

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD  
Ústav ošetrovatelství

Alice Fialová

**Kvalita života seniorů a postoje ke stárnutí**

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová, Ph. D.

Olomouc 2016

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 13. května 2016

-----

podpis

### **Poděkování**

Děkuji PhDr. Mgr. Heleně Kisvetrové, Ph. D. za odborné vedení diplomové práce a cenné rady při jejím zpracování. Rovněž děkuji Mgr. Janě Zapletalové, Ph. D. za pomoc při statistickém zpracování dat z dotazníkového šetření.

# OBSAH

ÚVOD .....	8
1 REŠERŠNÍ ČINNOST .....	9
2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA .....	11
2.1 Faktory ovlivňující kvalitu života seniorů .....	11
2.1.1 Fyzické faktory .....	13
2.1.2 Psychické faktory .....	18
2.1.3 Sociální faktory .....	20
2.2 Postoje ke stárnutí .....	25
2.2.1 Postoje seniorů .....	25
2.2.2 Postoje společnosti .....	27
2.3 Shrnutí teoretických východisek a formulace hypotézy .....	30
3 METODIKA VÝZKUMU .....	32
3.1 Výzkumné cíle a hypotézy .....	32
3.2 Charakteristika souboru .....	33
3.3 Metoda sběru dat .....	33
3.4 Realizace výzkumu .....	34
3.5 Metody zpracování dat .....	35
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU .....	36
4.1 Demografický charakter souboru respondentů .....	36
4.2 Vyhodnocení položek dotazníku WHOQOL-BREF .....	37
4.3 Vyhodnocení položek dotazníku WHOQOL-OLD .....	41
4.4 Vyhodnocení položek dotazníku AAQ .....	44
4.5 Ověření platnosti hypotéz .....	47
5 DISKUSE .....	59
ZÁVĚR .....	62
REFERENČNÍ SEZNAM .....	63

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK .....	70
SEZNAM TABULEK.....	71
SEZNAM OBRÁZKŮ .....	72
SEZNAM PŘÍLOH.....	73

# ANOTACE

**Typ závěrečné práce:** Diplomová práce

**Téma práce:** Kvalita života seniorů

**Název práce:** Kvalita života seniorů a postoje ke stárnutí

**Název práce v AJ:** Quality of life of seniors and attitudes toward aging

**Datum zadání:** 2015-01-31

**Datum odevzdání:** 2016-05-13

**Vysoká škola, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetřovatelství

**Autor práce:** Alice Fialová, Bc.

**Vedoucí práce:** PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová, Ph.D

**Oponent práce:**

**Abstrakt v ČJ:** Diplomová práce se zaměřuje na zjištění kvality života hospitalizovaných seniorů a jejich postojů ke stárnutí a stáří. Byly použity české verze standardizovaných dotazníků WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD a WHO-AAQ. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 145 seniorů hospitalizovaných na Oddělení geriatrické ve Fakultní nemocnici Olomouc. Výsledky ukázaly, že s přibývajícím věkem hospitalizovaných seniorů klesá kvalita jejich života v oblasti fungování smyslů a nezávislosti. Naopak souvislost mezi věkem a vnímanou kvalitou života nebyla prokázána v oblasti fyzického zdraví, prožívání, sociálních vztahů, prostředí, naplnění, sociálního zapojení, intimity a postojů ke stárnutí. Muži hodnotili kvalitu svého života lépe v oblasti fungování smyslů, v ostatních doménách nebyl významný rozdíl mezi hodnocením mužů a žen. Výzkumné šetření ukázalo významnou souvislost mezi sociální situací seniorů a vnímáním jejich kvality života v oblasti intimity. Neprokládala se však souvislost mezi sociální situací a hodnocením postojů ke stáří. Rovněž nebyl prokázán vztah mezi pohlavím seniorů a jejich postoji ke stárnutí a stáří.

**Abstrakt v AJ:** The thesis focuses on ascertaining the life quality of hospitalized seniors and their attitudes towards aging and old age. Czech version of the standardized questionnaire WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD WHO-AAQ was used for the survey. The questionnaire survey was attended by 145 seniors hospitalized at the Department of Geriatrics at University Hospital Olomouc. The results showed that with increasing age hospitalized seniors decrease their quality of life in area of the senses functioning and independence. On the contrary relationship between age and perceived life quality has not been proven in the domain of physical health, emotions, social relationships, environment, fulfillment, social inclusion, intimacy and attitudes towards aging. Men rated their quality of life better in domain of the senses functioning, in other domains there was no significant difference between the assessment of men and women. The research showed a significant correlation between social situation of seniors and their perception of life quality in domain of intimacy. However, there was no provable link between the social situation and evaluating attitudes to old age. Also there was no provable link between seniors' gender and their attitudes towards aging and old age.

**Klíčová slova v ČJ:** kvalita života, senior, postoje ke stárnutí, hospitalizace, WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD, WHO-AAQ

**Klíčová slova v AJ:** quality of life, senior, attitudes toward aging, hospitalization, WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD, WHO-AAQ

**Rozsah:** 85 stran/ 4 přílohy

# ÚVOD

Kvalita života ve stáří je v současnosti velmi diskutované téma ve všech vyspělých zemích. Demografické stárnutí je historicky nezvratný fenomén, jehož následkem je zásadní změna věkových struktur populace, kdy stále větší část dospělého života budou lidé prožívat ve stáří. Narůstá počet seniorů, prodlužuje se střední i maximální délka života, zlepšuje se funkční stav seniorské populace (Ondrušová, 2009, s. 36). Zvyšující se počet starších lidí v populaci přináší nové požadavky na společnost, která by se měla zaměřit na podporu a zlepšování kvality života starších občanů (Dragomirecká et al., 2008, s. 193). Společnost, která sama celkově stárne, by měla umožnit pracovat všem seniorům, kteří mají zájem a chtějí žít aktivně. Zdravotní péče by měla předcházet vzniku dlouhodobé závislosti starších lidí na institucionálním řešení jejich zdravotních problémů. Seniorům je třeba poskytnout možnost aktivního a soběstačného života, a ne pouze rozšiřovat síť rezidenčních zařízení (Mareš, 2014, s. 22). Společenské změny posledních let ovlivnily a nadále budou ovlivňovat kvalitu života lidí vyššího věku. Definování kvality života je interdisciplinární problém a směřuje k individuálnímu přístupu k člověku. Většina definic vymezujících kvalitu života se snaží o přehled nejzávažnějších faktorů, které se podílí na utváření kvality života jednotlivce. Vnímání těchto faktorů je však velmi individuální, nelze je tedy všechny přesně vymezit (Dvořáčková, Kajanová, 2012, s. 331). Měření kvality života je těžší v porovnání s měřením fyziologických funkcí, přesto patří k důležitým ukazatelům celkového stavu. U seniorů nestačí hodnotit pouze jejich objektivní zdravotní stav. Kvalita zdraví sice úzce souvisí s kvalitou života, ale celkový koncept kvality života je širší a je tvořen množstvím jednotlivých domén, které v různé míře kvalitu života ovlivňují a zahrnují mnoho aspektů reflexe životní reality (Farský, Solárová, 2010, s. 31-32). Kvalita života jednotlivců je propojena s historickým, ekonomickým a společenským prostředím, ve kterém jsou umístěni a je individuálně ovlivněna životními zkušenostmi (Hrozenská, 2008, s. 81). Cílem péče o seniory je vytvoření podmínek pro komplexní a multidisciplinární péči s přihlédnutím na prostředí, ve kterém se starší člověk nachází, a dát jednotlivcům možnost zdravě žít, vést smysluplný a aktivní život i v období stáří. Nezaměnitelnou úlohou ošetřovatelství je rozvoj dlouhodobé péče o seniora v domácím prostředí či v komunitě, se zřetelem na zachování jeho rodinných vazeb. Stárnutí představuje pro lidstvo nový fenomén, který je spjat se zdravotními, sociálními a ekonomickými změnami, které významně ovlivňují kvalitu života jednotlivých lidí a následně celé společnosti (Dimunová, Veselská, Stropkaiová, 2013, s. 23).



# 1 REŠERŠNÍ ČINNOST

Rešeršní strategie

Pro zpracování teoretické části diplomové práce byla prostudována tato vstupní studijní literatura:

ČEVELA, Rostislav, KALVACH, Zdeněk, ČELEDOVÁ, Libuše. Sociální gerontologie: úvod do problematiky. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.

DRAGOMIRECKÁ, Eva, PRAJSOVÁ, Jitka. WHOQOL-OLD: příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2009. ISBN 978-80-87142-05-9.

GURKOVÁ, Elena. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.

KALVACH, Zdeněk, ZADÁK, Zdeněk, JIRÁK, Roman, ZAVÁZALOVÁ, Helena,

HOLMEROVÁ, Iva, WEBER, Pavel et al. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. 1. vyd. Praha: GradaPublishing, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.

KALVACH, Zdeněk et al. Křehký pacient a primární péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.

MAUK, Kirsten, L. Gerontological Nursing: Competencies for Care. 2nd ed, Boston: Jones & Bartlett Publishers, 2010. ISBN 1449617808.

## REŠERŠNÍ STRATEGIE

### Stanovená vyhledávací kritéria:

**Klíčová slova v ČJ:** stáří, kvalita života, měření kvality života, dotazník WHOQOL- BREF, WHOQOL OLD, AAQ

**Klíčová slova v AJ:** elderly, quality of life, measurement of quality of life, questionnaire WHOQOL- BREF, WHOQOL-OLD, AAQ

**Jazyk:** český, slovenský, anglický

**Vyhledávací období:** 2005-2015

### Další vyhledávací kritéria:

- věk nad 60 let
- abstrakt v anglickém jazyce
- články týkající se dané problematiky

**Databáze:** PubMed, EBSCO, BMČ



Celkem dohledáno 152 článků



### Vyřazovací kritéria:

- duplicitní články
- články s odlišnou tematikou



### Sumarizace využitých databází a dohledaných dokumentů:

Databáze PubMed – 3 články

Databáze Ebsco – 24 článků

Databáze BMČ – 15 článků



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 42 článků

## 2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Narůstající podíl starších lidí ve společnosti a prodlužující se délka života vedou ke zvýšené potřebě zkoumat, které faktory příznivě ovlivňují stárnutí a kvalitu života ve stáří (Ondrušová, 2010, s. 50).

### 2.1 Faktory ovlivňující kvalitu života seniorů

Seniorská populace může být zdánlivě vnímaná jako stejnorodá, ve skutečnosti však představuje nejrozmanitější skupinu lidí v naší společnosti. Ti se navzájem velmi výrazně liší věkem, zdravotním stavem, funkční zdatností, rodinnou situací, sociálním zázemím, ekonomickými podmínkami, vzděláním, životními zkušenostmi a hodnotovým systémem. Z této vzájemné odlišnosti se pak také odvíjí rozdílné priority, přání a potřeby (Ondrušová, 2009, s. 36). Dle Kačmárové je stárnutí a období stáří významnou etapou ve vývinu jednotlivce a tvoří přirozenou součást života člověka. Věk působí na každého člověka jinak, někteří lidé ztrácejí věkem výkonnost a soběstačnost, jiní jsou aktivní a produktivní i ve stáří. Někteří považují toto období za smutné, jiní mají pohled optimistický. Je obtížné izolovat samotný proces stárnutí od dalších spolupůsobících faktorů a není proto možné určit, které změny jsou způsobeny věkem a které jinými vlivy (Kačmárová, 2013, s. 42).

Vnímání a prožívání tohoto období je velmi individuální a je ovlivněno mnoha faktory, vnějšími i vnitřními. Dochází k postupným změnám, které se týkají všech aspektů člověka – vzhledu, tělesného stavu, aktivity, vnímání času, sociálního prostředí a mnoha dalších (Kačmárová, 2013, s. 42). Vliv individuálních rozdílů ve stáří vzrůstá, přesto jsou však rysy, které jsou pro toto období typické. Jedná se o ukončení profesní dráhy, s tím spojená změna životního stylu, zhoršení finanční situace, dále ubývání sil, zhoršení zdravotního stavu, zpomalení psychomotorického tempa, případná závislost na péči druhých a v neposlední řadě také ztráta partnera nebo poslední blízké osoby (Ondrušová, 2009, s. 36). Dvořáčková s Mojžíšovou se domnívají, že není možné definovat všechny faktory podílející se na kvalitě života, vzhledem k odlišnému subjektivnímu vnímání těchto faktorů. Zmiňují faktory obecné, v oblasti lékařské, sociální, ekonomické a environmentální. Dále pak faktory specifické, jako je věk, vzdělání, pohlaví, rodinná situace, ekonomická situace, žebříček hodnot, polymorbidita (Dvořáčková, Mojžíšová, 2011, s. 82). Vlivy podílející se na kvalitě života lze

rozdělit na nepřímé, mezi které patří depresivní symptomy a subjektivní spokojenost se zdravím a vlivy přímé, jako jsou podmínky prostředí, finance, bezpečnost, dostatek informací, volnočasové aktivity, zdravotnické služby, doprava (Halvorsrud, 2010, s. 255). Mareš uvádí, že oblasti kvality života bývají společné pro dospělé osoby různého věku, ale v různých etapách života se přesouvá důraz na jiné oblasti. Pro stárnoucí seniory je prioritní zdravotní stav a funkční schopnost, pocit užitečnosti pro druhé, síť sociálních vztahů, míra vnímané sociální opory, finanční situace a kvalita bydlení. Kvalita života je záležitost subjektivních, nikoliv objektivních údajů, záleží tedy na individuálním vnímání, prožívání a hodnocení jednotlivých oblastí, nikoliv na tom, jak se tyto aspekty jeví vnějším pozorovatelům (Mareš, 2014, s. 23). Fialová s Vlastníkovou nahlíží na kvalitu života z roviny subjektivní i objektivní. Objektivní kvalita života představuje splnění požadavků v oblasti fyzického zdraví, materiálních a sociálních podmínek života a sociálního postavení. Subjektivní stránka se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem, v oblasti fyzické, psychické i sociální. Tato celková životní spokojenost ve stáří je ovlivněna mimo jiné osobností člověka, subjektivním vnímáním vlastního zdraví a životními postoji, které si člověk utváří během celého života (Fialová, Vlastníková, 2013, s. 62). Dle Ondrušové patří k faktorům, které výrazně ovlivňují spokojenost seniorů a kvalitu jejich života, zdraví, sociální prostředí, mezilidské vztahy, životní styl, hmotné zabezpečení, aktivita, zdravotní péče a sociální služby (Ondrušová, 2009, s. 37). Pohled starších osob na kvalitu života je komplexní a zahrnuje celou řadu faktorů, které působí jak negativně, tak i pozitivně. Týkají se zážitků současných, minulých a též představ o dalším životě. Podstatný význam má pro seniory sociální zázemí, vztahy s nejbližšími příbuznými, subjektivní hodnocení zdraví, od kterého se odvíjí další možnosti či omezení. Důležitá je možnost zapojení při různých aktivitách a činnostech, soběstačnost, sebeobsluha, ale také hmotné a finanční zabezpečení (Kačmárová, 2013, s. 45). Stárnutí je nevyhnutelný proces, může se však jednat o období s dobrým zdravotním stavem a vysokou kvalitou života (Top, Dikmetas, 2012, s. 290). Dragomirecká et al., píší, že některé studie uvádí vysokou kvalitu života u starších dospělých, vysokou životní spokojenost a lepší psychickou pohodu než u mladších jedinců, což bývá označováno jako „paradox stáří“ a představuje dobrou adaptaci nebo celkovou životní spokojenost. Nicméně většina poznatků tvrdí, že kvalita života starších lidí klesá s jejich věkem a silně souvisí s jejich zdravím (Dragomirecká et al., 2008, s. 194).

### 2.1.1 Fyzické faktory

- **Zdraví a nemoc**

Stáří není nemoc, ale část stárnoucích lidí má zdravotní a funkční problémy, které mohou vést k omezení samostatnosti a narůstání závislosti (Ondrušová, 2009, s. 37). Zdraví je důležitým aspektem v životě starších lidí a má velký význam ve vnímání kvality jejich života. Pro mnoho seniorů je narušené zdraví důvodem fyzické a psychické závislosti, vážnější narušení zdraví může evokovat nevyhnutelné umírání (Hrozenská, 2008, s. 83). Zdravotní stav zásadním způsobem ovlivňuje veškeré aktivity seniorů. Zdravotníci se zaměřují na kvalitu života podmíněnou zdravím. Hlavními ukazateli zdravotního stavu je především přítomnost zdravotních obtíží, nutnost léčby, rozsah omezení, které tyto potíže přináší, přítomnost bolesti či dalších nepříjemných obtíží (Ondrušová, 2009, s. 38). Fyzické zdraví je významným indikátorem kvality života, ovlivňuje množství energie, únavu, bolest, diskomfort či spánek (Hrozenská, 2008, s. 82). V řadě případů přináší stáří zdravotní problémy, jejichž závažnost s věkem stoupá. Často jde o problémy, které není senior schopen sám řešit a stává se závislým na pomoci druhých či potřebuje mimořádnou péči (Mareš, 2014, s. 24). Nemoc je významným faktorem zhoršujícím kvalitu života, a to především v souvislosti se snížením funkčních schopností. Hodnocení kvality života v souvislosti s fyzickým zdravím je však velmi subjektivní, závisí na osobnosti seniora, na životních postojích, na schopnosti zvládat těžkosti a fyzická omezení (Kačmárová, 2013, s. 44). Virgulová a Schedová provedli výzkum zaměřený na zjišťování vlivu omezené soběstačnosti na kvalitu života seniorů. Výzkumného šetření se zúčastnilo 140 seniorů, polovina žila v domácím prostředí, polovina v sociálních zařízeních. Senioři žijící v domácím prostředí měli vyšší míru soběstačnosti v aktivitách denního života než senioři v sociálních zařízeních. Hodnocení kvality života bylo srovnatelné u obou skupin. Autorky výzkumu tak došly k závěru, že kvalita života seniorů není podmíněna jejich zdravotním stavem a deficitem sebeděče v denních aktivitách (Virgulová, Schedová, 2013, s. 35-39). Opačného názoru jsou autoři výzkumu provedeného v Turecku u 300 seniorů žijících v domácím prostředí. Píší, že zdravotní stav je důležitým faktorem, který se bezprostředně dotýká kvality života seniorů v oblasti fyzické, psychické i sociální. Jejich výsledky dokazují přímou souvislost mezi přítomností nemoci a hodnocením kvality života. Současně zjistili, že kvalita života klesá s přibývajícím věkem (Bilgili, Arpacı, 2014, s. 415-421). Rovněž Hrozenská uvádí, že řada výzkumů považuje zdraví za hlavní proměnnou v hodnocení kvality života. Samotní starší

lidé, kteří hovoří o fyzických schopnostech seniorů, dávají zdraví do souvislosti s neschopností a nesoběstačností (Hrozenská, 2008, s. 83). Díky pokroku v medicíně a neustále se zvyšující úrovni zdravotní péče dochází k prodlužování délky života, což může také znamenat vyšší počet let prožitých v nemoci a nemusí být automaticky zárukou zachování kvality života (Fialová, Vlastníková, 2013, s. 62).

- **Soběstačnost**

Senioři tvoří velké procento pacientů s chronickým onemocněním. U těchto pacientů se stává hlavním cílem zdravotní péče zpomalení přirozené progresy onemocnění a především zachování kvality života (Hrozenská, 2008, s. 81). Chronická onemocnění jsou závažnou a častou příčinou disability, která vede ke zhoršování kvality života a její výskyt stoupá s přibývajícím věkem. V důsledku stárnutí a chronických nemocí dochází ke zhoršování soběstačnosti seniorů (Holmerová et. al, 2006, s. 164). Pro osoby vyššího věku jsou typické poruchy v některých oblastech soběstačnosti, kdy dochází k poklesu instrumentálních všedních činností a později se přidávají obtíže s vykonáváním aktivit denního života. Senior se stává závislým při výkonu běžných denních aktivit a je odkázán na pomoc druhých lidí při uspokojování svých potřeb. Fyziologické potřeby patří mezi potřeby základní, a pokud nejsou u starého člověka uspokojeny, následně se tato skutečnost odráží v jeho celkovém stavu (Motlová, 2007, s. 344-345). Omezení v některých instrumentálních aktivitách denního života vede ke zhoršené kvalitě života, ale nemusí představovat potřebu péče druhé osoby, omezení při běžných denních aktivitách již tuto potřebu představuje. Soběstačnost seniorů posuzujeme dle škál základních a instrumentálních aktivit denního života. Běžné aktivity denního života jsou bazální sebeobslužné aktivity, jejichž porucha vede k potřebě ošetřování. Jedná se o samostatné provedení hygieny, samostatné oblékání, samostatné jídlo, používání toalety, kontinenci, schopnost přesunu a pohybu. Tyto aktivity vypovídají o základní sebeobsluze, nikoliv o schopnosti žít samostatně a bez pomoci se vyrovnat se všemi nástrahami každodenního života. O těchto schopnostech vypovídají instrumentální aktivity, například schopnost telefonování, nakupování, příprava jídla, vedení domácnosti, praní, samostatná doprava, užívání léků, nakládání s penězi (Holmerová, Rokosová, Vaňková, 2006, s. 180). Postupný pokles nezávislosti a nárůst závislosti je závažným rizikovým faktorem ve stáří. Pro klinickou praxi a pro potřeby sociálních služeb a péče je důležité diagnostikovat a léčit konkrétní nemoc a také posoudit soběstačnost a funkční schopnosti seniora (Dvořáčková, Mojžíšová, 2011, s. 82). Závislost u seniorů může být fyzická, psychická, sociální a ekonomická, vždy ale negativně působí na kvalitu života. Starý člověk se většinou nejvíc

obává ztráty soběstačnosti a nezávislosti, než nemoci samotné. Představa bezmocného stáří a strach být někomu na obtíž jsou často příčinou toho, že někteří senioři raději nesignalizují své potíže a nevyžadují pomoc při sebeděči. Přitom jsou často odkázáni na pomoc rodiny či sestry při činnostech, které ostatní považují za samozřejmé (Poledníková, Slamková, Baráthová, 2009, s. 124). Zásadní je včasná identifikace blížícího se poklesu funkční zdatnosti pod kritickou úroveň. Pokud včas nezaznamenáme případné zhoršení a dojde ke ztrátě soběstačnosti, může být obtížné vrátit seniora na úroveň, která je nezbytná pro zachování sebeděče (Macháčová, 2007, s. 249). K poklesu soběstačnosti mohou vést chronické nemoci, zhoršení tělesných a duševních schopností, ale také neuspokojivé životní podmínky, nedostatečné finanční zabezpečení, nedostupnost pečovatelských služeb, neochota nebo neschopnost rodiny poskytovat péči (Dvořáčková, Mojžíšová, 2011, s. 82).

