001$) a Fyzických změn ($p = 0,039$).

Pro hodnocení domény *Nezávislost* byly signifikantními prediktory demence, kdy senioři s demencí hodnotí tuto oblast hůře ($p = 0,007$), a postoj ke stárnutí ve všech AAQ doménách (Psychosociální ztráty [$p < 0,0001$]; Fyzické změny [$p < 0,0001$] a Psychologický růst [$p < 0,0001$]), jak prezentuje tabulka 19.

Tabulka 19 Prediktory hodnocení kvality života - domény Fungování smyslů a Nezávislost

Prediktory	Fungování smyslů				Nezávislost			
	beta	95% CI pro beta	p	beta	95% CI pro beta	p		
Věk	-0,091*	-0,135	-0,047	0,0001	0,012	-0,021	0,045	0,489
Pohlaví (muži, ženy)	0,116	-0,644	0,876	0,764	0,232	-0,338	0,801	0,425
Vzdělání								
základní, vyučen	referenční							
SŠ	0,092	-0,635	0,819	0,804	0,232	-0,313	0,777	0,404
VŠ	0,607	-0,331	1,545	0,204	0,391	-0,312	1,094	0,275
Sociální situace								
žije sám	referenční							
bydlí s partnerem, příbuznými	-0,669	-1,587	0,249	0,153	-0,647	-1,336	0,041	0,065
bydlí v domově pro seniory	-0,182	-1,328	0,965	0,756	0,006	-0,853	0,864	0,990
Lokalita bydliště (vesnice, město)	-0,757*	-1,397	-0,118	0,020	-0,140	-0,620	0,339	0,565
Přítomnost demence (ne, ano)	0,067	-0,725	0,859	0,868	-0,821*	-1,415	-0,228	0,007
Psychosociální ztráty	0,225*	0,163	0,286	<0,0001	0,096*	0,051	0,142	<0,0001
Fyzické změny	0,063*	0,003	0,124	0,039	0,126*	0,081	0,172	<0,0001
Psychologický růst	0,045	-0,027	0,118	0,220	0,158*	0,103	0,212	<0,0001

* $p < 0,05$; CI = Interval spolehlivosti (konfidenční interval)

Doménu *Naplnění* signifikantně ovlivňuje věk seniora. S přibývajícím věkem se hodnocení v této oblasti zvyšuje ($p=0,007$). Hodnocení kvality života v doméně *Naplnění* dále ovlivňuje i přístup seniora ke stárnutí, a to ve všech oblastech (Psychosociální ztráty [$p < 0,0001$], Fyzické změny [$p < 0,0001$] a Psychologický růst [$p < 0,0001$]), jak ukazuje tabulka 20.

Doménu *Sociální zapojení* významně ovlivňuje jen postoj ke stárnutí, a to ve všech doménách (Psychosociální ztráty [$p < 0,0001$], Fyzické změny [$p < 0,0001$] a Psychologický růst [$p < 0,0001$]), jak ukazuje tabulka 20.

Tabulka 20 Prediktory hodnocení kvality života - domény Naplnění a Sociální zapojení

Prediktory	Naplnění				Sociální zapojení			
	beta	95% CI pro beta		p	beta	95% CI pro beta		p
Věk	0,034*	0,010	0,059	0,007	0,024	0,004	0,064	0,056
Pohlaví (muži, ženy)	0,258	-0,168	0,684	0,234	0,022	-0,496	0,540	0,933
Vzdělání								
základní, vyučen	referenční							
SŠ	0,149	-0,259	0,556	0,474	0,049	-0,447	0,545	0,845
VŠ	0,508	-0,018	1,033	0,058	0,319	-0,320	0,959	0,327
Sociální situace								
žije sám	referenční							
bydlí s partnerem, příbuznými	0,328	-0,187	0,842	0,211	0,456	-0,170	1,082	0,153
bydlí v domově pro seniory	-0,395	-1,037	0,247	0,227	0,453	-0,328	1,235	0,255
Lokalita bydliště (vesnice, město)	-0,037	-0,395	0,322	0,841	0,025	-0,411	0,461	0,909
Přítomnost demence (ne, ano)	-0,420	-0,864	0,024	0,064	-0,452	-0,992	0,088	0,101
Psychosociální ztráty	0,153*	0,119	0,187	<0,0001	0,171*	0,129	0,212	<0,0001
Fyzické změny	0,093*	0,059	0,127	<0,0001	0,181*	0,140	0,223	<0,0001
Psychologický růst	0,152*	0,112	0,193	<0,0001	0,111*	0,061	0,160	<0,0001

*p<0,05; CI = Interval spolehlivosti (konfidenční interval)

Na hodnocení kvality života v doméně *Smrt a umírání* mají významný vliv dva prediktory. - sociální situace (senioři v domovech pro seniory hodnotí tuto oblast lépe [p = 0,005] než senioři, kteří žijí sami) a postoj ke stárnutí v doméně Psychosociální ztráty (p < 0,0001), jak prezentuje tabulka 21.

Doménu *Blízké vztahy* významně ovlivňuje věk, kdy starší senioři hodnotí tuto oblast lépe (p = 0,0003) a vzdělání (vysokoškolsky vzdělaní senioři hodnotí lépe [p = 0,030] než senioři se základním vzděláním nebo vyučením). Dalšími prediktory jsou sociální situace (senioři bydlící s partnerem nebo příbuznými [p < 0,0001] hodnotí tuto doménu lépe, než senioři žijící sami) a všechny tři domény postoje ke stárnutí (Psychosociální ztráty [p < 0,0003], Fyzické změny [p < 0,0003] a Psychologický růst [p < 0,0001]), jak ukazuje tabulka 21.

Tabulka 21 Prediktory hodnocení kvality života - domény Smrt a umírání a Blízké vztahy

Prediktory	Smrt a umírání				Blízké soužití			
	beta	95% CI pro beta		p	beta	95% CI pro beta		p
Věk	0,036	-0,016	0,088	0,172	0,073*	0,034	0,113	0,0003
Pohlaví (muži, ženy)	-0,566	-1,458	0,327	0,214	0,539	-0,138	1,217	0,118
Vzdělání								
základní, vyučen	referenční							
SŠ	0,665	-0,189	1,520	0,127	0,591	-0,057	1,239	0,074
VŠ	0,807	-0,294	1,909	0,151	0,928*	0,092	1,764	0,030
Sociální situace								
žije sám	referenční							
bydlí s partnerem, příbuznými	0,338	-0,741	1,417	0,538	2,291*	1,473	3,110	<0,0001
bydlí v domově pro seniory	1,925*	0,578	3,271	0,005	0,673	-0,348	1,695	0,196
Lokalita bydliště (vesnice, město)	-0,295	-1,047	0,456	0,440	0,445	-0,125	1,015	0,126
Přítomnost demence (ne, ano)	-0,191	-1,122	0,739	0,686	-0,597	-1,304	0,109	0,097
Psychosociální ztráty	0,209*	0,137	0,281	<0,0001	0,102*	0,047	0,156	0,0003
Fyzické změny	0,022	-0,049	0,093	0,544	0,101*	0,047	0,154	0,0003
Psychologický růst	0,040	-0,045	0,125	0,357	0,212*	0,147	0,276	<0,0001

*p<0,05; CI = Interval spolehlivosti (konfidenční interval)

3.6.1 Shrnutí výsledků k cíli 5

Multivariantní analýza potvrdila vliv *pohlaví* pouze u domény Prostředí, kde ženy hodnotily kvalitu života hůře. Se zvyšujícím se *věkem* se zhoršovalo hodnocení kvality života v doménách Fyzické zdraví a Fungování smyslů, naopak se zlepšovalo v doménách Sociální vztahy, Naplnění a Blízké vztahy. Vyšší *vzdělání* pozitivně ovlivňovalo hodnocení v doménách Prožívání, Sociální vztahy, Prostředí a Blízké vztahy. Dalším prediktorem byla *Sociální situace (s kým senior bydlí)*. Senioři bydlící s partnerem / příbuznými hodnotili lépe celkovou spokojenost se zdravím [Q2], domény Prožívání, Sociální vztahy a Blízké vztahy. Naopak senioři bydlící v domově pro *seniory* hodnotili lépe než ti, kteří žili sami, domény Prostředí a Smrt a umírání. Prediktor *lokalita bydliště* - senioři *žijící ve městě* hodnotili pozitivněji doménu Sociální vztahy a hůře Fungování smyslů.

Pozitivnější *postoj ke stárnutí* ve všech doménách AAQ zlepšoval celkové hodnocení kvality života (Q1) i spokojenost se zdravím (Q2), dále hodnocení domén Prožívání, Prostředí, Nezávislost, Naplnění, Sociální zapojení a Blízké vztahy. AAQ domény Psychosociální ztráty a Fyzické změny zlepšovaly hodnocení kvality života v doménách Fungování smyslů

a Fyzickém zdraví. Hodnocení kvality života v doméně Sociální vztahy zlepšoval pozitivnější postoj ke stárnutí v AAQ doménách Psychosociální ztráty a Psychologický růst. Doménu Smrt a umírání ovlivňovalo pozitivnější hodnocení AAQ domény Psychosociální ztráty.

Senioři v počátečním stadiu *demence* hodnotili hůře kvalitu života pouze v doménách Prostředí a Nezávislost.

3.7 Celkové shrnutí nejvýznamnějších výsledků výzkumu

Senioři z domovů pro seniory a senioři v domácím prostředí navštěvující Univerzitu třetího věku se liší v subjektivním hodnocení kvality života a postoji ke stárnutí. Celkové hodnocení kvality života a spokojenost se zdravím, domény *Fyzické zdraví, Prožívání, Sociální vztahy, Fungování smyslů, Naplnění* a *Blízké vztahy* hodnotili lépe senioři z Univerzity třetího věku. Naopak v doméně *Smrt a umírání* bylo vyšší hodnocení u seniorů v domovech pro seniory. Senioři z Univerzity třetího věku měli pozitivnější postoj ke stárnutí v doménách AAQ *Psychologické ztráty* a *Fyzické změny*. V doméně *Psychologický růst* měli naopak pozitivnější hodnocení senioři z domovů pro seniory. Nejsilnější korelace byla nalezena mezi doménami *Naplnění* a *Sociální zapojení* dotazníku WHOQOL-OLD

Multivariantní analýza potvrdila vliv *pohlaví* pouze u domény Prostředí, kde ženy hodnotily kvalitu života hůře. Se zvyšujícím se *věkem* se zhoršovalo hodnocení kvality života v doménách *Fyzické zdraví* a *Fungování smyslů*, naopak se zlepšovalo v doménách *Sociální vztahy, Naplnění* a *Blízké vztahy*. Vyšší *vzdělání* pozitivně ovlivňovalo hodnocení v doménách *Prožívání, Sociální vztahy, Prostředí* a *Blízké vztahy*. *Senioři bydlící s partnerem / příbuznými* hodnotili lépe celkovou spokojenost se zdravím (Q2), domény *Prožívání, Sociální vztahy* a *Blízké vztahy*. Naopak *senioři bydlící v domově pro seniory* hodnotili lépe než ti, kteří žili sami, domény *Prostředí* a *Smrt a umírání*. Senioři *žijící ve městě* hodnotili pozitivněji doménu *Sociální vztahy* a hůře *Fungování smyslů*. Senioři v počátečním stadiu *demence* hodnotili hůře kvalitu života pouze v doménách *Prostředí* a *Nezávislost*.

Pozitivnější *postoj ke stárnutí* ve všech doménách AAQ zlepšoval celkové hodnocení kvality života (Q1) i spokojenost se zdravím (Q2), dále hodnocení domén *Prožívání, Prostředí, Nezávislost, Naplnění, Sociální zapojení* a *Blízké vztahy*. AAQ domény *Psychosociální ztráty* a *Fyzické změny* zlepšovaly hodnocení kvality života v doménách *Fungování smyslů* a *Fyzickém zdraví*. Hodnocení v doméně *Sociální vztahy* zlepšovalo pozitivnější hodnocení

AAQ domén Psychosociální ztráty a Psychologický růst. Doménu Smrt a umírání ovlivňovalo pozitivnější hodnocení AAQ domény Psychosociální ztráty.

4 DISKUSE

Dosažení maximální možné kvality života seniorů je jedním z důležitých cílů v rámci geriatrického ošetřovatelství. Demografické změny společně s výrazným stárnutím populace vyvolávají otázku, zda jsme schopni seniorům v rámci geriatrického ošetřovatelství poskytovat péči adekvátně podporující kvalitu jejich života v domácím i institucionálním prostředí (Wildmanová, 2014, s. 26; Holmerová et al., 2013, s. 114 - 116). Kvalitu života seniorů ovlivňuje mnoho faktorů, mezi které patří i sociodemografické charakteristiky (pohlaví, věk, sociální situace, vzdělání), úroveň kognitivních funkcí nebo postoje ke stáří a stárnutí. S ohledem na postupující geriatrizaci společnosti je proto zaměření výzkumů na kvalitu života seniorů a faktory, které ji ovlivňují, velmi potřebné.

Každý člověk si vytváří individuální a hluboce osobní hierarchii hodnot, která je integrální součástí jeho vnímání kvality života. Takto chápaný multidimenzionální koncept nepředstavuje kvalitu života ve stáří jen jako neutrální hodnocení života, ale zahrnuje i posouzení faktorů, které jej mohou ovlivňovat (Fayers a Machin, 2016, s. 4 - 5). S přibývajícím věkem se jedinec musí přizpůsobovat změnám, které jsou spojené s vlastním procesem stárnutí i polymorbiditou, a vyrovnávat se s fyzickými, emocionálními a sociálními faktory ovlivňujícími jeho život. Na základě těchto skutečností pak často reviduje svá dřívější očekávání související s kvalitou jeho života. (Huber et al., 2011, s. 1 - 3)

Výsledky výzkumu realizovaného v rámci této disertační práce ukázaly, že se hodnocení kvality života i postojů ke stárnutí soběstačných seniorů žijících ve vlastním sociálním prostředí (účastníci Univerzity třetího věku) a klientů domovů pro seniory významně lišilo. Respondenti navštěvující Univerzitu třetího věku pozitivněji hodnotili celkovou kvalitu svého života, spokojenost se zdravím, i domény Fyzické zdraví, Prožívání, Sociální vztahy, Fungování smyslů, Naplnění a Blízké vztahy. Měli rovněž pozitivnější postoj ke stárnutí v AAQ doménách Psychologické ztráty a Fyzické změny. Na rozdíl mohla mít vliv i skutečnost, že senioři z Univerzity třetího věku byli soběstační, podstatně mladší (jejich průměrný věk byl 68,7 roků), měli vyšší vzdělání, pravidelné sociální kontakty v rámci zapojení do Univerzity třetího věku a podstatně pozitivněji hodnotili oblast Blízkých vztahů ve srovnání se seniory z domovů pro seniory. Jak připomíná Janečková et al. (2013, s. 67), senioři z domovů pro seniory jsou často již méně schopni navazovat nové blízké vztahy a přátelství, a mají proto málo příležitostí

milovat a být někým milován. Osamělost má pak negativní dopad nejen na kvalitu jejich života, ale i na duševní a fyzické zdraví. Většinou se jedná o seniory ve věku nad 70 let, kteří ztratili životního partnera, jsou polymorbidní, méně soběstační a v současné době nemohou vykonávat aktivity, které by považovali za smysluplné. (Aung et al., 2017, s. 72)

Senioři z domovů pro seniory měli ve srovnání s respondenty z Univerzity třetího věku pozitivnější hodnocení pouze v doménách Smrt a umírání (oblast kvality života) a Psychologický růst (oblast postojů ke stárnutí). Lze předpokládat, že pozitivnější hodnocení v doméně Smrt a umírání u respondentů z domovů pro seniory může být ovlivněno skutečností, že v institucionálním prostředí jsou častěji konfrontováni s umíráním a smrtí v porovnání se soběstačnými seniory z Univerzity třetího věku. Podobně i Soósová (2016, s. 484) potvrzuje ve svém výzkumu, do kterého byli zapojeni hospitalizovaní senioři, pozitivní hodnocení v doméně Smrt a umírání. Domníváme se proto, že pozitivnější hodnocení v této doméně může u nesoběstačných polymorbidních seniorů v domovech pro seniory odrážet jejich uvědomování si a akceptaci konečnosti života, vnímání smrti jako naděje na opětovné shledání se zemřelými příbuznými a přáteli, nebo také jako očekávané ukončení utrpení. V tomto kontextu lze pak na smrt pohlížet pozitivněji (Chin et al., 2014, s. 267 - 273; Forjaz et al., 2015, s. 176 - 181). S tím může souviset i pozitivnější postoj ke stárnutí v doméně Psychologický růst u seniorů z domovů pro seniory. Také Top a Dikmetaş (2015, s. 288) uvádí, že v rámci dotazníku AAQ měla doména Psychologický růst u seniorů z ošetrovatelských domů nejvyšší průměrné skóre.

Výsledky multivariantní analýzy v našem výzkumu ukázaly prediktory ovlivňující hodnocení kvality života v jednotlivých doménách dotazníků kvality života. Těmito prediktory byly pohlaví, věku, úroveň vzdělání, sociální situace, místa bydliště, přítomnosti demence a postoje ke stárnutí.

