



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Nerovnosti ve zdraví u vybrané skupiny populace

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **VEŘEJNÉ ZDRAVOTNICTVÍ**

Autor: Bc. Martina Mašková

Vedoucí práce: prof. MUDr. Mária Kovářová, CSc.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Nerovnosti ve zdraví u vybrané skupiny populace*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 14. 5. 2018

.....

Bc. Martina Mašková

Poděkování

Ráda bych vyjádřila poděkování vedoucí mé diplomové práce MUDr. Márii Kovářové, CSc. za odborné rady, cenné připomínky, ochotu a čas, který mi věnovala při jejím zpracování. Také bych chtěla poděkovat panu RNDr. Jánovi Luhovi, CSc. za statistické zpracování dat.

Nerovnosti ve zdraví u vybrané skupiny populace

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá problematikou nerovnosti ve zdraví u vybrané populace seniorů.

Hlavním cílem práce bylo přezkoumat na vybrané skupině seniorů od 60 do 74 let charakteristiky nerovnosti ve zdraví a zjistit existující nerovnosti v jednotlivých skupinách i rozdíly mezi skupinami.

V teoretické části byla popsána problematika, která se týkala nerovností ve stáří, jejich příčinami a důsledky. V praktické části práce se konkrétně zkoumal tento jev na vybraném souboru respondentů v zařízení Senior Otrokovice - domov pro seniory a ve vlastních domácnostech seniorů v Otrokovicích. Pro získání dat k dosažení stanovených cílů a ověření hypotéz bylo použito kvantitativní výzkumné šetření metodou anonymních dotazníků. Jednalo se o standardizované míry ADL a IADL (indexu dle Barthelové), dále byla použita VAS škála k měření intenzity bolesti. K výzkumu bylo stanoveno pět hypotéz. Kvantitativní výzkum byl vyhodnocen pomocí statistického programu.

Na základě výzkumu se ukázalo, že pohlaví není významnou proměnou při vnímání vlastního zdraví a také fyzická soběstačnost se neliší podle pohlaví. Bylo zjištěno, že vnímání vlastního zdraví a fyzická soběstačnost závisí na tom, zda daná osoba bydlí v domově pro seniory či ve vlastní domácnosti. Bylo také zjištěno, že výška starobního důchodu není závislá na pohlaví ani na věku. Zjištěné skutečnosti mohou sloužit k hlubšímu poznání faktorů nerovností ve zkoumaných skupinách seniorů. Tato práce může být také využita jako podklad k dalším výzkumům.

Klíčová slova

Nerovnosti ve zdraví; stárnutí; soběstačnost; senior.

Inequality in health of a selected population

Abstract

The diploma thesis deals with the issue of health inequality in the selected population group, which is focused on the elderly.

The main objective of the thesis was to examine the characteristics of health inequalities in the selected group of seniors from 60 to 74 years and to identify the existing inequalities in the individual groups as well as the differences between the groups.

In the theoretical part was described the issue concerning age inequalities, its causes and consequences. In the practical part of the thesis, this phenomenon was specifically examined on a selected set of respondents at Senior Otrokovice - Seniors Home and in their own homes in Otrokovice. To obtain the data to achieve the goals and verify the hypotheses, a quantitative research survey was used using the anonymous questionnaire method. These were standardized rates of ADL and IADL (Barthel index), then the VAS scale to measure pain intensity was used. Five hypotheses were identified for the research. Quantitative research was evaluated using the statistical program.

Research has shown that gender is not a significant change in the perception of one's own health, and also the physical self-sufficiency does not differ according to gender. It has been found that perception of one's own health and physical self-sufficiency depends on whether the person resides in the residential care or in their own household. It was also found that the amount of retirement pension is not gender-based or age-dependent.

Key words:

Health inequalities; ageing; self-sufficiency; senior

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ VÝCHODISKA	9
1.1 WHO materiály k nerovnosti	9
1.2 Vymezení pojmu stáří	10
1.3 Nerovnosti	14
1.3.1 Nerovnosti v oblasti zdraví v členských státech a mezi nimi	14
1.3.2 Nerovnosti mezi sociálními skupinami.....	15
1.3.3 Nekvalitní zdraví u zranitelných osob	16
1.4 Příčiny nerovnosti ve zdraví.....	16
1.5 Demografický vývoj.....	17
1.5.1 Demografický vývoj v České republice.....	17
1.5.2 Demografická situace v Evropě	21
1.5.3 Demografická situace ve světě	22
1.6 Stárnutí populace.....	25
1.7 Charakteristika stárnutí a stáří.....	27
1.8 Současný systém zdravotní a sociální péče o seniory	32
1.9 Míry hodnotící soběstačnost seniorů.....	38
2 VLASTNÍ VÝZKUM	41
2.1 Výzkumné cíle	41
2.2 Hypotézy	41
2.3 Operacionalizace	41
3 METODIKA	43
3.1 Charakteristika výzkumného souboru.....	43
3.2 Metoda sběru dat	43
3.3 Realizace výzkumu	44
3.4 Metody zpracování dat	45
4 VÝSLEDKY	46
4.1 Testování hypotéz	63
5 DISKUZE	70
6 ZÁVĚR	78
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	80
8 SEZNAM PŘÍLOH	90

9	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	99
----------	--------------------------------------	-----------

ÚVOD

Zájem o problematiku nerovností ve zdraví nemá v České republice tradici, protože mezi lety 1948 až 1990 byla česká společnost konstituována a rozvíjena na principech beztřídní společnosti. Žádná z pravicově ani levicově orientovaných vlád po roce 1990 se tomuto problému nevěnovala. Je proto velmi důležité upozorňovat na problematiku nerovností ve zdraví, zvyšovat vnímání významu těchto otázek odbornou i širokou veřejností, napříč všemi společenskými skupinami a oslovovat průběžně ostatní populační skupiny. Této snaze napomáhají i aktivity, které jsou rozvíjeny v rámci realizace strategie prevence chronických neinfekčních onemocnění WHO. Důležitou součástí národních iniciativ v oblasti nerovností ve zdraví je zapojení politiků, politických stran a celého politického systému státu.

TEORETICKÁ VÝCHODISKA

1.1 WHO materiály k nerovnosti

Nerovnosti v oblasti zdraví jsou v každé zemi a v každém regionu odlišné. Souvisí s hospodářskými a sociálními podmínkami a mohou se zhoršovat v důsledku rodové příslušnosti nebo kultury. Příčinou nerovností v oblasti zdraví jsou rozdíly mezi skupinami obyvatelstva, pokud jde o širokou škálu činitelů ovlivňujících zdraví. Řadí se sem: životní podmínky, informovanost o otázkách zdraví, vzdělání, povolání a příjem, zdravotní péče, prevence nemocí a služby podpory zdraví, také veřejné politiky ovlivňující kvantitu, kvalitu a distribuci těchto činitelů.

I když se dosáhlo určitého pokroku, ve 27 členských státech stále přetrvávají velké nerovnosti v předpokládané délce života při narození. Zdraví a předpokládaná délka života se stále spojuje se sociálními podmínkami a chudobou, a když se chudoba zkombinuje s jinými formami zranitelnosti, například stářím, zdravotním postižením nebo příslušností k menšině, rizika nerovnosti v oblasti zdraví se ještě zvyšují. Nerovnosti v oblasti zdraví mohou vznikat jak v dětství (a pokračovat do stáří), tak mohou přecházet z generaci na generaci. Proto je tato problematika velmi důležitá a je třeba co nejrychleji najít řešení. Současná celosvětová krize má tendenci situaci ještě zhoršit. Je zřejmé, že krize má vážný dosah na sektor zdravotnictví mnohých členských států z hlediska nabídky a poptávky. Na straně nabídky může krize vést ke snížení úrovně financování veřejného zdraví a zároveň může vést k poptávce po zdravotnických službách.