Zdravotní péče by měla předcházet vzniku dlouhodobé závislosti starých osob na institucionálním řešení zdravotních problémů. Seniorům by měla být poskytnuta příležitost žít aktivně, vést soběstačný život a zvyšovat tak jeho kvalitu (Mareš, 2014, s. 22). Zhoršování soběstačnosti v důsledku stárnutí či chronického onemocnění lze zabránit díky vysoké úrovni zdravotní péče, vzdělávání a celkovému zlepšení úrovně zdraví populace. Významnou roli hraje také zlepšení životního stylu, včasná diagnostika a management chronických onemocnění, používání kompenzačních pomůcek, jako jsou hole, chodítka, madla. Je důležité zabývat se tím, jak využít a posilovat schopnosti seniorů, než pouze kompenzovat jejich disabilitu (Holmerová et al., 2006, s. 164). Při hospitalizaci jsou senioři ohroženi nečinností, poklesem fyzické zdatnosti a zvýšeným rizikem funkčního úpadku, je proto velmi důležité zaměřit se na zvyšování fyzické aktivity (Brovold et al., 2014, s. 405-413).

- **Pohybová aktivita**

Jednou z možností, jak pozitivně ovlivňovat tělesné a duševní zdraví seniorů, je pohybová aktivita. Nedostatek pohybové aktivity a sedavý způsob života vedou ke zhoršení tělesného stavu, který u seniorské populace způsobuje předčasnou ztrátu soběstačnosti a výrazně zhoršuje kvalitu života. Pohybová aktivita zlepšuje funkční tělesnou zdatnost, zvyšuje výkonnost kardiopulmonálního a nervosvalového systému, udržuje funkční kloubní pohyblivost a umožňuje tak seniorům žít celkově aktivnější a plnohodnotnější život. Důsledkem je pak sociální a emocionální uspokojení (Macháčová et al., 2007, s. 248-249). Pravidelná a dlouhodobá pohybová aktivita snižuje mortalitu a na věku závislou morbiditu seniorů a svými účinky oddaluje pokles tělesných funkcí a přispívá ke zdravému stárnutí (Fialová, Vlastníková, Faktorová, 2013, s. 17). Studie provedená v Norsku dokazuje významný vztah

mezi hodnocením kvality života, fyzickou kondicí a fyzickou aktivitou starších dospělých. Autoři studie zkoumali kvalitu života u 115 seniorů nedávno propuštěných z nemocnice. Výsledky ukázaly, že zapojení do fyzických aktivit a vyšší úroveň fyzické zdatnosti jsou spojeny s vyšším hodnocením kvality života, bez ohledu na široké spektrum komorbidit. Udržování fyzické kondice a vytrvalostní chůze je důležité pro zachování nezávislosti v každodenních činnostech. Význam pro zachování fyzické zdatnosti má také udržování zájmů, návštěvy divadla, procházky v parku, nákupy potravin, setkávání s přáteli nebo možnost cestovat (Brovold et al., 2014, s. 405-413).

- **Subjektivní vnímání zdraví**

Do centra pozornosti zdravotníků se dostává nejen fyzický stav pacientů a výsledky léčby, ale také dopady indikované terapie na jejich každodenní život. Měření kvality života nemocných seniorů přináší mnoho důležitých informací, které jsou z hlediska zvládnání života s nemocí rozhodující. Narůstá význam subjektivního hodnocení zdraví u geriatrických pacientů, kdy kvalita života je považována za významnější a vhodnější indikátor zdraví než mortalita a morbidita (Ondrušová, 2009, s. 38). U některých seniorů lze pozorovat, že objektivní deficity funkčního potenciálu úzce souvisí s jejich subjektivním zpracováním, v mnoha případech však dochází k velkému rozdílu mezi subjektivním a objektivním posuzováním kvality života a jejich aspektů (Farský, Žiaková, Ondrejka, 2005, s. 234). Hodnocení fyzického zdraví není samo o sobě dostatečným indikátorem kvality života, řada studií dokládá, že lékaři hodnotí kvalitu života chronicky nemocných pacientů významně hůře než sami pacienti, což potvrzuje jedinečnost subjektivního pohledu (Dragomirecká, Bartoňová, 2006). Úroveň subjektivní osobní pohody je důležitým faktorem ovlivňujícím kvalitu života a je považována za jednu ze základních složek zdraví (Dvořáčková, Mojžíšová, 2011, s. 83). Trentini et al. udávají, že subjektivní hodnocení zdravotního stavu je ukazatelem celkového stavu zdraví a významně souvisí s hodnocením kvality života. Vlastní vnímání fyzického zdraví je dáno fungováním smyslů, sociálními vztahy a mírou deprese seniorů. Subjektivním vnímáním zdraví se zabývali autoři výzkumu provedeného v Brazílii u 90 seniorů hospitalizovaných v nemocnici. Tento vzorek byl složen z nemocných starších pacientů, kdy přítomnost nemoci byla objektivně posouzena lékařem. Výsledky výzkumu ukázaly, že sebehodnocení vlastního zdraví bylo významně ovlivněno intenzitou depresivních symptomů a stupněm nezávislosti. Autoři tohoto výzkumu se domnívají, že omezení nezávislosti a samostatnosti v důsledku zhoršení zdravotního stavu vede ke ztrátě



společenského života, ke snížení sebevědomí a následně pak ke zhoršenému subjektivnímu vnímání zdraví (Trentini et al., 2012, s. 279-286).

- **Autonomie**

Autonomie ve stáří znamená mít možnost svobodně rozhodovat o sobě a o svém způsobu života. Závislost a nezávislost u starších lidí souvisí s jejich soběstačností. Aby mohl být senior skutečně autonomní, musí být k tomu vybaven fyzicky, rozumově a sociálně. Současně musí chtít své schopnosti uplatnit, tedy musí být dostatečně motivován k rozhodování o svém životě a k sebepečí (Motlová, 2007, s. 343-344). Ztráta nezávislosti není dána samotným stářím, ale častou příčinou může být právě hospitalizace seniorů. Samostatnost a nezávislost jsou významným zdravotním ukazatelem. Obavy ze ztráty nezávislosti jsou časté mezi lidmi vyššího věku, zachování autonomie by mělo být cílem péče o seniory (Trentini et al., 2012, s. 279-286). Význam závislosti a nezávislosti starších lidí je třeba zvážit pro pochopení kvality života a důležitosti zdraví. Ovládání událostí svého života bylo dříve považováno za méně důležité, než jak ho vnímali jednotliví senioři ve svých představách. Autonomie znamená schopnost vést život dle svých vlastních pravidel, zůstat zodpovědný za své chování, způsob života, mít možnost výběru a rozhodování. V péči o osoby vyššího věku je třeba mít na zřeteli, že člověk může zůstat fyzicky závislý, ale zároveň může být psychicky zcela autonomní (Hrozenská, 2008, s. 83). Také Motlová uvádí autonomii jako jednu z významných potřeb ve stáří. Autonomie zahrnuje potřebu úcty, sebeúcty, užitečnosti, potřebu uznání a vážnosti. Řada lidí staršího věku se cítí být zbytečná a neužitečná, obzvláště pak v období nemoci. Nemocní senioři mají pocit, že jsou druhým na obtíž a přidělávají jim jen starosti. Chtěli by se cítit potřebnými, vykonávat něco pro druhé a předávat své zkušenosti druhým lidem (Motlová, 2007, s. 346). Při navazování a budování vztahu se staršími lidmi pomáhá lidský přístup, otevřenost, upřímnost, projevy úcty a respektu (Dvořáčková, Kajanová, 2012, s. 338). Starého člověka je třeba považovat za samostatnou rozumovou bytost, která je schopna samostatného rozhodování, a ne za pouhý prostředek druhých. Pokud je senior soběstačný a je schopen uspokojovat své základní potřeby, většinou má možnost rozhodovat o svém životě. Pokud začne tuto samostatnost ztrácet a je odkázán na pomoc jiných, neznamená to, že musí přijít o schopnost rozhodovat o svém životě. Autonomii lze zachovat, pokud je senior aktivně zapojován do činností a je mu nabízena možnost volby (Bužgová, 2007, s. 66-67).

## 2.1.2 Psychické faktory

Do aktuálního i dlouhodobého psychického stavu seniorů se promítá snížení fyzické výkonnosti, možné zdravotní obtíže, vnímání stáří sociálním okolím, dále pak také neschopnost rychle reagovat a zpracovávat informace, problémy s pamětí, poruchy smyslového vnímání, především sluchu a zraku. Všechny tyto okolnosti mohou vyvolávat emoční napětí, snižování sociální komunikace, pocity izolace, osamělosti a frustrace. Z psychických potřeb je ve stáří důležitá potřeba seberealizace a sounáležitosti. Uspokojování těchto potřeb však často ovlivňuje řada životních událostí jako odchod dětí, odchod do důchodu, ztráta partnera nebo hledání nového smyslu života (Fialová, Vlastníková, 2013, s. 63). Senior potřebuje mít pocit jistoty a bezpečí, touží po důvěře, stabilitě, jistotě a spolehlivosti. V souvislosti s potřebou bezpečí hovoříme o potřebě fyzického a psychického bezpečí. Mezi potřeby psychického bezpečí patří mimo jiné pocit jistoty. U starších osob přispívá k pocitu psychického bezpečí určení harmonogramu jednotlivých denních aktivit (Motlová, 2007, s. 345-346). Kvalita života úzce souvisí s osobním pocitem štěstí a subjektivní životní spokojeností, tyto faktory jsou pro hodnocení kvality života významnější než objektivní problémy, jako je pokles fyzických funkcí (Top, Dikmetas, 2012, s. 297). Negativní vliv na duševní zdraví a pohodu seniorů mají nepříznivé finanční a sociální podmínky, nedostatečné rodinné zázemí a také deficit při sebepěči (Zrubcová, Schmidtová, 2009, s. 160-163).

- **Smysluplnost života**

Jednou z položek kvality života je smysluplnost života ve stáří, její ztráta souvisí s výskytem deprese. Smysluplnost života má vliv na celkový zdravotní stav, především na psychické, ale i fyzické zdraví. Významně tak tedy ovlivňuje kvalitu života seniorů (Ondrušová, 2010, s. 50-55). Ztrátou smyslu života jsou především ohroženi stáří lidé žijící osaměle v domácím prostředí a senioři se závažnými zdravotními problémy a omezenou soběstačností, žijící ve zdravotnických zařízeních a na ošetřovatelských lůžkách v domovech pro seniory. Vyšší míru smysluplnosti života vykazují starší lidé, kteří žijí v domácím prostředí, s partnerem či rodinou a senioři žijící ve vlastních bytech v domech s pečovatelskou službou nebo na běžných odděleních domovů pro seniory (Ondrušová, Dragomirecká, 2012, s. 201). Smysluplnost života může být ohrožena obzvláště v pozdním stáří, při jednostranném zájmu o pouhé zabezpečení a uspokojení základních potřeb, či vlivem tragických životních

událostí a v situaci prožívaného utrpení. Pokud senioři nemají pocit užitečnosti pro druhé, dostatečnou míru komunikace a běžných denních radostí, ztrácí srozumitelný důvod ke zvládnání dalších obtíží. Faktory ovlivňující vnímání smyslu života seniorů byly předmětem výzkumu provedeného u 347 osob starších 75 let ze 13 lokalit na území Čech a Moravy. 55 % oslovených seniorů žilo v zařízeních sociální nebo zdravotní péče, ostatní bydleli v domácím prostředí. Z výzkumného šetření vyplynulo, že více jak polovina dotázaných (58,5 %) vnímá svůj život jako smysluplný. Pouze 13,3 % zkoumaných osob spadalo do skupiny ohrožené ztrátou smyslu života, v této skupině byly tři čtvrtiny respondentů depresivních. Podle výsledků výzkumu patří mezi rizikové faktory ovlivňující vnímání smysluplnosti života ve stáří – osamělost, nesoběstačnost, institucionalizace, nedostatek dobrých rodinných vztahů, hezkých zážitků a pocit neužitečnosti. Byl prokázán vztah mezi ztrátou smyslu života a depresí, obojí zhoršuje zdravotní stav a snižuje kvalitu života (Ondrušová, 2010, s. 50-55). Také Unalana et. al ve své studii potvrzují, že kvalitu života nepříznivě ovlivňují psychické problémy, zejména deprese (Unalan et. al, 2015, s. 319-324).

- **Deprese**

Depresivní symptomy mají často za následek emocionální a fyzické utrpení, které vede ke snížení kvality života seniorů a ke zvýšenému riziku úmrtí (Unalan et al., 2015, s. 319-324). Deprese úzce souvisí se subjektivním vnímáním zdraví, pacienti s depresivními symptomy hodnotí své zdraví pesimističtěji než pacienti, kteří depresí netrpí. Deprese u seniorů může ovlivňovat fyzické zdraví a vést k poklesu soběstačnosti vlivem nedostatku energie, únavy a ztráty chuti k jídlu (Trentini et al., 2012, s. 283). Deprese je častým problémem u starších nemocných, její nedostatečná diagnostika a léčba způsobuje další komorbidity a zvyšuje náklady na léčbu. Význam diagnostiky a léčby deprese by neměl být u seniorů podceňován a cílem zdravotníků by mělo být zlepšení intervencí při péči o geriatrické pacienty s depresí. Výzkum mezi hospitalizovanými seniory prokázal vliv depresivních příznaků na snížení kvality života (Hung Lin et al., 2014, s. 1-2). Depresivní symptomy u starších dospělých mohou být snadno přehlédnutelné, protože různé příznaky deprese jako nečinnost nebo únava mohou být interpretovány jako součást normálního procesu stárnutí. Množství depresivních symptomů může vést ke špatnému vnímání vlastního zdraví, přestože podmínky prostředí seniora jsou dobré (Halvorsrud et al., 2010, s. 252). Závažné příznaky deprese současně s větším počtem komorbidit snižují kvalitu života seniorů (Bottan et al., 2014, s. 181).

Významným faktorem pro vznik deprese u seniorů je psychosociální stres. Ten vzniká na základě demoralizace a zoufalství, které pramení z neschopnosti dané věkem, z pocitu

nesplnění svých celoživotních očekávání a z nutnosti přizpůsobit se mnoha životním změnám (Češková, 2007, s. 229). Mezi rizikové faktory pro vznik depresivních příznaků u hospitalizovaných seniorů patří zhoršení zdravotního stavu a chronická onemocnění, především pak cévní mozková příhoda, ztráta sluchu, poruchy zraku, srdeční onemocnění a chronická onemocnění plic. Přestože u pacientů s těmito diagnózami je vysoký výskyt depresivních příznaků, velká část z nich není s depresemi léčena (Hung Lin et al., 2014, s. 1-2). Starší depresivní člověk si na rozdíl od mladších většinou spontánně nestěžuje na depresivní náladu, i když je pokles nálady zřejmý (Češková, 2007, s. 229). Chronické onemocnění spolu s depresivními příznaky mají významný negativní dopad na subjektivní hodnocení kvality života a zvyšují riziko sebevraždy (Hung Lin et al., 2014, s. 1-2). Také Češková píše, že nediagnostikovaná a neléčená deprese v pozdním věku je zatížena vysokým rizikem suicidiálního jednání. Dle celosvětových zkušeností se sebevražedný pokus ve stáří považuje za spíše nepovedený skutečný úmysl zemřít než za symbolické volání o pomoc, jak tomu bývá častěji u mladších jedinců (Češková, 2012, s. 231). Rozsáhlá mezinárodní studie potvrdila zásadní vliv deprese na hodnocení kvality života a postoje seniorů ke stárnutí. Studie zkoumala názory 4316 respondentů ve věku nad 60 let ve 20 zemích pěti kontinentů. Deprese byla uznána jako hlavní duševní zdravotní problém u starších dospělých. I relativně nízká úroveň deprese byla spojena s výrazným poklesem kvality života ve všech oblastech a také s negativními postoji ke stárnutí. Deprese je rovněž spjata s podstatným funkčním a psychosociálním poškozením (Chachamovich et al., 2008, s. 593-602). Také deficit sebepečce a samota může vést k negativním emocím, které podporují vznik depresivní nálady (Zrubcová, Schmidtová, 2009, s. 160). Na rozdíl od některých faktorů, které u seniorů není možné ovlivnit, jako například věk, původní profese, špatný zdravotní stav nebo nesoběstačnost, depresi lze účinně léčit (Ondrušová, Dragomirecká, 2012, s. 203).

### **2.1.3 Sociální faktory**

- **Sociální vztahy**

Každý člověk potřebuje ke svému životu kontakt a komunikaci s druhými lidmi. Mezi sociální potřeby patří potřeba lásky, potřeba náležet k nějaké skupině, potřeba dostávat informace, možnost vyjadřovat se a být vyslechnut. Potřeba lásky zahrnuje touhu lásku dávat a přijímat, milovat a být milován. U seniorů vstupuje do popředí potřeba lásky v období samoty a opuštěnosti (Motlová, 2007, s. 346). Člověk stárne ve své společnosti, se svými

přáteli, sousedy, rodinnými příslušníky a tyto vztahy vzájemné soudržnosti, stejně jako mezigenerační vztahy jsou důležitými prvky aktivního stárnutí. Mimo jiné závisí kvalita života seniorů také na tom, jak se k nim chovají příslušníci mladších generací (Holmerová et al., 2006, s. 164). Výzkum provedený v Chile mezi 1676 seniory dokazuje podstatný vliv sociálních vztahů na hodnocení kvality života. Sociální vztahy společně s psychickým zdravím byly nejvýznamnějšími faktory, které ovlivňovaly kvalitu života respondentů. Senioři považovali za velmi důležité mít přátele a dobré vztahy v rodině (Bunout et al., 2012, s. 15-18). Pocit zázemí a jistoty představuje pro každého člověka rodina. Ve stáří je pak dobře fungující rodina pro seniora zárukou pomoci psychické, fyzické i hmotné. Rodina navíc rozvíjí aktivity ve stáří, proto senioři velmi oceňují dobře fungující rodinné vztahy a zázemí (Dvořáčková, Kajanová, 2012, s. 333). Pro starší jedince jsou důležité vztahy s jejich dětmi a vnoučaty, které jim přináší pocit radosti, pomoci a bezpečí. Kontakt s vnoučaty a schopnost si s nimi hrát a chodit ven, jim přináší pocit užitečnosti. Neméně důležité jsou pro seniory také společenské a dobrovolné aktivity, díky kterým jsou zaneprázdněni a zmírňují tak jejich trápení, pocit osamělosti nebo bydlení o samotě (Kačmárová, 2013, s. 43-44). Významným faktorem ovlivňujícím aktivní přístup k životu je partnerské soužití. Partner bývá pro seniory větší oporou v osamělosti, nežli vztahy s dětmi a dalšími příbuznými. Rozhodující roli při pocitu osamělosti má zdravotní a rodinný stav. K nejtěžším životním zkouškám v životě člověka patří ztráta životního partnera, kdy ovdovění může vést k pocitům opuštěnosti a osobní bezvýznamnosti. Kromě ztráty životního partnera se senioři také často musejí smířovat se smrtí svých vrstevníků (Dvořáčková, Kajanová, 2012, s. 333). Také Ondrušová píše, že ztráta životního partnera je ve stáří téměř nenahraditelná a může vést k osamělosti. Ta je znásobena postupným umíráním vrstevníků a osamostatněním dětí. Tato osamělost pak představuje velkou psychickou zátěž a ztrátu jistot, starší lidé se s ní velmi těžko vyrovnávají (Ondrušová, 2009, s. 37). Jednou z dalších sociálních potřeb je potřeba náležet k nějaké skupině. Tato potřeba může být u seniorů uspokojena v rodině, v klubu důchodců, klubu turistů nebo v nějaké jiné skupině. Problém nastane, pokud senior rodinu nemá, vrstevníci zemřeli, nebo se přestěhovali do jiného města, nebo senior není schopen své vrstevníky navštěvovat. Starší lidé také potřebují mít uspokojenou potřebu informovanosti, vědět co se děje v jejich okolí, mít informace o rodině a přátelích. Pokud nemohou senioři již vycházet ven, mohou být izolováni od těchto informací, chybí jim možnost komunikovat, hovořit o svých problémech, myšlenkách a být vyslechnut někým druhým (Motlová, 2007, s. 346).

V průběhu lidského života dochází ke změnám v sociálních rolích u každého člověka. Významným sociologickým faktorem a mezníkem ve stáří je penzionování. Přináší změnu

dosavadního životního stylu, více volného času, chybí struktura dne a dochází ke ztrátě profesní prestiže. Odchod do penze bývá také provázen poklesem životní úrovně. Narušení sociálních vazeb v důsledku penzionování je také jednou z příčin osamělosti seniorů (Ondrušová, 2009, s. 37). Mrázová popisuje problematiku penzionování jako období hledání sama sebe ve volném čase, hledání nových podnětů k vlastní seberealizaci a odhalování nových pohledů na vztah s životním partnerem (Mrázová, 2007, s. 106). Další událostí, která může narušit rodinný život je odchod dětí z domu, kdy se manželé ocitnou sami, odkázáni jeden na druhého. Musí najít nový smysl života, tato změna je může sblížit nebo naopak narušit vzájemný vztah. S přibývajícím věkem dochází k poklesu fyzických i psychických sil, což může vést k narušení sociální integrace a neschopnosti udržovat normální sociální vztahy (Dvořáčková, Mojžíšová, 2011, s. 83).