Vliv *pohlaví* byl prokázán pouze u domény Prostředí, kde bylo hodnocení žen významně horší než u mužů. Doména Prostředí obsahuje položky zaměřené v souvislosti s kvalitou života na prostředí, ve kterém senior žije, přístup k informacím, záliby, dostupnost zdravotní péče a dopravu. Psychické i fyzické zdraví je významně ovlivňováno kvalitou prostředí, ve kterém senior tráví podstatnou část svého života. Významný vliv má i pociťovaná míra bezpečnosti prostředí (Maussen et al., 2018, s. 12 - 30). Ženy mají sklon cítit mnohem větší obavy v souvislosti s vnímáním toho, co považují za negativní a související s omezením a závislostí (Simeão et al., 2016, s. 3929). Mezi klienty domovů pro seniory mají ženy většinou vyšší procentuální zastoupení než muži (Dvořáčková a Kajanová, 2012, s. 338). Umístění do trvalé institucionální péče (domov pro seniory) představuje pro seniora často velkou psychickou zátěž, protože se musí adaptovat na nové prostředí, ztrácí jistotu a pocit bezpečí (Hrozenká

a Dvořáčková, 2013, s. 96). Horší hodnocení v doméně Prostředí u žen žijících v ošetrovatelských domovech potvrzuje i brazilská studie (Simeão et al., 2016, s. 3923). Ženy bývají více zapojeny do všech aspektů domácího života a jsou tak často více závislé na rodinném prostředí. Tyto faktory by mohly ovlivňovat horší hodnocení kvality života v doméně Prostředí u žen. Negativnější hodnocení kvality života ženami může být v některých studiích ovlivněno i sociokulturním kontextem. Například v turecké studii vysvětlují Bilgili a Arpacı (2014, s. 415 - 418) genderové rozdíly v hodnocení kvality života tím, že v Turecku mají tradičně muži ve srovnání se ženami vyšší vzdělání i příjmy, mají více kontaktů s vnějším prostředím a jsou více zapojení do rozhodovacích procesů. Ženy tak čelí problémům jako nízká gramotnost a celkově nízké zapojení v oblasti vzdělávání i vysoká nezaměstnanost, což má pak dopad také na jejich hodnocení kvality života ve vyšším věku (Bozkurt, 2013, s. 372-396). Také Li et al. (2014, s. 219 - 237) uvádí, že nižší kvalitu života v jejich studii vykazovaly starší ženy. Faktor pohlaví se tak jeví jako významná determinanta kvality života v oblasti hodnocení prostředí.

V některých studiích nebyl ale rozdíl ve vnímání kvality života starších mužů a žen prokázán (Top a Dikmetaş, 2015, s. 288 - 300). Naopak Dragomirecká a Prajsová (2009, s. 20) potvrdily genderový vliv (horší hodnocení u žen) nejen v doméně Prostředí, ale i v doménách Fyzické zdraví a Prožívání. Odlišné výsledky jednotlivých studií mohou být způsobeny rozdíly ve složení souboru respondentů, především ve vztahu k věku, stupni soběstačnosti, komorbiditě, typu institucionální péče a rozdílnému sociokulturnímu prostředí v porovnání s naším výzkumem.

Věk by dalším prediktorem, který v našem výzkumu ovlivňoval kvalitu života. Česká republika patří mezi země s velmi starou populací, která vzhledem k očekávaným demografickým trendům bude i nadále progresivně stárnout (Čevela et al., 2015, s. 73 - 74). Proto je věk v českém kulturním prostředí důležitou proměnnou ve výzkumech zaměřených na kvalitu života. Naše výsledky potvrdily, že se zvyšujícím se věkem se zhoršovalo hodnocení kvality života v doménách Fyzické zdraví a Fungování smyslů. Naopak v doménách Sociální vztahy, Naplnění a Blízké vztahy se hodnocení zlepšovalo. Vyšší věk jako faktor negativně ovlivňující kvalitu života byl potvrzen i v dřívějších studiích realizovaných v Anglii (Zaninotto et al., 2009, s. 1301 - 1309), Irsku (Layte et al., 2013, s. 299 - 305) nebo ve Švédsku. (Borglin et al., 2006, s. 136)

V souvislosti s kvalitou života se doména Fyzické zdraví zaměřuje na hodnocení bolesti, únavy, spánku, závislosti na lékařské péči a soběstačnosti. Chronická bolest představuje u seniorské populace často podceňovaný symptom, který má negativní dopad na prožívání,

a tím i na psychosociální kvalitu života (Raudenská, 2011, 81 - 85; Kozák, 2016, s. 358). Trvalá přítomnost bolesti zhoršuje mobilitu i soběstačnost, což ve svých důsledcích omezuje seniora v sociálních kontaktech a zvyšuje riziko osamělosti, i deprese (Pokorná a Eckelová, 2013, 77 - 82; Kozák, 2016, s. 358; Al-Amer et al., 2019, s. 1). V rámci této domény je důležité zaměřit se i na geriatrickou křehkost (Morley et al., 2013, s. 392 - 397; Faller et al., 2019, s. 1; Sutton, 2016, s. 1). Včasná identifikace seniorů s rizikem geriatrické křehkosti může přispět k pozitivnímu ovlivnění kvality jejich života v doméně Fyzické zdraví (Labra et al., 2018, s. 1). Zároveň je důležité realizovat také intervence podporující fyzickou aktivitu, která má v rámci oblasti fyzického zdraví pozitivní dopad na kvalitu života seniorů v domácím, i institucionálním prostředí (Krzepota et al., 2015, s. 338, da Silva a Cavalcante, 2019, s. 97-106). Nižší hodnocení kvality života v doméně Fyzické zdraví u klientů agentur domácí péče, i seniorů z domovů pro seniory, uvádí ve své výzkumu také Virgulová a Schedová (2013, s. 35-39).

Vztah mezi vyšším věkem a nižší kvalitou života v rámci domén Fyzické zdraví a Fungování smyslů nacházíme i ve studii Gobbense a Remmena (2019, s. 237). Na rozdíl od našeho výzkumu ale Gobbens a Remmen spojují vyšší věk i s horším hodnocením v doméně Nezávislost. Vysvětlují to tím, že nezávislost (autonomie) je multidimenzionální koncept, který zahrnuje jak psychologickou a sociální oblast, tak i fyzický komfort. V naší studii nebylo ale horší hodnocení v této doméně spojeno s věkem, ale s negativnějším postojem ke stárnutí v doménách AAQ (Psychosociální ztráty, Fyzické změny, Psychologický růst). Můžeme se tedy domnívat, že kalendářní věk seniora sám o sobě ještě nepředstavuje prediktor horšího hodnocení v doméně Nezávislost, ale až postoje, které ke stárnutí senior zaujímá. Naopak ve studii, které se zúčastnilo 121 respondentů ve Zlínském a Uherskohradištském regionu, se vliv věku na hodnocení v doméně Fyzické zdraví a dalších doménách dotazníku WHOQOL-BREF nepotvrdil (Kisvetrová et al., 2017, s. 174). Rozdílnost těchto výsledků ve srovnání s naším výzkumem může být ovlivněna jak velikostí souboru, tak i věkovým rozmezím zařazených respondentů v této pilotní studii. I když bylo věkové rozmezí poměrně široké (51–93 let), byl průměrný věk byl 77,7 let a pouze 6 % respondentů bylo mladších než 65 let. Naopak v čínské studii realizované autorským kolektivem Xia et al. (2012, s. 37) se uvádí, že vyšší věk je spojen s nižší kvalitou života. Také v dalších studiích zaměřených na kvalitu života seniorů žijících v komunitě nebo v zařízeních dlouhodobé péče se setkáváme s potvrzením vztahu mezi vyšším věkem a horší kvalitou života (Vitorino et al., 2012, s. 1186 - 1195; Vitorino et al., 2013, s. 3 - 11). Netuveli et al. (2006, 357 - 363) ale v tomto kontextu již dříve upozorňoval, že vliv věku na kvalitu života je zaznamenáván především u seniorů ve věkové kategorii nad 75 let.

Halvorsrud et al. (2010, s. 241 - 259) ve studii zkoumající prediktory kvality života nemocných seniorů pak vysvětluje, že s rostoucím věkem staří lidé často trpí různými chorobami a zhoršenou soběstačností, což ovlivňuje jejich spokojenost s vlastním zdravím a negativně ovlivňuje hodnocení kvality života. Podobně i Bryła et al. (2013, s. 181) připomíná, že věk sám o sobě nemusí být faktorem zhoršujícím kvalitu života, ale až teprve v kombinaci s jinými proměnnými, jako například nemoc, fyzické nebo psychické postižení, může mít významný negativní dopad na hodnocení kvality života seniora.

Spojitosť vyššího věku s horším hodnocením kvality života v doméně Fungování smyslů, které potvrdil náš výzkum, uvádějí i další autoři (Chen, 2012, s. 88; Paiva et al., 2016, s. 3347 - 3356; Lima et al., 2009, s. 79 - 92; Soósová, 2016, s. 484 - 493; Fialová, 2016, s. 8). Vztah věku k hodnocení v této doméně naopak nepotvrdili Bilgili a Arpacı (2014, s. 415 - 418). Rozdílnost mohlo ovlivnit věkové složení zařazených respondentů, v porovnání s naším výzkumem. Naši respondenti byli starší a více než polovinu z nich tvořili klienti z domovů pro seniory s průměrným věkem $83,0 \pm 8,1$ roků. Je proto třeba se zaměřit na zajištění vhodných kompenzačních pomůcek pro seniory se senzoryckým deficitem a edukaci o jejich správném používání, protože to může podpořit zlepšení kvality jejich života v této oblasti. Pozitivní dopad používání kompenzačních pomůcek na kvalitu života seniorů se sluchovým deficitem byl potvrzen ve více studiích. (Yamada et al., 2015, s. 1661; Joanovič et al., 2019, s. 209)

Doménami, kde věk naopak pozitivně ovlivňoval hodnocení, byly Sociální vztahy, Naplnění a Blízké vztahy. Doména Sociální vztahy zahrnuje osobní vztahy, sexuální život, podporu přátel a osobní bezpečí. Oblast Naplnění se týká uznání od ostatních, možnosti něčeho dosáhnout a být spokojen. Blízké vztahy pak zahrnují přátelství, lásku, fyzickou blízkost, příležitost někoho milovat a být milován. Společným aspektem těchto domén je tak sociální a emocionální podpora, která dává seniorovi v rámci sociální interakce pocit bezpečí, jistoty, lásky, naplnění a participace, což jsou významné aspekty kvality života. Domníváme se, že pozitivní vliv věku na hodnocení kvality života v oblasti Sociálních vztahů, Naplnění a Blízkých vztahů lze vysvětlit tím, že s přibývajícím věkem dochází k proměně sociálních potřeb a rolí jedince. Senior si tak více uvědomuje riziko samoty a obává se sociální izolace, která souvisí s generační osamělostí, ztrátou partnera, blízkých osob a vrstevníků, i s postupným omezováním sociální integrace. Výsledkem tohoto bilancování může pak být určitá optimalizace existujících sociálních vztahů. Tedy uvědomění, že je potřeba se zaměřit na to, co je opravdu důležité, vážít si existujících sociálních vztahů i aktivit a akceptovat to, co již nelze změnit. Tomu odpovídá i zjištění autorů Liao a Brunner (2016, s. 160), kteří uvádí, že pro udržení a podporu vysoké kvality života ve stáří je potřeba pochopit, čeho

si senioři váží a které vztahy jsou pro ně v současné situaci důležité. I přes zvyšující se věk a nevyhnutelné zhoršování fyzického stavu mohou být senioři schopni optimalizací svých sociálních vztahů zlepšit kvalitu svého života. Protože, jak potvrzují i dřívější studie, sociální podpora významně přispívá ke kvalitě života. (Chappell, 2003, s. 127; Sparks et al., 2004, s. 47)

Na rozdíl od našeho výzkumu výsledky studií realizovaných v Brazílii a Turecku ukázaly spojitost vyššího věku s horším hodnocením kvality života v doméně Sociální vztahy. Autoři brazilské studie (Vitorino et al., 2013, s. 3) to dávají do souvislosti s tím, že síť sociálních vztahů seniorů má s postupujícím věkem tendenci klesat. Také v turecké studii byl vyšší věk spojen s horším hodnocením v sociálních vztazích (Bilgili, Arpacı, 2014, s. 415 - 418). Rozdíl může být ovlivněn věkem zařazených respondentů (průměrný věk $68 \pm 5,8$ roků), a také jiným sociokulturním kontextem ve srovnání s naším výzkumem. V turecké kultuře jsou tradičně široké rodinné vazby a zapojení formálních pečovatelů a sociálních podpůrných sítí není až tak běžné. Takže i menší omezení nebo ztráta v rámci rodinné struktury, se kterou se senior s postupujícím věkem setká, se může odrážet daleko více v jeho negativním hodnocení v těchto doménách. Důvodem může být i omezená dostupnost dalších možností sociálního zapojení, jako například Univerzity třetího věku nebo domovy pro seniory podporující sociální participaci klientů. Naši respondenti, i když byli starší, byli zapojeni do společenství účastníků Univerzity třetího věku nebo žili v komunitě klientů domovů pro seniory. V posledních letech se v České republice významně změnil koncept péče o seniory v rezidenčním prostředí. Je snaha o vytvoření co nejvíce domácího a rodinného prostředí pro klienty. Věnuje se pozornost osobním vztahům klientů i zapojení rodiny (Haškovcová, 2010, s. 228 - 237). Z těchto důvodů je zásadní podpora posílení sociálních vazeb v období stáří a vytvoření podpůrných strategií pro jejich udržení (Hájek et al., 2016, s. 1159 - 1168; Pokorná a Blažková, 2012, s. 28). Tato oblast zahrnuje identifikaci reálného stavu sociální sítě seniora, objektivní posouzení možností seniora pro uskutečňování sociálních kontaktů, detekci rizikových faktorů pro rozvoj osamělosti jedince a zhodnocení potřeb, kvality sociálních kontaktů a vazeb ze strany seniora (Pokorná a Blažková, 2012, s. 28). To pak přispívá k tomu, že se zvyšujícím věkem se nezhoršuje hodnocení v doménách Sociální vztahy, Naplnění i Blízké vztahy.

V některých studiích byl u těchto oblastí potvrzen i genderový vliv, kdy muži hodnotili doménu Sociální vztahy lépe a měli vyšší úroveň sociálního zapojení než ženy (Hájek et al., 2016, s. 1159 - 1168; Tobiasz Adamczyk et al., 2017, s. 1871). Vliv pohlaví jsme v našem výzkumu ale potvrdily pouze u domény Prostředí.

Vzdělání v našem výzkumu ovlivňoval hodnocení kvality života v doménách Prostředí, Prožívání, Sociální vztahy a Blízké vztahy. *Vzdělání* tedy ovlivňovalo hodnocení v oblasti

environmentální (prostředí), psychologické (prožívání potěšení a smyslu života, přijetí tělesného vzhledu, spokojenosti se sebou) i sociální (osobní vztahy, sociální podpora, přátelství, fyzická blízkost, příležitost někoho milovat a být milován). Senioři s vyšším vzděláním měli v těchto doménách pozitivnější hodnocení. Obdobně i Gambin et al. (2015, s. 3300) potvrzuje, že absolvování více let vzdělání souviselo u seniorů s vyšším skóre kvality života v oblasti psychologické, sociálních vztazích a prostředí. Gobbens a van Assen (2014, s. 22973) rovněž uvádí spojení vyššího vzdělání s kvalitou života v psychologické a environmentální doméně. Také další autoři potvrzují, že vyšší vzdělání je spojené s lepším hodnocením kvality života (Top et al., 2012, s. 533; Kaur et al., 2015, s. 1050; Dawalibi et al., 2015, s. 3505). Campos et al. (2014, s. 4) ve svém výzkumu zjistili, že muži s více než pěti lety vzdělání měli až 4,2krát vyšší pravděpodobnost, že budou mít lepší kvalitu života, než negramotní muži. Podobně i u žen bylo pět nebo více let vzdělávání spojeno s dobrou kvalitou života. Vzdělání mělo vliv na hodnocení domén Sociální vztahy a Blízké vztahy ve více studiích, kde absence školní docházky byla spojena s nízkým skóre hodnocení v oblasti sociálních vztahů (Paiva et al., 2016, s. 3351; Top et al., 2012, s. 15; Joseph, 2015, s. 405). Také aktivní studenti Univerzity třetího věku vykazovali častěji lepší hodnocení kvality života v psychologické a sociální oblasti než ostatní respondenti (Krzepota et al., 2015, s. 338). V nizozemské studii uvádějí Gobbens a Remmen (2019, s. 237), že vzdělání souviselo pouze s doménou Prostředí. Rozdíly ve vlivu vzdělání na hodnocení v jednotlivých doménách mohly být způsobeny kulturními a socioekonomickými odlišnostmi regionů, kde byly studie realizovány, i věkovou a vzdělanostní strukturou zařazených respondentů ve srovnání s naším výzkumem. Gobbens a Remmen (2019, s. 231) v této souvislosti upozorňuje, že asociace sociodemografických faktorů a kvality života starších lidí závisí také na nástrojích použitých k hodnocení kvality života.

Jak se v našem výzkumu ukázalo, vzdělání ovlivňovalo hodnocení kvality života v oblasti environmentální, sociální i psychologické. Domníváme se proto, že vzdělání představuje významný faktor ve vztahu ke kvalitě života seniora. Lidé s vyšším vzděláním mají obvykle širší sociální síť a větší frekvenci společenských aktivit, což jim ve stáří může pomáhat vyrovnávat se jak s emocionálními a sociálními problémy, které s sebou stárnutí přináší, tak i s případnými změnami prostředí ve kterém žijí. S tím jistě souvisí i ovládání moderních komunikačních technologií a úroveň počítačové gramotnosti, které seniorovi umožňují udržovat sociální kontakt s rodinou i přáteli a snižovat tak pocit osamělosti. Zároveň práce s novými technologiemi poskytuje seniorovi i kognitivní stimulaci. (Kalfoss, 2016, s. 261)

Sociální situace (s kým senior žije) měla v našem výzkumu vliv na hodnocení ve více oblastech kvality života. Seniori žijící s partnerem nebo příbuznými hodnotili pozitivněji, než ostatní respondenti své vlastní zdraví (Q2) a domény Prožívání, Sociální vztahy i Blízké vztahy. Bilgili a Arpacı (2014, s. 419) zjistili vyšší skóre kvality života v doméně Sociální zapojení u seniorů žijících v partnerském vztahu. U této domény byl ale v našem výzkumu potvrzen pouze vliv postoje ke stárnutí. Je však třeba vzít v úvahu, že Bilgili a Arpacı (2014, s. 415 – 421) pro hodnocení kvality života použili jen jeden dotazník, a to WHOQOL-OLD. Náš výzkum ale pracoval jak s WHOQOL-OLD, tak i s WHOQOL-BREF, kde jsme pozitivnější hodnocení v oblasti sociálních a blízkých vztahů u seniorů žijících s partnerem/příbuznými potvrdili. Také Gobbens a Remmen (2019, s. 236) prokázali, že život v partnerském vztahu byl u seniorů spojen s vyšším hodnocením v doménách Sociální zapojení a Blízké vztahy.