V současné době zažívá problematika sociálních nerovností ve zdraví období velkého zájmu odborníků. Výzkumní pracovníci a odborníci v oblasti veřejného zdraví se dlouho snažili nejen zlepšit celkové zdraví obyvatelstva, ale také snížit nebo odstranit rozdíly ve zdravotnictví na základě zeměpisné polohy, rasy/etnického původu, sociálně-ekonomického stavu (ses) a dalších sociálních faktorů. Elgar et al. (2015) naznačují, že sociálně podmíněné zdravotní rozdíly mohou být rozšířené, vyzývající k potřebě věnovat důslednou pozornost otázkám nerovnosti v oblasti zdraví. Toto téma se tak stalo jednou z hlavních priorit Evropské komise. Projekt „Tackling inequalities in health“ byl v letech 1999-2002 řešen ve všech členských státech EU, na Islandu a v Norsku a v posledním roce svého řešení také v některých kandidátských zemích jako je Česká republika, Estonsko, Maďarsko, Slovinsko a Rumunsko.

Státní zdravotní ústav v Praze se podílel na realizaci tří projektů Evropské unie k tomuto tématu. V letech 1999-2002 to byl projekt „Tackling Inequalities in Health“. Jeho cílem bylo zejména podpoření zájmu o problematiku nerovností ve zdraví a zjištění současného stavu ve vybraných zemích Evropy. Druhým projektem Evropské unie byl „Tackling Health Inequalities and Social Exclusion in Europe, Phase II“, který probíhal v letech 2003-2005. Podstatou projektu byla detekce a identifikace možných osvědčených postupů, které směřují na národní úrovni k omezení vlivu nerovností ve zdraví, s možností využití a zopakování v dalších evropských zemích i mimo EU (Kebza, 2007). Posledním z realizovaných projektů EU je „Closing the Gap: Strategy for Action to tackle Health Inequalities“, podílí se na něm 22 evropských zemí (Kebza, 2007).

1.2 Vymezení pojmu stáří

„Stárnutí a stáří je specifický biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě zakódovaný, je nevratný, neopakuje se, jeho povaha je různá a zanechává trvalé stopy. Jeho rozvoj se řídí druhově specifickým zákonem. Podléhá formativním vlivům prostředí.“ (Dvořáčková, 2012, 9).

Období stárnutí a stáří může být velice pozitivní a plnohodnotnou etapou života, kdy jedinec vyrovnaně přijímá svůj věk, užívá si zaslouženého odpočinku, umí vyplnit volný prostor k různým činnostem a projevuje dostatek flexibility. Nebrání se změně životního stylu, kterou si jeho věk, zdravotní situace a funkční schopnosti vyžadují, a akceptuje tuto novou okolnost. Přijímá ji s vyrovnaností a s klidem (Malíková, 2010).

Stárnutí je komplex zánikových (regresivních, involučních, negativních) změn morfologických a funkčních, nastupujících časem, se značnou interindividuální variabilitou a heterochronně (v různých orgánech a systémech téhož organismu v různém věku) po dosažení sexuální dospělosti a adaptačních odpovědí na ně. Jde o proces disociovaný, dezintegrovaný a asynchronní, který je zčásti geneticky kódován, zčásti rozvíjen pouze náhodnými jevy, poruchami a chybami (Čevela et al., 2012).

Dělení věku

Nejčastěji je stáří definováno chronologicky.

Dle Světové zdravotnické organizace je základní rozdělení vyššího věku následující:

- 60 – 74 let rané stáří
- 75 – 89 let stařecký věk
- 90 a více let dlouhověkost (Holczerová a Dvořáčková, 2013)

Rozdělení věku dle Americké geriatrické společnosti

- 65 – 74 let mladší stáří
- 75 – 84 let stáří
- 85 – 94 let velmi staří
- 95 a více let dlouhověkost

Rozdělení stáří dle Kalvacha a Mikeše

- 65 – 74 let mladí senioři
- 75 – 84 let staří senioři
- 85 a více let velmi staří senioři

Z praktických důvodů se používá věk kalendářní, který je odvozen z data narození. Nesvědčí ovšem ani o soběstačnosti, ani o zdravotním stavu starého člověka. Dle Haškovcové je mimořádně důležitý věk funkční (biologický, subjektivní, sociální a psychologický), který nemusí odpovídat věku kalendářnímu. Stárnutí a stáří je otázkou velmi individuální, a to z hlediska rozsahu, času i závažnosti projevů. Lidé stárnou rozdílným tempem, někdo rychleji, jiní značně pomaleji (Holczerová a Dvořáčková, 2013).

Zdravé stárnutí

Počet obyvatel v evropském regionu dle WHO rychle stárne. Průměrný věk je zde již nejvyšší na světě a předpokládá se, že podíl lidí ve věku 65 let a starších se zvýší ze 14 % v roce 2010 na 25 % v roce 2050. Lidé téměř v každé části regionu žijí déle, ale jejich šance na to, že svá pozdější léta stráví v dobrém zdravotním stavu a pohodě, se liší v rámci jednotlivých zemí a mezi nimi. Stáří přináší vysoké riziko sociální izolace a chudoby s omezeným přístupem k cenově dostupným vysoce kvalitním zdravotním a sociálním službám. Je proto zapotřebí silných veřejných politik, aby se zajistilo,

že pozitivní trendy budou udržovány a že přínosy delšího života se mohou rozšířit na všechny bez ohledu na to, kde žijí, nebo na sociálně-ekonomickou skupinu, do které patří.

WHO spolupracuje s členskými státy a partnery na podpoře dobrého zdraví po celou dobu života. To zahrnuje boj proti narůstajícím nerovnostem ve stáří, posílení zdravotnických systémů s cílem uspokojit měnící se potřeby stárnoucí populace a rozšíření důkazové základny pro politiky zdravotní a sociální péče pro starší lidi. Cílem je společně budovat politické nadace pro Evropský region WHO, kde lidé všech věkových kategorií mohou využívat podpůrné, přizpůsobené sociální prostředí, mít přístup k vysoce kvalitním, na míru přizpůsobeným a dobře koordinovaným zdravotnickým a sociálním službám, budou podporováni při zachování zdravotní a funkční kapacity po celý život a budou moct oprávněně žít a umírat důstojně (WHO, 2017).

Evropská síť ke snížení zranitelných míst v oblasti zdraví

Založena v roce 2015 nevládními organizacemi a akademickými partnery z 19 evropských zemí, datum zahájení činnosti 1. 1. 2016. Cílem bylo přispět ke snížení nerovnosti v oblasti zdraví v celé EU. Sběrem kvantitativních i kvalitativních dat se snaží zlepšit kvalitu poskytování služeb a vybudovat pevnou vědeckou základnu. Členové pracují v různých oblastech poskytování zdravotní a sociální péče, podporují různé cílové skupiny od lidí bez domova a uživatelů drog až po migranty. Aby mohly být zdravotnické systémy v Evropě udržitelné a odolné, musí být schopny pokrýt celou populaci bez jakýchkoli nedostatků a účinně řešit několik zranitelných míst. Díky podpoře CHAFEA s 23 členy Evropské sítě (19 v roce 2015 a 23 v roce 2016) se snaží získat větší kapacity a dovednosti prostřednictvím výměny vzájemných zkušeností, jak zlepšit poskytování zdravotních služeb a postavení pacientů (European Commission, 2016).