- **Sociální prostředí**

Pokud pro seniora není už možné nebo bezpečné žít v domácím prostředí, je vystaven jedné z psychicky nejnáročnější situací celého života, a tou je odchod do ústavního zařízení. Zde se musí přizpůsobit novým podmínkám a hledat nové kontakty. Je ohrožen ztrátou intimity a adaptačním šokem (Ondrušová, 2009, s. 37). Mezi nejčastější důvody pro vstup do domova pro seniory patří zdravotní problémy, snížení soběstačnosti, osamělost, řešení bytové otázky a nevyhovující podmínky bydlení (Motlová, 2007, s. 348). Všeobecně se prezentuje názor, že pro seniora je nejlepší, aby zůstal co nejdéle v domácím prostředí, pokud to umožňuje jeho zdravotní a sociální stav. Výzkum provedený na Slovensku však dokazuje, že spokojenost seniorů v oblasti sociálního zapojení byla větší u lidí žijících v zařízeních sociální péče než u seniorů žijících v domácím prostředí. Toto šetření bylo provedeno mezi stovkou seniorů, 50 jich žilo v zařízení sociální péče, 50 v domácím prostředí. Seniori žijící v sociálním zařízení vyjadřovali větší spokojenost s dostatkem činností a volnočasovými aktivitami. Autorky výzkumu došly k závěru, že v jejich sledovaném souboru je kvalita života seniorů žijících v zařízení sociální péče stejná nebo vyšší jak kvalita života seniorů žijících v domácím prostředí. Život v domácím prostředí může být pro seniory benefitem, avšak kvalita jejich života může být významně ovlivněna nedostatkem sociálního kontaktu (Dimunová, Veselská, Stropkaiová, 2013, s. 20-23).

Kvalita života seniorů odráží celkovou životní spokojenost, která je výsledkem vztahu člověka k jeho prostředí (Virgulová, Schedová, 2013, s. 38). Mezi faktory fyzického prostředí, které mají vliv na kvalitu života starších lidí, patří uspořádání standardního nebo ústavního bydlení, přístup k službám, dostupnost obchodů, veřejné dopravy a možnosti

trávení volného času (Hrozenská, 2008, s. 82). V zařízeních sociálního charakteru lze považovat za pozitivní zabezpečení bezbariérového přístupu pro seniory, či možnost přivolání pomoci v případě potřeby. Dostupnost a blízkost zdravotní péče v sociálních zařízeních je podmiňujícím faktorem pro kladné hodnocení bezpečnosti prostředí života seniorů. Fyzický stav starších lidí v zařízeních sociální péče je horší než stav seniorů žijících v domácím prostředí, přesto jejich sociální interakce vede k větší osobní pohodě a dává pocit jistoty, že člověk není v důležitých životních momentech sám. Život v komunitě vede seniory k větší aktivitě a motivuje je k zájmu o sebe samé. Je to základ pro snížení negativních pocitů, které může intenzivněji vnímat senior v domácím prostředí, kdy je ve většině případů odkázán sám na sebe (Virgulová, Schedová, 2013, s. 38). Během pobytu v ústavním zařízení se mění subjektivní i objektivní ukazatele kvality života, zdraví a funkčního potenciálu. K těmto změnám přispívá celá řada faktorů, např. aktuální somatické onemocnění, stres, psychická porucha nebo nedostatečná adaptace na pobyt v zařízení (Farský, Žiaková, Ondrejka, 2005, s. 234). Motlová ve svém dotazníkovém šetření, které provedla mezi stovkou seniorů žijících v ústavním zařízení, zjistila, že část seniorů hodnotí odchod do domova pro seniory pozitivně, část negativně. Jako pozitiva uváděli respondenti pocit jistoty, zmírnění úzkosti, život v kolektivu, menší pocit osamělosti, zajištění bezpečnosti a veškerých služeb. Někteří účastníci výzkumu hodnotili odchod do domova negativně z důvodu odpoutání od rodiny a přátel, ze ztráty kontaktu s rodinou a domácími zvířaty, ale také z důvodu změny života vzhledem ke zhoršení zdravotního stavu (Motlová, 2007, s. 350). Pro zvyšování kvality života seniorů v sociální oblasti je důležitá pomoc a podpora vytváření nových plnohodnotných vztahů, vytváření prostředí pro kreativitu a smysluplné aktivity pro starší jedince, ale také zapojení seniorů do širšího společenského života. Neméně významná je péče o prostředí a zlepšování kvality bydlení, které má být přizpůsobené zhoršeným zdravotním podmínkám. Pro dobrou kvalitu života starších osob v domovech pro seniory je nezbytné akceptování lidské důstojnosti, zlepšování a udržování celkové pohody (Farský, Solárová, 2010, s. 38).

- **Osamělost a sociální izolace**

Osamělost a sociální izolace jsou často součástí stáří a mají nepříznivé dopady na celkové zdraví a vedou k předčasné úmrtnosti. Ubývání mezigeneračního soužití, sociální a geografická mobilita, nárůst jednočlenných domácností jsou trendy, které vedou k sociální izolaci starších dospělých (Valtorta, Hanratty, 2012, s. 518-522). Hrozenská vyzdvihuje vliv samoty a izolaci, společně s odchodem do důchodu a ztrátou blízkého člověka, na celkovou kvalitu života seniorů (Hrozenská, 2008, s. 81). U starších lidí, kteří žijí v domovech pro

seniory, cestují nebo navštěvují své přátele, mohou být důsledky osamělosti menší. Jedinci se silným sociálním zázemím mají vyšší pravděpodobnost přežití ve srovnání s těmi, kteří mají špatné sociální vztahy. Osamělost a sociální izolaci lze zařadit mezi ostatní známé rizikové faktory úmrtnosti, jako je fyzická nečinnost, obezita a kouření. Mohou také mít vliv na progresi kardiovaskulárního onemocnění, zvyšovat riziko vzniku Alzheimerovy choroby a být příčinnou vyššího krevního tlaku. Sociální vztahy podporují zdravé chování. Zdraví společensky izolovaných jednotlivců může být zhoršeno vlivem nedostatečné sociální a environmentální podpory, která je důležitá k uchování nezávislosti ve stáří. U osamělých a izolovaných seniorů je vyšší pravděpodobnost, že budou dříve potřebovat zdravotní či sociální péči (Valtorta, Hanratty, 2012, s. 518-522).

- **Sociální podpora**

Sociální podpora je ve stáří velmi důležitá. Má vliv na schopnosti jedince vyrovnat se ztrátami, které doprovázejí stárnutí, je důležitá pro individuální zdraví seniorů, snižuje riziko mnoha onemocnění v pokročilém věku. Sociální podpora patří mezi sociální determinanty zdraví v celkové populaci, má ochrannou roli proti psychickým problémům a snižuje výskyt depresivních symptomů ve stáří. Špatná sociální podpora je doprovázená depresí a vede tak ke snížené kvalitě života seniorů. Mezi sociální faktory, které kvalitu života zvyšují, patří: dobré vztahy s rodinou a přáteli, časté setkávání s přáteli a dobré sousedské vztahy (Unalan et al., 2015, s. 319-324). Fialová s Vlastníkovou vyzdvihují pozitivní vliv pohybových aktivit při sociálním zapojení seniorů. Bezprostřední efekt pohybové aktivity, především skupinové, se projevuje zlepšenou sociální integrací díky poznávání nových přátel a zvyšováním sebevědomí. Dlouhodobý efekt se projevuje rozšířením sociálních sítí, získáváním nových vztahů, rozšířením aktivní role ve společnosti (Fialová, Vlastníková, 2013, s. 63). Stáří je období, kdy dochází k ubývání možnosti realizovat tvůrčí hodnoty, cennějšími se tedy stávají hodnoty prožitkové – dobré vztahy, setkávání s druhými lidmi, vnímání umění, přírody, schopnost radovat se z maličkostí. Tyto aktivity lze provádět téměř vždy a všude, bez ohledu na věk a zdravotní stav (Ondrušová, Dragomirecká, 2012, s. 203).



## 2.2 Postoje ke stárnutí

### 2.2.1 Postoje seniorů

Pozitivní postoje seniorů ke stáří a stárnutí mohou mít vliv na zdárnou adaptaci na stáří a zvyšovat celkovou životní spokojenost seniorů. Postoj ke stáří a jeho prožívání je zcela individuální a závisí na mnoha okolnostech (Bužgová, Klechová, 2011, s. 396-397). K úspěšnému stárnutí přispívá řada faktorů, včetně genetických predispozic a fyzického zdraví. Některé z faktorů, jako chronické onemocnění či fyzické omezení mohou být těžko ovlivnitelné. Řadu dalších faktorů lze změnit, a to především faktory psychologické a s nimi související postoje ke zdraví a vlastnímu stárnutí. Subjektivní hodnocení postojů má významný dopad na chování seniorů a celkový zdravotní stav (Bryant et al., 2012, s. 1674). Každý člověk chce prožít svůj život co nejkvalitněji a senioři nejsou výjimkou. Postoje starších lidí ke stáří jsou jedním z nejvýznamnějších faktorů, které vedou k osobní aktivitě zaměřené na naplnění vlastních představ o kvalitním životě (Virgulová, Schedová, 2013, s. 36). Postoje ke stárnutí shrnují myšlenky, pocity, vzpomínky každého člověka, vychází z vlastních zkušeností a důležitých životních událostí, mohou být také tvořeny na základě pozorování jiných starších lidí, kdy lze sledovat, že fyzické změny jsou neoddelitelnou součástí stárnutí (Low, Molzahn, Schopfloch, 2013, s. 2). Dle Janečkové et al. jsou postoje ke stárnutí formovány z poznatků o stáří, z vlastních zkušeností, očekávání, obav, emocí, aktivity a z možností rozhodování. Postoje jsou velmi individuální, vychází ze sociální situace jedince, liší se podle kulturních hodnot a jsou spojeny se změnami ve stárnutí obyvatelstva a s rozvojem moderní medicíny (Janečková et al., 2013, s. 64).

- **Vliv postojů na zdravotní stav**

Postoje ke stárnutí mají výrazný vliv na řadu výsledků v oblasti zdraví a na chování seniorů. Negativní postoje mohou vést k dalšímu zhoršení špatného zdravotního stavu, mají vliv na fyzický i kognitivní stav jedince, rovněž hrají roli v preventivním zdravotním chování. Jedinci s pozitivním vnímáním vlastního zdraví se více zabývají prevencí zhoršování zdravotního stavu ve stáří, například cvičením či užíváním vitamínů (Bryant et al., 2012, s. 1675). Jednou z možností jak pomoci člověku přijmout fakt stárnutí, je prevence. Člověk, který má celoživotně optimistický přístup k životu a stará se o své fyzické i psychické zdraví, má větší šanci na kvalitní život i v pokročilejším věku (Bužgová, Klechová, 2011, s. 397).

Význam pozitivního postoje ke stárnutí také dokazuje studie Yamady, Merze a Kisvetrové, kteří zkoumali souvislosti mezi postoji ke stárnutí, komorbiditami a kvalitou života seniorů. Toto šetření bylo provedeno mezi 361 seniory, kteří jsou klienty agentury domácí péče ve dvou regionech České republiky. Z této studie vyplývá, že přítomnost pozitivního postoje ke stárnutí může zmírnit negativní dopad nemoci na kvalitu života seniorů (Yamada, Merz, Kisvetrová, 2014, s. 1-6).

Negativní dopad na vnímání stárnutí a stáří má zhoršený zdravotní stav. Špatné zdraví může také ovlivňovat to, jak se člověk cítí oproti tomu, kolik je mu ve skutečnosti let. Pocit stáří může být také spojován se zhoršeným myšlením, bystrostí a pamětí, což následně vede k pesimistickým postojům ke stárnutí (Low, Molzahn, Schopflocher, 2013, s. 2). Vztahem mezi subjektivním vnímáním zdraví a postoji ke stárnutí se zabývala rozsáhlá studie provedená ve 20 zemích u 4593 starších lidí. Účastníci, kteří byli nespokojeni se svým zdravím, měli více negativní postoje vůči svému vlastnímu stárnutí a stáří. Vnímání zdraví bylo nejvíce spojeno s poklesem fyzického zdravotního stavu. Postoje vůči fyzickým změnám měli největší vliv na kvalitu života v oblastech energie, spánku, mobility a činností (Low, Molzahn, Schopflocher, 2013, s. 2).

- **Úspěšné stárnutí**

Z důvodu stárnutí populace má značný význam zaměřit se na podporu úspěšného a zdravého stárnutí. S pozitivními postoji ke stárnutí lze přispět k lepšímu zdraví fyzickému i duševnímu u starších dospělých. Překonávání negativních stereotypů stárnutí může díky změnám na společenské i individuální úrovni přispět k podpoře úspěšného stárnutí. Společné pro mnoho definic úspěšného stárnutí je absence fyzického postižení, pozitivní subjektivní hodnocení uspokojování fyzických a psychických potřeb, sociální fungování a nepřítomnost kognitivní poruchy (Bryant et al., 2012, s. 1674). V období stárnutí má velký význam péče zdravotní, sociální a rodinná, důležitou roli také hraje zachování pocitu důstojnosti, bezpečnosti a spokojenosti (Janečková et al., 2013, s. 64). V případě potřeby a zájmu ze strany seniorů je vhodné jim pomáhat při vyrovnávání se s minulostí, při řešení současných nepříznivých podmínek, snažit se o pomoc při urovnávání vztahů a podporovat změny negativního postoje v konstruktivní snahu získat z nelehké situace něco dobrého (Ondrušová, Dragomirecká, 2012, s. 203).

## 2.2.2 Postoje společnosti

Stárnutí se v západním světě většinou nechápe jako období moudrosti a zralosti, ale jako určitý pokles, postupná ztráta schopností a celkové chřadnutí. Především mezi mladými lidmi není stáří vnímáno pozitivně a často je chápáno především jako období ztrát (Bužgová, Klechová, 2011, s. 397). Existuje celá řada předsudků a mýtů o stárnutí, které ovlivňují postoje seniorů, ale i celé společnosti. Tyto předsudky se týkají všech aspektů života seniorů, vztahují se k práci, zdraví, aktivitě, mobilitě, rozhodování, volnému času, rodině, psychice, sociální integraci, sexuálnímu životu (Janečková et al., 2013, s. 64). Ve společnosti je stále tabu navazování intimních vztahů mezi seniory, jako by se vůbec nepočítalo s tím, že v období stárnutí mohou být intimní vztahy důležitým faktorem pro kvalitu života (Dvořáčková, Kajanová, 2012, s. 338). Nejčastější mýty ohledně stárnutí souvisí s poklesem fyzických a duševních schopností seniorů a s nevyhnutelnou rostoucí závislosti starších lidí na pomoci ostatních. Být starým se považuje jako být slabý a vetchý. Negativní postoje ke stárnutí lze označit jako diskriminaci lidí vzhledem k jejich věku (Janečková et al., 2013, s. 64). Vyšší věk bývá tradičně spojován s penzionováním, nemocí a nesoběstačností, v současné době však zůstává většina seniorů soběstačných i ve velmi pokročilém věku, jsou aktivní v práci, zejména mimo oficiální pracovní trh a to včetně poskytování péče jiným rodinným příslušníkům (Holmerová et al., 2006, s. 165). Velké množství seniorů se cítí naprosto zdraví, protože jejich nemoci nemají významné nepříznivé účinky na jejich každodenní život (Top, Dikmetas, 2012, s. 289). Také Bužgová s Klechovou píše, že společnost hraje významnou roli v utváření postojů ke stárnutí. Někteří senioři přebírají stereotypy o stáří, které jim předkládá mladší generace, a identifikují se s nimi. Stává se tak, že starší lidé, kteří žijí aktivně a spokojeně, se na základě názorů mladých domnívají, že vlastně žijí špatný život (Bužgová, Klechová, 2011, s. 397). Starší lidé jsou jedinou částí společnosti, která má nejlepší znalosti, jak se adaptovat na proces stárnutí a nejlépe mohou realisticky posoudit toto důležité stádium života (Laidlaw, Power, Schmidt, 2007, s. 367). Paradoxem při zjišťování kvality života seniorů je fakt, že kvalita života se chápe jako jev pozitivní nebo neutrální, ale běžné diagnostické postupy vytvářené speciálně pro seniory staví převážně na negativních indikátorech – neschopnosti, nesoběstačnosti, nemocích, depresích, osamocení (Mareš, 2014, s. 24). Starší lidé bez fyzických a psychických problémů mají pozitivní postoje ke stáří. Často nesouhlasí s negativními stereotypy ohledně stárnutí a odmítají názory svých vrstevníků. Stárnutí není dáno skutečným věkem, ale spíše osobností člověka a jeho životními zkušenostmi (Shenkin et al., 2014, s. 1). Období stárnutí nemusí být

automaticky spojené jen s polymorbiditou, fyzickými omezeními nebo diskomfortem a nemusí tedy vytvářet a posilovat negativní postoje ke stáří (Ráczová, Klasová, 2012, s. 14). Stárnutí populace je třeba považovat za zásadní úspěch, díky kterému má řada seniorů delší život a lepší zdraví. Prodloužení lidského věku také prodloužilo období, kdy je člověk schopen vést plnohodnotný a nezávislý život v dobrém zdravotním stavu (Holmerová et al., 2006, s. 163). Ve společnosti je potřeba nastavit nové pojetí stárnutí, které bude vycházet z mezigeneračních vztahů, bude respektovat vzájemný přínos jednotlivých generací. Je třeba zdůraznit, že učení není výsadou mladého a středního věku, ale je také důležité pro starší lidi. K vytvoření lepšího obrazu stárnutí a stáří, než je tomu dosud, mohou přispívat média, ale také samotní senioři. Ti se musejí podílet na rozhodování ve společnosti a přispívat k odstranění starých stereotypů (Holmerová et al., 2006, s. 165).

- **Aktivní stárnutí**

Aktivní stárnutí je výsledkem úspěšného vývojového procesu společnosti, kdy se očekává, že každý jedinec přebere osobní odpovědnost za průběh vlastního stárnutí a stane se aktivním činitelem v tomto procesu (Ráczová, Marhevska, 2013, s. 39). Tvůrci zdravotní politiky by se měli zabývat širokým spektrem faktorů aktivního stárnutí, například způsoby, jak zabránit zbytečným poraněním, jak zlepšit stravování, jak zvýšit pohybovou aktivitu a celkovou angažovanost starších lidí (Holmerová et al., 2006, s. 165). Vzhledem ke stoupajícímu počtu osob důchodového věku, jsou senioři konfrontováni s neustále se zvyšujícími nároky společnosti a jsou nuceni se s nimi vypořádat. Pozornost společnosti se obrací ke starší populaci se snahou maximalizovat prevenci civilizačních onemocnění a nemocí způsobených věkem a pomoci tak seniorům zachovat si nezávislý a aktivní způsob života po co nejdélnější dobu (Macháčová et al., 2007, s. 249). V pojmu aktivní stárnutí je zahrnuta nezávislost, účast na společenském životě, důstojnost, péče, seberealizace, respektování práva starších občanů na rovnou příležitost, jejich zodpovědnost a účast na veřejných rozhodováních (Holmerová et al. 2006, s. 164). Campos et al. uvádí, že pro aktivní stárnutí je třeba zlepšit podmínky pro zdraví, zlepšit bezpečnost a zvýšit vlastní účast na zlepšování kvality života. Stárnutí je třeba chápat jako pozitivní proces a stáří jako fázi života, v níž může být zdraví, pohoda, radost a zvýšená kvalita života (Campos et al., 2014, s. 1). Způsob adaptace na stárnutí souvisí s postoji vytvořenými během dosavadního života. K tomu, aby člověk mohl ovlivnit průběh svého stárnutí, zmírnit či eliminovat některé nepříznivé involuční projevy a zpomalit proces stárnutí, je třeba aktivní přístup, pozitivní postoj a sebekontrola v oblastech chování a přežívání. Sebekontrola je považována za jeden z nejefektivnějších adaptačních

mechanizmů v kontextu stárnutí, uplatňuje se při zvládnání problémů v podobě kontroly myšlenek, emocí a chování, efektivně pomáhá přizpůsobit se vnějším i vnitřním změnám. Člověk, který se aktivně věnuje péči o svou fyzickou i psychickou kondici se tak stává aktivnějším a zodpovědnějším za vlastní stárnutí (Ráczová, Marhevská, 2013, s. 39). Sebekontrola a sebepéče jsou důležitými faktory při vytváření pozitivních postojů ke stáří. Tyto faktory vyžadují od seniorů flexibilitu, adaptabilitu a motivaci ve sférách emocionálních, sociálních, fyzických a intelektuálních. Pocit kontroly a zodpovědnosti za vlastní chování a zdraví může v konečném důsledku ovlivnit postoj seniorů ke stárnutí (Ráczová, Klasová, 2012, s. 13).