Vliv života v partnerském vztahu se prokázal i ve studiích, které pro hodnocení kvality život použily jiné dotazníky než v našem výzkumu. Například Lee et al. (2006, s. 293) při použití dotazníku SF-12 rovněž prokázal, že u seniorů žijících s partnerem byla kvalita života vyšší. Bilotta et al. (2012, s. 32) použili ve své studii dotazník Older People's Quality of Life Questionnaire (OPQOL) a zjistili, že italští seniori, kteří žili sami, měli nižší hodnocení kvality života v oblasti sociálních vztahů a zapojení. Studie provedená se stejným dotazníkem v Číně dospěla k závěru, že seniori žijící sami hodnotili nedostatek sociálních vztahů jako zdroj nízké spokojenosti s kvalitou života (Chen et al., 2014, s. 1593). Ve vztahu ke kvalitě života potvrzuje prospěšnost sociálních vztahů zahrnujících širokou síť přátel, podporu a partnerský vztah také Liao a Brunner (2016, s. 153). Sociální situace (život s partnerem/příbuznými) tak lze považovat za důležitý faktor kvality života, který ji ovlivňuje v oblasti prožívání, sociálních a blízkých vztahů, což bylo prokázáno ve více studiích nezávisle na použitých nástrojích pro hodnocení kvality života. Potvrzuje to, že rodinné prostředí má nenahraditelnou úlohu v rámci emocionální a sociální podpory (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 46) i blízkých vztahů seniora, které ovlivňují úroveň kvality jeho života (Lima et al., 2009, s. 2159). Sociální zapojení přispívá k lepšímu hodnocení zdraví a je považováno za důležitou složku kvality života u obou pohlaví (Lee et al., 2008, s. 1042 - 1054). Seniori se v domácím prostředí cítí zdravější, šťastnější a samostatnější (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 46), což má pozitivní dopad na fyzickou, psychologickou a sociální dimenzi jejich života (Lima et al., 2009, s. 2159). Heller toto prostředí nazývá „teritoriem“ seniora. (Heller, 2014, s. 24)

Důsledkem stárnutí dochází ke ztrátě některých sociálních dovedností seniora. Vzhledem ke stálému prodlužování lidského věku a rozdílu v průměrné délce života mužů

a žen, narůstá počet starších osob, které žijí samy. Z důvodu pocitu selhání nebo nedostatečného sociálního zázemí a kontaktů se senior dostává na okraj zájmu společnosti, hrozí mu samota a sociální izolace (Pokorná a Blažková, 2012, s. 28). Osamělost, která tak často stárí doprovází, pak vede ke zhoršení kvality života (Chruściel et al., 2018, s. 532). Zvláštní pozornost je třeba věnovat starším ženám, které často přežijí svého partnera a zůstávají pak v závěru života osamělé (UN, 2017; Tobiasz Adamczyk et al., 2017, s. 1871 - 1876). Tomu odpovídá i zjištění Soósově (2016. s. 491), že život bez partnera je spojen s negativnějším hodnocením kvality života. Znalost rozdílů v sociálních potřebách žen a mužů může poskytnout užitečné informace pro realizaci ošetrovatelských intervencí podporujících zlepšení kvality seniorů v oblasti sociálních vztahů. (Tobiasz Adamczyk et al., 2017, s. 1871 - 1876)

Senioři preferují kontakty s osobami, které znají, protože pro ně představují zdroj jistoty (Pokorná a Blažková, 2012, s. 28). Poskytování sociální podpory seniorům umožňuje širší sociální síť tvořená rodinou, přáteli a sousedy. Zahrnuje nejen zajištění pomoci v základních denních činnostech, ale i materiální a kognitivní podporu, pomoc při sociálním začlenění a emocionální podporu. Významnou sociální oporou jsou pro seniory v jejich přirozeném domácím prostředí partner, děti a další členové rodiny. Pro seniory žijící v domově pro seniory by pak měli být významnou sociální oporou i zdravotničtí pracovníci (Pokorná a Blažková, 2012, s. 26). Rovněž frekvence společenských aktivit je významná pro pozitivní ovlivnění kvality života seniorů (Lima et al., 2009, s. 2159). Narušením sociálních vztahů seniorů s blízkými osobami je ovlivněna jejich subjektivně vnímaná kvalita života, a to zejména v souvislosti se ztrátou smyslu života a depresí. (Ondrušová a Dragomirecká, 2012, s. 193 - 205)

V našem výzkumu senioři žijící v domově pro seniory, hodnotili doménu Prostředí lépe, než respondenti žijící sami, podobně jako ve studii Lima et al. (2009, s. 2159). Dostupnost a blízkost zdravotní péče v sociálním zařízení je významným faktorem přispívajícím k pozitivnímu názoru seniora na oblast prostředí, ve kterém žije. I když je fyzický stav seniorů žijících v domovech pro seniory horší, blízkost jejich vrstevníků vede k větší osobní pohodě a dává pocit jistoty, že není sám a že má kolem sebe jedince své generace, kteří často prošli ve svém životě podobnými zážitky a zkušenostmi. Život v komunitě vrstevníků vede seniora k větší aktivitě a motivuje ho k zájmu o sebe i ostatní. Je to základ pro eliminaci negativních pocitů, které může senior žijící sám v domácím prostředí vnímat intenzivněji. Zde je totiž senior často více či méně odkázaný pouze sám na sebe. (Virgulová a Schedová, 2013, s. 38)

Také doména Smrt a umírání byla hodnocena seniory z rezidenčního prostředí lépe, než seniory, kteří žijí sami v domácím prostředí. Stejně výsledky uvádí i Lima et al. (2009, s. 2159)

a Dvořáčková a Kajanová, (2012, s. 332). Jak jsme již dříve uvedly, pozitivnější hodnocení v doméně Smrt a umírání lze dát v institucionálním prostředí do souvislosti s častější konfrontací seniora se smrtí a umíráním, akceptací blízcího se závěru života, vnímáním smrti jako naděje na shledání se zemřelými příbuznými a přáteli, nebo jako konečné vyřešení jeho utrpení. V tomto kontextu lze pak mít na smrt pozitivnější náhled (Chin et al., 2014, s. 267 - 273; Forjaz et al., 2015, s. 176 - 181). Představa dobrého konce života je pro většinu seniorů spojena s klidnou, bezbolestnou a rychlou smrtí. (Fleming et al., 2016, s. 1 - 2)

Lokalita bydliště ovlivňovala v našem výzkumu domény Sociální vztahy a Fungování smyslů. Lepší hodnocení domény Sociální vztahy uváděli senioři žijící ve městech. Podobně uvádí pozitivnější hodnocení kvality života seniorů žijících ve městě také Balogh et al. (2012, s. 88). Autorský kolektiv Baernholdt et al. (2012, s. 339 - 347) upozorňuje, že společně s nižší kvalitou života související se zdravím měli lidé ve venkovských oblastech také výrazně nižší sociální zapojení než senioři žijící ve městě. Naopak v brazilské studii se zjistilo, že starší lidé ve venkovských oblastech měli ve většině domén kvality života vyšší skóre než obyvatelé městských oblastí (Tavares et al., 2014, s. 401). Autoři upozorňují, že život v městských aglomeracích může mít negativní dopady na kvalitu života seniorů, a proto je nutné, aby sestra realizovala intervence podporující rozvoj sociálních vztahů seniorů žijících v městských komunitách. Rozdílnost brazilských výsledků ve srovnání s naším výzkumem může souviset s odlišným sociokulturním kontextem, životním stylem i ekonomickou úrovní tohoto jihoamerického regionu ve srovnání s Českou republikou. Výsledek v naší studii pak můžeme dát do souvislosti i s tím, že čeští respondenti žijící ve městě měli pravděpodobně více možností pro zapojení do sociálních sítí jak svých vrstevníků, tak i účastníků Univerzity třetího věku a také více příležitostí návštěv různých kulturních a společenských akcí, než respondenti žijící na vesnici.

Přítomnost demence ovlivňovala kvalitu života pouze v doménách Prostředí a Nezávislost, kde měli senioři s demencí horší hodnocení. Podobné výsledky nacházíme také u dalších autorů (Fialová, 2016, s. 8, Lima et al., 2009, s. 79 - 92). Bylo potvrzeno, že s progresí kognitivní poruchy se snižuje hodnocení kvality života seniorem (Missotten et al., 2009, s. 395-400). Zhoršení kognitivních funkcí totiž vede u seniora k narůstající nesoběstačnosti v aktivitách denního života, což má negativní dopad na vnímání kvality jeho života (Giebel et al., 2015, s. 63; Barbe et al., 2017, s. 571). Naopak u pacientů s demencí, kteří byli dosud více soběstační, bylo prokázáno vyšší hodnocení kvality života (Ydstebø et al., 2018, s. 1607; Conde-Sala et al., 2016, s. 999). Mimo postižení v ADL vykazují senioři s demencí i postižení složitých instrumentálních činností (IADL), jako je nakupování a příprava jídla (Kobayashi et

al., 2016, s. 350; Ouchi et al., 2016, s. 374). Tato progredující nesoběstačnost vede ve svých důsledcích k postupně narůstající závislosti na péči druhé osoby. Péče o blízkou osobu s demencí je fyzicky, psychicky, ale i finančně náročná (Dragomerická et al., 2018, s. 36). Proto je často pro rodinu dlouhodobě nerealizovatelná, což pak vede k nutnosti umístění seniora do trvalé institucionální péče (Mlýnková, 2011, s. 142, Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 119 - 121). Prostředí, ve kterém senior žije, je významným aspektem při hodnocení kvality života. Změna důvěrně známého domácího prostředí a přechod do neznámého prostředí, pro seniora představuje další zátěž, stres a nejistotu. (Ritter-Rauch, 2016, s. 15 - 29)

Všichni naši respondenti s demencí byli klienty domovů pro seniory a výsledky výzkumu potvrdily prostředí a s ním spojený stupeň nezávislosti jako významné faktory ovlivňující kvalitu jejich života. Při realizaci intervencí v rámci institucionální péče je tedy třeba tyto dva faktory zohlednit. Nedílnou součástí péče o osoby s demencí v domovech pro seniory jsou proto jak psychosociální intervence, tak i podpora zachování soběstačnosti a vytvoření stimulačního podpůrného a bezpečného prostředí. V tomto kontextu je velmi důležité proškolení personálu o péči podporující nezávislost a soběstačnost pacientů s demencí (Holmerová, 2014, s. 6 - 13). Významnou roli má i zvládnutí adaptačního procesu seniora na změnu prostředí po nástupu do domova pro seniory. Zde je velmi důležité začlenit do spolupráce i rodinu. Seniorovi s demencí v novém prostředí poskytuje jistotu pravidelný denní režim a zachování navykklých rituálů, které mu pomáhají v časové orientaci a podpoře soběstačnosti. Je proto třeba v prostředí jeho pokoje vše co nejvíce přizpůsobit tomu, na co byl senior zvyklý – lůžkoviny, fotografie rodinných příslušníků, drobné známé předměty denní potřeby a podobně. Klíčový pracovník se společně s klientem zaměří i na stravovací zvyklosti, vhodnou aktivizaci a podporu smyslového vnímání u seniora (Lukasová a Hradilová, 2014, s. 81). Udržování nezávislosti v běžných denních činnostech má pak pozitivní dopad na většinu domén kvality života. (Soosová, 2016, s. 484-493)

Domácí prostředí je neoptimálnější variantou, pokud je možné v tomto prostředí zajistit péči rodinným pečovatelem v kombinaci s agenturou domácí péče. Nikmat et al. (2015, s. 115) uvádí, že senioři s kognitivním deficitem, o které je pečováno v domácím prostředí, dosahují vyšší kvality života, vykazují lepší kognitivní funkce, menší míru deprese a vykazují vyšší sociální zapojení ve srovnání se seniory z ústavní péče.

Postoje ke stárnutí a stáří v našem výzkumu ovlivňovaly hodnocení nejvíce oblastí kvality života ve srovnání s ostatními sledovanými faktory. Dotazník postojů ke stárnutí (AAQ) zahrnuje tři domény. První se zaměřuje na psychosociální ztráty, kdy je věk vnímán jako negativní zkušenost. Druhá zahrnuje fyzickou oblast stárnutí a třetí doména pak souvisí

s psychologickým růstem a moudrostí stáří (Laidlaw et al., 2007, s. 367 - 379). Seniori v naší studii, kteří měli pozitivnější postoj ke stárnutí ve všech AAQ doménách, měli lepší hodnocení celkové kvality života i spokojenosti se zdravím, a také lepší hodnocení v doménách Prožívání, Prostředí, Nezávislost, Naplnění, Sociální zapojení a Blízké vztahy. Výsledky tedy potvrdily vliv postojů ke stárnutí jak na kvalitu života hodnocenou jako celek, tak i na její jednotlivé oblasti – environmentální, psychologickou a sociální. Vliv pozitivnějšího postoje ke stárnutí na vyšší úroveň celkové kvality života a spokojenosti se zdravím uvádí i Bryant et al. (2010, s. 1674).

Vliv postojů ke stárnutí na kvalitu života seniorů zjištěný v našem výzkumu odpovídá výsledkům rozsáhlé studie zahrnující seniory z dvaceti zemí Evropy, USA, Kanady, Austrálie, Jižní Ameriky, Blízkého Východu a Asie (Low et al., 2013, s. 146). Autoři zde prokázali vztah postojů ke stárnutí ve všech AAQ doménách a spokojenosti se zdravím i fyzickou, psychologickou, sociální, environmentální i celkovou kvalitou života seniorů. Rovněž i studie realizované v Turecku ukazují, že všechny tři AAQ domény jsou významnými prediktory kvality života seniorů (Top a Dikmetaş, 2015, s. 288; Korkmaz Aslan et al., 2019, s. 157). Ačkoli kvalita života a postoje ke stáří a stárnutí jsou koncepty ovlivňované sociokulturními i historickými kontexty a individuálně interpretovatelné, podobnosti mezi výsledky u respondentů z regionů s odlišnými sociokulturními charakteristikami potvrzují reálnost zobecnitelnosti vztahu postoje ke stárnutí a kvality života u seniorské populace napříč různými kulturními prostředími.

Podobně jako v našem výzkumu, i Hesse (2015, s. 1) uvádí významný vliv postojů ke stárnutí na hodnocení kvality života v doméně Prostředí. Dongre a Deshmukh (2012, s. 181 - 189) připomínají, že problémy nebo konflikty v rámci rodinného prostředí, nízká kvalita úrovně bydlení a nedostatečné finanční zabezpečení společně přispívají k negativnímu vnímání stáří, což může mít dopad na environmentální oblast kvality života.

Naše výsledky dále ukázaly, že hodnocení kvality života v oblastech Fungování smyslů a Fyzické zdraví, zlepšovaly pozitivnější postoje ke stárnutí v AAQ doménách Fyzické změny a Psychosociální ztráty. Podobná zjištění najdeme i v turecké studii autorů Top a Dikmetaş (2015, s. 288 - 300). Také i Low et al. (2013, s. 146) uvádí, že hodnocení v AAQ doméně Fyzické změny mělo největší vliv na fyzickou oblast kvality života seniorů. Tato AAQ doména se týká fyzického zdraví, kondice, cvičení a také celkové reflexe stárnutí (Dragomirecká Prajsová, 2009, s. 16). Korkmaz Aslan et al. (2019, s. 162) připomínají, že starší lidé vnímají stárnutí víc jako proces fyzický proces než psychologický, jehož důsledkem je spíše fyzická než psychologická změna. Silný vztah mezi postojem ke stárnutí v oblasti fyzických změn

a kvalitou života seniorů by se proto měl brát v úvahu při plánování intervencí podporujících kvalitu jejich života. Realizace aktivit zaměřených na zdravý životní styl a pravidelné cvičení mohou mít velký význam pro udržení pozitivních postojů ke stárnutí, což se pak odrazí i v hodnocení kvality života seniora. AAQ doménu Fyzické změny v našem výzkumu významně lépe hodnotili senioři z Univerzity třetího věku. Předpokládáme, že zde mohla mít vliv jejich lepší úroveň mobility, více fyzické aktivity a lepší zdravotní stav než u jedinců v domovech pro seniory. Negativní hodnocení domény Fyzické změny u seniorů ve srovnání s populačním standardem, popisuje i Urbanová a Bužgová. (2016, s. 565–571)

Na to, jakým způsobem senior přijme fakt svého stárnutí a stárí, mají vliv nejen jeho charakterové vlastnosti, ale i vliv médií a společenského prostředí. Je však svobodnou volbou každého, zda bude k nevratnému procesu stárnutí přistupovat negativně, nebo se bude snažit hledat na této etapě života i pozitiva (Kisvetrová, 2019, s. 30). Překonání negativních stereotypů o stárnutí a s nimi související změny na sociální a individuální úrovni mohou pomoci k úspěšné adaptaci seniora na stárí a stárnutí, což ve svém důsledku vede ke zvýšení životní spokojenosti a kvality jeho života. (Bryant et al., 2012, s. 1674; Janečková et al., 2013, s. 63-71)

Náš výzkum potvrdil, že prediktor, který u seniorů ovlivňoval nejvíce domén kvality života i její celkové hodnocení byl postoj ke stárnutí. Dalšími faktory s vlivem na více domén kvality života pak byly věk, vzdělání a sociální situace (s kým senior žije). Postoje a adaptace seniorů na změny jejich aktuálního stavu související s procesem stárnutí jsou důležitým mezníkem pro vnímání kvality života. Je proto velmi důležité, abychom se při poskytování ošetrovatelské péče snažili zhoršování a snižování kvality života starší populace předcházet, a to především lepším pochopením potřeb jedinců a detekcí problematických oblastí související s kvalitou života v seniorském věku. Tyto znalosti umožní sestřám v rámci EBN (evidence base nursing) volit optimální ošetrovatelské intervence, které budou zohledňovat specifické faktory ovlivňující subjektivní vnímání kvality života seniorů. Zvláště důležitá je tato skutečnost v době, kdy zažíváme zásadní demografické změny v rámci populačního stárnutí, a zvyšují se požadavky na poskytování geriatrické ošetrovatelské péče. Je proto třeba se v rámci geriatrického ošetrovatelství při plánování intervencí na podporu kvality života cíleně zaměřovat i na podporu pozitivních postojů ke stárnutí a rozvoj a udržení sociálních kontaktů seniorů.