Společná akce týkající se nerovnosti v oblasti zdraví

Obecnými cíli společné akce je přispět ke snížení nerovnosti v oblasti zdraví tím, že se budou rozvíjet znalosti o opatřeních v oblasti nerovnosti zdraví, bude se podporovat zapojení členských států, regionů a dalších zúčastněných stran do opatření zaměřených na řešení nerovností v socioekonomickém a geografickém zdraví, sdílet učení mezi členskými státy a dalšími aktéry, podporovat rozvoj opatření

k řešení sociálně-ekonomických nerovností v oblasti zdraví na úrovni evropské politiky. Opatření na řešení nerovností v oblasti zdraví jsou nutná na úrovni EU, na vnitrostátní, regionální a místní úrovni (European Commission, 2014).

Projekt Closing Gap

Nerovnosti ve zdraví jsou středem zájmu zdravotní politiky EU i WHO. Dokument „Health 21“, který je strategií WHO v Evropě, uvádí jako první dva cíle „Solidarititu pro zdraví v evropském regionu“ a „Spravedlnost ve zdraví“, které vedou ke zmenšování rozdílů ve zdraví uvnitř zemí EU. Do této doby realizovaná šetření v oblasti nerovností ve zdraví ukazují, že existují rozsáhlé nerovnosti ve zdraví, jakož i v kvalitativních ukazatelích zdraví, nejenom v každé evropské zemi, ale na celém světě. Dopad nerovností ve zdraví se nejčastěji vyjadřuje prostřednictvím hodnot mortality, morbidity a očekávané délky života a v posledních letech se k nim připojují ukazatele kvality života. Za nerovnosti ve zdraví se nepovažují rozdíly a odlišnosti, které vyplývají např. z biologických a genetických charakteristik (Kebza 2007).

Státní zdravotní ústav se podílel také na realizaci tří projektů EU. V letech 1999 – 2002 to byl projekt „Tackling Inequalities in Health“, jehož hlavním cílem bylo především podpoření zájmu o problematiku nerovností ve zdraví a zjištění současného stavu ve vybraných zemích Evropy. Druhým projektem byl „Tackling Health Inequalities and Social Exclusion in Europe, Phase II“, který probíhal v letech 2003 - 2005. Základem projektu byla detekce a identifikace možných osvědčených postupů směřujících na národní úrovni k omezení vlivu nerovností ve zdraví s možností využití a zopakování v dalších evropských zemích i mimo EU. Třetím projektem je „Closing the Gap: Strategie for Action to tackle Health Inequalities“. Na jeho realizaci se podílí 22 zemí Evropy. Za Českou republiku je řešitelským pracovištěm Státní zdravotní ústav (SZU, 2017).

Projekt sleduje čtyři hlavní cíle - posílit uvědomění a vytvořit podporu pro řešení otázky nerovností ve zdraví; oslovit a získat pro řešení tohoto problému co nejširší oblast odborného, společenského a politického života; naplnit výměnu informací o již realizovaných vhodných postupech mezi evropskými zeměmi; tyto osvědčené postupy jednotně klasifikovat, popsat podle jednotné struktury, vytvořit z nich databázi a zpřístupnit ji na webových stránkách projektu a vytvořit základ pro přijetí národních strategických iniciativ v jednotlivých evropských zemích (Kebza 2007).

1.3 Nerovnosti

Občané Evropské unie žijí v současnosti v průměru déle a zdravěji než generace před nimi a úroveň zdraví v Evropské unii se v posledních desetiletích neustále zvyšuje. Zároveň se zde však vyskytují velké a pravděpodobně také prohlubující se rozdíly v oblasti zdraví v rámci členských států EU i mezi nimi. Evropská komise pokládá tyto nerovnosti za výzvu vzhledem ke svému závazku k solidaritě, hospodářské a sociální soudržnosti, lidským právům a rovným příležitostem. Komise je z tohoto důvodu rozhodnuta podporovat členské státy a zainteresované strany na různých úrovních společnosti v jejich úsilí o řešení těchto otázek (Evropská unie, 2011).

1.3.1 Nerovnosti v oblasti zdraví v členských státech a mezi nimi

V posledních desetiletích se zvýšila střední délka života ve všech členských zemích Evropské unie o několik let. Mezi jednotlivými zeměmi však stále zůstávají značné rozdíly. V roce 2006 byl rozdíl mezi členskými státy s nejvyšší a nejnižší očekávanou délkou života 8 let u žen a u mužů 14 let. V posledních dvou desetiletích se u několika zemí rozdíl mezi národní očekávanou délkou života a průměrnou hodnotou v EU zvýšil (Evropská unie, 2011).

Střední délka života (naděje dožití) novorozence udává, kolik let se v průměru dožije novorozenec za předpokladu, že se nezmění řád vymírání. Očekávaná délka života při narození může částečně vypovídat o úrovni zdraví obyvatelstva jako celku a právě v tomto ohledu existují mezi regiony Evropské unie významné rozdíly.

Nejvyšší střední délka života chlapců narozených v roce 2013 je ze zemí EU v Lucembursku (80 let), v Nizozemí (80 let), ve Švédsku (80 let), ve Španělsku (80 let), v Itálii (80 let), na Kypru (80 let), v Německu (79 let), ve Francii (79 let), v Irsku (79 let), ve Velké Británii (79 let), v Rakousku (79 let) a v Řecku (79 let). V Česku je to 75 let. Nejnižší střední délka života u chlapců narozených v roce 2013 ze zemí EU je v Litvě (69 let), v Lotyšsku (69 let), v Bulharsku (71 let), v Maďarsku (72 let), v Rumunsku (72 let), na Slovensku (73 let), v Polsku (73 let) a v Estonsku (73 let). Nejvyšší střední délka života dívek narozených v roce 2013 je ze zemí EU ve Španělsku (86 let), ve Francii (86 let), v Itálii (85 let), na Kypru (85 let), v Lucembursku (84 let), na Kypru (84 let), v Rakousku (84 let), ve Finsku (84 let), v Portugalsku (84 let), ve Slovinsku (84 let), v Řecku (84 let), na Maltě (84 let). V Česku je to 81 let. Nejnižší střední délka života u dívek narozených v roce 2013 ze zemí EU je v Lotyšsku (79 let), v Bulharsku (79 let), v Maďarsku (79 let),

v Rumunsku (79 let), v Litvě (80 let) a na Slovensku (80 let) (Das Statistische Bundesamt Deutschland – Datenreport 2016).

1.3.2 Nerovnosti mezi sociálními skupinami

Mezi členskými státy byl zjištěn také vliv sociálního postavení na zdravotní stav. Lidé s nižším vzděláním nebo lidé zastávající povolání s nižšími nároky na kvalifikaci mají nižší příjmy. Také příslušníci některých etnických menšin většinou umírají v mladém věku a objevuje se u nich vyšší počet většiny druhů zdravotních potíží. Dopad takových faktorů na zdraví se projevuje už od mládí a přetrvává po celý život. Rozdíly v očekávané délce života při narození mezi skupinami s nejnižším a nejvyšším socioekonomickým postavením, například mezi odbornými a manuálními profesemi, lidmi se základním a vysokoškolským vzděláním a nejnižšími a nejvyššími příjmovými třídami činí 4 – 10 let u mužů a u žen 2 – 7 let (Evropská unie, 2011).

V zemích, kde mají senioři lepší ekonomické podmínky, je postavení seniorů na vyšší úrovni, převažuje spíše úcta a obdiv k jejich životním zkušenostem a znalostem (Maršálková, Schmeidler, 2016). Důchodkyním v České republice hrozí chudoba, jsou na tom nejhůře v Evropské unii. Ženy pobírají asi o pětinu méně peněz než muži a rozdíl se v posledních letech nemění (Maršálková, Schmeidler, 2016).