Senioři budou v průběhu několika desetiletí tvořit celou třetinu naší populace, neměli by tedy být pouhými pasivními příjemci služeb, ale musí se sami podílet na rozvoji svého zdraví, zvládnání svých chronických nemocí, zachování soběstačnosti a na svépomocném poskytování služeb (Holmerová et al., 2006, s. 168). Ráczová s Marhevskou provedly výzkum zabývající se vlivem postojů ke stárnutí na sebekontrolu a sebepéči seniorů. Toto šetření, provedené u 119 starších lidí potvrdilo významný vztah mezi postoji k procesu stárnutí, sebekontrolou a sebepéčí. Senioři s vyšší mírou sebekontroly a sebepéče vykazovali pozitivnější postoje ke stárnutí, naopak senioři se sníženou mírou sebekontroly a sebepéče měli negativnější postoje ke stáří. Autorky se zamýšlí nad tím, zda aktivní jedinci měli pozitivní postoje k vlastnímu stárnutí v důsledku toho, že na sobě nepozorovali změny související s věkem nebo zda byl důvodem jejich odlišný pohled na stáří a schopnost vnímat stárnutí jinak, než jen jako období významných ztrát (Ráczová, Marhevská, 2013, s. 47). Řada seniorů je schopna na základě svých individuálních zkušeností vidět stárnutí v pozitivním světle. Prožité ztráty a pokles fyzických sil jsou vyváženy kladnými změnami v životním stylu a citovou stabilitou (Bužgová, Klechová, 2011, s. 397).

## 2.3 Shrnutí teoretických východisek a formulace hypotézy

Z použitých zdrojů pro tvorbu teoretické části diplomové práce vyplývá, že celosvětově dochází ke stárnutí populace, což přináší nové požadavky na celou společnost. Nejde jen o narůstající počty seniorů, ale především o jejich životní podmínky. Je tedy nezbytné zabývat se problematikou kvality života seniorů (Ondrušová, 2009, s. 36). Kvalita života je předmětem zkoumání mnoha vědních oborů. Dříve byla pozornost zaměřena na odstraňování a zmírňování potíží nemocných, v současnosti je také zkoumána spokojenost člověka se životem, uspokojování jeho potřeb, hodnoty a preference jednotlivců. Na významu nabývá zkoumání faktorů, které příznivě ovlivňují stárnutí a kvalitu života ve stáří (Siverová, Bužgová, 2014, s. 21). Stárnutí a období stáří tvoří přirozenou součást života člověka. Vnímání a prožívání tohoto období je velmi individuální a je ovlivněno mnoha faktory (Kačmárová, 2013, s. 42). Důležitým aspektem v životě starších lidí je zdraví, má velký význam ve vnímání kvality jejich života. Pro mnoho seniorů je narušené zdraví důvodem fyzické a psychické závislosti (Hrozenská, 2008, s. 83). Nemoc zhoršuje kvalitu života, a to především v souvislosti se snížením funkčních schopností (Kačmárová, 2013, s. 44). V důsledku stárnutí a chronických nemocí dochází ke zhoršování soběstačnosti seniorů (Holmerová et. al, 2006, s. 164). Postupný pokles nezávislosti a nárůst závislosti je závažným rizikovým faktorem ve stáří (Dvořáčková, Mojžíšová, 2011, s. 82). Významným ukazatelem celkového zdravotního stavu je subjektivní vnímání zdraví, může být ovlivněno přítomností depresivních příznaků a stupněm nezávislosti. Omezení nezávislosti a samostatnosti vede ke zhoršenému subjektivnímu vnímání zdraví (Trentini et al, 2012, s. 279-286). Důležitým faktorem pro kvalitu života je zachování autonomie, tedy možnost svobodně rozhodovat o sobě a o svém způsobu života (Motlová, 2007, s. 343-344). Kvalita života úzce souvisí s osobním pocitem štěstí a subjektivní životní spokojeností (Top, Dikmetas, 2012, s. 297). Dalším významným ukazatelem kvality života je smysluplnost života ve stáří, má vliv na celkový zdravotní stav, na zdraví psychické, ale i fyzické. Byl prokázán vztah mezi ztrátou smyslem života a depresí, obojí zhoršuje stav zdraví a snižuje kvalitu života (Ondrušová, 2010, s. 50-55). Depresivní symptomy mají často za následek emocionální a fyzické utrpení, které vede ke snížení kvality života seniorů a ke zvýšenému riziku úmrtí (Unalan et. al, 2015, s. 319-324). Podstatný vliv na zdravotní stav a hodnocení kvality života má rovněž míra uspokojení sociálních potřeb. Jedná se o potřebu kontaktu s druhými lidmi, komunikace, potřebu lásky, sounáležitosti, informovanosti (Motlová, 2007, s. 246). Sociální vztahy

podporují zdravé chování, nedostatek sociální podpory může vést k poklesu nezávislosti. U osamělých a izolovaných seniorů je vyšší pravděpodobnost, že budou dříve potřebovat zdravotní či sociální péči (Valtorta, Hanratty, 2012, s. 518-522). Samota a izolace, společně s odchodem do důchodu a ztrátou blízkého člověka, mají také vliv na celkovou kvalitu života seniorů (Hrozenská, 2008, s. 81). Ve stáří je velmi důležitá sociální podpora. Má vliv na schopnosti jedince vyrovnat se ztrátami, které doprovázejí stárnutí, je důležitá pro individuální zdraví seniorů, snižuje riziko mnoha onemocnění v pokročilém věku (Unalan et al., 2015, s. 319-324).

Postoje ke stáří a jeho prožívání je zcela individuální a závisí na mnoha okolnostech. Pozitivní postoje ovlivňují celkovou životní spokojenost a zdárnou adaptaci na stáří (Bužgová, Klechová, 2011, s. 396-397). K úspěšnému stárnutí přispívá řada faktorů, včetně genetických predispozic a fyzického zdraví. Subjektivní hodnocení postojů má významný dopad na chování seniorů a celkový zdravotní stav (Bryant et al., 2012, s. 1674). Postoje starších lidí ke stáří jsou jedním z nejvýznamnějších faktorů, které vedou k osobní aktivitě zaměřené na naplnění vlastních představ o kvalitním životě (Virgulová, Schedová, 2013, s. 36). Existuje celá řada předsudků a mýtů o stárnutí, které ovlivňují postoje seniorů, ale i celé společnosti. Tyto předsudky se týkají všech aspektů života seniorů, vztahují se k práci, zdraví, aktivitě, mobilitě, rozhodování, volnému času, rodině, psychice, sociální integraci, sexuálnímu životu (Janečková et al., 2013, s. 64). Stárnutí populace je třeba považovat za zásadní úspěch, díky kterému má řada seniorů delší život a lepší zdraví. Prodloužení lidského věku také prodloužilo období, kdy je člověk schopen vést plnohodnotný a nezávislý život v dobrém zdravotním stavu (Holmerová et al., 2006, s. 163).

Na základě sumarizace získaných informací souvisejících se zvolenou problematikou lze formulovat teoretickou hypotézu vztahující se k definovaným cílům výzkumu. Hypotéza se opírá o výsledky výzkumných studií relevantních pro oblast kvality života seniorů a jejich postojů ke stárnutí. Proto byla teoretická hypotéza formulována takto: Rozdíly ve vnímání kvality života hospitalizovaných seniorů a jejich postoj ke stárnutí ovlivňuje věk, pohlaví a sociální situace seniora.

### 3 METODIKA VÝZKUMU

Výzkumné šetření bylo provedeno formou kvantitativního typu výzkumu. Byl použit soubor oficiálních českých verzí standardizovaných dotazníků WHOQOL - BREF, WHOQOL - OLD a AAQ, které pro realizaci výzkumu poskytlo české WHOQOL centrum. Výzkumné šetření bylo schváleno Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci.

#### 3.1 Výzkumné cíle a hypotézy

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit subjektivní hodnocení kvality života a postoje ke stárnutí u hospitalizovaných seniorů. Od vymezení hlavního cíle se odvíjí stanovení tří dílčích cílů.

**Cíl 1:** Zjistit, jak vnímají hospitalizovaní senioři kvalitu života v souvislosti s věkem a pohlavím.

##### Statistické hypotézy k cíli 1

$H_{01}$ : Neexistuje závislost mezi věkem hospitalizovaných seniorů a hodnocením kvality života.

$H_{A1}$ : Existuje závislost mezi věkem hospitalizovaných seniorů a hodnocením kvality života.

$H_{02}$ : Neexistuje závislost mezi pohlavím hospitalizovaných seniorů a hodnocením kvality života.

$H_{A2}$ : Existuje závislost mezi pohlavím hospitalizovaných seniorů a hodnocením kvality života.

**Cíl 2:** Porovnat subjektivní hodnocení kvality života hospitalizovaných seniorů v závislosti na sociální situaci.

##### Statistické hypotézy k cíli 2

$H_{03}$ : Neexistuje závislost mezi sociální situací hospitalizovaných seniorů a hodnocením kvality života.



H<sub>A3</sub>: Existuje závislost mezi sociální situací hospitalizovaných seniorů a hodnocením kvality života.

**Cíl 3:** Zjistit postoje hospitalizovaných seniorů ke stárnutí v souvislosti s pohlavím a sociální situací.

### **Statistické hypotézy k cíli 3**

H<sub>04</sub>: Neexistuje závislost mezi pohlavím hospitalizovaných seniorů a hodnocením postoje ke stáří.

H<sub>A4</sub>: Existuje závislost mezi pohlavím hospitalizovaných seniorů a hodnocením postoje ke stáří.

H<sub>05</sub>: Neexistuje závislost mezi sociální situací hospitalizovaných seniorů a hodnocením postoje ke stáří.

H<sub>A5</sub>: Existuje závislost mezi sociální situací hospitalizovaných seniorů a hodnocením postoje ke stáří.

## **3.2 Charakteristika souboru**

Výzkumný soubor tvořili senioři hospitalizovaní na Oddělení geriatry ve FN Olomouc. Výběr respondentů byl tvořen následujícími kritérii: věk nad 60 let, úroveň kognitivních funkcí dle testu MMSE 21 - 30 bodů, hospitalizace na Oddělení geriatry ve FN Olomouc v období březen až prosinec 2015, informovaný souhlas s anonymním výzkumným šetřením. Vylučujícími kritérii byl kognitivní deficit (MMSE 20 a méně) a závažné senzorické postižení (zrak, sluch). Oslovení respondentů předcházelo souhlasem vedoucího pracovníka odboru nelékařské péče FNOL s realizací výzkumného šetření.

## **3.3 Metoda sběru dat**

Pro získání dat byl použit kvantitativní výzkumný přístup, dotazníkové šetření. K měření kvality života u starších dospělých byla použita česká verze standardizovaného dotazníku Světové zdravotnické organizace WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF. K měření postojů ke stárnutí a stáří byla použita česká verze standardizovaného dotazníku WHO AAQ. Dotazník WHOQOL-BREF je sestaven z 24 položek, které jsou rozčleněny do 4 domén:

- fyzické zdraví
- prožívání
- sociální vztahy
- prostředí

Dále obsahuje dvě samostatné položky, které hodnotí celkovou životní spokojenost a zdravotní stav (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 145).

Dotazník WHOQOL-OLD není určen pro samostatné použití, ale slouží jako dodatkový modul k dotazníku kvality života WHOQOL-100 a WHOQOL-BREF (Ondrušová, 2009, s. 38). Hodnotí 6 oblastí důležitých pro osoby vyššího věku:

- fungování smyslů
- nezávislost
- naplnění
- sociální zapojení
- intimita
- postoj k smrti (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 15).

Dotazník AAQ hodnotí postoje ke stáří a stárnutí ve třech doménách:

- psychosociální ztráty (prožitky samoty, sociálního vyloučení, uzavření se, postupná ztráta fyzické soběstačnosti)
- fyzické změny (fyzické zdraví, kondice, cvičení, celková reflexe stárnutí)
- psychologický růst (kladné zkušenosti, pozitivní vztah k sobě samému a k okolnímu světu);(Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 72).

### **3.4 Realizace výzkumu**

Dotazníkové šetření bylo realizováno na Oddělení geriatrie ve Fakultní nemocnici Olomouc u hospitalizovaných seniorů, kteří podepsali informovaný souhlas se zapojením do výzkumu. 219 seniorům, kteří splňovali zařazující kritéria, byla nabídnutá účast v dotazníkovém šetření. 26 seniorů odmítlo se do výzkumu zapojit z důvodu nezájmu. U 193 seniorů, kteří s účastí ve výzkumu souhlasili, bylo následně provedeno hodnocení MMSE. 18 seniorů bylo vyřazeno, protože jejich hodnoty testu MMSE byly 20 a méně.

Zbylým 175 seniorům byly rozdány dotazníkové formuláře. Část seniorů, jednalo se o soběstačné pacienty, vyplnila dotazníky po předchozí individuální instrukci bez pomoci. U ostatních seniorů byla získávána data potřebná k vyplnění dotazníku za osobní asistence a pomoci. 30 dotazníků bylo vyplněno jen částečně z důvodu překlada seniora do jiného zdravotnického zařízení, akutního zhoršení zdravotního stavu, náhlého úmrtí nebo ztráty zájmu dokončit vyplňování dotazníku, který považovali za příliš náročný. Celkem bylo tedy k výzkumnému šetření použito 145 kompletně vyplněných dotazníků. Celé výzkumné šetření probíhalo od března do prosince 2015. Jeho realizace byla schválena Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci.

### **3.5 Metody zpracování dat**

Zjištěná data získaná dotazníkovým šetřením byla nejdříve umístěna do tabulky v programu Microsoft Office – Excel 2010. Ke statistickému zpracování dat byl použit statistický software IBM SPSS Statistics 22 a program Microsoft Excel 2010.

K ověření platnosti hypotézy  $H_{01}$  byla použita Spearmanova korelační analýza. Popisuje míru závislosti mezi věkem seniorů a skóre v jednotlivých dimenzích kvality života.

Platnost hypotéz  $H_{02}$  a  $H_{04}$  byla ověřena pomocí Mann-Whitney U testu. Testem byli porovnání muži a ženy ve všech dimenzích dotazníků WHOQOL–BREF, WHOQOL–OLD a AAQ.

Platnost hypotéz  $H_{03}$ ,  $H_{05}$  byla ověřena pomocí Kruskal-Wallisova testu. Při prokázání statisticky významného rozdílu mezi skupinami byl pro další analýzu použit test Dunnové, kterým byly porovnány všechny skupiny seniorů (podle sociální situace) po dvojicích.

Testy byly dělány na hladině signifikance 0,05. Pro ověřování hypotéz byly zvoleny neparametrické testy z důvodu nenormální distribuce dat. Normalita dat byla ověřena pomocí testu Shapiro-Wilk.

## 4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

### 4.1 Demografický charakter souboru respondentů

Výzkumu se zúčastnilo 145 seniorů, hospitalizovaných na Oddělení geriatricie Fakultní nemocnice Olomouc. Celková návratnost dotazníků byla 82,9 % (145 ze 175). Průměrný věk respondentů byl 69 let, medián věku pacientů byl 78. Minimální věk byl 63 roků, maximální 94 (tab. 1).

U všech pacientů byl proveden test kognitivních funkcí MMSE. Kritériem pro účast na výzkumu byla stanovena minimální hodnota 20 bodů. Průměrná hodnota testu byla 28 bodů, medián 27 bodů. Minimální počet bodů u respondentů byl 21 bodů, maximální 30 bodů (tab. 2).

**Tabulka 1: Věk**

Věk					
N	Minimum	Maximum	Medián	Průměr	Směrodatná odchylka
145	63	94	78	69	7,4

**Tabulka 2: MMSE**

MMSE					
N	Minimum	Maximum	Medián	Průměr	Směrodatná odchylka
145	21	30	27	28	2,6

Z celkového počtu respondentů (145) byla větší část zastoupena ženami a to 96 (66,2 %), mužů bylo 49 (33,8 %). Nejvíce seniorů bydlelo s partnerem či příbuznými – 76(52,4 %), samostatně bydlelo 47 seniorů (32,4 %), 17 (11,7 %) v domově pro seniory a pouze 5 (3,4 %) jich žilo v domě s pečovatelskou službou. Častější lokalitou bydliště bylo město, u 93 (63,1 %) respondentů, zbylých 52 (35,9 %) žilo na vesnici. Nejčastějším stupněm dosaženého vzdělání bylo vyučení, u 50 (34,5 %) respondentů, středoškolské vzdělání mělo

44 (30,3 %) dotazovaných, základní vzdělání uvedlo 37 (25,5 %) seniorů a vysokoškolské vzdělání mělo 13 (8,97 %) respondentů (tab. 3).

**Tabulka. 3: Demografické údaje**

	<b>Počet respondentů</b>	<b>Procentuální zastoupení</b>
<b>Pohlaví:</b>		
muž	49	33,80 %
žena	96	66,20 %
<b>Sociální situace:</b>		
bydlí sám	47	32,40 %
bydlí s partnerem/příbuznými	76	52,40 %
bydlí v domově pro seniory	17	11,70 %
bydlí v domě s pečovatelskou službou	5	3,40 %
<b>Lokalita bydliště</b>		
město	93	63,10 %
vesnice	52	35,90 %
<b>Stupeň dosaženého vzdělání</b>		
základní	37	25,50 %
vyučen	50	34,50 %
středoškolské	44	30,30 %
vysokoškolské	13	8,97 %

## 4.2 Vyhodnocení položek dotazníku WHOQOL-BREF

Celkovou kvalitu života hodnotilo nejvíce seniorů – 67 (46,2 %), jako dobrou. Podle 45 (31,0 %) seniorů není jejich kvalita života ani dobrá, ani špatná. Jako velmi dobrou hodnotilo 20 (13,8 %) respondentů. Špatnou kvalitu života uvádělo 8 (5,5 %) pacientů, velmi špatnou

pouze 5 (3,4 %) pacientů. Spokojenost se zdravím hodnotili senioři nejčastěji položkou ani spokojen/a, ani nespokojen/a - 53 (36,6 %). 43 (29,7 %) respondentů bylo nespokojeno se svým zdravím. Téměř stejný počet dotazovaných – 40 (27,6 %) byl naopak spokojen. 8 (5,5 %) seniorů bylo velmi nespokojených, pouze jeden (0,7 %) uvedl, že je velmi spokojen se svým zdravím (tab. 4).

**Tabulka 4: Samostatné otázky dotazníku Q1, Q2 – hodnotí celkovou kvalitu života a spokojenost se zdravím**

Položka č.	Položka	Likertova škála; n (%)				
		1	2	3	4	5
Q1	Kvalita života <sup>1</sup>	5 (3,4)	8 (5,5)	45 (31,0)	<b>67 (46,2)</b>	20(13,8)
Q2	Spokojenost se zdravím <sup>2</sup>	8 (5,5)	43 (29,7)	<b>53 (36,6)</b>	40 (27,6)	1 (0,7)

<sup>1</sup> Likertova škála (1: velmi špatná, 2: špatná, 3: ani špatná ani dobrá, 4: dobrá, 5: velmi dobrá)

<sup>2</sup> Likertova škála (1: velmi nespokojen/a, 2: nespokojen/a, 3: ani spokojen/a ani nespokojen/a, 4: spokojen/a, 5: velmi spokojen/a)

Kvalitu života v oblasti fyzického zdraví senioři nejčastěji hodnotili na Likertově škále stupněm 3. Nejvyšší nespokojenost byla zjištěna u otázek týkajících se energie, únavy a pohyblivosti (tab. 5).

**Tabulka 5: Doména fyzické zdraví**

Položka č.	Položka	Likertova škála; n (%)				
		1	2	3	4	5
Q3	Bolest a nepříjemné pocity <sup>3</sup>	23 (15,9)	25 (17,2)	<b>45 (31,0)</b>	41 (28,3)	11 (7,6)
Q4	Závislost na lékařské péči <sup>3</sup>	12 (8,3)	33 (22,8)	<b>42 (29,0)</b>	40 (27,6)	18 (12,4)
Q10	Energie, únava <sup>4</sup>	9 (6,2)	<b>44 (30,3)</b>	<b>43 (29,7)</b>	41 (28,3)	8 (5,5)
Q15	Pohyblivost <sup>1</sup>	18 (12,4)	<b>44 (30,3)</b>	<b>41 (28,3)</b>	36 (24,8)	6 (4,1)
Q16	Spánek <sup>2</sup>	16 (11,0)	39 (26,9)	<b>42 (29,0)</b>	40 (27,6)	8 (5,5)
Q17	Každodenní činnosti <sup>2</sup>	11 (7,6)	34 (23,4)	<b>52 (35,9)</b>	42 (29,1)	6 (4,1)
Q18	Pracovní výkonnost <sup>2</sup>	12 (8,3)	41 (28,3)	<b>58 (40,0)</b>	33 (22,8)	1 (0,7)

<sup>1</sup> Likertova škála (1: velmi špatná, 2: špatná, 3: ani špatná ani dobrá, 4: dobrá, 5: velmi dobrá)

<sup>2</sup> Likertova škála (1: velmi nespokojen/a, 2: nespokojen/a, 3: ani spokojen/a ani nespokojen/a, 4: spokojen/a, 5: velmi spokojen/a)

<sup>3</sup> Likertova škála (1: vůbec ne, 2: trochu, 3: středně, 4: hodně, 5: maximálně)

<sup>4</sup> Likertova škála (1: vůbec ne, 2: spíše ne, 3: středně, 4: většinou ano, 5: zcela)

V doméně prožívání hodnotili respondenti nejlépe otázku smyslu života a přijetí svého tělesného vzhledu. Necelá polovina seniorů uvedla, že někdy prožívá negativní pocity (tab. 6).