Závěrem je potřeba zmínit i limity tohoto výzkumu. Zaprvé, při realizaci studie byl použit průřezový design. Budoucí výzkum by měl zvážit použití longitudinálního designu, který by mohl přispět k porozumění trajektorie vlivu jednotlivých faktorů na kvalitu života ve stárí a prediktorů této změny v delší časové perspektivě. Zadruhé, soubor respondentů v našem

výzkumu neodráží plně heterogenitu geriatrické populace v České republice ve vztahu k různým typům poskytované zdravotní a sociální péče. Nejsou zařazeni hospitalizovaní geriatrickí pacienti ani nesoběstační senioři, kterým je poskytována domácí zdravotní péče. Zatřetí, při výzkumu nebyly sledovány další proměnné, které mohly mít také dopad na hodnocení kvality života, jako například deprese, kvalita rodinných vztahů, komorbidita nebo ekonomická situace seniora.

ZÁVĚR

Výzkum realizovaný v rámci této disertační práce byl zaměřen na subjektivní hodnocení kvality života seniorů a faktory, které jej ovlivňují. Dílčí cíle pak zkoumaly rozdíly v hodnocení kvality života mezi seniory, kteří žili ve vlastním sociálním prostředí a navštěvovali Univerzitu třetího věku, a seniory z domovů pro seniory. Dále pak zkoumaly vliv vybraných faktorů na hodnocení kvality života.

Analýza výsledků ukázala, že senioři z domovů pro seniory a senioři v domácím prostředí navštěvující Univerzitu třetího věku se významně lišili ve svém hodnocení kvality života i postojů ke stárnutí. Senioři navštěvující Univerzitu třetího věku hodnotili lépe jak celkové hodnocení kvality života a spokojenost se zdravím (Q1, Q2), tak i domény Fyzické zdraví, Prožívání, Sociální vztahy, Fungování smyslů, Naplnění a Blízké vztahy. Naopak senioři z domovů pro seniory měli lepší hodnocení v doméně Smrt a umírání. Co se týká postojů ke stárnutí a stáří tak senioři navštěvující Univerzitu třetího věku měli pozitivnější postoj ke stárnutí v doménách Psychologické ztráty a Fyzické změny. Senioři z domovů pro seniory, pak měli pozitivnější postoje ke stárnutí v doméně Psychologický růst. Nejsilnější korelace byla nalezena mezi doménami *Naplnění* a *Sociální zapojení* dotazníku WHOQOL-OLD.

Jako prediktory kvality života potvrdila multivariantní analýza *pohlaví, věk, vzdělání, sociální situaci, lokalitu bydliště, demenci a postoj ke stárnutí*. Ženy hodnotily kvalitu života hůře v doméně prostředí. Se zvyšujícím se věkem se zhoršovalo hodnocení kvality života v doménách Fyzické zdraví a Fungování smyslů, naopak se zlepšovalo v doménách Sociální vztahy, Naplnění a Blízké vztahy. Vzdělání pozitivně ovlivňovalo hodnocení v doménách Prožívání, Sociální vztahy, Prostředí a Blízké vztahy. Senioři bydlící s partnerem nebo příbuznými lépe hodnotili celkovou spokojenost se zdravím (Q2), domény Prožívání, Sociální vztahy a Blízké vztahy. Naopak senioři bydlící v domově pro seniory hodnotili lépe domény Prostředí a Smrt a umírání. Senioři žijící ve městě měli lepší hodnocení v doméně Sociální vztahy a horší v doméně Fungování smyslů. Senioři v počátečním stadiu demence hodnotili hůře kvalitu života v doménách Prostředí a Nezávislost. Pozitivnější postoj ke stárnutí ve všech doménách AAQ zlepšoval celkové hodnocení kvality života i spokojenost se zdravím (Q1, Q2), a domén Prožívání, Prostředí, Nezávislost, Naplnění, Sociální zapojení a Blízké

vztahy. AAQ domény Psychosociální ztráty a Fyzické změny zlepšovaly hodnocení kvality života ve Fungování smyslů a Fyzickém zdraví. Sociální vztahy zlepšovalo pozitivnější hodnocení AAQ domén Psychosociální ztráty a Psychologický růst. Pozitivnější hodnocení AAQ domény Psychosociální ztráty ovlivňovalo doménu Smrt a umírání.

Výsledky získané v rámci výzkumu této disertační práce mají význam pro oblast edukace, klinické praxe a definování dalších oblastí výzkumu.

Edukace

Výsledky disertační práce ukazují, že díky progresivním demografickým změnám a narůstající geriatrizaci společnosti bude třeba v rámci pregraduálního vzdělávání sester klást více důrazu na problematiku podpory kvality života seniorské populace s akcentem na pozitivní postoje ke stárnutí, a to v multidimenzionální perspektivě.

Klinická praxe

Výzkum ukázal, že postoje ke stárnutí představují u seniorů faktor, který má zásadní dopad na hodnocení jejich kvality života. Při poskytování ošetrovatelské péče je třeba předcházet zhoršování kvality života starší populace, a to především lepším pochopením postojů seniorů k vlastnímu stárnutí a stáří. Tyto znalosti umožní sestřám v rámci EBN (evidence base nursing) volit optimální ošetrovatelské intervence, které budou podporovat pozitivní přístup k vlastnímu stárnutí a tím ovlivňovat subjektivní vnímání kvality života seniorů.

Další výzkum

Oblastí dalšího výzkumu, který by navázal na výzkum realizovaný v rámci této disertační práce, je hledání faktorů, které mohou podporovat pozitivní pohled stárnoucí populace na vlastní stárnutí a stáří a tak ovlivňovat kvalitu života. Druhou oblastí je pak identifikace a formulování ošetrovatelských intervencí podporujících pozitivní postoje ke stárnutí s dopadem na kvalitu života seniorů. Vzhledem ke skutečnosti, že v České republice je jen velmi málo studií, které by se problematikou vlivu postojů ke stárnutí na kvalitu života heterogenní seniorské populace zabývaly, je realizace následných longitudinálních observačních studií zaměřených na tuto oblast velmi potřebná.

Disertační práce ukázala, že postoje ke stárnutí představují prediktor, který nejvíce ovlivňuje hodnocení kvality života jako celku i v největším počtu jejích domén. Dalšími prediktory s vlivem na více domén kvality života se pak ukázaly být věk, vzdělání a sociální

situace (s kým senior žije). Identifikace těchto faktorů pomáhá sestřám pochopit kvalitu života i z pohledu seniorů a realizovat intervence zaměřené na faktory, které senioři vnímají jako významně ovlivňující kvalitu jejich života.

LITERATURA

AL-AMER, R.; SUBIH, M.; ALDARAAWI, H. et al. Prevalence of Depression and Its Influence on the Quality of Life of Jordanians Living in Residential Care Facilities. *Journal of Nursing Research*. 2019, 27(6), 1-8. ISSN 1948-965.

ALCAÑIZ, M.; SOLÉ-AURÓ, A. Feeling good in old age: factors explaining health-related quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 2018, 16(1), 48. ISSN 1477-7525.

ALDWIN, M. C.; GILMER, F. D. *Health, illness and optimal aging*. New York: Springer Publishing Company. 2013. 416 s. ISBN: 978-0-8261-9346-92013

ARLT, S.; HORNING, J.; EICHENLAUB, M. et al. The patient with dementia, the caregiver and the doctor: cognition, depression and quality of life from three perspectives. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2008, 23(6), 604–610. ISSN 0885-6230.

AUNG, K. T.; NURUMAL, M. S.; WAN, N. et al. Loneliness among elderly in Nursing homes. *International Journal for Studies on Children, Women, Elderly And Disabled*. 2017, 2, 72-78. ISSN 0128-309.

BAERNHOLD, M.; HINTON, I.; YAN, G. et al. Factors associated with quality of life in older adults in the United States. *Quality of Life Research*. 2012, 21(3), 527–534. ISSN 0962-9343.

BALOGH, O. Z.; BOGNÁR, J.; BARTHALOS, I. et al. Quality of life, assertiveness, and personality dimensions in elderly men. *Biomedical Human Kinetics*. 2012, 4, 88 – 92. ISSN 2080-2234.

BANERJEE, S.; SAMSI, K.; PETRIE, C. D. et al. What do we know about quality of life in dementia? A review of the emerging evidence on predictive and explanatory value of disease specific measures of health related quality of life in people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2009, 24(1), 15–24. ISSN 0885-6230.

BARBE, C.; MORRONE, I.; WOLAK-THIERRY, A. et al. Impact of functional alterations on quality of life in patients with Alzheimer's disease. *Aging and mental health*. 2017, 21(5), 571–576. ISSN 1360-7863.

BARTOŠ, A. 2010. Zjevná afázie není přítomna ani ve středním stadiu Alzheimerovy nemoci. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2010, 73/106(3), 254-257. ISSN 1803-6597.

- BEYER, A. K.; WOLFF, J. K.; Warner, L. M. et al. The role of physical activity in the relationship between self-perceptions of ageing and self-rated health in older adults. *Psychology & Health*. 2015, 30(6), 671–685. ISSN 0887-0446.
- BILGILI, N.; ARPACI, F. Quality of life of older adults in Turkey. *Archives Of Gerontology And Geriatrics*. 2014, 59(2), 415-421. ISSN 1872-6976.
- BILLOTA, C.; BOWLING, A.; NICOLII, P. et al. Quality of life in older outpatients living alone in the community in Italy. *Health & social care in the community*. 2012, 20(1), 32–41. ISSN 0966-0410.
- BODUR, S.; DAYANIR CINGIL, D. Using WHOQOL-BREF to evaluate quality of life among Turkish elders in different residential environments. *J Nutr Health Aging*. 2009, 13(7), 652-6. ISSN 1760-4788.
- BOER, B.; BEERENS, H. C.; KATTERBACH, M. A. et al. The Physical Environment of Nursing Homes for People with Dementia: Traditional Nursing Homes, Small-Scale Living Facilities, and Green Care Farms. *Healthcare*. 2018, 6(4), 137. ISSN 2227-9032.
- BORGLIN, G.; JAKOBSSON, U.; EDBERG, A. K. et al. Older people in Sweden with various degrees of present quality of life: their health, social support, everyday activities and sense of coherence. *Health & social care in the community*. 2006, 14(2), 136–146. ISSN 0966-0410.
- BOWLING, A. Lay perceptions of successful ageing: findings from a national survey of middle aged and older adults in Britain. *Eur J Ageing*. 2006, 3(3), 123–136. ISSN 1613-9380.
- BOWLING, A.; GABRIEL, Z. Lay theories of quality of life in older age. *Ageing & Society*. 2007, 27(6), 827-848. ISSN 1469-1779.
- BOZKURT, Ü. “Neoliberalism with a human face: making sense of the Justice and Development Party’s neoliberal populism in Turkey.” *Science & Society*. 2013, 77(3), 372-396. ISSN 1943-2801.
- BOZKURT, Ü.; YILMAZ, M. The Determination of Functional Independence and Quality of Life of Older Adults in a Nursing Home. *International Journal of Caring Sciences*. 2016, 9(1), 198-211. ISSN 1792-037.
- BROTHERS, A.; MICHE, M.; WAHL, H. W. et al. Examination of associations among three distinct subjective aging constructs and their relevance for predicting developmental correlates. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2017, 72(4), 547–560. ISSN 1758-5368.
- BRYANT, C.; BEI, B.; GILSON, K. et al. The relationship between attitudes to aging and physical and mental health in older adults. *International psychogeriatrics*. 2012, 24(10), 1674-1683. ISSN 1741-203.

BRYLA, M.; BURZYŃSKA, M.; MANIECKA-BRYLA, I. Self-rated quality of life of city-dwelling elderly people benefitting from social help: results of a cross-sectional study. *Health and quality of life outcomes*. 2013, 11, 181. ISSN 1477-7525.

BRZÁKOVÁ, K. *Geriatrická problematika v pastorální péči*. Praha: Karolinum. 2014. 140 s. ISBN: 978-80-246-2301-6

BUŽGOVÁ, R.; KLECHOVÁ, H. Measuring attitudes of seniors to ageing. *Prakt Lek*. 2011, 91(7), 396-401. ISSN 1803-6597.

CAHILL, S.; DIAZ, A. *Living in a Nursing Home. Quality of Life The Priorities of Older People with a Cognitive Impairment* [online]. 2011 [cit. 13.10.2019]. Dostupné z: <http://dementia.ie/images/uploads/site-images/Quality-of-Life-in-Nursing-Homes.pdf>

CAMPOS, V. C. A.; FERREIRA, E.; VARGAS, A. et al. Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. *Health and quality of life outcomes*. 2014, 12, 166. ISSN 1477-7525.

COLL, P. (Ed.). *Healthy Aging: A Complete Guide to Clinical Management*. Cham: Springer. 2019. 399 pp. ISBN: 978-3-030-06199-9

CONDE-SALA, J. L.; TURRO-GARRIGA, O.; PORTELLANO-ORTIZ, C. et al. Self Perceived quality of life among patients with Alzheimer's disease: two longitudinal models of analysis. *Journal of Alzheimer's disease*. 2016, 52(3), 999-1012. ISSN 1387-2877.

COUTO, M. C. P.; KOLLER, S. H.; NOVO, R. Stressful Life Events and Psychological Well-being in a Brazilian Sample of Older Persons: The Role of Resilience. *Ageing International*. 2011, 36, 492–505. ISSN 0163-5158.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (ČSÚ). *Ženy a muži v datech* [online]. 2017 [cit. 13. 9. 2019]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/45709986/30000417.pdf/1fa799cb-c008-4271-a09c-9035e22923cc?version=1.2>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (ČSÚ).. *Aktuální populační vývoj v kostce* [online]. 2018a. [cit. 2020-02-25]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/aktualni-populacni-vyvoj-v-kostce>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (ČSÚ). *Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2100* [online]. 2018b. [cit. 2020-02-25]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-do-roku-2100-n-fu4s64b8h4>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (ČSÚ). *Věkové složení obyvatelstva – 2018* [online]. 2019 [cit. 2020-02-20]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vekove-slozeni-obyvatelstva-g598foxrzn>

- ČEVELA, R. *Sociální a posudkové lékařství*. Praha: Karolinum Press. 2015. 160 s. ISBN 978-80-246-2950-6
- DA SILVA, G. C.; CAVALCANTE, J. L. Quality of life and functional capability of elderly Brazilian women. *Work*. 2019, 62(1), 97-106. ISSN 1875-9270.
- DANI, P.; BHOORE, R. N. A comparative study to assess the quality of life among senior citizens residing at homes and old age homes of Pune city. *Innovational Journal of Nursing and Healthcare*. 2015, 1(3), 218-226. ISSN 2454-4906.
- DAWALIBI, N. W.; GOULART, R. M. M.; PREARO, L. C. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a Terceira idade. *Cien Saude Colet*. 2014, 19(8), 3505-3512. ISSN 1678-4561.
- DIEHL, M.; WAHL, H. W.; BARRETT, A. E. et al. Awareness of aging: Theoretical considerations on an emerging concept. *Developmental Review*. 2014, 34(2), 93–113. ISSN 0273-2297.
- DONGE, A., R.; DESHMUKH, P. R. Social Determinants of Quality of Elderly Life in a Rural Setting of India. *Indian J Palliat Care*. 2012, 18(3), 181–189. ISSN 1998-3735.
- DRAGOMIRECKÁ, E.; KVIRENCOVÁ, A.; JANEČKOVÁ, H. Psychoedukace pro rodinné pečující o seniora s demencí. *Fórum sociální práce*. 2018, 35-48. ISSN 2336-6664.
- 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
- DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing a.s. 2012. 112 s. ISBN: 978-80-247-4138-3
- DVOŘÁČKOVÁ, D.; KAJANOVÁ, A. Vybrané aspekty kvality života seniorů z dotazníku WHOQOL-OLD – smrt, umírání a blízké vztahy. *Kontakt*. 2012, 14(3), 331-339. ISSN 1212–4117.
- ESCUDE-MOLLON, P.; CABEDO, S. *Education and quality of life of senior citizens*. Helsinki: Universitat Jaume. 2013. 240 s. ISBN: 978-84-697-0109-6
- ESCUDE-MOLLON, P.; ESTELLER-CURTO, R. *Beyond quality assessment tools; potentialities of the QEduSen evaluation toolkit*. Seville: 6th International Conference of Education, Research and Innovation. 2013, 4115-4119. ISBN: 978-84-616-3847-5
- ESER, E.; SAATLI GERÇEKLİOĞLU, G.; ESER, S. et al. Psychometric properties of the turkish version (AYTA-TR) of the who-europe attitudes of aging (EAAQ) questionnaire research. *Turkish journal of geriatrics*. 2011, 14(2), 101-110. ISSN 1307-9948.

EUROSTAT. *Healthy life years* [online]. 2018. [cit. 2020-02-20]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthy_life_years_statistics#Healthy_life_years_at_birth

EVERTON ANDERSON, I. *Supporting Crisis Survivors: A Resource for Careprofessionals and Lay People*. 2013. 151 s. ISBN: 978-1-4836-5683-0

FALLER, J. W.; PEREIRA, D. N.; SOUSA, S. et al. Instruments for the detection of frailty syndrome in older adults: A systematic review. *PLoS ONE*. 2019, 14(4), 1-23. ISSN 1932-6203.