Tabulka č. 1. Čisté příjmy důchodců v EU nad 65 let ve vybraných zemích

Země	Měsíční příjem v Kč (medián)
Průměr EU (28 zemí)	33 126
Lucembursko	84 037
Norsko	82 130
Německo	39 896
Španělsko	27 738
Česká republika	15 342
Maďarsko	10 704
Bulharsko	5 004

Zdroj: Maršálková, Schmeidler, 2016

1.3.3 Nekvalitní zdraví u zranitelných osob

Vyšší míra nemocnosti a předčasného úmrtí se zpravidla objevuje u takových skupin, jako jsou lidé žijící v chudobě a v sociálně slabých oblastech, nezaměstnaní a neformálně zaměstnaní, lidé bez domova, osoby se zdravotním postižením, mentálně nebo chronicky nemocní, starší lidé s nízkými důchody a samoživitelé (Evropská unie, 2011).

Kromě toho se zdá, že se vyskytuje vazba mezi nerovnostmi v oblasti zdraví uvnitř daného státu a celkovým zdravím obyvatelstva. Zdá se, že čím vyšší existuje nerovnost, tím je horší zdraví obyvatelstva jako celku. Snižování nerovnosti v rámci členských států může značně přispět ke snížení rozdílů mezi členskými státy (Evropská unie, 2011).

1.4 Příčiny nerovnosti ve zdraví

Vztah mezi různými faktory a zdravím lze předvést na několika modelech. Model dle Dahlgrena a Whiteheadové používaný Světovou zdravotnickou organizací představuje „duhový“ pohled na příčiny nerovnosti. Úrovně zdraví se neliší nahodile, ale jsou výslednicí systematických rozdílů v rozložení faktorů majících na ně vliv.

Životní a pracovní podmínky mají vliv na zdraví pomocí přímých a nepřímých fyzických a psychologických mechanismů. Důsledky některých faktorů lze pocítovat i po dlouhé období. Například nekvalitní podmínky v dětství mohou mít vliv na zdraví v pozdějším životě. Vystavení lidí faktorům ovlivňujícím zdraví se liší podle jejich pracovní situace a podle toho, kde žijí. Pokud jde o bydlení, některým skupinám obyvatel EU chybí přístup k tekoucí vodě, záchodům a umývárnam, cenově dostupným energiím, ústřednímu topení a současně žijí ve vlhkých, přelidněných prostorách. Na chování, které souvisí se zdravím - jako například stravování, míra fyzické aktivity, konzumace tabáku a alkoholu a sexuální chování - mají vliv socioekonomické a kulturní faktory. Většina studií předpokládá, že individuální chování odpovídá za 25 – 35 % rozdílů ve zdraví lidí. Mezi evropskými zeměmi a socioekonomickými skupinami existují značné rozdíly ve zdravé výživě, kouření, konzumaci alkoholu a fyzické aktivitě a důsledcích těchto faktorů - v obezitě a špatném zdraví (Evropská unie, 2011).

Psychosociální faktory, například negativní události v životě, pocity vyloučení, malá kontrola nad událostmi v životě dané osoby a vykonávání náročné práce

za nedostatečnou finanční odměnu, mohou vést ke zhoršení zdraví (Evropská unie, 2011).

Sociální situace v minulosti může mít také vliv na zdravotní stav jednotlivců. Rodinná socioekonomická situace může hrát podstatnou roli pokud jde o schopnost dítěte získat vzdělání, pokud jde o jeho výhledy na zaměstnání, příjem a zdraví. Některé studie poukazují, že vysoké socioekonomické postavení rodičů snižuje nebezpečí mozkových příhod a rakoviny žaludku v dospělosti. Socioekonomická deprivace matek pevně souvisí s nízkou porodní váhou, která má vliv na zdraví dané osoby po celý její život (Evropská unie, 2011).

1.5 Demografický vývoj

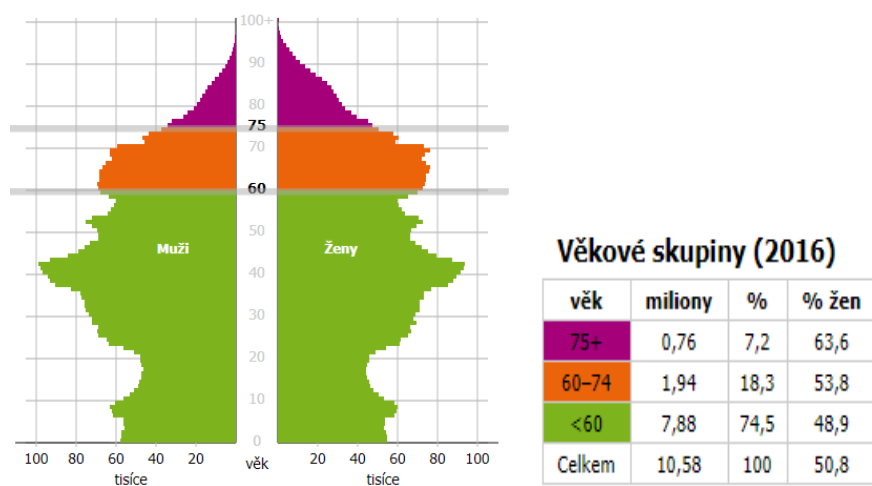
Počet lidí ve věku 60 let nebo starších se v letech 2015 až 2050 zvýší z 900 milionů na 2 miliardy, to je z 12 % na 22 % celkové globální populace. Stárnutí obyvatelstva je rychlejší než v minulosti (WHO, 2017).

1.5.1 Demografický vývoj v České republice

V České republice se mezi lety 2006 až 2016 podle statistiků střední délka života zvýšila u mužů o 2,8 a u žen o 2,4 roku.

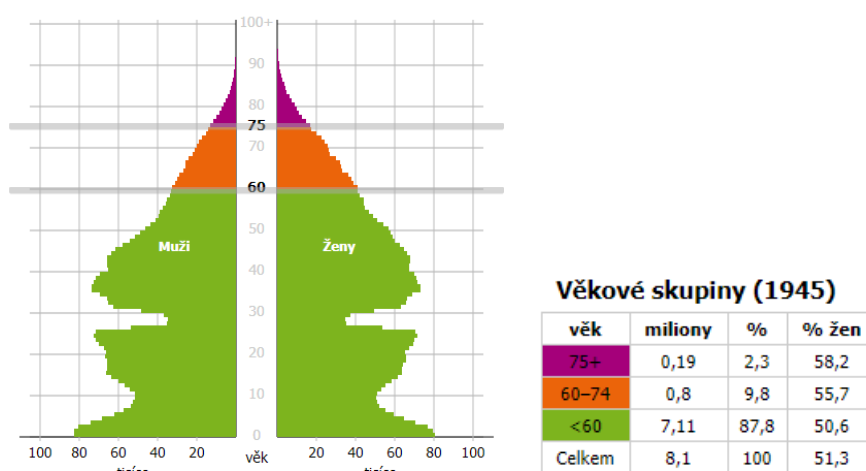
ČR má celkem 10,5 milionů lidí, z toho asi 51 % představují ženy. Z tohoto počtu je 18 % obyvatel, kteří jsou ve věku 65 let a více, zároveň lidé pod 15 let tvoří 15,1 % z celkového počtu obyvatelstva. Podle prognóz se má podíl počtu obyvatel +65 let zvýšit na 34 %, to je skoro dvojnásobek současného stavu, a jedinců pod 15 let bude pouze 12,3 %. Celkový počet žen by měl být zachován, ale očekávaný počet obyvatel v ČR klesne na 9,4 mil (Český statistický úřad, 2016). Věkovou strukturu dle pohlaví znázorňují Grafy č. 1 - 4.