**Tabulka 6: Doména prožívání**

Položka č.	Položka	Likertova škála; n (%)				
		1	2	3	4	5
Q5	Potěšení ze života <sup>3</sup>	4 (2,8)	24 (16,6)	41 (28,3)	53 (36,6)	23 (15,9)
Q6	Smysl života <sup>3</sup>	3 (2,1)	17 (11,7)	46 (31,7)	<b>55 (37,9)</b>	24 (16,6)
Q7	Soustředění <sup>3</sup>	1 (0,7)	16 (11,0)	63 (43,4)	52 (35,9)	13 (9,0)
Q11	Přijetí tělesného vzhledu <sup>4</sup>	4 (2,8)	23 (15,9)	40 (27,6)	<b>55 (37,9)</b>	23 (15,9)
Q19	Spokojenost se sebou <sup>2</sup>	7 (4,8)	25 (17,2)	56 (38,6)	49 (33,8)	8 (5,5)
Q26	Negativní pocity <sup>5</sup>	17 (11,7)	<b>60 (41,4)</b>	39 (26,9)	24 (16,6)	5 (3,4)

<sup>2</sup> Likertova škála (1: velmi nespokojen/a, 2: nespokojen/a, 3: ani spokojen/a ani nespokojen/a, 4: spokojen/a, 5: velmi spokojen/a)

<sup>3</sup> Likertova škála (1: vůbec ne, 2: trochu, 3: středně, 4: hodně, 5: maximálně)

<sup>4</sup> Likertova škála (1: vůbec ne, 2: spíše ne, 3: středně, 4: většinou ano, 5: zcela)

<sup>5</sup> Likertova škála (1: nikdy, 2: někdy, 3: středně, 4: celkem často, 5: neustále)

V oblasti sociálních vztahů bylo nejvíce seniorů spokojeno nebo velmi spokojeno s podporou přátel a osobními vztahy. Nejčastější odpověď na otázku sexuálních vztahů byla „ani spokojen/a ani nespokojen/a. ¼ respondentů uváděla, že je velmi nespokojena se svým sexuálním životem (tab. 7).

**Tabulka 7: Doména sociální vztahy**

Položka č.	Položka	Likertova škála; n (%)				
		1	2	3	4	5
Q20	Osobní vztahy <sup>2</sup>	4 (2,8)	10 (6,9)	43 (29,7)	<b>62 (42,8)</b>	26 (17,9)
Q21	Sexuální život <sup>2</sup>	<b>37 (25,5)</b>	30 (20,7)	59 (40,7)	13 (9,0)	4 (2,8)
Q22	Podpora přátel <sup>2</sup>	4 (2,8)	11 (7,6)	28 (19,3)	<b>66 (45,5)</b>	36 (24,8)

<sup>2</sup> Likertova škála (1: velmi nespokojen/a, 2: nespokojen/a, 3: ani spokojen/a ani nespokojen/a, 4: spokojen/a, 5: velmi spokojen/a)

V doméně prostředí byla zjištěna nejvyšší spokojenost v otázkách přístupu k financím, prostředí v okolí bydliště a dostupnosti zdravotní péče (tab. 8).

**Tabulka 8: Doména prostředí**

Položka č.	Položka	Likertova škála; n (%)				
		1	2	3	4	5
Q8	Osobní bezpečí <sup>3</sup>	1 (0,7)	13 (9,0)	62 (42,8)	45 (31,0)	24 (16,6)
Q9	Životní prostředí <sup>3</sup>	3 (2,1)	11 (7,6)	65 (44,8)	40 (27,6)	26 (17,9)
Q12	Finanční situace <sup>4</sup>	4 (2,8)	22(15,2)	34 (23,4)	54 (37,2)	30 (20,7)
Q13	Přístup k financím <sup>4</sup>	1 (0,7)	10 (6,9)	28 (19,3)	<b>68 (46,9)</b>	38 (26,2)
Q14	Záliby <sup>4</sup>	14 (9,7)	34 (22,4)	27 (18,6)	47 (32,4)	23 (15,9)
Q23	Prostředí v okolí bydliště <sup>2</sup>	0 (0)	10 (6,9)	30 (20,7)	<b>66 (45,5)</b>	39 (26,9)
Q24	Dostupnost zdravotní péče <sup>2</sup>	1 (0,7)	6 (4,1)	29 (20,0)	<b>70 (48,3)</b>	38 (26,2)
Q25	Doprava <sup>2</sup>	3 (2,1)	15 (10,3)	53 (36,6)	49 (33,8)	25(17,2)

<sup>2</sup> Likertova škála (1: velmi nespokojen/a, 2: nespokojen/a, 3: ani spokojen/a ani nespokojen/a, 4: spokojen/a, 5: velmi spokojen/a)

<sup>3</sup> Likertova škála (1: vůbec ne, 2: trochu, 3: středně, 4: hodně, 5: maximálně)

<sup>4</sup> Likertova škála (1: vůbec ne, 2: spíše ne, 3: středně, 4: většinou ano, 5: zcela)



### 4.3 Vyhodnocení položek dotazníku WHOQOL-OLD

Kvalitu života v oblasti fungování smyslů senioři nejčastěji hodnotili na Likertově škále stupněm 3. Největší vliv mělo fungování smyslů na každodenní život (tab. 9).

**Tabulka 9: Doména fungování smyslů**

Položka č.	Položka	Likertova škála; n (%)				
		1	2	3	4	5
OLD1	Vliv na každodenní život <sup>1</sup>	20 (13,8)	37 (25,5)	<b>52 (35,9)</b>	31 (21,4)	5 (3,4)
OLD2	Vliv na činnosti <sup>1</sup>	32 (22,1)	31 (21,4)	<b>49 (33,8)</b>	28 (19,3)	5 (3,4)
OLD10	Vliv na komunikaci <sup>2</sup>	35 (24,1)	32 (22,1)	<b>58 (40,0)</b>	15 (10,3)	5 (3,4)
OLD20	Hodnocení fungování smyslů <sup>4</sup>	2 (1,4)	23 (15,9)	<b>56 (38,6)</b>	51 (35,2)	13 (9,0)

<sup>1</sup> Likertova škála (1: vůbec ne, 2: trochu, 3: středně, 4: hodně, 5: maximálně)

<sup>2</sup> Likertova škála (1: vůbec ne, 2: spíše ne, 3: středně, 4: většinou ano, 5: zcela)

<sup>4</sup> Likertova škála (1: velmi špatně, 2: špatně, 3: ani špatně ani dobře, 4: dobře, 5: velmi dobře)

V doméně nezávislost uvedlo nejvíce seniorů, že má možnost se svobodně rozhodovat, rozhodovat o své budoucnosti a že je respektována svoboda jejich rozhodnutí. Na otázku týkající se možnosti vykonávat své oblíbené činnosti byla nejčastější odpověď „středně“ (tab. 10).

**Tabulka 10: Doména nezávislost**

Položka č.	Položka	Likertova škála; n (%)				
		1	2	3	4	5
OLD3	Svobodné rozhodování <sup>1</sup>	3 (2,1)	15 (10,3)	31 (21,4)	<b>53 (36,6)</b>	43 (29,7)
OLD4	Rozhodování o budoucnosti <sup>1</sup>	15 (10,3)	15 (10,3)	42 (29,0)	<b>46 (31,7)</b>	27 (18,6)
OLD5	Respektování svobody rozhodování <sup>1</sup>	4 (2,8)	15 (10,3)	47 (32,4)	<b>51 (35,2)</b>	28 (19,3)
OLD11	Oblíbené činnosti <sup>2</sup>	16 (11,0)	32 (22,1)	<b>49 (33,8)</b>	42 (29,0)	5 (10,3)

<sup>1</sup> Likertova škála (1: vůbec ne, 2: trochu, 3: středně, 4: hodně, 5: maximálně)

<sup>2</sup> Likertova škála (1: vůbec ne, 2: spíše ne, 3: středně, 4: většinou ano, 5: zcela)

Nejvyšší spokojenost u seniorů byla prokázána v doméně naplnění. Více jak polovina seniorů uvedla, že je spokojena s tím, čeho v životě dosáhla, s věcmi, na které se může těšit a s uznáním, které si zaslouží. Na otázku, zda jsou senioři spokojeni s možností v životě nadále něčeho dosáhnout, nejčastěji odpovídali „spíše ne“ (tab. 11).

**Tabulka 11: Doména naplnění**

Položka č.	Položka	Likertova škála; n (%)				
		1	2	3	4	5
OLD12	Možnost něčeho dosáhnout <sup>2</sup>	15 (10,3)	<b>54 (37,2)</b>	45 (31,0)	24 (16,6)	7 (4,8)
OLD13	Zasloužené uznání <sup>2</sup>	3 (2,1)	16 (11,0)	44 (30,3)	<b>71 (49,0)</b>	11 (7,6)
OLD15	Spokojenost dosaženým <sup>3</sup>	0 (0)	7 (4,8)	36 (24,8)	<b>84 (57,9)</b>	18 (12,4)
OLD19	Na něco se těšit <sup>3</sup>	1 (0,7)	12 (8,3)	39 (26,9)	<b>82 (56,6)</b>	11 (7,6)

<sup>2</sup> Likertova škála (1: vůbec ne, 2: spíše ne, 3: středně, 4: většinou ano, 5: zcela)

<sup>3</sup> Likertova škála (1: velmi nespokojen/a, 2: nespokojen/a, 3: ani spokojen/a ani nespokojen/a, 4: spokojen/a, 5: velmi spokojen/a)

V doméně sociální zapojení byli respondenti nejvíce spokojeni s trávením svého volného času (tab. 12).

**Tabulka 12: Doména sociální zapojení**

Položka č.	Položka	Likertova škála; n (%)				
		1	2	3	4	5
OLD14	Dostatek činností <sup>2</sup>	7 (4,8)	42 (29,0)	44 (30,3)	40 (27,6)	12 (8,3)
OLD16	Spokojenost s trávením času <sup>3</sup>	4 (2,8)	23 (15,9)	49 (33,8)	<b>58 (40,0)</b>	11 (7,6)
OLD17	Spokojenost s množstvím aktivit <sup>3</sup>	8 (5,5)	40 (27,6)	42 (29,0)	48 (33,1)	7 (4,8)
OLD18	Zapojení do společenského dění <sup>3</sup>	9 (6,2)	42 (29,0)	52 (35,9)	36 (24,8)	6 (4,1)

<sup>2</sup> Likertova škála (1: vůbec ne, 2: spíše ne, 3: středně, 4: většinou ano, 5: zcela)

<sup>3</sup> Likertova škála (1: velmi nespokojen/a, 2: nespokojen/a, 3: ani spokojen/a ani nespokojen/a, 4: spokojen/a, 5: velmi spokojen/a)

V otázkách týkajících se smrti a umírání nejvíce seniorů odpovědělo, že se neznepokojuje způsobem smrti. Nejčastěji uváděli, že mají strach z bolesti při umírání (tab. 13).

**Tabulka 13: Doména smrt a umírání**

Položka č.	Položka	Likertova škála; n (%)				
		1	2	3	4	5
OLD6	Znepokojení ze způsobu smrti <sup>1</sup>	<b>53 (36,6)</b>	35 (24,1)	28 (19,3)	24 (16,6)	5 (10,3)
OLD7	Ztráta kontroly nad sebou <sup>1</sup>	32 (22,1)	30 (20,7)	31 (21,4)	43 (29,7)	8 (5,5)
OLD8	Strach z umírání <sup>1</sup>	44 (30,3)	31 (21,4)	34 (24,4)	33 (22,8)	3 (2,1)
OLD9	Strach z bolesti při umírání <sup>1</sup>	20 (13,8)	26 (17,9)	28 (19,3)	<b>58 (40,0)</b>	13 (9,0)

<sup>1</sup> Likertova škála (1: vůbec ne, 2: trochu, 3: středně, 4: hodně, 5: maximálně)

Kvalita života v doméně blízké vztahy byla nejčastěji hodnocena ve všech otázkách na Likertově škále stupněm 4. Téměř polovina seniorů uvedla, že je v jejich životě hodně lásky (tab. 14).

**Tabulka 14: Doména blízké vztahy**

Položka č.	Položka	Likertova škála; n (%)				
		1	2	3	4	5
OLD21	Význam přátelství <sup>1</sup>	4 (2,8)	3 (2,1)	27 (18,6)	<b>64 (44,1)</b>	47 (32,4)
OLD22	Láska v životě <sup>1</sup>	0 (0)	13 (9,0)	39 (26,9)	<b>71 (49,0)</b>	22 (15,2)
OLD23	Příležitost milovat <sup>1</sup>	7 (4,8)	15 (10,3)	31 (21,4)	<b>66 (45,5)</b>	26 (17,9)
OLD24	Příležitost být milován/a <sup>1</sup>	9 (6,2)	16 (11,0)	34 (23,4)	<b>61 (42,1)</b>	25 (17,2)

<sup>1</sup> Likertova škála (1: vůbec ne, 2: trochu, 3: středně, 4: hodně, 5: maximálně)

#### 4.4 Vyhodnocení položek dotazníku AAQ

V doméně psychosociální ztráty na otázky, zda je stáří čas samoty a depresí, byla nejčastější odpověď „nesouhlasím“. Druhá nejčastější odpověď na stejné otázky byla „souhlasím“. 1/3 seniorů souhlasila s postojem, že ve stáří je těžší uzavírat nová přátelství (tab. 15).

**Tabulka 15: Doména psychosociální ztráty**

Položka č.	Položka	Likertova škála; n (%)				
		1	2	3	4	5
AAQ3	Stáří je čas samoty <sup>1</sup>	10 (6,9)	<b>56 (38,6)</b>	29 (20,0)	<b>46 (31,7)</b>	4 (2,8)
AAQ6	Stáří je čas depresí <sup>1</sup>	6 (4,1)	<b>57 (39,3)</b>	39 (26,9)	<b>42 (29,0)</b>	1 (0,7)
AAQ9	Jak stárnu, zjišťuji, že je pro mne těžší mluvit o svých pocitech <sup>2</sup>	26 (17,9)	44 (30,3)	44 (30,3)	25 (17,2)	6 (4,1)
AAQ12	Stáří vidím hlavně jako období ztrát <sup>2</sup>	18 (12,4)	43 (29,7)	47 (32,4)	33 (22,8)	4 (2,8)
AAQ15	Jak stárnu, stávám se fyzicky méně soběstačný/á <sup>2</sup>	26 (17,9)	29 (20,0)	40 (27,6)	38 (26,2)	18 (12,4)
AAQ17	Jak stárnu, zjišťuji, že je pro mne těžší uzavírat nová přátelství <sup>2</sup>	24 (16,6)	22 (15,2)	35 (29,1)	<b>48 (33,1)</b>	16 (11,0)
AAQ20	Nyní, když jsem starší, necítím se dost začleněný/á do společnosti <sup>2</sup>	27 (18,6)	31 (21,4)	54 (37,2)	30 (20,7)	3 (2,1)
AAQ22	Cítím se kvůli svému věku z mnoha věcí vyřazený <sup>2</sup>	19 (13,1)	31 (21,4)	44 (30,3)	39 (26,9)	12 (8,3)

<sup>1</sup> Likertova škála (1: výrazně nesouhlasím, 2: nesouhlasím, 3: nejsem si jist/a, 4: souhlasím, 5: výrazně souhlasím)

<sup>2</sup> Likertova škála (1: vůbec neplatí, 2: trochu platí, 3: středně platí, 4: hodně platí, 5: maximálně platí)

V doméně fyzické změny souhlasily 2/3 seniorů, že cvičení je důležité v každém věku. Na otázku, zda se udržují cvičením aktivní a v kondici nejčastěji odpovídali „trochu platí“ (tab. 16).

**Tabulka 16: Doména fyzické změny**

Položka č.	Položka	Likertova škála; n (%)				
		1	2	3	4	5
AAQ7	Cvičení je důležité v každém věku <sup>1</sup>	2 (1,4)	6 (4,1)	13 (9,0)	<b>99 (68,3)</b>	25 (17,2)
AAQ8	Stárnutí je snazší, než jsem si myslela <sup>2</sup>	28 (19,3)	32 (22,1)	48 (33,1)	32 (22,1)	5 (3,4)
AAQ11	Necítím se starý/á <sup>2</sup>	17 (11,7)	32 (22,1)	49 (33,8)	32 (22,1)	15 (10,3)
AAQ13	To, jak se uvnitř cítím, není dáno věkem <sup>2</sup>	11 (7,6)	22 (15,2)	48 (33,1)	56 (38,6)	7 (4,8)
AAQ14	Mám více energie, než bych vzhledem k věku očekával/a <sup>2</sup>	38 (26,2)	27 (18,6)	46 (31,7)	27 (18,6)	6 (4,1)
AAQ16	Zdravotní problémy mě nebrání dělat to, co chci <sup>2</sup>	29 (20,0)	34 (24,4)	45 (31,0)	27 (18,6)	10 (6,9)
AAQ23	Můj zdravotní stav je lepší, než jsem ve svém věku očekával/a <sup>2</sup>	40 (27,6)	27 (18,6)	41 (28,3)	30 (20,7)	7 (4,8)
AAQ24	Cvičením se udržuju tak aktivní a v dobré kondici, jak jen to je možné <sup>2</sup>	13 (9,0)	<b>45 (31,0)</b>	40 (27,6)	36 (24,8)	13 (9,0)

<sup>1</sup> Likertova škála (1: výrazně nesouhlasím, 2: nesouhlasím, 3: nejsem si jist/a, 4: souhlasím, 5: výrazně souhlasím)

<sup>2</sup> Likertova škála (1: vůbec neplatí, 2: trochu platí, 3: středně platí, 4: hodně platí, 5: maximálně platí)

Kvalita života v oblasti psychologického růstu byla nejčastěji hodnocena na Likertově škále stupněm 4. Nejvíce seniorů souhlasilo s tím, že jak stárnou, jsou schopni se lépe vyrovnat se životem (tab. 17).

**Tabulka 17: Doména psychologický růst**

Položka č.	Položka	Likertova škála; n (%)				
		1	2	3	4	5
AAQ1	Jak lidé stárnou, jsou schopni se lépe vyrovnat se životem <sup>1</sup>	3 (2,1)	16 (24,8)	51 (35,2)	<b>69 (47,6)</b>	6 (4,1)
AAQ2	Je výsadou dožít se vysokého věku <sup>1</sup>	4 (2,8)	28 (19,3)	53 (36,6)	<b>53 (36,6)</b>	7 (4,8)
AAQ4	Moudrost přichází s věkem <sup>1</sup>	4 (2,8)	26 (17,9)	49 (33,8)	<b>61 (42,1)</b>	5 (3,4)
AAQ5	Stáří sebou přináší mnoho příjemných věcí <sup>1</sup>	8 (5,5)	38 (26,2)	50 (34,5)	<b>42 (29,0)</b>	7 (4,8)
AAQ10	Jak stárnu, jsem vůči sobě tolerantnější <sup>3</sup>	5 (3,4)	20 (13,8)	72 (49,7)	<b>43 (29,7)</b>	5 (3,4)
AAQ18	Je velmi důležité předat své zkušenosti mladším lidem <sup>2</sup>	10 (6,9)	24 (16,6)	37 (25,5)	<b>61 (42,1)</b>	13 (9,0)
AAQ19	Věřím, že můj život má význam <sup>2</sup>	3 (2,1)	14 (9,7)	34 (23,4)	<b>66 (45,5)</b>	28 (19,3)
AAQ21	Chci dávat dobrý příklad novým lidem <sup>2</sup>	4 (2,8)	17 (11,7)	36 (24,8)	<b>66 (45,5)</b>	22 (15,2)

<sup>1</sup> Likertova škála (1: výrazně nesouhlasím, 2: nesouhlasím, 3: nejsem si jist/a, 4: souhlasím, 5: výrazně souhlasím)

<sup>2</sup> Likertova škála (1: vůbec neplatí, 2: trochu platí, 3: středně platí, 4: hodně platí, 5: maximálně platí)

<sup>3</sup> Likertova škála (1: vůbec se nehodí, 2: trochu se hodí, 3: středně se hodí, 4: hodně, 5: maximálně)

## 4.5 Ověření platnosti hypotéz

**Cíl 1:** Zjistit, jak vnímají hospitalizovaní senioři kvalitu života v souvislosti s věkem a pohlavím.

### Statistické hypotézy k cíli 1:

$H_{01}$ : Neexistuje závislost mezi věkem hospitalizovaných seniorů a hodnocením kvality života.

$H_{A1}$ : Existuje závislost mezi věkem hospitalizovaných seniorů a hodnocením kvality života.

Pro popis míry závislosti mezi věkem seniorů a skóre v jednotlivých dimenzích kvality života zjištěné pomocí dotazníků WHOQOL – BREF a WHOQOL – OLD byly vypočítány hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu.

### Závěr:

**Hypotézu  $H_{01}$  zamítáme pro dimenzi Fungování smyslů a Nezávislost.** Byla prokázána signifikantní slabá negativní závislost mezi věkem seniorů a kvalitou života v dimenzi Fungování smyslů (obr. 1) a v dimenzi Nezávislost (obr. 2). Pro ostatní dimenze kvality života nebyla prokázána signifikantní závislost na věku seniorů.

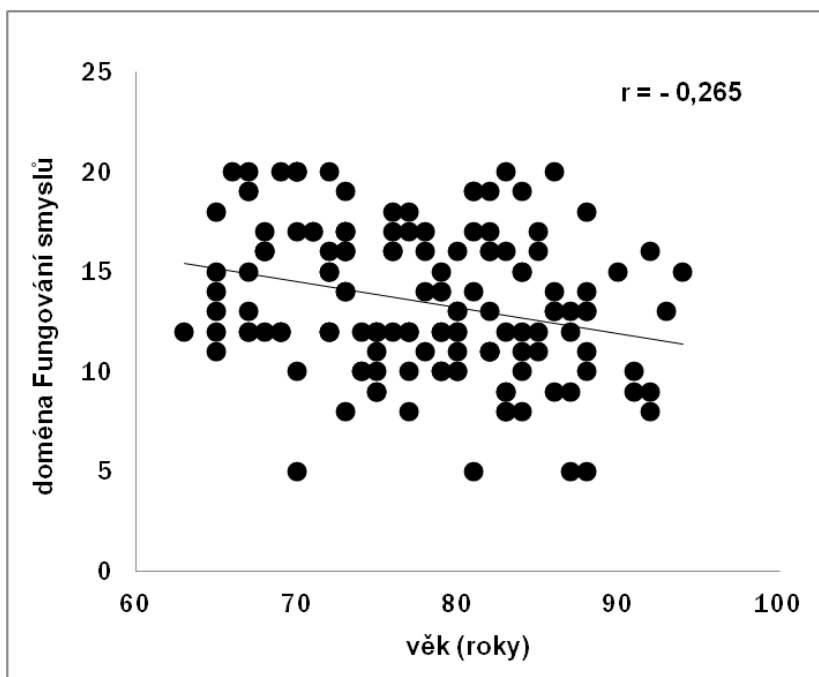
Následující tabulky uvádí hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu pro korelaci věku a skóre jednotlivých domén dotazníku WHOQOL – BREF a dotazníku WHOQOL – OLD. Hodnoty signifikance  $p < 0,05$  spolu s odpovídajícími korelačními koeficienty, jsou vyznačeny tučně a vyjadřují významnou závislost (tab. 18, 19).