FARSIANPOUR, F.; ARAB, M.; FOROUSHANI, A. R. et al. Evaluation of the Criteria for Quality of Life of Elderly Health Care Centers in Tehran Province, Iran. *Global Journal of Health Science*. 2015, 8(7), 68-76. ISSN 1916-9744.

FAUDZI, F. N. M.; ARMITAGE, C. J.; BRYANT, C.; BROWN, L. J. E. Moderating effects of age on relationships between attitudes to aging and well-being outcomes. *Aging and Mental Health*. 2019, 17, 1-7. ISSN 1364-6915.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. *Quality of life: Assessment, analysis and reporting of patient-reported outcomes. 3rd edition*. Chichester, UK: Wiley Blackwell. 2016. 626 pp. ISBN: 978-1-4443-3795-2

FERNÁNDEZ-CARRO, C. Ageing at home, co-residence or institutionalisation? Preferred care and residential arrangements of older adults in Spain. *Ageing and Society*. 2016, 36(03), 586 – 612. ISSN 1469-1779.

FERREIRA, L.; CAVALCANTE, L. M. A.; ALVES, M. et al. Quality of life of elderly who participate in group health. *Enfermeria Global*. 2015, 14(4), 1-32. ISSN 1695-6141.

FIALOVÁ, A. *Kvalita života seniorů a postoje ke stárnutí*. Olomouc, 2016. Diplomová práce. Palackého Universita Olomouc, Fakulta zdravotnických věd.

FLEMING, S.; KOLETSI, D.; IOANNIDIS, J. P. A. et al. High quality of the evidence for medical and other health-related interventions was uncommon in Cochrane systematic reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2016, 78, 34-42. ISSN 1179-1349.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; McHUGH, P. R. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975, 12(3), 189-98. ISSN 0022-3956.

FORJAZ, M. J.; RODRIGUEZ-BLAZQUEZ, C.; AYALA, A. et al. Chronic conditions, disability, and quality of life in older adults with multimorbidity in Spain. *European Journal of Internal Medicine*. 2015, 26(3), 176–181. ISSN 0953-6205.

FYMAT, A. L. Dementia: A review. *Journal of Clinical Psychiatry and Neuroscience*. 2018, 1(3), 27-34. ISSN 1488-2434.

GABRIEL, Z.; BOWLING, A. Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing and Society*. 2004, 24(5), 675- 691. ISSN 1469-1779.

GALE, C. R.; COOPER, C. Attitudes to ageing and change in frailty status: The English Longitudinal Study of Ageing. *Gerontology*. 2018, 64(1), 58–66. ISSN 0304-324.

GAMBIN, G.; MOLZAHN, A.; FUHRMANN, A. C. et al. Quality of life of older adults in rural southern Brazil. *Rural Remote Health*. 2015, 15(3), 3300. ISSN 1445-6354.

GEORGESCU, C. V.; DOMNARIU, C. D.; ARDELEANU, V. et al. A retrospective study about Institutionalized elderly life conditions in three social care centers. *Revista de Cercetare si Interventie Sociala*. 2015, 51, 21-40. ISSN 1583-3410.

GIEBEL, C. M.; SUTCLIFFE, C.; CHALLIS, D. Activities of daily living and quality of life across different stages of dementia: a UK study. *Aging and Mental Health*. 2015, 19(1), 63–71. ISSN 1360-7863.

GOBBENS, R. J., REMMEN, R. The effects of sociodemographic factors on quality of life among people aged 50 years or older are not unequivocal: comparing SF-12, WHOQOL-BREF, and WHOQOL-OLD. *Clinical interventions in aging*. 2019, 14, 231-239. ISSN 1176-9092.

GOBBENS, R. J.; LUIJKX, K. G.; van ASSEN, M. A. Explaining quality of life of older people in the Netherlands using a multidimensional assessment of frailty. *Quality of Life Research*. 2013, 22(8), 2051–2061. ISSN 0962-9343.

GOBBENS, R. J.; van ASSEN, M. A. The prediction of quality of life by physical, psychological and social components of frailty in community-dwelling older people. *Quality of Life Research*. 2014, 23(8), 2289–2300. ISSN 0962-9343.

GOBBENS, R. J.; van ASSEN, M. A. Psychometric properties of the Dutch WHOQOL-OLD. *Health Quality of Life Outcomes*. 2016, 14(1), 103. ISSN 1477-7525.

GOLUBEVA, E. Y. Conceptual basis for evaluating quality of life in elderly people in institutional care systém. *Advances in Gerontology*. 2012, 2, 217–220. ISSN 2079-0570.

GÜLER, E. K.; ESER, I.; KHORSHID, L. et al. Nursing diagnoses in elderly residents of a nursing home: A case in Turkey. *Nursing Outlook*. 2012, 60(1), 21–28. ISSN 0029–6554.

GUPTA, A.; MOHAN, U.; TIWARI, S. C. et al. Quality of Life of Elderly People and Assessment of Facilities Available in Old Age Homes of Lucknow. *The Indian Journal of Community Medicine*. 2014, 5(1), 21-24. ISSN 2229-681.

GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada Publishing a.s. 2011. 224 s. ISBN: 978-80-247-3625-9

HÁJEK, A.; BRETTSCHEIDER, C.; LANGE, C. et al. Gender differences in the effect of social support on health-related quality of life: results of a population-based prospective cohort

study in old age in Germany. *Quality of Life Research*. 2016, 25(5), 1159-1168. ISSN 1573-2649.

HAJIAN-TILAKI, K.; HEIDARI, B.; HAJIAN-TILAKI, A. Are Gender Differences in Health-related Quality of Life Attributable to Sociodemographic Characteristics and Chronic Disease Conditions in Elderly People? *Int J Prev Med*. 2017, 8, 95. ISSN 2008-8213.

HALVORSRZUD, L.; KIRKEVOLD, M.; DISETH, A. et al. Quality of life model: Predictors of quality of life among sick older adults. *Research and Theory for Nursing Practice*. 2010, 24, 241–259. ISSN 1541-657.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team. 2010. 400 s. ISBN: 80-7038-158-2

HAŠKOVCOVÁ, H. *Sociální gerontologie aneb Seniori mezi námi*. Praha: Galén, 2012. 194 s. ISBN: 978-80-7262-900-8

HEESE, K. Ageing, dementia and society - an epistemological perspective. *Springer plus*. 2015, 20(4), 135. ISSN 2193-1801.

HELLER, D. *Psychologie vývojová a osobnosti*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Pedagogická fakulta. 2014. 56 s. ISBN: 978-80-7290-681-9

HERAVI-KARIMOOI, M.; ANOOSHEH, M.; FOROUGHAN, M. et al. Understanding loneliness in the lived experiences of Iranian elders. *Scand J Caring Sci*. 2010, 24(2), 274-280. ISSN 1471-6712.

HEŘMANOVÁ, E. Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu. *Sociológia*. 2012, 4(44), 478-496. ISSN 0049-1225.

HEYDARI, J.; KHANI, S. D. R.; SHAHHOSSEINI, Z. Health-related quality of life of elderly living in nursing home and homes in a district of Iran: Implications for policy makers. *Indian Journal of Science and Technology*. 2012, 5(5). ISSN 0974-6846.

HOLMEROVÁ, I.; BAUMANOVÁ, M.; VAŇKOVÁ, H. et al. Geriatrický pacient, geriatrická farmakoterapie a kvalita života. *Praktické lékařství*. 2013, 9(3), 114–116. ISSN 1803-5329.

HOLMEROVÁ, I.; MÁTLOVÁ, M.; VAŇKOVÁ, H. et al. Demence. *Med. Pro Praxi*. 2010, 7(3), 139–144. ISSN 1803-5310.

HOLMEROVÁ, I.; WAAGEOVÁ, A.; HRADCOVÁ, D. et al. *Dlouhodobá péče - geriatrické aspekty a kvalita*. Praha: Grada Publishing a.s. 2014. 176 s. ISBN: 978-80-247-5923-4

HROZENSKÁ, M.; DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013, 191 s. ISBN: 978-80-247-4139-0

HUBER, M.; KNOTTNERUS, J. A.; GREEN, L. et al. How should we define health? *BMJ*. 2011, 343, d4163. ISSN 1756-1833.

- HUDÁKOVÁ, A.; MAJERNÍKOVÁ, L. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing a.s. 2013. 128 s. ISBN: 978-80-247-4772-9
- CHAPELL, N. L. Correcting cross-cultural stereotypes: Aging in Shanghai and Canada. *Journal of Cross Cultural Gerontology*. 2003, 18(2), 127–147. ISSN 0169-3816.
- CHEMAITELLY, H.; KANAAN, C.; BEYDOUN, H. et al. The role of gender in the association of social capital, social support, and economic security with self-rated health among older adults in deprived communities in Beirut. *Qual Life Res*. 2013, 22, 1371–1379. ISSN 1573-2649.
- CHEN, Y.; HICKS, A.; WHILE, A. E. Quality of life of older people in China: a systematic review. *Reviews in Clinical Gerontology*. 2013, 23(1), 88-100. ISSN 1469-9036.
- CHEN, Y.; HICKS, A.; WHILE, A. E. Quality of life and related factors: a questionnaire survey of older people living alone in mainland China. *Quality of Life Research*. 2014, 23(5), 1593–1602. ISSN 0962-9343.
- CHIN, Y. R.; LEE, I. S.; LEE, H. Y. Effects of Hypertension, Diabetes, and/or Cardiovascular Disease on Health-Related Quality of Life in Elderly Korean Individuals: A Population-Based Cross-Sectional Survey. *Asian Nurs Res*. 2014, 8(4), 267-73. ISSN 1976-1317.
- CHI-PUN LIU, B.; SILK-YEE LEUNG- D.; WARRENER, J. The Interaction Effect of Gender and Residential Environment, Individual Resources, and Needs Satisfaction on Quality of Life Among Older Adults in the United Kingdom. *Gerontology & Geriatric Medicine*. 2019, 5, 1-11. ISSN 2333-7214.
- CHONG, S. CH. „KM critical success factors: A comparison of perceived importance versus implementation in Malaysian ICT companies". *The Learning Organization*. 2006, 13(3), 230-256. ISSN 0969-6474.
- CHRUŚCIEL, P.; SZCZEKALA, K. M.; DEREWIECKI, T. et al. Differences in the quality of life dependent on family status of the elderly living in rural areas - a cross-sectional survey. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. 2018, 25(3), 532-538. ISSN 1232-1966.
- JANEČKOVÁ, H.; DRAGOMRRECKÁ, E.; HOLMEROVÁ, I. et al. The Attitudes of Older Adults Living in Institutions and Their Caregivers to Ageing. *Central European Journal of Public Health*. 2013, 21(2), 63-71. ISSN 1803-1048.
- JANÍKOVÁ, E. Hodnocení kvality života. *Testovací žurnál*. 2017, 8(1), 112-124. ISSN 2336-3517.
- JOANOVIČ, E.; KISVETROVÁ, H.; NEMČEK, D. et al. Gender differences in improvement of older-person-specific quality of life after hearing-aid fitting. *Disability and Health Journal*. 2019, 12(2), 209-213. ISSN 1936-6574.

JOSEPH, N.; NELLIYANIL, M.; NAYAK, S. R. et al. Assessment of morbidity pattern, quality of life and awareness of government facilities among elderly population in South India. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2015, 4(3), 405-410. ISSN 2278-7135.

KALFOSS, M. Gender Differences in Attitudes to Ageing among Norwegian Older Adults. *Open Journal of Nursing*. 2016, 6(3), 255-266. ISSN 2162-5344.

KALFOSS, M. H.; LOW, G.; MOLZAHN, A., E. Reliability and validity of the attitudes to ageing questionnaire for Canadian and Norwegian older adults. *Scand J Caring Sci*. 2010, 24, 75–85. ISSN 1471-6712.

KANIM, M.; JEBORY, A. Quality of life for Elderly Resident in Nursing Home at Al- Najaf city. *International Journal of Scientific and Research Publications*. 2015, 5(11), 749. ISSN 2250-3153.

KAUR, H.; KAUR, H.; VENKATEASHAN, M. Factors determining family support and quality of life of elderly population. *International Journal of Medical Science and Public Health*. 2015, 4(8), 1049-1053. ISSN 2277-338.

KISVETROVÁ, H. Postoje ke stáří a stárnutí v současné společnosti. *Profese Online*. 2019, 12(1), 30-31. ISSN 1803-4330.

KISVETROVÁ, H.; MARTINCOVÁ, L.; VÉVODOVÁ, Š. et al. Quality of life assessment in WHOQOL-BREF domains amongst home care clients in selected regions of the Czech Republic. *Nursing and Public Health*. 2017, 7(3), 169 - 175. ISSN 2082–9876.

KLEVETOVÁ, I.; DLABALOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing a.s. 2008, 208 s. ISBN: 978-80-247-2169-9

KOBAYASHI, Y.; TAKAHASHI, Y.; SEKI, T. et al. Decreased physical activity associated with executive dysfunction correlates with cognitive impairment among older adults in the community: a retrospective analysis from the kurihara project. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*. 2016, 6(2), 350–360. ISSN 1664-5464.

KORKMAZ, A. G; KULAKÇI, A. H.; ÖZEN, Ç. İ. et al. Attitudes to Ageing and Their Relationship With Quality of Life in Older Adults in Turkey. *Psychogeriatrics*. 2019, 19(2), 157-164. ISSN 1346-3500.

KOTTER- GRÜHN, D.; SMITH., J. When Time Is Running Out: Changes in Positive Future Perception and Their Relationships to Changes in Well-Being in Old Age. *Psychology and Aging*. 2011, 26(2), 381–387. ISSN 1939-1498.

KOZÁK, J. Léčba bolesti ve stáří. *Medicína po promoci*. 2016, 17(4), 365–367. ISSN 1212-9445.

- KRZEPOTA, J.; BIERNAT, E.; FLORKIEWICZ, B. The Relationship between Levels of Physical Activity and Quality of Life among Students of the University of the Third Age. *Central European Journal of Public Health*. 2015, 23(4), 335–339. ISSN 1803-1048.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: Možnosti, které čekají*. Praha: Grada Publishing a.s. 2011. 144 s. ISBN: 978-80-247-7046-8
- KUMAR, G. S.; MAJUMDAR, A.; PAVITHRA, G. Quality of Life (QOL) and Its Associated Factors Using WHOQOL-BREF Among Elderly in Urban Puducherry, India. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2014, 8(1), 54-5, ISSN 0973-709.
- KWONG, E. W.; LAI, C. K.; CHAN, K. S. Factors associated with quality of life in nursing home residents with frailty. *Clinical Nursing Studies*. 2014, 2(2), 1-15. ISSN 2324-7940.
- LABRA, C.; MASEDA, A.; LORENZO-LÓPEZ, L. et al. Social factors and quality of life aspects on frailty syndrome in community-dwelling older adults: the VERISAÚDE study. *BMC Geriatrics*. 2018, 18(1):66, 1-9. ISSN 1471-2318.
- LAIDLAW, K.; POWER, M. J.; SCHMIDT, S. WHOQOL-OLD Group. The Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ): development and psychometric properties. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007; 22(4), 367-79. ISSN 0885-6230.
- LAWTON, M. P. Assessing quality of life in Alzheimer disease research. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*. 1997, 11(6), 91–99. ISSN 0893-0341.
- LAYTE, R.; SEXTON, E.; SAVVA, G. Quality of life in older age: evidence from an Irish cohort study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2013, 61(2), 299–305. ISSN 0002-8614.
- LEE, H. Y.; JANG, S. N.; LEE, S. et al. The relationship between social participation and self-rated health by sex and age: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud*. 2008, 45(7), 1042-54. ISSN 0020-7489.
- LEE, T. W.; KO, I. S.; LEE, J. K. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2006, 43(3), 293–300. ISSN 0020-7489.
- LEE, Y. P.; LIN, S. I.; FETZER, S. J. et al. The Relationships between Activity and Quality of Life for Older Men and Women at Different Ages in Taiwan. *Journal of Women & Aging*. 2014, 26(3), 219-237. ISSN 0895-2841.
- LEVASSEUR, M.; TRIBBLE, D.; DESROSIER, J. Meaning of quality of life for older adults: importance of human functioning components. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2009, 49(2), 91–100. ISSN 0167-4943.