Graf č. 1. Věková struktura k 31. 12. 2016 – Česká republika



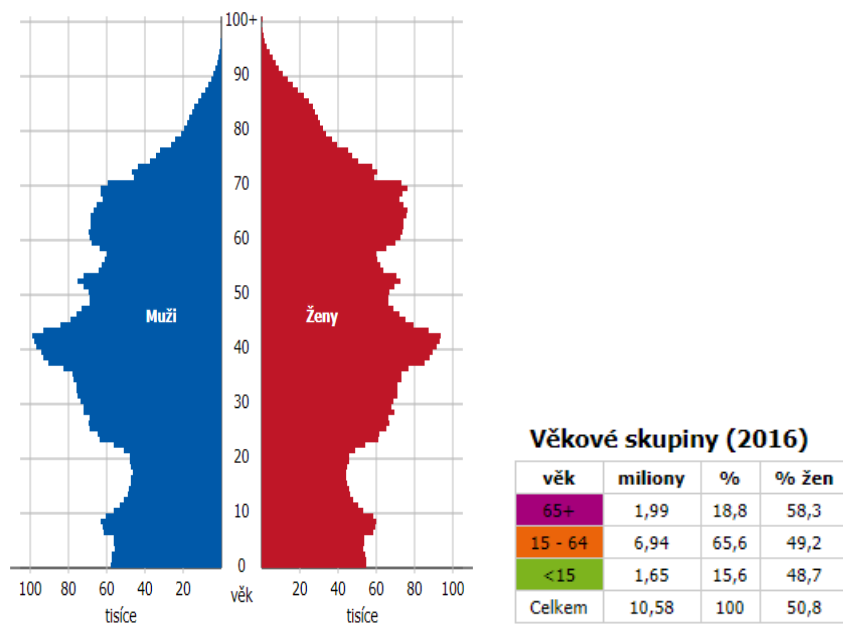
Zdroj: Český statistický úřad, 2017

Graf č. 2. Věková struktura k 31. 12. 1945 - Česká republika



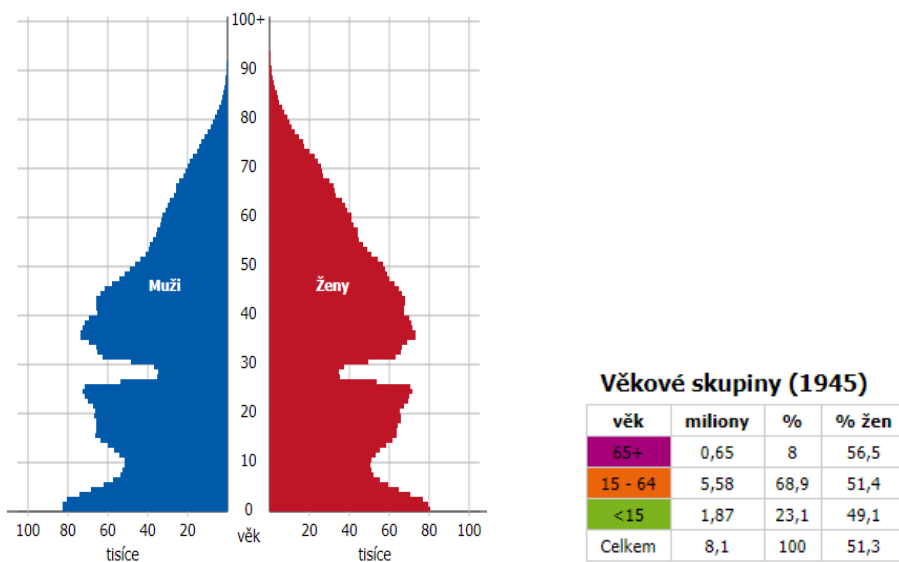
Zdroj: Český statistický úřad, 2017

Graf č. 3. Věková struktura k 31. 12. 2016 - Česká republika



Zdroj: Český statistický úřad, 2017

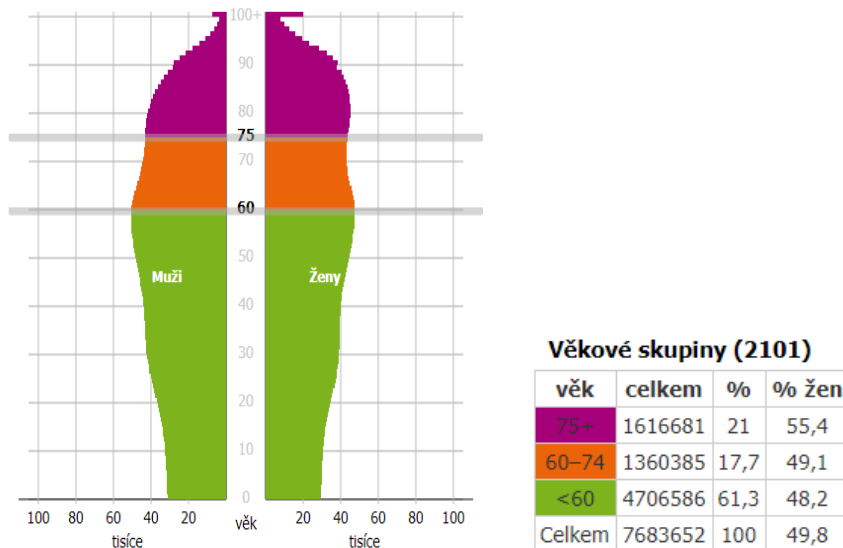
Graf č. 4. Věková struktura k 31. 12. 1945 - Česká republika



Zdroj: Český statistický úřad, 2017

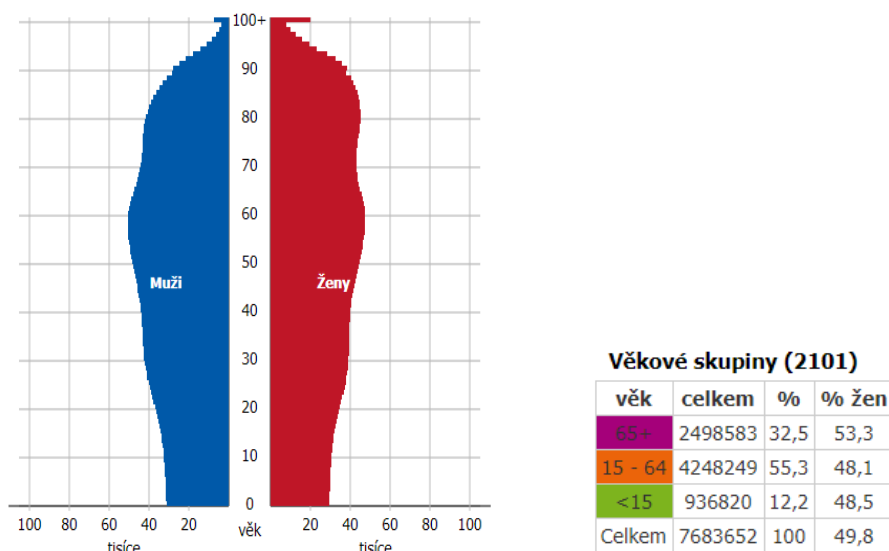
Na následujících dvou Grafech (č. 5 a 6) jsou znázorněny projekce vývoje obyvatelstva v ČR do roku 2101.