**Tabulka 18: Závislost mezi věkem seniorů a kvalitou života v jednotlivých doménách dotazníku WHOQOL – BREF**

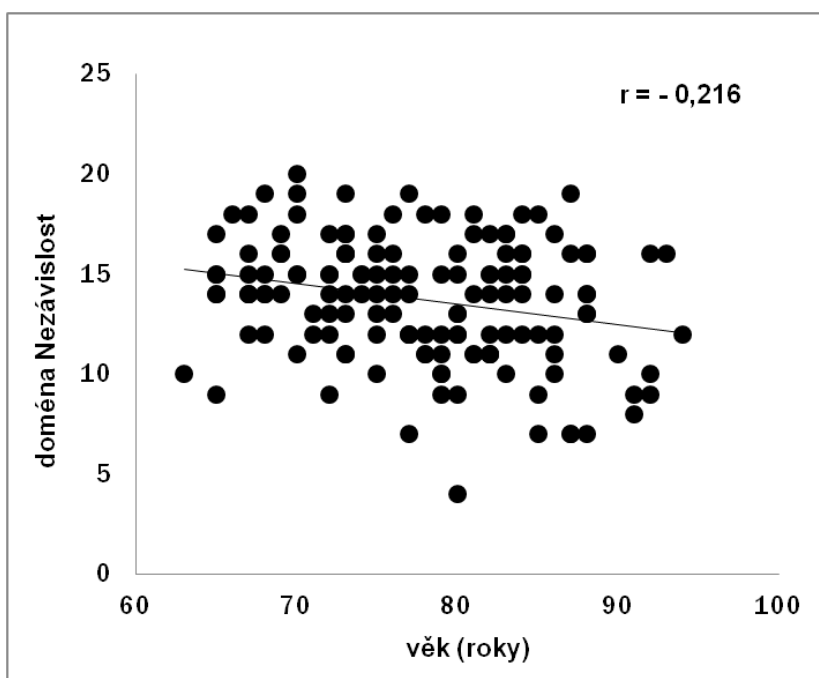
Věk vs. dimenze	Fyzické zdraví	Prožívání	Sociální vztahy	Prostředí
Korelační koeficient	-0,107	-0,068	-0,01	-0,04
p-hodnota	0,199	0,418	0,904	0,631

**Tabulka 19: Závislost mezi věkem seniorů a kvalitou života v jednotlivých doménách dotazníku WHOQOL – OLD**

Věk vs. dimenze	Fungování smyslů	Nezávislost	Naplnění	Sociální zapojení	Intimita	Postoj ke smrti
Korelační koeficient	<b>-0,265</b>	<b>-0,216</b>	-0,045	-0,097	0,013	0,111
p-hodnota	<b>0,001</b>	<b>0,009</b>	0,595	0,248	0,875	0,183



Obrázek 1: Závislost mezi věkem seniorů a kvalitou života v dimenzi Fungování smyslů



Obrázek 2: Závislost mezi věkem seniorů a kvalitou života v dimenzi Nezávislost



$H_{02}$ : Neexistuje závislost mezi pohlavím hospitalizovaných seniorů a hodnocením kvality života.

$H_{A2}$ : Existuje závislost mezi pohlavím hospitalizovaných seniorů a hodnocením kvality života.

Pomocí Mann-Whitney U testu byli porovnáni muži a ženy ve všech dimenzích kvality života dotazníku WHOQOL - BREF a dotazníku WHOQO - OLD.

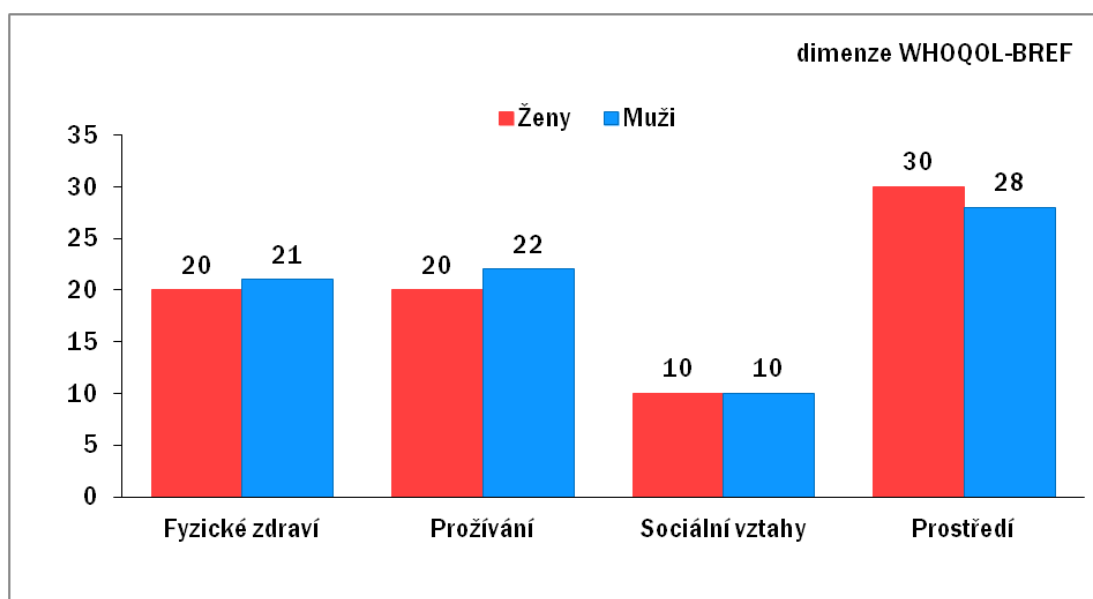
### Závěr:

**Hypotézu  $H_{02}$  zamítáme pro dimenzi Fungování smyslů.** Mann-Whitney U test prokázal, že muži hodnotí lépe kvalitu života v dimenzi Fungování smyslů než ženy (obr. 4). Hodnota signifikance Mann-Whitney U testu  $p = 0,025 (< 0,05)$ . Vyhodnocení kvality života v ostatních dimenzích nebyl prokázán mezi muži a ženami statisticky významný rozdíl (obr. 3).

Tabulka udává pro každou dimenzi kvality života zjištěnou podle dotazníku WHOQOL-BREF průměrnou hodnotu skóre, směrodatnou odchylku a medián skóre zvlášť pro skupinu mužů a skupinu žen. V posledním sloupci tabulky je uvedena hodnota signifikance Mann-Whitney U testu (tab. 20).

**Tabulka 20: Porovnání mužů a žen v dimenzích dotazníku WHOQOL-BREF**

dimenze WHOQOL-BREF	Ženy		Muži		Mann-Whitney U test p
	průměr ± SD	medián	průměr ± SD	medián	
<b>Fyzické zdraví</b>	19,8 ± 5,0	20,0	21,4 ± 5,1	21,0	0,066
<b>Prožívání</b>	20,1 ± 4,3	20,0	21,3 ± 3,2	22,0	0,085
<b>Sociální vztahy</b>	9,9 ± 2,1	10,0	9,7 ± 2,0	10,0	0,519
<b>Prostředí</b>	29,2 ± 4,8	30,0	29,0 ± 4,2	28,0	0,827

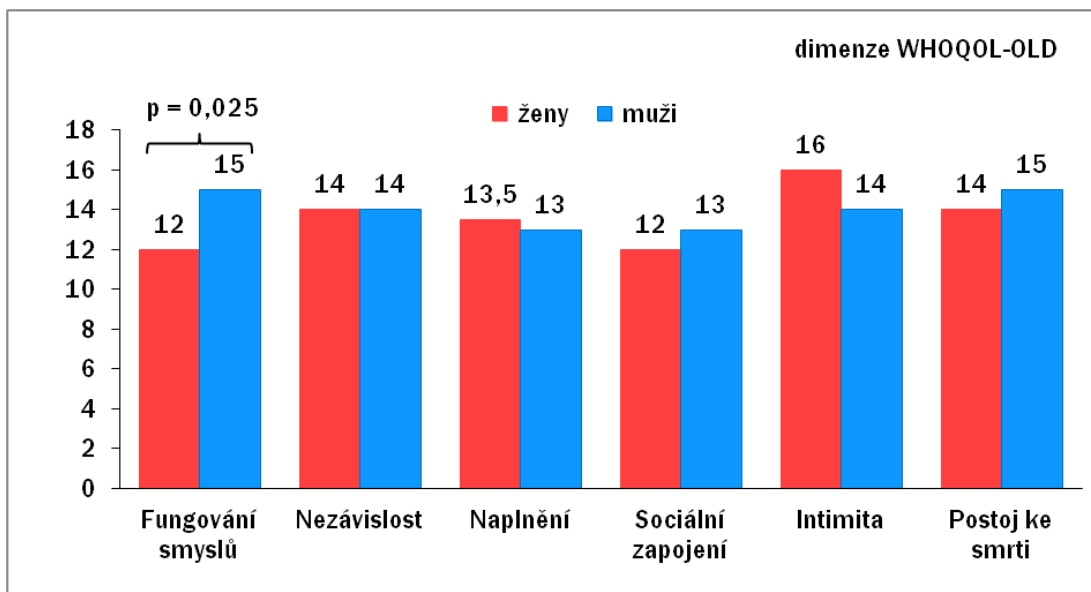


**Obrázek 3: Mediány skóre jednotlivých dimenzí kvality života podle dotazníku WHOQOL-BREF**

Tabulka udává pro každou dimenzi kvality života zjištěnou podle dotazníku WHOQOL-OLD průměrnou hodnotu skóre, směrodatnou odchylku a medián skóre zvlášť pro skupinu mužů a skupinu žen. V posledním sloupci tabulky je uvedena hodnota signifikance Mann-Whitney U testu (tab. 21).

**Tabulka 21: Porovnání mužů a žen v dimenzích dotazníku WHOQOL-OLD**

dimenze WHOQOL-OLD	Ženy		Muži		Mann- Whitney U test p
	průměr ± SD	medián	průměr ± SD	medián	
<b>Fungování smyslů</b>	13,1 ± 3,7	<b>12,0</b>	14,4 ± 3,2	<b>15,0</b>	<b>0,025</b>
<b>Nezávislost</b>	13,6 ± 3,2	14,0	13,8 ± 2,8	14,0	0,620
<b>Naplnění</b>	13,5 ± 2,3	13,5	13,7 ± 1,6	13,0	0,708
<b>Sociální zapojení</b>	12,1 ± 3,1	12,0	12,8 ± 3,0	13,0	0,184
<b>Intimita</b>	14,9 ± 3,1	16,0	14,7 ± 2,9	14,0	0,383
<b>Postoj ke smrti</b>	13,8 ± 4,5	14,0	14,1 ± 3,7	15,0	0,726



**Obrázek 4: Mediány skóre jednotlivých dimenzí kvality života podle dotazníku WHOQOL-OLD**

**Cíl 2:** Porovnat subjektivní hodnocení kvality života hospitalizovaných seniorů v závislosti na sociální situaci

### Statistické hypotézy

$H_{03}$ : Neexistuje závislost mezi sociální situací hospitalizovaných seniorů a hodnocením kvality života.

$H_{A3}$ : Existuje závislost mezi sociální situací hospitalizovaných seniorů a hodnocením kvality života.

Závislost mezi sociální situací hospitalizovaných seniorů a hodnocením kvality života byla ověřena pomocí Kruskal-Wallisova testu. V případě prokázání statisticky významného rozdílu mezi skupinami byl pro další analýzu použit test Dunnové, kterým byly porovnány všechny skupiny seniorů (podle sociální situace) po dvojicích.

### Závěr:

**Hypotézu  $H_{03}$  zamítáme pro dimenzi Intimita.** Test prokázal signifikantně vyšší kvalitu života v dimenzi Intimita u seniorů bydlících s partnerem/ příbuznými než u seniorů bydlících v domě pro seniory.

Tabulka udává pro každou dimenzi kvality života zjištěnou podle dotazníku WHOQOL-BREF průměrnou hodnotu skóre, směrodatnou odchylku a medián skóre zvlášť pro skupiny seniorů podle sociální situace. V posledním řádku tabulky je uvedena hodnota signifikance Kruskal-Wallisova testu (tab. 22).

**Tabulka 22: Kvalita života dle sociální situace v dimenzích dotazníku WHOQOL-BREF**

dimenze WHOQOL-BREF		Fyzické zdraví	Prožívání	Sociální vztahy	Prostředí
Bydlí sám	průměr±SD	20,9 ± 5,1	21,3 ± 3,9	10,1 ± 2,1	29,2 ± 4,9
	medián	21,0	21,0	10,0	30,0
Bydlí s partnerem/ příbuzným	průměr±SD	20,1 ± 5,2	20,5 ± 4,0	9,9 ± 2,0	29,6 ± 4,3
	medián	20,0	21,0	10,0	30,0
Bydlí v domově pro seniory	průměr±SD	20,2 ± 4,9	19,2 ± 2,8	9,0 ± 1,9	27,8 ± 4,3
	medián	20,0	19,0	9,0	27,0
Bydlí v domově s pečovatelskou službou	průměr±SD	18,8 ± 4,6	17,6 ± 6,3	9,0 ± 2,0	25,8 ± 6,5
	medián	20,0	18,0	10,0	27,0
Kruskal-Wallis test p		0,891	0,242	0,182	0,235

Tabulka udává pro každou dimenzi kvality života zjištěnou podle dotazníku WHOQOL-OLD průměrnou hodnotu skóre, směrodatnou odchylku a medián skóre zvlášť pro skupiny seniorů podle sociální situace. V posledním sloupci tabulky je uvedena hodnota signifikance Kruskal-Wallisova testu (tab. 23).

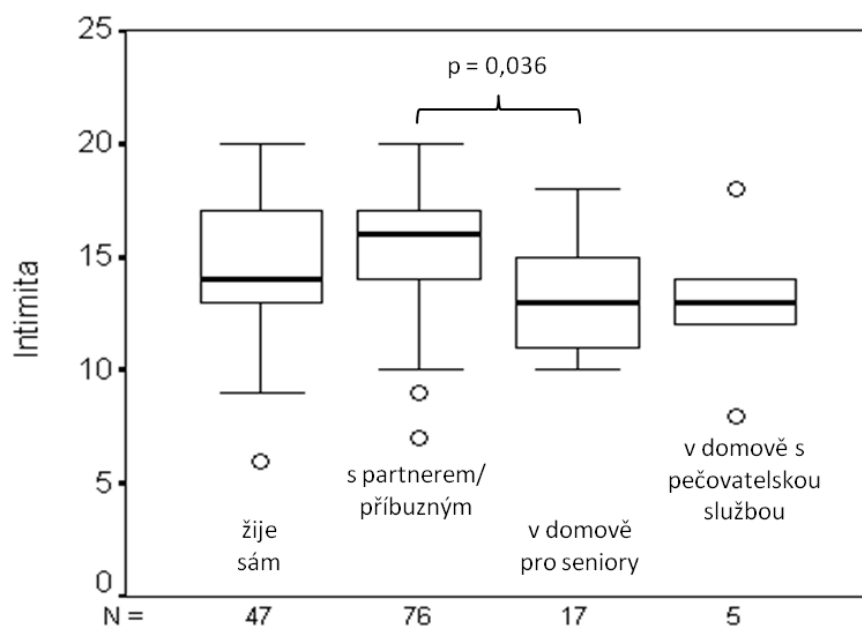
**Tabulka 23: Kvalita života dle sociální situace v dimenzích dotazníku WHOQOL-OLD**

Dimenze WHOQOL-OLD		Fungová ní smyslů	Nezávisl ost	Naplnění	Sociální zapojení	Intimita	Postoj ke smrti
Bydlí sám	průměr± SD	13,8 ± 4,0	14,2 ± 3,3	14,0 ± 2,2	12,5 ± 3,1	14,6 ± 3,2	15,3 ± 4,0
	medián	13,0	15,0	14,0	13,0	14,0	16,0
Bydlí s partnerem/ příbuzným	průměr± SD	13,8 ± 3,3	13,6 ± 3,1	13,4 ± 2,0	12,1 ± 3,3	15,5 ± 2,8	13,6 ± 4,2
	medián	14,0	14,0	13,0	12,0	16,0	14,0
Bydlí v domově pro seniory	průměr± SD	11,7 ± 3,4	13,1 ± 2,5	13,2 ± 1,7	13,4 ± 2,1	13,4 ± 2,6	12,4 ± 4,2
	medián	12,0	13,0	14,0	13,0	13,0	12,0
Bydlí v domově s pečovatelsko u službou	průměr± SD	11,6 ± 3,0	12,6 ± 2,2	13,2 ± 2,9	11,8 ± 1,3	13,0 ± 3,6	10,8 ± 1,9
	medián	11,0	14,0	13,0	12,0	13,0	10,0
Kruskal-Wallis test p		0,121	0,302	0,431	0,360	<b>0,022</b>	<b>0,015</b>

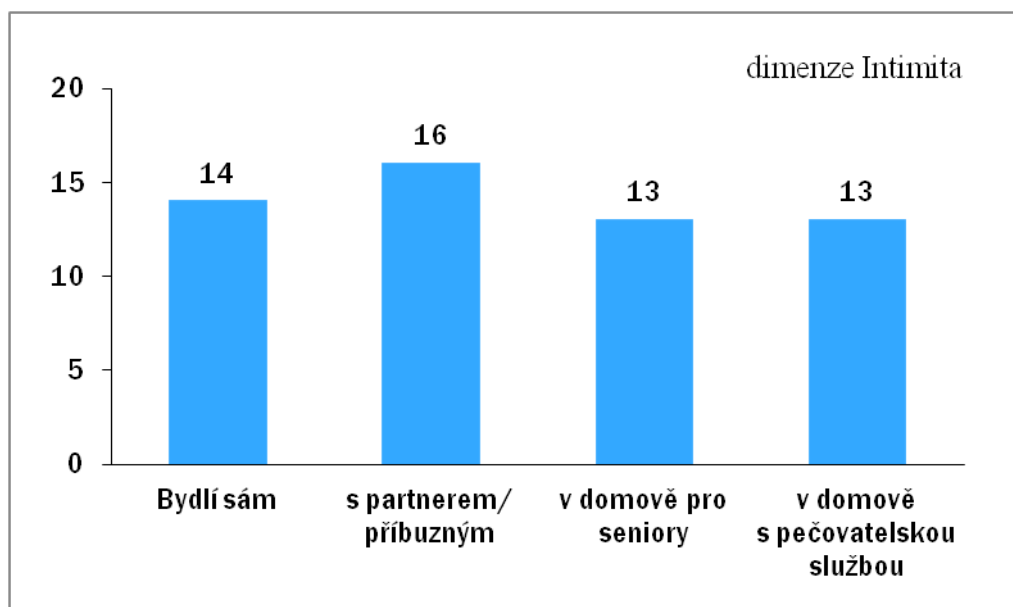
Tabulka uvádí signifikance testu Dunnové pro porovnání skóre v dimenzi Intimita pro skupiny seniorů podle sociální situace po dvojicích. Statisticky významný rozdíl v hodnotách skóre byl zjištěn pouze mezi seniory bydlícími s partnerem/ příbuzným a seniory bydlícími v domově pro seniory (tab. 24)

**Tabulka 24: Kvalita života dle sociální situace v dimenzi Intimita**

dimenze <b>Intimita</b>	Bydlí sám	Bydlí s partnerem/ příbuzným	Bydlí v domově pro seniory	Bydlí v domově s pečovatelskou službou
Bydlí sám		1,000	0,462	1,000
Bydlí s partnerem/ příbuzným	1,000		<b>0,036</b>	0,664
Bydlí v domově pro seniory	0,462	<b>0,036</b>		1,000
Bydlí v domově s pečovatelskou službou	1,000	0,664	1,000	



**Obrázek 5: Distribuce hodnot skóre v dimenzi Intimita pro skupiny seniorů podle sociální situace**



**Obrázek 6: Mediány skóre dimenze Intimita pro skupiny seniorů podle sociální situace.**

Tabulka uvádí signifikance testu Dunnové pro porovnání skóre v dimenzi Postoj ke smrti pro skupiny seniorů podle sociální situace po dvojicích. Test neprokázal signifikantní rozdíl mezi skupinami seniorů (tab. 25).

**Tabulka 25: Kvalita života dle sociální situace v dimenzi Postoj ke smrti**

dimenze <b>Postoj ke smrti</b>	Bydlí sám	Bydlí s partnerem/ příbuzným	Bydlí v domově pro seniory	Bydlí v domově s pečovatelskou službou
Bydlí sám		0,188	0,108	0,113
Bydlí s partnerem/ příbuzným	0,188		1,000	0,761
Bydlí v domově pro seniory	0,108	1,000		1,000
Bydlí v domově s pečovatelskou službou	0,113	0,761	1,000	

**Cíl 3:** Zjistit postoje hospitalizovaných seniorů ke stárnutí v souvislosti s pohlavím a sociální situací

### Statistické hypotézy

$H_{04}$ : Neexistuje závislost mezi pohlavím hospitalizovaných seniorů a hodnocením postoje ke stárnutí.

$H_{A4}$ : Existuje závislost mezi pohlavím hospitalizovaných seniorů a hodnocením postoje ke stárnutí.