- LI, Y. P.; LIN, S. I.; FETZER, S. J. et al. The Relationships between Activity and Quality of Life for Older Men and Women at Different Ages in Taiwan. *Journal of Women and Aging*. 2014, 26(3), 219-237. ISSN 1540-7322.
- LIAO, J.; BRUNNER, E. Structural and Functional Measures of Social Relationships and Quality of Life Among Older Adults: Does Chronic Disease Status Matter? *Quality of Life Research*. 2016, 25(1), 153-64. ISSN 0962-9343.
- LIMA, M. G.; BARROS, M. B.; CÉSAR, C. L. et al. Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009, 25(10), 2159-2167. ISSN 1678-4464.
- LOKARE, P. O. Assesment of quality of life among elderly population residing atold age homes. *International Journal of Current Research*. 2015, 7(04), 14552-14555. ISSN 0975-833.
- LOTVONEN, S.; KYNGÄS, H.; KOISTINEN, P. et al. Social Environment of Older People during the First Year in Senior Housing and Its Association with Physical Performance. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2017, 14(9), 960. ISSN 1660-4601.
- LOW G.; MOLZAHN A. E.; SCHOPFLOCHER, D. Attitudes to aging mediate the relationship between older peoples' subjective health and quality of life in 20 countries. *Health And Quality Of Life Outcomes*. 2013, 11, 146-156. ISSN 1477-7525.
- LUKASOVÁ, M.; HRADILOVÁ, A. *Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí*. Individuální přístup ke klientům trpícím syndromem demence. 118 s. ISBN: 978-80-87949-04-7
- MALDEREN, L.; METS, T.; GORUS, E. Interventions to enhance the quality of life of older people in residential long-term care: A systematic review. *Ageing Research Reviews*. 2013, 12(1), 141-150. ISSN 1872-9649.
- MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing a.s. 2011. 328 s. ISBN: 978-80-247-3148-3
- MASLOW, A. H.; FRAGER, R. (1987). *Motivation and personality*. New York, NY: Harper and Row.
- MAUK, K. L. *Gerontological Nursing: Competencies for Care*. London: Jones & Bartlett publishers. 2017. 1010 pp. ISBN: 978-1-28410447-9
- MAUK, K. L. *Gerontological Nursing: competencies for care*. London: Jones & Bartlett publishers. 2010. 869 pp. ISBN: 978-0-7637-5580-5
- MAUSSEN, J. A KOLEKTIV. *Shrnutí závěrečných zpráv expertních skupin pro identifikaci relevantních indikátorů kvality života v ČR* [online]. [cit. 15. 10. 2019]. Dostupné

z:<https://www.vlada.cz/assets/ppov/udrzitelny-rozvoj/projekt-OPZ/Kvalita-zivota---shrnuti.pdf>

MILLER, C. A. *Nursing for Wellness in Older Adults*. London: Wolters Kluwer. (8th ed.). 2019. 630 pp. ISBN: 978-1-4963-9981-6

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Kultura aktivního stárnutí aneb společnost dlouhověkosti* [online]. 2012c [cit. 16. 10. 2019]. Dostupné z:

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017 [online]. 2014b [cit. 14. 10. 2019]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/372809/NAP_311214.pdf/0cc270fa-dbf9-fcd5-93d6-5e7b0e9376b2

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. „Zpráva o plnění Národního akčního plánu podporujícího pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017“ za rok 2015 [online]. 2016a [cit. 15. 10. 2019]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/372809/Zprava_o_plneni_NAP_2015.pdf/b9b8d8e2-d3e3-5770-7f67-a36a43e0eb79

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019-2025* [online]. 2018 [cit. 2020-02-22]. Dostupné z: http://amsp.cz/wp-content/uploads/2019/08/Strategie-p%C5%99%C3%ADpravy-na-st%C3%A1rnutí-spole%C4%8Dnosti-2019-2025-ma_ALBSBADJYUA2.pdf

MIRANDA, L. C. V.; SOARES, S. M.; SILVA, P. A. B. Quality of life and associated factors in elderly people at a Reference Center. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016, 21(11), 3533-3544. ISSN 1413-8123.

MISSOTEN, P.; THOMAS, P.; SQUELARD, G. et al. Impact of place of residence on relationship between quality of life and cognitive decline in dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2009, 23(4), 395-400. ISSN 0893-0341.

MJØRUD, M.; ENGEDAL, K.; RØSVIKL, J. et al. Living with dementia in a nursing home, as described by persons with dementia: a phenomenological hermeneutic study. *BMC Health Services Research*. 2017, 17(1), 93. ISSN 1472-6963.

MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany*. Praha: Grada Publishing a.s. 2011. 192 s. ISBN: 978-80-247-3872-7

MORLEY, J. E.; VELLAS, B.; ABELLANVANKAN, G. Frailty consensus: A call to Action. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2013, 14(6), 392–397. ISSN 1525-8610.

- MOSER, C.; SPAGNOLI, J.; SANTOS-EGGIMANN, B. Self-perception of aging and vulnerability to adverse outcomes at the age of 65–70 years. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2011, 66(6), 675–680. ISSN 1079-5014.
- MÜHLPACHR, P. Gerontopedagogika (2. vyd.). Brno: Masarykova univerzita, 2009. 203 s. ISBN: 978-80-210-5029-7
- NABAVI, S. H.; SHOJA, M.; MOHAMMADI, S. et al. Health-related quality of life in community-dwelling older adults of Bojnourd. *JNKUMS*. 2014, 6(2), 433-439. ISSN 2008-8701.
- NETUVELI, G.; WIGGINS, R.; HILDON, Z. et al. Quality of life at older ages: Evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). *Journal of epidemiology and community health*. 2006, 60(4) 357–363. ISSN 0143-005.
- NIKMAT, A. W.; AL-MASHOOR, S. H.; HASHIM, N. A. Quality of life in people with cognitive impairment: nursing homes versus home care. *International Psychogeriatrics*. 2015, 27(5), 815-824. ISSN 1041-6102.
- OLIŠAROVÁ, V.; DOLÁK, F.; TÓTHOVÁ, V. Kvalita života jako součást ošetrovatelství. *KONTAKT*. 2013, XV/1, 14–21, ISSN 1804-7122.
- ONDRUŠOVÁ, J. Smysluplnost života ve stáří. *Česká geriatrická revue*. 2010, 8(1–2), 50–55. ISSN 1801-8661.
- ONDRUŠOVÁ, J. Měření kvality života u seniorů. *Česká geriatrická revue*. 2009, 7(1), 36-39. ISSN 1801-8661.
- ONDRUŠOVÁ, J.; DRAGOMIRECKÁ, E. Smysl života a deprese u českých seniorů. *Československá psychologie*. 2012, 56(3), 193-205. ISSN 1804-6436.
- OOSTERVELD-VLUG, M. G.; PASMÁN, H. R. W.; GENNIP, I. E. et al. Nursing home staff's views on residents' dignity: a qualitative interview study. *PLoS One*. 2013a, 13:353, 1-9. ISSN 1932-6203.
- OOSTERVELD-VLUG, M. G.; PASMÁN, H. R. W.; GENNIP, I. E. et al. Changes in the Personal Dignity of Nursing Home Residents: A Longitudinal Qualitative Interview Study. *PLoS ONE*. 2013b, 8(9), 1-8. ISSN 1932-6203.
- OUCHI, Y.; KASAI, M.; NAKAMURA, K. et al. Qualitative assessment of instrumental activities of daily living in older persons with very mild dementia: the kurihara project. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*. 2016, 6(2), 374–381. ISSN 1664-5464.
- PADILLA, G. V.; GRANT, M. M.; FERRELL, B. Nursing research into quality of life. *Quality of Life Research*. 1992, 1(5), 341–348. ISSN 1573-2649.

- PAIVA, M. H. P.; PEGORARI, M. S.; NASCIMENTO, J. S. et al. Factors associated with quality of life among the elderly in the community of the southern triangle macro-region, Minas Gerais, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016, 21(11), 3347-3356. ISSN 1678-4561.
- PANDAY, R.; KIRAN, M.; SRIVASTAVA, P. et al. A study on quality of life between elderly people living in old age home and within family setup. *Open Journal of Psychiatry & Allied Sciences*. 2015, 6(2), 130. ISSN 2394-2061.
- PERREIRA, A.; FERREIRA, A.; MARTINS, J. et al. People with Dementia in the Community: Satisfaction with Life and Health-related Quality of Life. *European Researcher*. 2015, 92(3), 222 - 229. ISSN 2219-8229.
- POKORNÁ, A.; BLAŽKOVÁ, R. Sociální vztahy ve stáří. *Geriatric a gerontologie*. 2012, 1(1), 24-28. ISSN 1805-4684.
- POKORNÁ, A.; ECKELOVÁ, I. Efektivita léčby bolesti z pohledu seniorů. *Bolest*. 2013, 16(2), 77– 82. ISSN 1212-6861.
- PORTAL MORENO, R.; DE LA FUENTE SOLANA, E. I. et al. Death Anxiety in Institutionalized and Non-institutionalized Elderly People in Spain. *Omega*. 2008/2009. 58(1), 61–76. ISSN 0030-2228.
- POWER, M.; QUINN, K.; SCHMIDT, S. Development of the WHOQOL-Old module. *Qual Life Res*. 2005, 14(10), 2197–2214. ISSN 1573-2649.
- PREISSOVÁ KREJČÍ, A.; ŠPATENKOVÁ, N. Detabuizace problematiky smrti v prostředí školy jako cesta k nové spiritualitě. *Paidagógos*. 2013, 2, 230-249. ISSN 1213-3809.
- PRŮŠA, L.; HOLUB, M.; KOTRUSOVÁ, M. a kolektiv. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením - závěrečná zpráva o řešení projektu Analýza a prognóza potřeb poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením ZVZ 209*. 2010. Praha: VÚPSV. 244 s. ISBN: 978-80-7416-048-6
- PUNCH, K. F. *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál. 2008. 152 s. ISBN: 978-80-7367-381-9
- RAJEEV, M. M.; AJIKUMAR, V. J. Elderly in India: A quality of life of elderly persons in institutional settings. *International Journal of Development Research*. 2015, 5(01), 2845-2851. ISSN 2230-9926.
- RAUDENSKÁ, J. Psychologie chronické bolesti ve stomatologii. *Stoma team*. 2011, 11(5), 81–85. ISSN 1214 - 147.
- REICHSTADT, J.; SENGUPTA, G.; DEPP, C. A. et al. Older Adults' Perspectives on Successful Aging: Qualitative Interviews. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2010. 18(7), 574-575. ISSN 1545-7214.

- RITTER-RAUCH, R. *Život s demencí* [online]. 2016 [cit. 10. 02. 2020]. Dostupné z: <https://www.sluzbyvsetin.cz/czcz/aktuality?id=138-demence-%E2%80%93-pomale-vytraceni-vseho-co-duverne-zname.html>
- ROBERTSON, D. A.; KING-KALLIMANIS, B. L.; KENNY, R. A. Negative perceptions of aging predict longitudinal decline in cognitive function. *Psychology and Aging*. 2016, 31(1), 71–81. ISSN 0882-797.
- SANTOS, F. H.; ANDRADE, V. M.; BUENO, O. F. *Psicologia em Estudo*. 2009, 14(1), 3-10. ISSN 1807-0329.
- ŞENOL, V.; SOYUER, F.; ARGÜN, M. Quality of life of elderly nursing home residents and its correlates in Kayseri. A descriptive-analytical design: A cross-sectional study. *Health*. 2013, 5(2), 212-221. ISSN 1949-5005.
- SHERIZADEH, Y.; SARKHOSHI, R.; BADAZADEH, T. et al. The quality of life and its related factors in the elderly covered by health care centers in Khoy city, Iran. *Journal of analytical research in clinical medicine*. 2016, 4(3), 139-145. ISSN 2345-4970.
- SCHÖLZEL-DORENBOS, C. J.; ETTEMA, T. P.; BOS, J. et al. Evaluating the outcome of interventions on quality of life in dementia: selection of the appropriate scale. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2007, 22(6), 511–519. ISSN 0885-6230.
- SCHWARTZ, S. H.; RUBEL-LIFSCHITZ, T. Cross-national variation in the size of sex differences in values: effects of gender equality. *Journal of personality and social psychology*. 2009, 97(1), 171 - 185. ISSN 0022-3514.
- SIMEÃO, S. F. A. P.; MARTINS, G. A. L.; GATTI, M. A. N. et al. Comparative study of quality of life of elderly nursing home residents and those attending a day Center. *Ciência & saúde coletiva*. 2018, 23(11), 3923-3934. ISSN 1413-8123.
- SOÓSOVÁ, M. S. Determinants of quality of life in elderly. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 2016, 7(3), 484–493. ISSN 2336-3517.
- SPARKS, M.; ZEHR, D.; PAINTER, B. Predictors of life satisfaction of older community dwelling adults. *Journal of Gerontological Nursing*. 2004, 30(8), 47–53. ISSN 0098-9134.
- SUH, S.; CHOI, H.; LEE, CH. et al. Association Between Knowledge and Attitude About Aging and Life Satisfaction Among Older Koreans. *Asian Nursing Research*. 2012, 6(3), 96-101. ISSN 2093-7482.
- SUTTON, J. L.; GOULD, R. L.; DALEY, S. et al. Psychometric properties of multicomponent tools designed to assess frailty in older adults: A systematic review. *BMC Geriatrics*. 2016, 16(1), 1-20. ISSN 1471-2318.

SZAFLARSKI, M. A. Gender, self-rated health, and health related lifestyles in Poland. *Health Care for- Women International*. 2001, 22(3), 207 - 227. ISSN 0739-9332.

ŠPATENKOVÁ, N. *Gerontagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2011. 84 s. Studijní opory. ISBN: 978-80-244-2893-2

ŠVEHLÍKOVÁ, L.; HERETÍK, A. Kvalita života – o čom to hovoríme? *Psychiatria – psychoterapia – psychosomatika*. 2008, 15(3), 194–198. ISSN 1338-7030.

TAJVAR, M.; ARAB, M.; MONTAZERI, A. Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC Public Health*. 2008, 22, 8, 323. ISSN 1471-2458.

TAVARES, D. M. S.; BOLINA, A. F.; DIAS, F. A.; FERREIRA, P. C. S. et al. Quality of life of elderly. Comparison between urban and rural areas. *Investigación y educación en enfermería*. 2014, 32(3), 401-413. ISSN 0120-5307.

THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med*. 1998, 28(3), 551–558. ISSN 1469-8978.

THE WHOQOL-GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument: The WHOQOL. In *Quality of life assessment: International perspectives*. 1994. 41-57. ISBN: 978-3-642-79123-9

THE WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025*. Geneva, Switzerland: WHO. 2017. 44 pp. ISBN: 978-92-4-151348-7

TOBIASZ-ADAMCZYK, B.; GALAS, A.; ZAWISZA, K. et al. Gender-related differences in the multi-pathway effect of social determinants on quality of life in older age--the COURAGE in Europe project. *Quality of Life Research*. 2017, 26(7), 1865-1878. ISSN 1573-2649.

TOP, M.; DIKMETAS, E. Quality of life and attitudes to ageing in Turkish older adults at old people's homes. *Health Expectations*. 2015,18(2), 288–300. ISSN 1369-7625.

TOP, M.; HÜSEYİN, E.; KABALCIOĞLU, F. Quality of life (qol) and attitudes toward aging in older adults in şanlıurfa, turkey. *Research on Aging*. 2012, 35(5), 533-562. ISSN 0164-0275.

TRIGG, R.; JONES, R. W.; SKEVINGTON, S. M. Can people with mild to moderate dementia provide reliable answers about their quality of life? *Age and Ageing*. 2007, 36(6), 663–669. ISSN 0002-0729.

TRIGG, R.; WATTS, S.; JONES, R. et al. Self-reported quality of life rating of people with dementia: the role of attitudes to aging. *Int Psychogeriatr*. 2012, 24(7), 1085-1093. ISSN 1041-6102.

UNITED NATIONS (UN). *Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population prospects. The 2017 revision. Key findings and advance tables. Working*

Paper No. ESA/P/WP/248. New York [online]. 2017 [cit. 08. 10. 2019]. Dostupné z: https://population.un.org/wpp/default.aspx?aspxerrorpath=/wpp/publications/Files/%20WPP2017_KeyFindings.pdf.

UOTINEN, V.; RANTANEN, T.; SUUTAMA, T. et al. Change in subjective age among older people over an eighty-year follow-up: „getting older ang feeling younger?“ *Exp Aging Res.* 2006, 32(4), 381-393. ISSN 1096-4657.

URBANOVÁ, P.; BUŽGOVÁ, R. Evaluation of attitudes towards old age among older adults in an institutional facility. *Central European Journal of Nursing and Midwifery.* 2017, 8(1), 565–571. ISSN 2336-3517.

VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie. 2012. Praha: Karolinum. 536 s. ISBN: 978-180-246-2846-2

VIRGULOVÁ, J.; SCHEDOVÁ, D. Kvalita života seniorov z pohľadu miery nezávislosti. *Profese online.* 2013, 6(1), 35-39. ISSN 1803-4330.

VITORINO, L. M.; PASKULIN, L. M.; VIANNA, L. A. Quality of life among older adults resident in long-stay care facilities. *Revista latino-americana de enfermagem.* 2012, 20, 1186-1195. ISSN 0104-1169.

VITORINO, L. M.; PASKULIN, L. M.; VIANNA, L. A. Quality of life of seniors living in the community and in long term care facilities: a comparative study. *Revista latino-americana de enfermagem.* 2013, 21(Spec), 3-11. ISSN 0104-1169.

WANG, P.; YAP, P.; KOH, G. Et al. Quality of life and related factors of nursing home residents in Singapore. *Health and quality of life outcomes.* 2016, 14(1), 112. ISSN 1477-7525.

WHITEHOUSE, P. J.; ORGOGOZO, J. M.; BECKER, R. E. Quality-of-life assessment in dementia drug development. Position paper from the International Working Group on Harmonization of Dementia Drug Guidelines. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders.* 1997, 11(3), 56–60. ISSN 0893-0341.

WHITEHOUSE, P. J.; RABINS, P. V. Quality of life and dementia. *Alzheimer Disease and Associated Disorders.* 1992, 6(3), 135–137. ISSN 0893-0341.

WILDMANNOVÁ, M. Je rezidenční péče synonymem pro kvalitní život seniorů? *Universitas.* 2014, 1, 26–31. ISSN 1211-3387.

WOODS, N. F.; COCHRANE, B. B.; LaCROIX, A. Z. et al. Toward a Positive Aging Phenotype for Older Women: Observations From the Women ' s Health Initiative. *J Gerontol a Biol Sci Med Sci.* 2012, 67(11), 1191–1196. ISSN 1079-5006.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)* [online]. 2016a [cit. 15. 10. 2019]. Dostupné z: https://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. [online]. 2018b [cit. 16. 11. 2019]. Dostupné z: <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/index4.html>
- WU, X.; MIN, L.; CONG, L. et al. differences in health-related quality of life among adult stroke patients in Northeastern China. *Journal of Clinical Neuroscience*. 2014, 21(6), 957-961. ISSN 0967-5868.
- XIA, P.; LI, N.; HAU, K. et al. Quality of life of Chinese urban community residents: A psychometric study of the mainland Chinese version of the WHOQOL-BREF. *BMC medical research methodology*. 2012, 12, 37. ISSN 1471-2288.
- YAMADA, Y.; MERZ, L.; KISVETROVÁ, H. Quality of Life and Comorbidity Among Older Home Care Clients: Role of Positive Attitudes Toward Aging. *Quality of Life Research*. 2015, 24(7), 1661 - 1667. ISSN 0962-9343.
- YDSTEBØ, A. E.; BERGH, S.; SELBÆK, G. et al. Longitudinal changes in quality of life among elderly people with and without dementia. *International Psychogeriatrics*. 2018, 30(11), 1607–1618. ISSN 1041-6102.
- ZAIDI, A. *Well-being of Older People in Ageing Societies*. Aldershot: Ashgate. 2008. ISBN: 978-0-7546-7596-9
- ZÁKON ze dne 31. ledna 2019, kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Sbírka zákonů č. 47 / 2019, s. 433 – 434, Tiskárna Ministerstva vnitra Praha.
- ZANINNOTO, P.; FALASCHETTI, E.; SACKER, A. Age trajectories of quality of life among older adults: results from the English Longitudinal Study of Ageing. *Quality of Life Research*. 2009, 18(10), 1301–1309. ISSN 0962-9343.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Baterie dotazníkových formulářů

Příloha 2: Vyjádření etické komise FZV UP

Přílohy 3 - 14: Souhlasy managementů jednotlivých domovů pro seniory s realizací výzkumu

Příloha 15: Publikační a přednášková činnost související s tématikou oblastí disertační práce

Příloha 1: Baterie dotazníkových formulářů

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

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

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

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

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

24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

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

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

II - WHOQOL-OLD – česká verze

Instrukce

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

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

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

Obáváte se toho, co přinese budoucnost?