Graf č. 5. Projekce obyvatelstva k 1. 1. 2101 - Česká republika



Zdroj: Český statistický úřad, 2017

Graf č. 6. Projekce obyvatelstva k 1. 1. 2101 Česká republika



Zdroj: Český statistický úřad, 2017

1.5.2 Demografická situace v Evropě

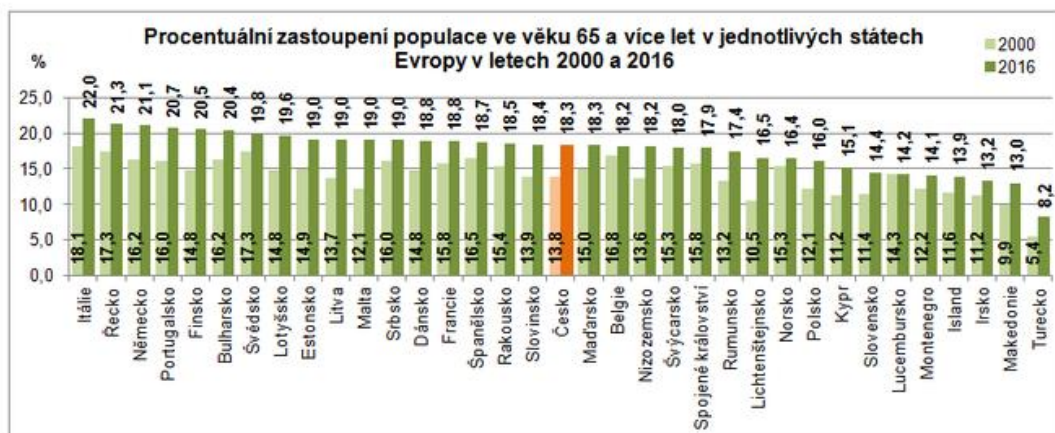
Nejstaršími státy Evropy, kde je mediánový věk jejich obyvatel 42 a více let, jsou Rakousko (42,0), Řecko (42,1), Finsko (42,1), Itálie (43,5) a Německo (44,6). Nejmladší státy jsou Irsko (34,7), Island (35,0) a Makedonie (36,1). Mediánový věk obyvatel České republiky je 39, 6 let. Nejrychleji stárne obyvatelstvo v Lichtenštejnsku, Německu, Litvě a Řecku (Demografie, 2011).

Itálie, Německo, Řecko, Švédsko a Portugalsko mají obyvatelstvo ve věku 65 a více let vůči celkovému obyvatelstvu zastoupeno více než 18 % (Demografie, 2011).

Podíl obyvatel ve věku 60 a více let vůči obyvatelstvu v produktivním věku (20 – 59 let) je nejvyšší v Itálii, Švédsku, Německu a Finsku dosahující hodnoty od 48,8 % (Itálie) až 47,7 % sestupně (Finsko). Nejmladšími státy jsou z tohoto hlediska Ázerbájdžán, Turecko, Arménie (státy mimo Evropu), Moldavsko, Makedonie a Slovensko, kde podíl starší populace je menší než 29 %. V České republice je podíl šedesátiletých a starších vztahený k produktivní složce populace ve věku 20 – 59 let zhruba čtyřicetiprocentní (39,3 %) (Demografie, 2011).

Ženy ve věku 60 a více let v celkové populaci žen zaujímají vyšší podíl, než starší muži v celkové populaci mužů. Zatímco muži v Itálii ve věku 60 a více let tvoří 24 % všech mužů, stejně staré ženy v Itálii tvoří již 29 % ze všech žen. Věková kategorie 60 – 74 let je početnější než věková kategorie 75 a více let u obou pohlaví (Demografie, 2011). Graf č. 7 ilustruje procentuální zastoupení populace ve věku 65 a více let v jednotlivých státech Evropy v letech 2000 – 2016.

Graf č. 7. Procentuální zastoupení populace ve věku 65 a více let v jednotlivých státech Evropy v letech 2000 a 2016



Zdroj: Český statistický úřad, 2017

Mezi lety 2011 – 2015 zaznamenaly růst počtu obyvatel dvě třetiny unijních regionů, u českých oblastí se jednalo o polovinu. Nejvyššího relativního přírůstku v Evropské unii dosahovalo v ročním průměru daného období Lucembursko (+23,4 na 1 000 obyvatel) následováno dalšími metropolitními oblastmi (Inner, Londýn, Stockholm, Vídeň, Lazio, Berlín). Mezi českými regiony to byly střední Čechy (+9,5) s 21. pozicí v celé Unii. Obdobně jako u středních Čech měla u většiny evropských regionů na kladný pohyb obyvatel vliv migrace, pouze u čtvrtiny z nich převládala přirozená změna.

Stárnutí obyvatel evropských regionů dokazuje porovnání věkového mediánu v delší časové řadě. Kromě tří regionů (Brusel, anglický West Midlands a stagnující Praha) došlo mezi lety 2001 a 2016 (k počátku daného roku) ve všech regionech ke zvýšení věkového mediánu, nejvíce v průměru o osm let v regionech východního Německa (Mecklenburg – Vorpommern, Brandenburg, Sachsen-Anhalt) a Rumunska. Oblast bývalého východního Německa patří v současnosti také k „nejstarším“ regionům EU, někde (Chemnitz a Sachsen-Anhalt) už přesáhl daný ukazatel hranici 50 let.

Naopak mezi „mladé“ regiony Unie na evropském kontinentu patřily na začátku roku 2016 oblasti britské a belgické metropole s mediánem pohybujícím se okolo 35 let.

V rámci celé Visegrádské skupiny (V4) to je region Východní Slovensko (37 let), naopak nejstarší regiony má Maďarsko (Dél-Dunántúl, 44 let), jehož všechny oblasti převyšovaly hranici 41 let věku.

Převažující starší populaci deklaruje ukazatel porovnávací starší (65 a více let) a mladší generační složku (mladší 15 let), tzv. index stárí. V roce 2016 převažovala početně starší generace nad mladší v 85 % regionech EU. Ze čtyřiceti oblastí, kde měla naopak navrch mladší generace, se jednalo převážně o regiony s převažujícím přirozeným přírůstkem. Jednalo se zpravidla o oblast anglické metropole, irské regiony, ale také tři ze čtyř slovenských regionů. Oblast s nejmladším obyvatelstvem představují v ČR Střední Čechy, jejichž index stárí se poprvé v daném období dostal přes hranici 100 (EUROSTAT k 30. 3. 2017).

1.5.3 Demografická situace ve světě

Světový den populace byl vyhlášen v roce 1989 populačním fondem OSN jako vzpomínka na rok 1987, kdy populace dosáhla 5 000 000 000. Tento den upozorňuje na rychlý růst populace na světě, nutnost bezpečného a dobrovolného plánování rodiny,

s čímž souvisí posílení postavení žen a otázka rovnosti mezi ženami a muži. Zvyšování populace souvisí také s životním prostředím. Spolupráce na řešení této problematiky probíhá na úrovni organizací a vlád i v samotných občanských společnostech.

Svět v současnosti rychle stárne. Lidé ve věku 60 let a starší představují 12,3 % světové populace a do roku 2050 se tento počet zvýší téměř na 22 %. Demografické stárnutí se postupně stává významným sociálně-ekonomickým a politickým problémem. Lidé žijí déle kvůli lepší výživě, hygieně, zdravotní péči, vzdělávání a ekonomickému blahu (UNFPA, 2017).