Postoje seniorů ke stárnutí a stárnutí byly zjištěny pomocí dotazníku AAQ, který má tři dimenze: Psychosociální ztráty, Fyzické změny a Psychologický růst. Platnost hypotézy  $H_{04}$  byla ověřena pomocí Mann-Whitney U testu. Testem byla porovnána skupina mužů a skupina žen v jednotlivých dimenzích dotazníku AAQ. Test byl použit vzhledem k nenormálnímu rozdělení hodnot skóre v jednotlivých dimenzích. Normalita dat byla ověřena pomocí testu Shapiro-Wilk.

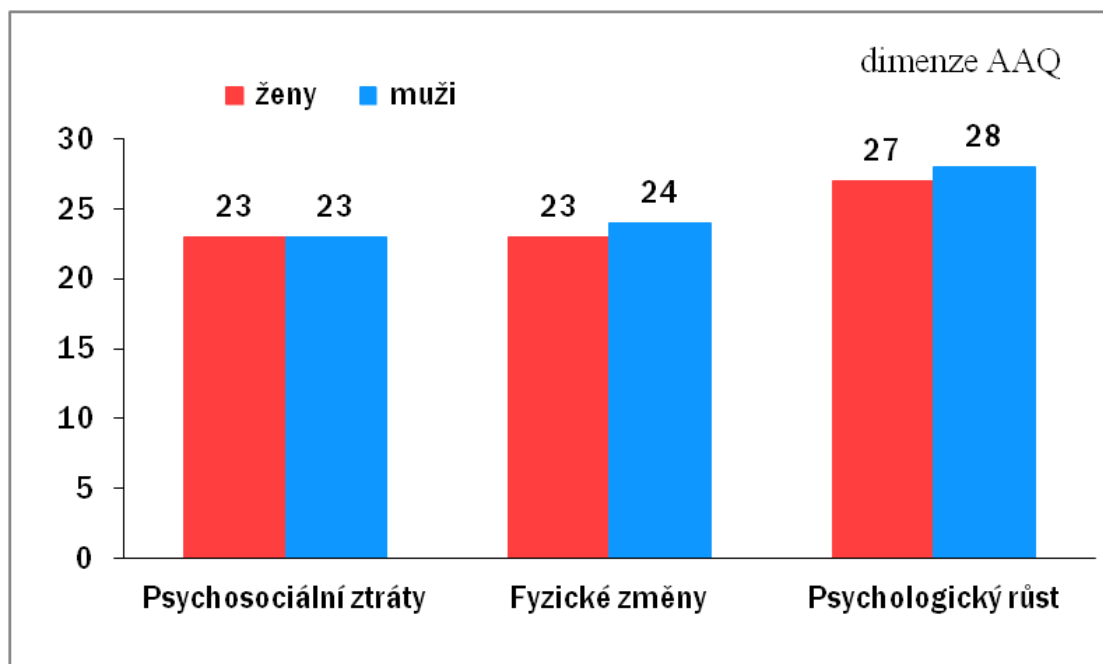
### Závěr:

**Hypotézu  $H_{04}$  nelze zamítnout.** Mann-Whitney U test neprokázal signifikantní závislost mezi pohlavím hospitalizovaných seniorů a hodnocením postojů ke stárnutí. Mezi muži a ženami nebyl zjištěn signifikantní rozdíl ani v jedné z dimenzí dotazníku AAQ.

Následující tabulka udává pro každou dimenzi průměrnou hodnotu skóre, směrodatnou odchylku a medián skóre zvlášť pro skupinu mužů a skupinu žen. V posledním sloupci tabulky je uvedena hodnota signifikance Mann-Whitney U testu (tab. 26).

**Tabulka 26: Porovnání mužů a žen v dimenzích dotazníku AAQ**

dimenze AAQ	Ženy		Muži		Mann-Whitney U test p
	průměr ± SD	medián	průměr ± SD	medián	
<b>Psychosociální ztráty</b>	22,9 ± 5,6	23,0	22,5 ± 5,5	23,0	0,753
<b>Fyzické změny</b>	23,3 ± 4,9	23,0	24,3 ± 4,7	24,0	0,263
<b>Psychologický růst</b>	26,3 ± 4,3	27,0	27,2 ± 2,9	28,0	0,246



**Obrázek 7: Mediány skóre jednotlivých dimenzí dotazníku AAQ pro muže a ženy**



H<sub>05</sub>: Neexistuje závislost mezi sociální situací hospitalizovaných seniorů a hodnocením postoje ke stáří.

H<sub>A5</sub>: Existuje závislost mezi sociální situací hospitalizovaných seniorů a hodnocením postoje ke stáří.

Platnost hypotézy H<sub>05</sub> byla ověřena pomocí Kruskal-Wallisova testu. V případě prokázání statisticky významného rozdílu mezi skupinami byl pro další analýzu použit test Dunnové, kterým byly porovnány všechny skupiny seniorů (podle sociální situace) po dvojicích. Normalita dat byla ověřena pomocí testu Shapiro-Wilk.

### Závěr:

**Hypotézu H<sub>05</sub> nelze zamítnout.** Nebyla prokázána signifikantní závislost mezi sociální situací seniorů a hodnocením postoje ke stáří.

Následující tabulka udává pro každou dimenzi dotazníku AAQ průměrnou hodnotu skóre, směrodatnou odchylku a medián skóre zvláště pro skupiny seniorů podle jejich sociální situace. V posledním řádku tabulky je uvedena hodnota signifikance Kruskal-Wallisova testu.

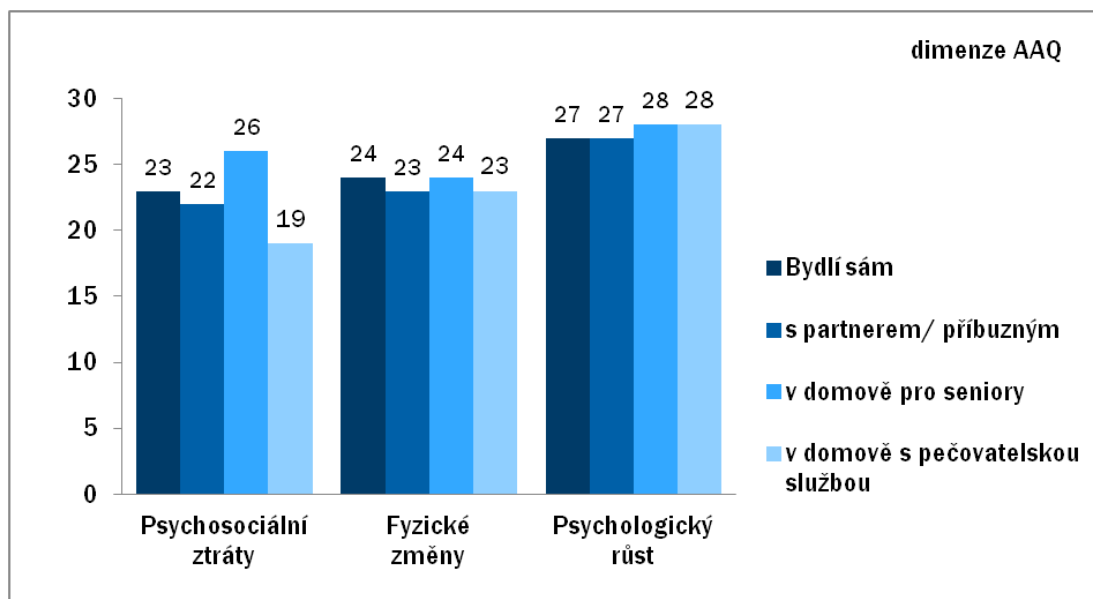
**Tabulka 27: Kvalita života dle sociální situace v dimenzích dotazníku AAQ**

Dimenze AAQ		Psychosociální ztráty	Fyzické změny	Psychologický růst
Bydlí sám	průměr± SD	22,9 ± 5,7	24,3 ± 4,7	26,7 ± 4,6
	medián	23,0	24,0	27,0
Bydlí s partnerem/ příbuzným	průměr± SD	22,2 ± 5,3	23,0 ± 5,0	26,4 ± 3,5
	medián	22,0	23,0	27,0
Bydlí v domově pro seniory	průměr± SD	25,7 ± 5,4	24,1 ± 5,4	27,4 ± 3,5
	medián	26,0	24,0	28,0
Bydlí v domově s pečovatelskou službou	průměr± SD	18,6 ± 6,1	24,0 ± 2,0	26,6 ± 4,0
	medián	19,0	23,0	28,0
Kruskal-Wallis test p		<b>0,037</b>	0,513	0,688

Následující tabulka uvádí signifikance testu Dunnové pro porovnání skóre v dimenzi Psychosociální ztráty pro skupiny seniorů podle sociální situace po dvojicích. Test neprokázal signifikantní rozdíl mezi skupinami seniorů (obr. 7).

**Tabulka 28: Kvalita života dle sociální situace v dimenzi Psychosociální ztráty**

dimenze <b>Psychosociální ztráty</b>	Bydlí sám	Bydlí s partnerem/ příbuzným	Bydlí v domově pro seniory	Bydlí v domově s pečovatelskou službou
Bydlí sám		1,000	0,363	0,804
Bydlí s partnerem/ příbuzným	1,000		0,081	1,000
Bydlí v domově pro seniory	0,363	0,081		0,091
Bydlí v domově s pečovatelskou službou	0,804	1,000	0,091	



**Obrázek 8: Mediány skóre jednotlivých dimenzí dotazníku AAQ pro skupiny seniorů podle jejich sociální situace.**

## 5 DISKUSE

Diplomová práce se věnuje zkoumání kvality života hospitalizovaných seniorů a jejich postojů ke stárnutí a stáří. Teoretická část je zaměřena na poznatky týkající se faktorů, které ovlivňují kvalitu života starších lidí. Tyto faktory jsou rozděleny na oblast fyzickou, psychickou a sociální. Dále se práce zabývá postoji seniorů ke stáří a stárnutí. Popisuje vliv postojů na zdravotní stav, význam postojů společnosti ke starším lidem a potřebné změny postojů jednotlivců i okolí, které jsou důležité pro aktivní, úspěšné stárnutí a pro dobrou kvalitu života seniorů.

Z demografických údajů uvedených v dotazníku vyplývá, že šetření se účastnili respondenti ve věkovém rozmezí 63 až 94 let, jejich průměrný věk byl 69 let. Ze 145 dotazovaných bylo 96 žen a 49 mužů. Toto rozložení, tedy převaha žen nad muži bylo patrné i ve studiích autorů Bryant et al. z roku 2012 a autorů Laidlaw, Power, Schmidt z roku 2006. Výsledky týkající se sociální situace seniorů ukázaly, že 76 (52,4 %) respondentů žije ve společné domácnosti s partnerem či příbuznými, 47 (32,4 %) bydlí samostatně, 17 (11,7 %) respondentů je klientem domova pro seniory a 5 účastníků výzkumu obývá dům s pečovatelskou službou.

U sledovaného souboru respondentů byla hodnocena kvalita života v jednotlivých doménách, které zaznamenávají různé oblasti života. Pokles kvality života v souvislosti s vyšším věkem byl prokázán pouze v doménách Fungování smyslů a Nezávislost. Tyto dvě domény spolu úzce souvisí, což potvrdila studie Dimunové, Veselské, Stropkaiové. Čím lepší je zachování smyslových funkcí, tím je vyšší nezávislost seniora (Dimunová, Veselská, Stropkaiová, 2013, s. 21). Také Trentini et al. zjistili ve své studii vztah mezi kvalitou života a úrovní nezávislosti. Míra nezávislosti je důležitým faktorem při vnímání a hodnocení celkového zdravotního stavu a kvality života. Při zhoršení zdravotního stavu jsou senioři ohroženi omezením samostatnosti a nezávislosti. Tato ztráta autonomie je spíše ovlivněna hospitalizací než samotným stářím (Trentini et al., 2012, s. 279-286). K opačnému závěru došly Virgulová a Schedová, které na základě svého výzkumu tvrdí, že kvalita života seniorů není podmíněna zdravotním stavem, ani mírou nezávislosti (Virgulová, Schedová, 2013, s. 35-39). Ve výzkumném šetření této diplomové práce nebyla v ostatních doménách kvality života prokázána signifikantní závislost na věku seniorů. Tento závěr koresponduje se studií Dimunové, Veselské, Stropkaiové, 2013, s. 21). Výsledky dalších studií týkající se vztahu mezi věkem a kvalitou života se liší. Někteří autoři uvádí, že věk sám o sobě nemá žádný

prokazatelný vliv na kvalitu života (Dvořáčková, Mojžíšová, 2011, s. 81-89; Halvorsrud, 2010, s. 255). Jiní naopak dokazují, že kvalita života klesá s přibývajícím věkem (Unalan et al., 2015, s. 319-324; Bilgili, Arpacı, 2014, s. 415-421)

Při porovnání hodnocení kvality života mezi muži a ženami bylo zjištěno, že muži hodnotili kvalitu života lépe než ženy v doméně Fungování smyslů. V ostatních doménách nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi hodnocením mužů a žen. Farský a Solárová na základě výsledků své práce konstatují, že nezjistili rozdíly v hodnocení jednotlivých domén kvality života z hlediska pohlaví (Farský, Solárová, 2010, s. 37). Ke stejnému výsledku došli autoři Top a Dikmetas (2012, s. 288-300). Studie Unalana et al. uvádí ženské pohlaví jako rizikový faktor, který negativně ovlivňuje všechny aspekty kvality života. Nižší kvalita života u žen může být způsobena vyšší náchylností k depresi, která vzniká v důsledku socio-kulturních faktorů, postavení žen ve společnosti nebo v důsledku fyziologických a hormonálních změn, specifických pro ženy (Unalan et al., 2015, s. 321).

Byla prokázána signifikantně vyšší kvalita života v doméně Intimita u seniorů bydlících s partnerem/příbuznými než u seniorů žijících v domově pro seniory. Také Dvořáčková s Kajanovou zjistily vyšší kvalitu života u seniorů, kteří žijí s partnerem, oproti seniorům žijících bez partnera. (Dvořáčková, Kajanová, 2012, s. 331-339). Významně nižší skóre ve všech aspektech kvality života, vyjma smrti a umírání, mají starší lidé žijící sami, než ti, kteří žijí s někým (Unalan et al., 2015, s. 319-324). Klienti z domovů pro seniory, kteří nemají děti, zpravidla hodnotí hůře svou kvalitu života, než ti, kteří děti mají (Dvořáčková, Kajanová, 2012, s. 338). Studie Dimunové, Veselské, Stropkaiové naopak potvrdila vyšší míru kvality života seniorů v sociálních zařízeních, a to v doménách Sociální zapojení a Postoj ke smrti (Dimunová, Veselská, Stropkaiová 2013, s. 22).

Nebyla prokázána signifikantní závislost mezi pohlavím hospitalizovaných seniorů a hodnocením postojů ke stáří. Mezi muži a ženami nebyl zjištěn signifikantní rozdíl ani v jedné z domén dotazníku AAQ. K jinému závěru došly Rácová s Marhevskou, v jejichž výzkumu muži vykazovali pozitivnější postoje ke stárnutí v porovnání se ženami. Ženy se mohou hůře vyrovnávat s nezvratnými změnami stárnutí v důsledku panujícího kultu mládí ve společnosti (Rácová, Marhevská, 2013, s. 47).

Jednou z determinant postojů ke stáří je prostředí, ve kterém člověk žije. Vstup seniora do ústavního zařízení zvyšuje nebezpečí sociálního vyloučení (Bužgová, Klechová, 2011, s. 400). Ve výzkumném šetření v rámci této diplomové práce nebyla prokázána signifikantní závislost mezi sociální situací seniorů a hodnocením postojů ke stáří. Dle jiného výzkumu jsou postoje seniorů ovlivněny sociálním prostředím. Doménu psychosociální ztráty výrazně

lépe hodnotili senioři žijící v domácím prostředí. Skupina seniorů z institucionální péče hodnotila své postoje hůře. Stáří hodnotili více jako čas samoty, menší fyzické soběstačnosti, vyřazenosti, s problémem hovořit o svých pocitech a uzavírat nová přátelství (Bužgová, Klechová, 2011, s. 396-401).

Výsledky tohoto výzkumu mohou být limitovány velikostí souboru, díky němuž je nelze generalizovat na všechny hospitalizované seniory. Dalším omezením může být aktuální zdravotní stav, který mohl přímo ovlivnit odpovědi seniorů. Závažnost stavu a komorbidity mohly také mít vliv na výsledek, ty však nebyly zkoumány. Dalším významným faktorem ovlivňujícím hodnocení kvality života mohly také být obavy z budoucnosti, související s řešením sociální situace vzhledem ke zhoršenému zdravotnímu stavu.

## ZÁVĚR

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, jaká je kvalita života hospitalizovaných seniorů. Teoretická východiska prezentují dohledané informace o kvalitě života seniorů, o faktorech, které ovlivňují hodnocení kvality života a o postojích seniorů a společnosti ke stárnutí a stáří. Výzkum byl proveden pomocí standardizovaných dotazníků WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD, které zachycují subjektivní pohled jedince na kvalitu života. Dále byl použit dotazník AAQ, který zjišťuje úroveň postojů ke stárnutí.

Analýza výsledků získaných ze statistického zpracování výzkumu ukázala, že kvalita života klesá s přibývajícím věkem v doménách Fungování smyslů a Nezávislost. Tyto dvě domény úzce souvisí se soběstačností a s možností vést samostatný život. Hospitalizace seniora často vede k omezení nezávislosti. Cílem ošetrovatelských intervencí by měla být snaha o zachování nebo navrácení soběstačnosti, neomezování pacientovy autonomie, zachování důstojnosti a tím i udržení kvality života. V doméně fungování smyslů byla prokázána vyšší kvalita života u mužů. V dalších doménách nebyl rozdíl v hodnocení mezi ženami a muži.

Dále byla prokázána vyšší kvalita života v doméně Intimita u seniorů žijících s partnerem či příbuznými, než u seniorů bydlících v domově pro seniory. Tento závěr dokazuje velký význam blízkých vztahů pro seniory, ať už se jedná o partnerské soužití, rodinu či přátele. Dobře fungující vztahy zvyšují aktivitu starších lidí a celkovou radost ze života, motivují seniora ke spolupráci při snaze o zlepšení celkového stavu. Je tedy důležité umožnit a podporovat kontakt seniora s jeho blízkými i během hospitalizace.

Nebyl prokázán vztah mezi pohlavím a hodnocením postojů ke stáří. Rovněž sociální situace seniorů neovlivnila jejich hodnocení postojů ke stáří a stárnutí. Postoje ke stárnutí, pozitivní či negativní, jsou ovlivněny celou řadou faktorů a jsou subjektivním pohledem na období stáří. Při poskytování ošetrovatelské péče seniorům má velký význam pochopit aspekty stárnutí z pohledu starších lidí, brát v úvahu jejich individualitu a rozdílné potřeby. Současná péče je stále zaměřena na péči o fyzické potřeby, u starších lidí je však třeba věnovat zvýšenou pozornost problémům v oblasti psychické, sociální i spirituální.

## REFERENČNÍ SEZNAM

BILGILI, N., ARPACI, F. 2014. Quality of life of older adults in Turkey. *In Archives of Gerontology and Geriatrics*. [online] 2014, 59(2), s. 415-421 [cit. 2016-03-25]. ISSN 0167-4943. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494314001083?>

BOTTAN, G. et al. 2014. Determinants of Quality of Life in Elderly Patients of a Psychosocial Care Center in Brazil. *Issues in Mental Health Nursing*. [online] 2014, 35 (3), s. 181-188 [cit. 2016-03-21]. ISSN 0161-2840.

Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=79&sid=7d67934e-8d97-4110-8996-a1482e039513%40sessionmgr105&hid=104>

BROVOLD, T. et al. 2014. Association Between Health-Related Quality of Life, Physical Fitness, and Physical Activity in Older Adults Recently Discharged From Hospital. *Journal of Aging & Physical Activity* [online] 2014, 22 (3), s. 405-413 [cit. 2015-04-15]. ISSN

10638652. Dostupné z:

<http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=29&sid=48abacf4-cdd5-4518-8e68-4033cdae74d9%40sessionmgr105&hid=122>

BRYANT, CH. et al. 2012. The relationship between attitudes to aging and physical and mental health in older adults. *International Psychogeriatrics*. [online] 2012, 24(10), s. 1674-1683 [cit. 2016-01-29]. ISSN 1741-203X. Dostupné z:

<http://dx.doi.org/10.1017/S1041610212000774>

BUNOUT, D. et al. 2012. Quality of life of older Chilean people living in metropolitan Santiago, Chile: influence of socioeconomic status. *Ageing Research*. [online] 2012 3 (1), s. 15-18 [cit. 2016-03-22]. ISSN 2036-7384. Dostupné z:

<http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=82&sid=7d67934e-8d97-4110-8996-a1482e039513%40sessionmgr105&hid=104>

BUŽGOVÁ, R. 2007. Respektování autonomie při dlouhodobé péči o seniory. *Kontakt*. [online] 2007, 9 (1), s. 65-69 [cit. 2016-03-19]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120327100914548884.pdf>

BUŽGOVÁ, R., KLECHOVÁ, H. 2011. Měření postojů seniorů ke stáří. *Praktický lékař*. [online] 2011, 91 (7), s. 396–401 [cit. 2016-02-25]. ISSN 0032-6739. Dostupné z: [http://kramerius.medvik.cz/search/nimg/IMG\\_FULL/uuid:51b479c5-0615-11e5-b183-d485646517a0#page=1](http://kramerius.medvik.cz/search/nimg/IMG_FULL/uuid:51b479c5-0615-11e5-b183-d485646517a0#page=1)

CAMPOS, A. et al. 2014. Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. *Health & Quality of Life Outcomes*. [online] 2014, 12 (1), s. 166-176 [cit. 2016-02-25]. ISSN 1477-752. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=29&sid=7d67934e-8d97-4110-8996-a1482e039513%40sessionmgr105&hid=104>

ČEŠKOVÁ, E. 2007. Deprese ve vyšším věku a suicidalita. *Česká geriatrická revue*. [online] 2007, 5(4), s. 228-233 [cit. 2016-01-15]. ISSN 1214-0732. Dostupné z: [http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr\\_07\\_04\\_06.pdf](http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_07_04_06.pdf)

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

DIMUNOVÁ, Lucia, DANKULINCOVÁ VESELSKÁ, Zuzana, STROPKAIIOVÁ, Stanislava. 2013. Vybrané parametre pri posudzovaní kvality života seniorov v domácej a inštitucionalizovanej starostlivosti. *Ošetrovatelstvo*. [online] 2013, 3, (1), s. 14-21 [cit. 2016-04-15]. ISSN 1338-6263. Dostupné z: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2013-rocnik-3/cislo-1/vybrane-parametre-pri-posudzovani-kvality-zivota-seniorov-v-domacej-a-institucionalizovanej-starostlivosti>.