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, do jaké míry jste si během posledních dvou týdnů dělal/a starosti s budoucností. Pokud jste se „hodně“ obával/a budoucnosti, zakroužkoval/a byste číslo 4; pokud jste se „vůbec“ neobával/a budoucnosti, zakroužkoval/a byste číslo 1. Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

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

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

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

8. (F29.4) Jak moc se bojíte umírání?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, v **jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech, např. chodit ven tak, jak byste rád/a. Pokud jste mohl/a provádět tyto činnosti v plném rozsahu, zakroužkujte číslo u slova „zcela“. Pokud jste je vůbec nemohl/a provádět, zakroužkujte číslo u výrazu „vůbec ne“. Pokud chcete naznačit, že Vaše odpověď leží někde mezi „vůbec ne“ a „zcela“, zakroužkujete jedno z čísel, které leží mezi nimi. Otázky se vztahují k posledním dvěma týdnům.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	málo	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

III - The (WHO) EAAQ – česká verze

Instrukce

Tento dotazník zjišťuje, co si myslíte o stárnutí.

Odpovězte prosím na všechny otázky. Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, vyberte odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první. Berte prosím v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Rádi bychom, abyste vycházeli ze svých celkových životních zkušeností.

Ptáme se tedy na Váš celkový pocit a otázka může znít např. takto:

Bojím se stárnutí.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

Měl/a byste zakroužkovat číslo, které nejlépe vystihuje, nakolik pro Vás daný výrok platí. Proto byste měl/a zakroužkovat číslo 4, pokud se stárnutí “hodně” bojíte, nebo zakroužkovat číslo 1, pokud se stárnutí „vůbec“ nebojíte. Přečtěte si laskavě každou otázku; zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

Následující otázky zjišťují, nakolik souhlasíte s níže uvedenými výroky. Pokud souhlasíte s výrokem v maximální míře, zakroužkujte číslo pod slovy „výrazně souhlasím“. Pokud s výrokem vůbec nesouhlasíte, zakroužkujte číslo pod slovem „výrazně nesouhlasím“. Pokud chcete vyjádřit, že Vaše odpověď leží někde mezi „výrazně nesouhlasím“ a „výrazně souhlasím“, zakroužkujte jedno z čísel ležících mezi nimi.

1. Jak lidé stárnou, jsou schopni se lépe vyrovnávat se životem.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

2. Je výsadou dožít se vyššího věku.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

3. Stáří je čas samoty.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

4. Moudrost přichází s věkem.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

5. Stáří s sebou přináší mnoho příjemných věcí.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

6. Stáří je čas depresí.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

7. Cvičení je důležité v každém věku.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, nakolik pro Vás níže uvedené výroky platí. Pokud pro Vás výrok platí v maximální míře, zakroužkujte číslo pod slovem „maximálně platí“. Pokud pro Vás výrok vůbec neplatí, zakroužkujte číslo pod „vůbec neplatí“. Pokud chcete vyjádřit, že Vaše odpověď leží někde mezi „vůbec neplatí“ a „maximálně platí“, zakroužkujte jedno z čísel ležících mezi nimi.

8. Stárnutí je snazší, než jsem si myslel/a.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

9. Jak stárnu, zjišťuji, že je pro mne těžší mluvit o svých pocitech.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

10. Jak stárnu, jsem vůči sobě tolerantnější.

vůbec se nehodí	trochu se hodí	středně se hodí	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

11. Necítím se starý/á.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

12. Stáří vidím hlavně jako období ztrát.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

13. To, jak se uvnitř cítím, není dáno věkem.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

14. Mám více energie, než bych vzhledem ke svému věku očekával/a.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

15. Jak stárnu, stávám se fyzicky méně soběstačný/á.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

16. Zdravotní problémy mně nebrání dělat to, co chci.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

17. Jak stárnu, zjišťuji, že je pro mne těžší uzavírat nová přátelství.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

18. Je velmi důležité předat své zkušenosti mladým lidem.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

19. Věřím, že můj život má význam.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

20. Nyní, když jsem starší, necítím se dost začleněný/á do společnosti.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

21. Chci dávat dobrý příklad mladým lidem.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

22. Cítím se kvůli svému věku z mnoha věcí vyřazený/á.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

23. Můj zdravotní stav je lepší, než jsem ve svém věku očekával/a.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

24. Cvičením se udržuji tak aktivní a v dobré kondici, jak je to možné.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

DEMOGRAFICKÁ DATA

Věk let

Pohlaví

1. muž

2. žena

Sociální situace

1. bydlím sám

2. bydlím s partnerem / příbuznými

3. bydlím v domově pro seniory

4. bydlím v domě s pečovatelskou službou

Lokalita bydliště

1. město

2. vesnice

Stupeň dosaženého vzdělání

1. základní

2. vyučen

3. středoškolské

4. vysokoškolské

Navštěvuji Universitu třetího věku

1. Ano

2. Ne

DĚKUJEME VÁM ZA SPOUPRÁCI

Příloha 2: Vyjádření etické komise FZV UP



Fakulta
zdravotnických věd

UPOI-129224/1040-2016

Vážená paní
Mgr. Eva Janovíč
Ústav ošetrovatelství
FZV UP v Olomouci

2016-11-04


Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní magistro,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byl Váš výzkumný projekt posouzen a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že výzkumnému projektu s názvem „Kvalita života seniorů jako determinanta geriatrického ošetrovatelství“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP.

S pozdravem,


Mgr. Petra Bastlová, Ph.D.
předsedkyně
Etické komise FZV UP

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Etická komise
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc

Přílohy 3 - 14: Souhlas managementu jednotlivých domovů pro seniory s realizací výzkumu

Žádost o poskytnutí informací v Domově pro seniory Soběsuky

Žádost o poskytnutí informací v Domově pro seniory Soběsuky, příspěvková organizace

Příjmení a jméno žadatele: Mgr. Eva Joanovič, DiS.
Datum narození: 7.6.1984
Telefon: 608775651
Email: evajovanovic@seznam.cz
Adresa: Eva Joanovič, Zelená Hora 146, 68321 Pusůrně
Fakulta: Ústav ošetřovatelství, Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci, tř. Svobody 8, 771 11 Olomouc
Obor studia: Doktorský studijní program ošetřovatelství

Požadavek (přesná specifikace požadovaných informací):
Žádám Vás o provedení dotazníkového šetření v rámci metodiky disertační práce, která se týká vlivu postojů seniorů ke stárnutí na kvalitu života. Data budou získána pomocí standardizovaných dotazníků na zjištění kvality života a postojů seniorů ke stárnutí.

Způsob provedení sběru informací: Dotazníkové šetření u klientů Domova pro seniory bez přítomnosti kognitivní poruchy, případně seniory s lehkou kognitivní poruchou (stanovení dle MMSE testu).

Termín sběru informací: 29. 7. 2016

Pracoviště, kde bude sběr informací probíhat: Domov pro seniory Soběsuky, příspěvková organizace, 79803 Plumlov - Soběsuky 95, okres: Prostějov, IČ: 70939284

Presentace informací: Získané informace budou v případě zájmu poskytnuty danému zařízení účastnícímu se šetření a bude z nich zpracována výzkumná část mé disertační práce.

Požadujete možnost uveřejnění zdroje informací: ANO NE

Poučení:
Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost u skutečností, o nichž se dozvil v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem informací.

Datum: 29. 7. 2016 Podpis: 

Vyplňuje Domov pro seniory Soběsuky, příspěvková organizace

Vyřádní odpovědného zaměstnance dle organizačního řádu: ANO NE

Souhlas s uvedením Domov pro seniory Kostelec na Hané, příspěvková organizace

ANO
 NE

29. 7. 2016
Datum:

DOMOV PRO SENIORY SOBĚSUKY
příspěvková organizace
79803 Plumlov
IČ: 70939284

Podpis a razítko

Žádost o poskytnutí informací v Domově pro seniory Vychodilova

Žádost o poskytnutí informací v Domov pro seniory Vychodilova, příspěvková organizace

Příjmení a jméno žadatele: Mgr. Eva Jomovič, DiS.

Datum narození: 7.6.1984

Telefon: 608775651

Email: eva.jomovic@scznmam.cz

Adresa: Eva Jomovič, Zelená Hora 146, 68321 Pustiměř

Fakulta: Ústav ošetřovatelství, Fakulta zdravotnických věd, Teoretické ústavy, Hněvotínská 976/3, 775 15 Olomouc

Obor studia: Doktorský studijní program ošetřovatelství

Požadavek (přesná specifikace požadovaných informací):

Žádám Vás o provedení doaznukového šetření v rámci metody diverační práce, která se týká vlivu postoje seniorů ke stárnutí na kvalitu života. Data budou získána pomocí standardizovaných dotazníků na zjištění kvality života a postojů seniorů ke stárnutí.

Způsob provedení sběru informací: Doaznukové šetření u klientů Domova pro seniory bez přítomnosti kognitivní poruchy, případně seniory s lehkou kognitivní poruchou (stanovení dle MMSB testu).

Termín sběru informací: 3 – 4. 3. 2016

Pracoviště, kde bude sběr informací probíhat: Domov pro seniory Vychodilova
příspěvková organizace, Vychodilova 3077/20, 616 00 Brno – Žabovřesky

Presentace informací: Získané informace budou v případě zájmu poskytnuty danému zařízení během následujícího šetření a bude z nich zpracována výzkumná část mé disertační práce.

Požadujete možnost uveřejnění zdroje informací: ANO NE

Poučení:

Žadatel se zavazuje, že zveřejní skutečnosti, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem informací.

Datum: 3.3.2016 Počpis: 

Vyplňuje Domov pro seniory Vychodilova, p.o.

Vyjádření odpovědného zaměstnance dle organizačního řádu: ANO NE

Souhlas s uvedením Domov pro seniory Vychodilova, p.o.

ANO
 NE

Datum: 3.3.2016

DOMOV PRO SENIORY VYCHODILOVA
příspěvková organizace
616 00 Brno, Vychodilova 3077/20
IČO: 12682278, tel: 549 216 411
zapsán v obchodním rejstříku, oddíl: H, s. vl. 23
Sídliště sestry odd. A

Žádost o poskytnutí informací v Domově pro seniory František

**Žádost o poskytnutí informací v Dům seniorů FRANTIŠEK Náměšť na Hané,
p.o.**

Příjmení a jméno žadatele: Mgr. Eva Joanovič, DiS.

Datum narození: 7.6.1984

Telefon: 608775651

Email: evaj Joanovic@seznam.cz

Adresa: Eva Joanovič, Zelená Hora 146, 68321 Pustiměř

Fakulta: Ústav ošetřovatelství, Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého
v Olomouci, tř. Svobody 8, 771 11 Olomouc

Obor studia: Doktorský studijní program ošetřovatelství

Požadavek (přesná specifikace požadovaných informací):

Žádám Vás o provedení dotazníkového šetření v rámci metodiky disertační práce, která se týká vlivu postojů seniorů ke stárnutí na kvalitu života. Data budou získána pomocí standardizovaných dotazníků na zjištění kvality života a postojů seniorů ke stárnutí.

Způsob provedení sběru informací: Dotazníkové šetření u klientů Domova pro seniory bez přítomnosti kognitivní poruchy, případně seniory s lehkou kognitivní poruchou (stanovení dle VMSE testu).

Termín sběru informací: 12. 8. 2016

Pracoviště, kde bude sběr informací probíhat: Dům seniorů FRANTIŠEK Náměšť na Hané,
p.o., Komenského 291, 783 44 Náměšť na Hané

Presentace informací: Získané informace budou v případě zájmu poskytnuty danému zařízení účastnicím se šetření a bude z nich zpracována výzkumná část mé disertační práce.

Požadujete možnost uveřejnění zdroje informací: ANO NE

Poučení:

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem informací.


Datum: 12.8.2016 Podpis: 

Vyplňuje Dům seniorů FRANTIŠEK Náměšť na Hané, p.o.

Vyjádření odpovědného zaměstnance dle organizačního řádu: ANO
 L NE


Souhlas s uvedením Dům seniorů FRANTIŠEK Náměšť na Hané, p.o.

ANO
 NE



Datum:

Dům seniorů FRANTIŠEK
Náměšť na Hané
příspěvková organizace
Komenského 291
783 44 Náměšť na Hané

 Podpis a razítko

Žádost o poskytnutí informací v Domově pro seniory Blansko

Žádost o poskytnutí informací v SENIOR centru Blansko, p.o.

Příjmení a jméno žadatele: Mgr. Eva Jarošovič, DiS.

Datum narození: 7.6.1984

Telefon: 608775651

Email: evajarošovič@seznam.cz

Adresa: Eva Jarošovič, Zelená Hora 146, 68321 Pastiměř

Fakulta: Ústav ošetřovatelství, Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci, tř. Svobody 8, 771 11 Olomouc

Obor studia: Doktorský studijní program ošetřovatelství

Požadavek (přesná specifikace požadovaných informací):

Žádám Vás o provedení dotazníkového šetření v rámci metodiky disertační práce, která se týká nitri postoje seniorů ke stárnutí na kvalitě života. Data budou získána pomocí standardizovaných dotazníků na zjištění kvality života a postojů seniorů ke stárnutí.

Způsob provedení sběru informací: Dotazníkové šetření u klientů Domova pro seniory bez přítomnosti kognitivní poruchy (stanovení dle MMSE testu).

Termín sběru informací: 3. 4. 3. 2016

Pracoviště, kde bude sběr informací probíhat: SENIOR centrum Blansko, p.o. Pod Sanatorskou 2363/3, 678 01 Blansko

Presentace informací: Získané informace budou v případě zájmu poskytnuty danému zařízení účastníkům se šetření a bude z nich zpracována výzkumná část mé disertační práce.

Požadujete možnost uveřejnění zdroje informací: X ANO ~~NE~~

Poučení:

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem informací.

Datum: 3. 3. 2016 Podpis: 

Vyplňuje SENIOR centrum Blansko, p.o.

Vyjádření odpovědného zaměstnance dle organizačního řádu:

ANO
 NE

Souhlas s uveřejněním SENIOR centrum Blansko, p.o.

ANO
 NE


SENIOR CENTRUM BLANSKO

Pod Sanatorskou 2363/3, 678 01 Blansko
tel: 518 410 297 fax: 518 410 241

8. 3. 2016

Datum:


Podpis a razítko statutárního zástupce zařízení

Žádost o poskytnutí informací v Domově pro seniory Kostelec na Hané

Žádost o poskytnutí informací v Domově pro seniory Kostelec na Hané, příspěvková organizace

Příjmení a jméno žadatele: Mgr. Eva Joanovič, DiS.

Datum narození: 7.6.1984

Telefon: 608775651

Email: evaj Joanovic@seznam.cz

Adresa: Eva Joanovič, Zelená Hora 146, 68321 Pustiměř

Fakulta: Ústav ošetřovatelství, Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého
v Olomouci, tř. Svobody 8, 771 11 Olomouc

Obor studia: Doktorský studijní program ošetřovatelství

Požadavek (přesná specifikace požadovaných informací):

*Žádám Vás o provedení dotazníkového šetření v rámci metodiky disertační práce, která se týká
vlivu postoje seniorů ke stárnutí na kvalitu života. Data budou získána pomocí
standardizovaných dotazníků na zjištění kvality života a postojů seniorů ke stárnutí.*

Způsob provedení sběru informací: Dotazníkové šetření u klientů Domova pro seniory bez
přítomnosti kognitivní poruchy, případně seniory s lehkou kognitivní poruchou (stanovení dle
MMSE testu).

Termín sběru informací: 18. 3. 2016

Pracoviště, kde bude sběr informací probíhat: Domov pro seniory Kostelec na Hané,
příspěvková organizace, M. Ulického 882, 798 41 Kostelec na Hané

Presentace informací: Získané informace budou v případě zájmu poskytnuty danému zařízení
účastnicím se šetření a bude z nich zpracována výzkumná část mé disertační práce.

Požadujete možnost uveřejnění zdroje informací: ANO NE

Poučení:

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným
výzkumem a sběrem informací.

Datum: 18. 3. 2016 Podpis: 

Vyplňuje Domov pro seniory Kostelec na Hané, příspěvková organizace

Vyjádření odpovědného zaměstnance dle organizačního řádu: ANO
 NE

Souhlas s uvedením Domov pro seniory Kostelec na Hané, příspěvková organizace

ANO
 NE

18. 3. 2016
.....

Datum:


Domov pro seniory Kostelec na Hané
příspěvková organizace

M. Ulického 882
798 41 Kostelec na Hané
IČO: 709 43 819

.....
Podpis a razítko

Žádost o poskytnutí informací v Domově pro seniory Foltýnova

Žádost o poskytnutí informací v Domově pro seniory Foltýnova, příspěvková organizace

Příjmení a jméno žadatele: Mgr. Eva Joanovič, DiS.