Podle nové zprávy OSN by se měl počet lidí ve světě zvýšit ze současných 7,3 miliardy na 8,5 miliardy do roku 2030, na 9,7 miliardy v roce 2050 a na 11,2 miliardy v roce 2100. Na nárůstu, který se předpokládá, má největší podíl jen několik málo zemí s vysokou porodností - zejména afrických, nebo nyní velmi zalidněné země. Významné stárnutí populace se předpokládá u většiny regionů světa. V Latinské Americe a Karibiku dnes lidé starší 60 let tvoří 11 – 12 procent populace. Do roku 2050 by to mělo být více než 25 %. Afrika má nejmladší populaci, ale i tak se zde předpokládá stárnutí populace ze současných 5 % lidí starších 60 let na 9 % do roku 2050 (Informační centrum OSN v Praze, 2015).

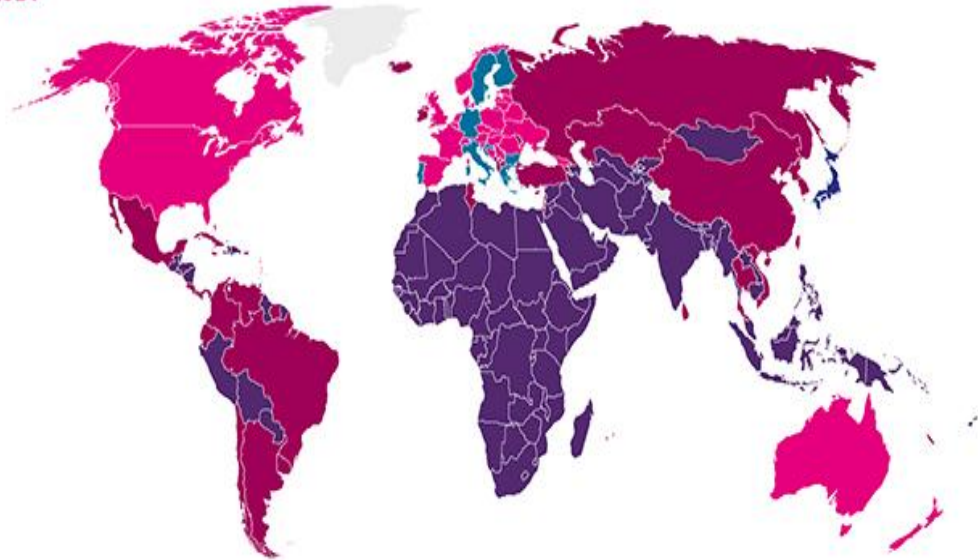
K datu 2. 5. 2018 žije na světě 7 583 826 117 lidí, přičemž se v roce 2015 předpokládalo, že v následujících letech bude žít na Zemi 8 miliard v roce 2024, 9 miliard v roce 2037, 10 miliard v roce 2056 a 11 miliard v roce 2087 (United Nations Population Division, 2015).

Na následujícím obrázku č. 1 je vidět předpokládané rozložení populace starší než 60 let ve světě. Je tady porovnána proporce této populace v roce 2014 a 2050. Data jsou shromážděna Organizací spojených národů. Nejvíce stárnoucími populacemi jsou kanadská, evropská a čínská.

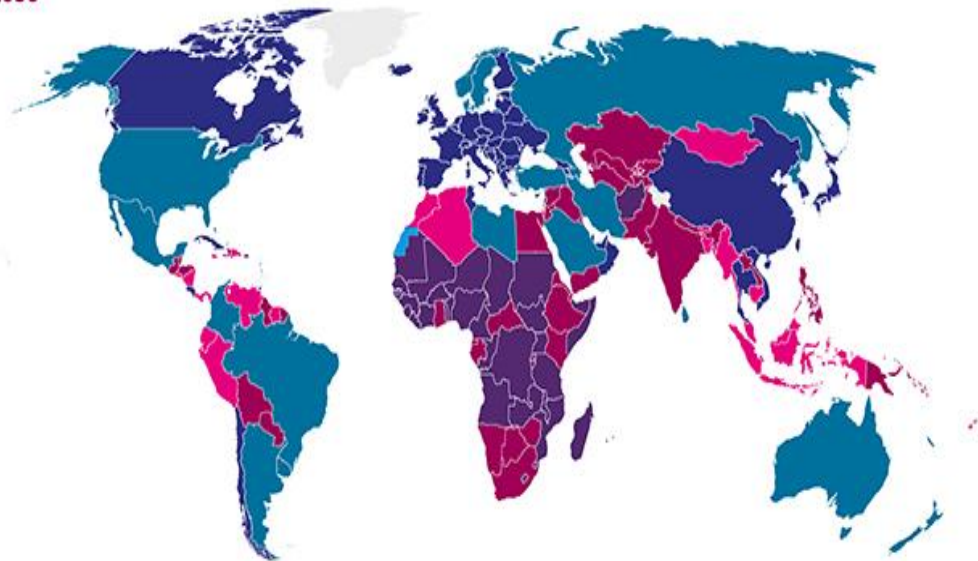
Obrázek č. 1. Předpokládané rozložení populace starší než 60 let ve světě

Proportion of population aged 60-plus in 2014 and 2050

2014



2050



0-9% 10-19% 20-24% 25-29% 30% No data

Source: UNDESA Population Division, World population prospects: the 2012 revision, DVD edition 2013.
Note: the boundaries shown on this map do not imply official endorsement or acceptance by the United Nations.

Zdroj: UNDESA World Population Ageing; 1950 – 2050

1.6 Stárnutí populace

Významným demografickým trendem současné doby je stárnutí populace, druhá polovina tohoto století bude tedy patřit seniorům. Stárnutí populace je souhrnný proces, který má své biologické zákonitosti, ale zároveň je také ovlivňován mnoha celospolečenskými faktory a změnami. Stárnutí populace současně ovlivňuje mnoho celospolečenských procesů kvalitativně a i kvantitativně. Prodlužování lidského života s sebou přináší problém kvality života v přidáných letech, a proto je nutné zabývat se funkční zdatností, funkčním zdravím a omezeními populace starší 50 let věku (Zvoníková, 2015).

Každý rok se zvyšuje podíl seniorů, klesá podíl dětí a mládeže a zvyšuje se průměrný věk. V tomto procesu stárnutí není česká společnost jediná, s demografickým stárnutím populace se potýká většina vyspělých zemí. Česká společnost má značně nepravidelnou věkovou strukturu, pro niž je typické střídání populačně silných a slabých generací (Sak, 2012).

Od počátku 90. let minulého století je demografické stárnutí populace jednou ze společenských priorit v České republice. Hlavními projevy jsou pokles úrovně plodnosti pod hranici prosté reprodukce, prodlužování střední délky života a pokles úmrtnosti. Lidé se čím dál více dožívají vyššího a vysokého věku, a tím dochází ke zvyšování podílu seniorů v populaci, snižování podílu osob do 14 let věku a poklesu podílu osob v produktivním věku (15 - 64 let). Podle Českého statistického úřadu v roce 2013 senioři nad 65 let tvořili cca 17,8 % obyvatel České republiky, což je cca 1,7 mil. osob. Z toho bylo ve věkové kategorii 85 - 94 cca 170 tisíc osob a nad 95 let věku cca 4,8 tisíc osob (Zvoníková, 2015).

Prodlužování délky života a současně nižší počet narozených dětí bude mít za následek výrazné zvýšení podílu osob starších 65 let v populaci. V roce 2060 vystoupá jejich podíl až na 34 % ze všech obyvatel České republiky. V absolutním vyjádření se bude jednat o 3,2 miliony seniorů. Tento vývoj je z demografického hlediska naprosto přirozený a nijak se neliší od vývoje v zemích západní nebo severní Evropy (Čapková, 2010).