DVOŘÁČKOVÁ, D., KAJANOVÁ, A. 2012. Vybrané aspekty kvality života seniorů z dotazníku WHOQOL-OLD – smrt, umírání a blízké vztahy. *Kontakt*. [online] 2012, 14 (3), s. 331-339 [cit. 2016-04-01]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20121012111225457457.pdf>

DVOŘÁČKOVÁ, D., MOJŽÍŠOVÁ, A. 2011. Analysis of the bio-psycho-social factors influencing the quality of life of seniors living in rest homes. *Journal of Nursing, Social Studies and Public Health*. [online] 2011, 2 (1-2), s. 81–90 [cit. 2016-02-02]. ISSN 18047181.



Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/journal-of-nursing-social-studies-public-health-and-rehabilitation/administrace/clankyfile/20120413152457974441.pdf>

DRAGOMIRECKÁ, E. et al. 2008. Demographic and psychosocial correlates of quality of life in the elderly from a cross-cultural perspective. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. [online] 2008, 15 (3), s. 193-204 [cit. 2016-03-17]. ISSN 1063-3995. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=40&sid=7d67934e-8d97-4110-8996-a1482e039513%40sessionmgr105&hid=104>

DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. 2006. Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF. Psychometrické vlastnosti a první zkušenosti s českou verzí. *Psychiatrie*. [online] 2006, 10 (3), s. 144-149 [cit. 2016-02-03]. ISSN 1212-6845. Dostupné z: [http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2006/03/02\\_dragomirec\\_psych\\_3-06.pdf](http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2006/03/02_dragomirec_psych_3-06.pdf)

FARSKÝ, Ivan, SOLÁROVÁ, Michaela. 2010. Kvalita života seniorov v komunitnom zariadení. *Profese online* [online] 2010, 3 (1), s. 30-41. [cit. 2016-03-12]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: [http://profeseonline.upol.cz/upload/soubory/2010\\_01/farsky\\_tisk.pdf](http://profeseonline.upol.cz/upload/soubory/2010_01/farsky_tisk.pdf)

FARSKÝ, I., ŽIAKOVÁ, K., ONDREJKA, I. 2005. Inštitucionálna starostlivosť a kvalita života seniorov. *Kontakt*. 2005, 7 (3-4), s. 232-238 [cit. 2016-01-14]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120322123751718599.pdf>

FIALOVÁ, Dana, VLASTNÍKOVÁ, Věra. 2013. Pohybové aktivity seniorek II: Subjektivní vnímání vybraných ukazatelů kvality života. *Hygiena*. [online] 2013, 58 (2), s. 62-66. 73 [cit. 2015-04-08]. ISSN 1802-6281. Dostupné z: <http://apps.szu.cz/svi/hygiena/archiv/h2013-2-04-full.pdf>.

FIALOVÁ, Dana, VLASTNÍKOVÁ, Věra, FAKTOROVÁ, Zuzana. 2013. Pohybové aktivity seniorek I: Antropometrické, fyziologické a biochemické zhodnocení. *Hygiena*. [online] 2013, 58 (1), s. 16-22. [cit. 2016-03-25]. ISSN 1802-6281. Dostupné z: <http://apps.szu.cz/svi/hygiena/archiv/h2013-1-04-full.pdf>.

HOLMEROVÁ, I., ROKOSOVÁ, M., VAŇKOVÁ, H. 2006. Pohled na pacienta vyššího věku. *Medicína pro praxi*. [online] 2006, 3 (4), s. 180-183. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2006/04/07.pdf>

HALVORSRUD, L. 2010. Quality of life model: Predictors of quality of life among sick older adults. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*. [online] 2010, 24 (4), s. 241-259 [cit. 2016-03-21]. ISSN 1541-6577. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1891/1541-6577.24.4.241>

HUNG-LIN, J. 2014. Late-life depression and quality of life in a geriatric evaluation and management unit: an exploratory study. *BMC Geriatrics*. [online] 2014, 14 (1), s. 1-15 [cit. 2016-01-20]. ISSN 14712318. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=50&sid=7d67934e-8d97-4110-8996-a1482e039513%40sessionmgr105&hid=104>

HROZENSKÁ, Martina. 2008. Zdravie jako kľúčový faktor kvality života starších ľudí. *Kontakt: Odborný a vedecký časopis pro zdravotně sociální otázky* [online] 2008, 10 (1), s. 81-84 [cit. 2016-03-20]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120506165918582413.pdf>

CHACHAMOVICH, E. 2008. Impact of Major Depression and Subsyndromal Symptoms on Quality of Life and Attitudes toward Aging in an International Sample of Older Adults. *Gerontologist* [online] 2008, 48 (5), s. 593-602 [cit. 2016-01-15]. ISSN 0016-9013. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=76&sid=7d67934e-8d97-4110-8996-a1482e039513%40sessionmgr105&hid=104>

JANEČKOVÁ, H. et al. 2013. The attitudes of older adults living in institutions and their caregivers to ageing. *Central European Journal Of Public Health* [online] 2013, 21 (2), s. 63-71) [cit. 2016-03-02]. ISSN 1210-7778. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=59&sid=7d67934e-8d97-4110-8996-a1482e039513%40sessionmgr105&hid=104>

KAČMÁROVÁ, Monika. 2013. Subjektívne hodnotená kvalita života seniorov: kvalitatívne a kvantitatívne postupy jej zisťovania. *Československá psychologie* [online] 2013, 57 (1), s. 42-

51 [cit. 2016-04-19]. ISSN: 0009-062X. Dostupné z:  
<http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=278c6d21-daaa-4ecf-8ba4-8bb1c28af9b8%40sessionmgr112&hid=115>.

LIDLAW, K., POWER, M., SCHMIDT, S. 2007. The attitudes to ageing questionnaire (AAQ): development and psychometric properties. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. [online] 2007, 22 (4), s. 367-379 [cit. 2016-0311]. ISSN 0885-6230. Dostupné z:  
<http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=100&sid=7d67934e-8d97-4110-8996-a1482e039513%40sessionmgr105&hid=104>

MACHÁČOVÁ, K. et al. 2007. Zkušenosti s hodnocením tělesné zdatnosti seniorů metodou "Senior Fitness Test". *Česká geriatrická revue*. [online] 2007, 5 (4), s. 248-253 [cit. 2016-03-14]. ISSN 1801-8661. Dostupné z: [http://www.geriatrickevue.cz/pdf/gr\\_07\\_04\\_09.pdf](http://www.geriatrickevue.cz/pdf/gr_07_04_09.pdf)

MAREŠ, J. 2014. Problémy se zjišťováním kvality života seniorů. *Praktický lékař* [online] 2014, 94 (1), s. 22-31. [cit. 2016-03-23]. ISSN 0032-6739. Dostupné z:  
<http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=278c6d21-daaa-4ecf-8ba4-8bb1c28af9b8%40sessionmgr112&vid=20&hid=115>.

MOTLOVÁ, Lenka. 2007. Autonomie, nezávislost a uspokojování potřeb osob vyššího věku. *Kontakt: Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky* [online] 2007, 9, (2), 76 s. 343-352 [cit. 2016-04-10]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120329181826063622.pdf>.

MRÁZOVÁ, R. 2007. Antiaging - prevence, léčba, nebo výchova současné populace? *Česká geriatrická revue* [online] 2007, 5 (2), s. 105-107 [cit. 2016-01-22]. ISSN 1801-8661. Dostupné z: [http://www.geriatrickevue.cz/pdf/gr\\_07\\_02\\_11.pdf](http://www.geriatrickevue.cz/pdf/gr_07_02_11.pdf)

ONDRUŠOVÁ, J. 2010. Smysluplnost života ve stáří. *Česká geriatrická revue*. 2010, 8 (1-2), s. 50-55 [cit. 2016-03-11]. ISSN1801-8661. Dostupné z:  
[http://www.geriatrickevue.cz/pdf/gr\\_10\\_01\\_10.pdf](http://www.geriatrickevue.cz/pdf/gr_10_01_10.pdf)

ONDRUŠOVÁ, J. 2009. Měření kvality života u seniorů. *Česká geriatrická revue*. [online] 2009, 7 (1), s. 36-39 [cit. 2016-05-01]. ISSN 1214-0732. Dostupné z:  
[http://www.geriatrickevue.cz/pdf/gr\\_09\\_01\\_07.pdf](http://www.geriatrickevue.cz/pdf/gr_09_01_07.pdf).

ONDRUŠOVÁ, J., DRAGOMIRECKÁ E. 2012. Smysl života a deprese u českých seniorů. *Československá psychologie*. [online] 2012, 56 (3), s. 193-205 [cit. 2016-01-26]. ISSN 1804-6436. Dostupné z: <http://csppsych.psu.cas.cz/result.php?from=750&to=750>

POLEDNÍKOVÁ, L., SLAMKOVÁ, A., BARÁTHOVÁ, E. 2009. *Kontakt*. [online]. 2009, 11 (1), s. 124-130 [cit. 2015-0402]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120328113350304178.pdf>

RACZOVÁ, B., MARHEVSKÁ G. 2013. Příprava na stárnutie v kontexte sebakontroly a starostlivosti o seba: výsledky výskumu. *Psychologie a její kontexty*. [online] 2013, 4, (1), s. 37-50 [cit. 2016-01-22]. ISSN 1805-9023. Dostupné z: [http://psychkont.osu.cz/fulltext/2013/Raczova,Marhevska\\_2013\\_1.pdf](http://psychkont.osu.cz/fulltext/2013/Raczova,Marhevska_2013_1.pdf)

SHENKIN, S. et al. 2014. The attitudes to ageing questionnaire: Mokken scaling analysis. *Plos One*. [online] 2014, 9 (6), s. 1-11 [cit. 2016-02-08]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=62&sid=7d67934e-8d97-4110-8996-a1482e039513%40sessionmgr105&hid=104>

SIVEROVÁ, J., BUŽGOVÁ, R. 2014. Vliv reminiscenční terapie na kvalitu života pacientů v léčebně dlouhodobě nemocných. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. [online] 2014, 5 (1), s. 21-28 [cit. 2016-03-18]. Dostupné z: <http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2014-01/4-siverova-buzgova-cz.pdf>

TOP, M., DIKMETAS, E. 2015. Quality of life and attitudes to ageing in Turkish older adults at old people's homes. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care & Health Policy*. [online] 2015, 18(2), s. 288-300 [cit. 2016-03-23]. ISSN 13697625. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=86&sid=7d67934e-8d97-4110-8996-a1482e039513%40sessionmgr105&hid=104>

TRENTINI, C. 2012. Subjective perception of health in elderly inpatients. *International Journal of Psychology*. [online] 2012, 47 (4)s. 279-286 [cit. 2016-02-29]. ISSN 00207594.

Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=97&sid=7d67934e-8d97-4110-8996-a1482e039513%40sessionmgr105&hid=104>

UNALAN, D. et al. 2015. Coincidence of low social support and high depressive score on quality of life in elderly. *European Geriatric Medicine*. [online] 2016, 6(4), s. 319-324 [2016-01-15].ISSN18787649Dostupnéz:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187876491500039X?>

YAMADA, Y., MERZ, L., KISVETROVÁ, H. 2014. Quality of life and comorbidity among older home care clients: Role of positive attitudes toward aging. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*. [online] 2014, 24(7), s. 1661-1667 [cit. 2016-03-11]. ISSN 1573-2649. Dostupné z:

<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11136-014-089>

ZRUBCOVÁ, D., SCHMIDTOVÁ, Z. 2009. Podpora duševného zdravia u seniorov s deficitom sebeopaterky. *Kontakt*. [online] 2009, 11 (1), s. 160-163 [cit. 2016-03-23]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: [http://casopis-](http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120328115925654844.pdf)

[zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120328115925654844.pdf](http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120328115925654844.pdf)

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

FN	Fakultní nemocnice
MMSE	Mini-Mental State Examination – test kognitivních funkcí
WHOQOL	World Health Organization Quality Of Life
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality Of Life – BREF
WHOQOL-OLD	World Health Organization Quality Of Life – OLD
WHO-AAQ	World Health Organization- Attitudes toward Aging Questionnaire

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Věk respondentů.....	36
Tabulka 2: Test MMSE.....	36
Tabulka 3: Demografické údaje respondentů.....	37
Tabulka 4: Samostatné otázky dotazníku Q1, Q2.....	38
Tabulka 5: Doména fyzické zdraví.....	38
Tabulka 6: Doména prožívání.....	39
Tabulka 7: Doména sociální vztahy.....	39
Tabulka 8: Doména prostředí.....	40
Tabulka 9: Doména fungování smyslů.....	41
Tabulka 10: Doména nezávislost.....	41
Tabulka 11: Doména naplnění.....	42
Tabulka 12: Doména sociální zapojení.....	42
Tabulka 13: Doména smrt a umírání.....	43
Tabulka 14: Doména blízké vztahy.....	43
Tabulka 15: Doména psychosociální ztráty.....	44
Tabulka 16: Doména fyzické změny.....	45
Tabulka 17: Doména psychologický růst.....	46
Tabulka 18: Závislost mezi věkem seniorů a kvalitou života v jednotlivých doménách dotazníku WHOQOL – BREF.....	47
Tabulka 19: Závislost mezi věkem seniorů a kvalitou života v jednotlivých doménách dotazníku WHOQOL – OLD.....	47
Tabulka 20: Porovnání mužů a žen v dimenzích dotazníku WHOQOL-BREF.....	49
Tabulka 21: Porovnání mužů a žen v dimenzích dotazníku WHOQOL-OLD.....	50
Tabulka 22: Kvalita života dle sociální situace v dimenzích dotazníku WHOQOL-BREF.....	52
Tabulka 23: Kvalita života dle sociální situace v dimenzích dotazníku WHOQOL-OLD.....	53
Tabulka 24: Kvalita života dle sociální situace v dimenzi Intimita.....	53
Tabulka 25: Kvalita života dle sociální situace v dimenzi Postoj ke smrti.....	55
Tabulka 26: Porovnání mužů a žen v dimenzích dotazníku AAQ.....	57
Tabulka 27: Kvalita života dle sociální situace v dimenzích dotazníku AAQ.....	57
Tabulka 28: Kvalita života dle sociální situace v dimenzi Psychosociální ztráty.....	58

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Závislost mezi věkem seniorů a kvalitou života v dimenzi Fungování smyslů.....	48
Obrázek 2: Závislost mezi věkem seniorů a kvalitou života v dimenzi Nezávislost.....	48
Obrázek 3: Mediány skóre jednotlivých dimenzí kvality života podle dotazníku WHOQOL-BREF.....	50
Obrázek 4: Mediány skóre jednotlivých dimenzí kvality života podle dotazníku WHOQOL-OLD.....	51
Obrázek 5: Distribuce hodnot skóre v dimenzi Intimita pro skupiny seniorů podle sociální situace.....	54
Obrázek 6: Mediány skóre dimenze Intimita pro skupiny seniorů podle sociální situace.....	54
Obrázek 7: Mediány skóre jednotlivých dimenzí dotazníku AAQ pro muže a ženy.....	56
Obrázek 8: Mediány skóre jednotlivých dimenzí dotazníku AAQ pro skupiny seniorů podle jejich sociální situace.....	58



## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1: Stanovisko Etické komise FZV UP.....	74
Příloha 2: Žádost o umožnění realizace výzkumného šetření.....	75
Příloha 3: Informovaný souhlas.....	76
Příloha 4: Dotazník.....	77



Fakulta  
zdravotnických věd

UPOL-131417/1040-2015

2015-10-20

Vážená paní  
Alice Fialová

Stanovisko Etické komise FZV UP

Vážená paní Fialová,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že Vaší diplomové práci s názvem „Kvalita života a postoje ke stárnutí seniorské populace“ bylo uděleno

**souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP.**

Etická komise FZV UP upozorňuje na získání si souhlasu vedení pracoviště, kde budete výzkum realizovat. Etická komise FZV UP v Olomouci dále požaduje písemně dodat informaci o předpokládaném počtu respondentů do 30. 11. 2015 na sekretariát Etické komise.

S pozdravem,

Mgr. Petra Bastlová, Ph.D.

předsedkyně

Etické komise FZV UP

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
Fakulta zdravotnických věd  
Etická komise  
Tr. Svobody 8, 771 11 Olomouc

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci  
Tr. Svobody 8 | 771 11 Olomouc | T: 585 532 852  
[www.fzv.upol.cz](http://www.fzv.upol.cz)

**Mgr. Martin Šamaj, MBA**  
náměstek nelékařských oborů  
Fakultní nemocnice Olomouc

V Olomouci dne 24. 1. 2015

**Věc: Žádost o umožnění realizace výzkumného šetření v rámci diplomové práce**

Vážený pane náměstků,

obracím se na Vás s žádostí o umožnění realizace výzkumného šetření v rámci diplomové práce, která se věnuje problematice *kvality života a postoje ke stárnutí seniorské populace*. Sběr dat bude probíhat prostřednictvím rozhovoru a strukturovaného dotazníku u geriatrických pacientů na oddělení Geriatrie FN Olomouc. Pro výzkumné šetření bude použit soubor oficiálních českých verzí standardizovaných dotazníků – WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD a EAAQ, které pro realizaci výzkumu poskytlo české WHOQOL centrum. Předpokládáný začátek výzkumného šetření je únor 2015.

Vedoucí diplomové práce je PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová, Ph.D. z Ústavu ošetrovatelství, FZV UP v Olomouci.

Předem děkuji za Vaši odpověď.

S pozdravem



**Bc. Alice Fialová, studentka 1. ročníku**  
studijní obor: Ošetrovatelská péče v interních oborech  
FZV UP v Olomouci  
kontakt: oddělení Geriatrie, FN Olomouc  
e-mail: fialova.alicka@seznam.cz

**Vyjádření vedení Fakultní nemocnice Olomouc**

žádost povolena

žádost zamítnuta

Datum, podpis, razítko: .....

*1. 2. 2015*



**Mgr. Světluše Fišarová**  
vedoucí Odboru nelékařské péče  
Fakultní nemocnice Olomouc

## Informovaný souhlas

Pro výzkumný projekt: diplomová práce, která se věnuje problematice kvality života a postojům ke stárnutí seniorské populace

Období realizace: leden – prosinec 2015

Řešitelé projektu: PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová, Ph.D., Alice Fialová

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném projektu, jehož cílem je zjistit, zda mají postoje ke stárnutí vliv na hodnocení kvality života seniorů. Výzkum bude probíhat formou strukturovaného dotazníku, jeho vyplnění trvá přibližně 45 – 60 minut. Z účasti na projektu pro Vás vyplývají tyto výhody či rizika: vyplnění dotazníku je anonymní a dobrovolné. Pokud s účastí na projektu souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu. Řešitel/ka projektu mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitele/ky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na projektu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba (nebo zákonný zástupce) a druhý řešitel projektu.

Jméno, příjmení a podpis řešitele projektu: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_ dne: \_\_\_\_\_

Jméno, příjmení a podpis účastníka v projektu (zákonného zástupce): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

--	--	--

## KVALITA ŽIVOTA

### DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

#### I - 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.**

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

<b>2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?</b>	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
<b>3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?</b>	1	2	3	4	5
<b>4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?</b>	1	2	3	4	5
<b>5. Jak moc Vás těší život?</b>	1	2	3	4	5
<b>6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?</b>	1	2	3	4	5
<b>7. Jak se dokážete soustředit?</b>	1	2	3	4	5
<b>8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?</b>	1	2	3	4	5
<b>9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?</b>	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
<b>10. Máte dost energie pro každodenní život?</b>	1	2	3	4	5
<b>11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?</b>	1	2	3	4	5
<b>12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?</b>	1	2	3	4	5
<b>13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?</b>	1	2	3	4	5
<b>14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?</b>	1	2	3	4	5

	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
<b>15. Jak se dokážete pohybovat?</b>	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
<b>16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?</b>	1	2	3	4	5
<b>17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?</b>	1	2	3	4	5
<b>18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?</b>	1	2	3	4	5
<b>19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?</b>	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 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**8. (F29.4) Jak moc se bojíte umírání?**

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 2. Je výsadou dožít se vyššího věku.

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

### 3. Stáří je čas samoty.

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

### 4. Moudrost přichází s věkem.

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

### 5. Stáří s sebou přináší mnoho příjemných věcí.

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

### 6. Stáří je čas depresí.

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

### 7. Cvičení je důležité v každém věku.

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

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

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

### 10. Jak stárnu, jsem vůči sobě tolerantnější.

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

### 11. Necítím se starý/á.

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

### 12. Stáří vidím hlavně jako období ztrát.

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

### Oddělení:

1. Geriatrie  
2. jiné (doplň): .....

MMSE ..... bodů

Věk ..... let

### Pohlaví

1. žena  
2. muž

### 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

**DĚKUJEME VÁM ZA SPOLUPRÁCI**