Datum narození: 7.6.1984

Telefon: 608775651

Email: evajocovic@seznam.cz

Adresa: Eva Joanovič, Zelená Hora 146, 68321 Pustiměř

Fakulta: Ústav ošetřovatelství, Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci, tř. Svobody 8, 771 11 Olomouc

Obor studia: Doktorský studijní program ošetřovatelství

Požadavek (přesná specifikace požadovaných informací):

Žádám Vás o provedení dotazníkového šetření v rámci metodiky disertační práce, která se týká vlivu postojů seniorů ke stárnutí na kvalitu života. Data budou získána pomocí standardizovaných dotazníků na zjištění kvality života a postojů seniorů ke stárnutí.

Způsob provedení sběru informací: Dotazníkové šetření u klientů Domova pro seniory bez přítomnosti kognitivní poruchy, případně seniory s lehkou kognitivní pomocí (stanovení dle MMSE testu).

Termín sběru informací: 20. 3. 2016

Pracoviště, kde bude sběr informací probíhat: Domov pro seniory Foltýnova, příspěvková organizace, Foltýnova 1008/21, 635 00 Brno-Bysče

Presentace informací: Získané informace budou v případě zájmu poskytnuty danému zařízení účastníkům se šetření a bude z nich zpracována výzkumná část mé disertační práce.

Požadujete možnost uveřejnění zdroje informací: ANO NE

Poznámky:

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem informací.

Datum: 20. 3. 2016 Podpis: 

Vyplňuje: Domov pro seniory Foltýnova, příspěvková organizace

Vyjádření odpovědného zástupce dle organizačního řádu: ANO

NE

Souhlas s uvedením: Domov pro seniory Foltýnova, příspěvková organizace

ANO
 NE

Datum: 20. 3. 2016

Domov pro seniory Foltýnova,
Příspěvková organizace
Mgr. et Mgr. P. ...

Žádost o poskytnutí informací v Domově pro seniory Prostějov

Žádost o poskytnutí informací v Centru sociálních služeb Prostějov, p. o. Domov pro seniory

Příjmení a jméno žadatele: Mgr. Eva Joanovič, DiS.

Datum narození: 7.6.1984

Telefon: 608775651

Email: evaj Joanovic@seznam.cz

Adresa: Eva Joanovič, Zelená Hora 146, 68221 Pustiměř

Fakulta: Ústav ošetřovatelství, Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého
v Olomouci, tř. Svobody 8, 771 11 Olomouc

Obor studia: Doktorský studijní program ošetřovatelství

Požadavek (přesná specifikace požadovaných informací):

Žádám Vás o provedení dotazníkového šetření v rámci metodiky disertační práce, která se týká vlivu postoje seniorů ke stárnutí na kvalitu života. Data budou získána pomocí standardizovaných dotazníků na zjištění kvality života a postojů seniorů ke stárnutí.

Způsob provedení sběru informací: Dotazníkové šetření u klientů Domova pro seniory bez přítomnosti kognitivní poruchy, případně seniory s lehkou kognitivní poruchou (stanovení cíle MMSE testu).

Termín sběru informací: prosinec 2015 / únor 2016

Pracoviště, kde bude sběr informací probíhat: Centrum sociálních služeb Prostějov, p. o.
Domov pro seniory, Lidická 86, 796 01 Prostějov

Presentace informací: Získané informace budou v případě zájmu poskytnuty danému zařízení účastnícímu se šetření a bude z nich zpracována výzkumná část mé disertační práce.

Požadujete možnost uveřejnění zdroje informací: ANO NE

Poučení:

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem informací.

Datum: 18. 12. 2015 Podpis: 

Vyplňuje Centrum sociálních služeb Prostějov, příspěvková organizace


Vyjádření odpovědného zaměstnance dle organizačního řádu: ANO

NE

Souhlas s uvedením Centrum sociálních služeb Prostějov, příspěvková organizace

ANO
 NE

CENTRUM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB
PROSTĚJOV
příspěvková organizace
796 01 PROSTĚJOV, Lidická 86
IČO: 476 21 283

 Podpis a razítko

Datum:

Žádost o poskytnutí informací v Domově pro seniory Věstonická

Žádost o poskytnutí informací v Domově pro seniory Věstonická p.o.

Příjmení a jméno žadatele: Mgr. Eva Joanevič, DiS.

Datum narození: 7.6.1984

Telefon: 608775651

Email: cvajoanovic@seznam.cz

Adresa: Eva Joanevič, Zelená Hora 146, 68321 Pustiměř

Fakulta: Ústav ošetrovatelství, Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci, tř. Svobody 8, 771 11 Olomouc

Obor studia: Doktorský studijní program ošetrovatelství

Požadavek (přesná specifikace požadovaných informací):

Žádám Vás o provedení dotazníkového šetření v rámci metodiky disertační práce, která se týká vlivu postoje seniorů ke stárnutí na kvalitu života. Data budou získána pomocí standardizovaných dotazníků na zjištění kvality života a postojů seniorů ke stárnutí.

Způsob provedení sběru informací: Dotazníkové šetření u klientů Domova pro seniory bez přítomnosti kognitivní poruchy, případně seniory s lehkou kognitivní poruchou (stanovení dle MMSE testu).

Termín sběru informací: 23. 2. – 23. 3. 2016

Pracoviště, kde bude sběr informací probíhat: Domov pro seniory Věstonická p.o. Věstonická 4304/1, 628 00 Brno

Presentace informací: Získané informace budou v případě zájmu poskytnuty danému zařízení účastnicimu se šetření a bude z nich zpracována výzkumná část mé disertační práce.

Požadujete možnost uveřejnění zdroje informací: ANO NE

Poučení:

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem informací.

Datum: 23. 2. 2016 Podpis: 

Vyplňuje Domov pro seniory Věstonická p.o.

Vyjádření odpovědného zaměstnance dle organizačního řádu:

ANO
 NE


Souhlas s uvedením Domov pro seniory Věstonická, p.o.

ANO
 NE

23. 2. 2016
.....

Datum:

Domov pro seniory Věstonická
příspěvková organizace
Věstonická 4304/1, 628 00 BRNO
IČO: 708 07 880

.....
Podpis a razítka:  Jana Kudrčková

Žádost o poskytnutí informací v Domově pro seniory Habrovany

Žádost o poskytnutí informací v Habrovanský zámek p.o., Domov pro seniory

Příjmení a jméno žadatele: Mgr. Eva Joasovič, DiS.

Datum narození: 7.6.1984

Telefon: 608775651

Email: evajaoasovic@seznam.cz

Adresa: Eva Joasovič, Zelená Hora 146, 68321 Pustiměř

Fakulta: Ústav ošetrovatelství, Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci, tř. Svobody 8, 771 11 Olomouc

Obor studia: Doktorský studijní program ošetrovatelství

Požadavek (přesná specifikace požadovaných informací):

Žádám Vás o provedení dotazníkového šetření v rámci metodiky disertační práce, která se týká vlivu postojů seniorů ke stárnutí na kvalitu života. Data budou získána pomocí standardizovaných dotazníků na zjištění kvality života a postojů seniorů ke stárnutí.

Způsob provedení sběru informací: Dotazníkové šetření u klientů Domova pro seniory bez přítomnosti kognitivní poruchy, případně seniory s lehkou kognitivní poruchou (stanovení dle MMSE testu).

Termín sběru informací: 28. 8. 2017

Pracoviště, kde bude sběr informací probíhat: Domov pro seniory, Habrovanský zámek p.o., Habrovany I, 683 01 Rousínov

Presentace informací: Získané informace budou v případě zájmu poskytnuty danému zařízení účastníkem se šetření a bude z nich zpracována výzkumná část mé disertační práce.

Požadujete možnost uveřejnění zdroje informací: ANO NE

Poznámka:

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem informací.

Datum: 28.8. 2017Podpis: 


Vyplňuje Domov pro seniory, Habrovanský zámek p.o.

Vyjádření odpovědného zaměstnance dle organizačního řádu:

ANO
 NE

Souhlas s uvedením Domov pro seniory, Habrovanský zámek p.o.

ANO
 NE

Datum: 

Podpis a razítko

HABROVANSKÝ ZÁMEK,
příspěvková organizace
Habrovany I, 683 01 Rousínov
IČ 70921245 TEL: 517305102

Žádost o poskytnutí informací v Domově pro seniory Vyškov

Žádost o poskytnutí informací v Sociálních službách Vyškov, p.o.

Příjmení a jméno žadatele: Mgr. Eva Joanovič, DiS.

Datum narození: 7.6.1984

Telefon: 608775651

Email: evajovanovic@seznam.cz

Adresa: Tva Joanovič, Zelená Hora 146, 68321 Puslíměř

Fakulta: Ústav ošetřovatelství, Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci, tř. Svobody 8, 771 11 Olomouc

Obor studia: Doktorský studijní program ošetřovatelství

Požadavek (přesná specifikace požadovaných informací):

Žádám Vás o provedení dotazníkového šetření v rámci metodiky disertační práce, která se týká vlivu postojů seniorů ke stárnutí na kvalitu života. Data budou získána pomocí standardizovaných dotazníků na zjištění kvality života a postojů seniorů ke stárnutí.

Způsob provedení sběru informací: Dotazníkové šetření u klientů Domova pro seniory bez přítomnosti kognitivní poruchy, případně seniory s lehkou kognitivní poruchou (stanovení dle MMSE testu).

Termín sběru informací: únor/březen 2016

Pracoviště, kde bude sběr informací probíhat: Sociální služby Vyškov, p.o.
Polní 252/1, 682 01 Vyškov

Presentace informací: Získané informace budou v případě zájmu poskytnuty danému zařízení účastníkům se šetření a bude z nich zpracována výzkumná část mé disertační práce.

Požadujete možnost uveřejnění zdroje informací: ANO NE

Poučení:

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem informací.

Datum: 18. 3. 2016 Podpis: 

Vyplňuje: Sociální služby Vyškov, p.o.

Vyjádření odpovědného zaměstnance dle organizačního řádu: ANO
 NE

Souhlas s uvedením Sociální služby Vyškov, p.o.

ANO

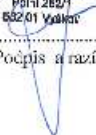
NE

18. 3. 2016

.....
Datum:

SOCIÁLNÍ SLUŽBY VYŠKOV,
příspěvková organizace,
Polní 252/1
682 01 Vyškov

.....
Podpis a razítko



Žádost o poskytnutí informací v Domově pro seniory Mikuláškově náměstí

Žádost o poskytnutí informací v Domově pro seniory Mikuláškově náměstí

Příjmení a jméno žadatele: Mgr. Eva Joanovič, DiS.

Datum narození: 7.6.1984

Telefon: 608775651

Email: evajovanovic@seznam.cz

Adresa: Eva Joanovič, Zelená Hora 146, 68321 Pustiměř

Fakulta: Ústav ošetřovatelství, Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci, tř. Svobody 8, 771 11 Olomouc

Obor studia: Doktorský studijní program ošetřovatelství

Požadavek (přesná specifikace požadovaných informací):

Žádám Vás o provedení dotazníkového šetření v rámci metodiky disertační práce, která se týká vlivu postaje seniorů ke stárnutí na kvalitu života. Data budou získána pomocí standardizovaných dotazníků na zjištění kvality života a postojů seniorů ke stárnutí.

Způsob provedení sběru informací: Dotazníkové šetření u klientů Domova pro seniory bez přítomnosti kognitivní poruchy, případně seniory s lehkou kognitivní poruchou (stanovení dle VIMSE testu).

Termín sběru informací: 24 - 28. 8. 2017

Pracoviště, kde bude sběr informací probíhat: Domov pro seniory Mikuláškově nám. 706/20, 625 00 Břno-Starý Lískovec

Presentace informací: Získané informace budou v případě zájmu poskytnuty danému zařízení účastnícím se šetření a bude z nich zpracována výzkumná část mé disertační práce.

Požadujete možnost uveřejnění zdroje informací: ANO NE

Poučení:

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem informací.

Datum: 28. 8. 2017 Podpis: 

Vyplňuje Domov pro seniory Mikuláškově náměstí

Vyjádření odpovědného zaměstnance dle organizačního řádu: ANO NE

Souhlas s uvedením Domov pro seniory Mikuláškově náměstí

ANO

NE

.....
Datum:

Domov pro seniory Mikuláškově nám.
příspěvková organizace, IČ 71160669
Mikuláškově nám. 706/20
625 00 Břno - Starý Lískovec
Podpis a razítko



Žádost o poskytnutí informací v Domově pro seniory u Zámku

Žádost o poskytnutí informací v Domov u zámku, z.s.

Příjmení a jméno žadatele: Mgr. Eva Joanovič, DiS.

Datum narození: 7.6.1984

Telefon: 608775651

Email: evajovanovic@seznam.cz

Adresa: Eva Joanovič, Zelená Hora 146, 683 21 Pustiměř

Fakulta: Ústav ošetřovatelství, Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci, tř. Svobody 8, 771 11 Olomouc

Obor studia: Doktorský studijní program ošetřovatelství

Požadavek (přesná specifikace požadovaných informací):

Žádám Vás o provedení dotazníkového šetření v rámci metody disertační práce, která se týká vlivu postoje seniorů ke stárnutí na kvalitu života. Data budou získána pomocí standardizovaných dotazníků na zjištění kvality života a postojů seniorů ke stárnutí.

Způsob provedení sběru informací: Dotazníkové šetření u klientů Domova pro seniory bez přítomnosti kognitivní poruchy, případně seniory s lehkou kognitivní poruchou (stanovení dle MMSE testu).

Termín sběru informací: 28.8.2017

Pracoviště, kde bude sběr informací probíhat: Domov u zámku, z.s., Chvalkovice na Hané č.1, 683 23 Ivanovice na Hané

Presentace informací: Získané informace budou v případě zájmu poskytnuty danému zařízení účastníkem se šetření a bude z nich zpracována výzkumná část mé disertační práce.

Požadujete možnost uveřejnění zdroje informací: ANO NE

Poznámka:

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost u skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem informací.

Datum: 28.8.2017 Podpis: 

Vyplňuje Domov u zámku, z.s.

Vyjádření odpovědného zaměstnance dle organizačního řádu: ANO NE

Souhlas s uvedením Domov u zámku, z.s.

ANO
 NE

Domov u zámku, z.s.
Chvalkovičova na Hané č. 1
683 23 Ivanovice na Hané
IČ: 228 84 624

28.8.2017
Datum:

.....
Podpis a razítko

Příloha 15. Publikační a přednášková činnost související s tématickou oblastí disertační práce

Publikační a přednášková činnost související s oborem DSP

Publikace v časopisech s IF

JOANOVIČ, E., KISVETROVÁ, H., NEMČEK, D. et al. Gender differences in improvement of older-person-specific quality of life after hearing-aid fitting. *Disability and Health Journal*, 2019. 12(2):209-213. ISSN 1936-6574

Citace ve WOS: 2

KISVETROVÁ, H., JOANOVIČ, E., VÉVODA, J., ŠKOLOUDÍK, D. Dying Care Nursing Intervention in the institutional care of end-of-life patients. *International Journal of Nursing Knowledge*. 2017, 28(3), 131-137 1-7. ISSN 2047-3095.

Citace ve WOS: 5

KISVETROVÁ, H., ŠKOLOUDÍK, D., JOANOVIČ, E. et al. Dying Care Interventions in the Intensive Care Unit. *Journal of Nursing Scholarship*. 2016, 48(2), 139-146. ISSN 1547-5069.

Citace ve WOS: 1

Príspevky ve sbornících:

JOANOVIČ, E., KISVETROVÁ, H. *Kvalita života v seniorském věku*. In Sborník konference pro sestry: Pacient je naší prioritou. Opava: 2017. ISBN 978-80-7510-226-3

VÁVERKOVÁ, R., KISVETROVÁ, H., JOANOVIČ, E., LANGOVÁ, K. *Vliv vybraných faktorů na hodnocení důstojnosti nevyléčitelně nemocných*. In Sborník konference pro sestry: Martin: Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve. Martin: 2017. ISBN 978-80-8187-028-6.

JOANOVIČ, E., KISVETROVÁ, H., ŠKOLOUDÍK, D. The role of nursing experience in providing end-of-life care to older adults in the ICU. *STTI 3rd European Regional Conference 2016*. Utrecht: Utrecht university, 2016. s. 35-36.

JOANOVIČ, E., KISVETROVÁ, H. *Vnímání pracovní zátěže sestrami poskytující péči seniorům s kognitivní poruchou*. In Sborník konference pro sestry: Nelékařské zdravotnické obory v proměnách času. Olomouc, 2015. ISBN 978-80-260-9114-1.

JOANOVIČ, E., KISVETROVÁ, H. *Celoživotní vzdělávání sester pečujících o seniory s demencí*. In Sborník konference pro sestry: Cesta poznávání a vzdělávání v ošetrovatelství VI. Plzeň: 2014. ISBN 978-80-261-0503-9.

Konference – přednášky/postery

Medzinárodná vedecká konferencia 2017: Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve.
Martin, 25. 5. 2017 (SR)

▪ Přednáška: VÁVERKOVÁ, R., KISVETROVÁ, H., JOANOVIČ, E., LANGOVÁ, K. Vliv vybraných faktorů na hodnocení důstojnosti nevléčitelně nemocných.

Sigma Theta Tau International 3rd European Regional Conference. Utrecht, 6 – 8. 6. 2016
(Netherlands)

▪ poster: JOANOVIČ, E., KISVETROVÁ, H., ŠKOLOUDÍK, D. The role of nursing experience in providing end of-life care to older adults in the ICU.

Vědecká odborná konference s mezinárodní účastí: Pacient je naší prioritou. Opava, 24. 11. 2016 (ČR)

▪ přednáška: JOANOVIČ, E., KISVETROVÁ, H. Kvalita života v seniorském věku.

Celostátní konference s mezinárodní účastí Cesta poznávání a vzdělávání v ošetrovatelství VI.
Plzeň, 6. 5. 2015 (ČR)

▪ poster: JOANOVIČ, E., KISVETROVÁ, H. Celoživotní vzdělávání sester pečujících o seniory s demencí.