Populační stárnutí na jedné straně chápeme jako jeden z největších úspěchů lidstva dosaženého ve 20. století, na druhé straně tyto změny přinášejí řadu problémů, které dříve existovaly v omezené míře nebo neexistovaly vůbec. Vyspělé státy nejsou na jejich řešení plně připraveny a teprve hledají optimální cesty vývoje. Důsledky

stárnutí zasahují do všech sfér ekonomického i sociálního vývoje, nejvíce se projevují ve fungování stávajících systémů zdravotního a sociálního zabezpečení (Čapková, 2010).

V současné době může většina lidí očekávat, že se dožije šedesáti let a více. Dlouhý život představuje důležitou příležitost nejen pro starší lidi a jejich rodiny, ale i pro společnost jako celek. Další roky poskytují příležitost k dalším aktivitám. Rozsah těchto příležitostí však značně závisí na jednom faktoru, na zdraví.

Je málo důkazů, že starší lidé jsou dnes v lepším zdravotním stavu než jejich rodiče. Podíl starších lidí v zemích s vysokými příjmy, kteří potřebují pomoc od jiné osoby k provádění základních činností, jako je vaření a praní, může za posledních 30 let mírně klesnout (Nowakovska, 2017).

Ageismus je diskriminace člověka na základě jeho věku (Koval, 2001; Nelson, 2016; Schroyen et al., 2018). Má vážné důsledky pro starší lidi a společnosti jako celek. Ageismus může mít mnoho podob, včetně předsudků a diskriminačních praktik. Může bránit řádnému rozvoji politiky a může významně narušit kvalitu zdravotní a sociální péče, kterou dostávají starší lidé. Studie zaměřené na ageismus dokázaly, že negativní obraz o seniorech je škodlivý a ovlivňuje jejich fungování. Pohled na seniory by měl být formován v sociálních souvislostech (Nowakovska, 2017).

Velké změny ve věkovém složení se pak promítnou do hodnot dalších ukazatelů - průměrný věk by se v roce 2050 mohl pohybovat mezi 48 a 50 lety, což by bylo asi o deset let více než je tomu dnes. Ženy mají průměrný věk asi o tři roky vyšší než muži, a tak například podle střední varianty by měl průměrný věk žen v roce 2050 dosáhnout 50,2 let a průměrný věk mužů 47,3 roku. Velkou měrou vzroste i index stáří. Dle střední varianty projekce by počet obyvatel starších 65 let převyšoval počet dětí do 15 let v horizontu projekce 2,5krát, podle nízké dokonce více než 3,5krát. Stárnutí obyvatelstva, které spočívá jak v přírůstku obyvatelstva ve vyšších věkových skupinách, tak v úbytku dětí a mladších lidí, bude jednoznačně podstatným rysem populačního vývoje České republiky v první polovině 21. století (Český statistický úřad, 2017).

V dubnu roku 2015 vzniklo samostatné oddělení politiky stárnutí na základě usnesení vlády č. 218 ze dne 30. března 2015, ve kterém byla Ministerstvu práce uložena povinnost vytvořit pět systematizovaných míst k zajištění agendy pro oblast

přípravy na stárnutí. Ministerstvo práce a sociálních věcí je koordinátorem politiky přípravy na stárnutí v České republice.

Mezi jeho hlavní činnosti v této oblasti patří „Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí 2013 – 2017“ – strategický dokument politiky stárnutí, národní dotace podporující politiku stárnutí na krajích, dotace pro proseniorské a seniorské organizace, pravidelná zasedání Rady vlády pro seniory a stárnutí populace, „Politika stárnutí na krajích“ – projekt z Evropského sociálního fondu, dále osvěta - každoroční pořádání odborné mezinárodní konference k Mezinárodnímu dni seniorů (1. 10.), série různě zaměřených odborných kulatých stolů „Národní konvent ke stárnutí populace“, Dny seniorů - akce na podporu informovanosti a osvěty široké veřejnosti, pravidelné udělování Ceny Rady vlády pro seniory a stárnutí populace významným osobnostem, mezinárodní spolupráce v oblasti přípravy na stárnutí (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2017).

1.7 Charakteristika stárnutí a stáří

Zdraví ve vyšším věku není náhodné. Přestože některé změny ve zdraví starších lidí odrážejí genetické vlivy, většina je způsobena fyzickým a společenským prostředím. Důležité je, že tyto faktory začínají ovlivňovat stárnutí již v dětství. To znamená, že u starší osoby ze znevýhodněného prostředí je vyšší pravděpodobnost, že bude mít špatný zdravotní stav a menší pravděpodobnost, že bude mít přístup ke službám a péči, kterou může potřebovat (WHO, 2017).

Období stárnutí a stáří je obecně chápáno negativně, s obavami. Jsou očekávány problémy, omezení v důsledku poklesu soběstačnosti, snížení mentálních funkcí, snížení kontaktů s okolním prostředím a ztráta možnosti seberealizace. Negativní očekávání a obavy vedou také ke strachu z ponížení, ze ztráty lidské důstojnosti a ztráty autority - především při nesoběstačnosti. Tyto obavy nejsou úplně opodstatněné, protože při fyziologickém vývoji stárnutí a stáří nedochází automaticky a vždy k popsaným problémům. Závisí na konkrétním průběhu stárnutí (Malíková, 2011).

Biologické stárnutí je jen volně spojeno s věkem osoby v letech. Někteří lidé ve věku 80 let mají fyzické a duševní schopnosti podobné mnohým 20letým. Jiní lidé zaznamenávají pokles tělesných a duševních schopností v mnohem mladším věku (WHO, 2017).

Ve stáří dochází k celé řadě změn somatických i psychických. Z vnějšího pohledu pozorujeme snížení postavy. Věk člověka se projevuje ve tváři, a to nejvíce v její spodní části (špičatější nos, vystupující brada). To má větší psychologický význam než změna postavy a váhy, neboť právě ve tváři jsou tyto změny na první pohled nejvíce viditelné. U 90 % osob lze po 60. roce věku zjistit zásadní snížení zrakové percepce a asi u 30 % se také zhoršuje sluch (nejčastěji presbyakuzie – nedoslýchavost). Může to mít za následek pokles výkonu v jednotlivých činnostech, ale také sníženou možnost rekreace (naslouchání, četba, mluvené slovo atd.). Nedoslýchavost má také za následek psychické symptomy jako je staženost, izolace a podezíravost. Lidé mají pocit, že ostatní hovoří před nimi o nich, protože oni stejně neslyší. Takový člověk může více podezírat okolí a hněvat se, vytvářet nesprávné scénáře skutečnosti. Zhoršené sluchové i zrakové vnímání představuje větší riziko úrazů a ztíženou možnost komunikace s druhými lidmi. Je potřeba v takovém případě udržovat vhodnou komunikaci s využitím nonverbálních projevů (pohlazení, oční kontakt, stisk ruky, úsměv apod.), budování pozitivních vztahů, důvěry, porozumění a dobré nálady v rodině. Starší člověk má schopnost do určité míry kompenzovat ztráty v oblasti zrakové percepce, nedoslýchavosti nebo pohybové nejistoty prostřednictvím opatrnosti, vytrvalosti, pomalejšího tempa a zvýšeným volným úsilím, racionalizací a organizací postupu (Holmerová et al., 2007).

Tělesné projevy, kterými se odlišují staří lidé od mladých, se nazývají fenotyp stáří. Tělesná výška se s věkem snižuje a tělesná hmotnost obvykle s věkem stoupá. Nápadné a významné jsou změny postoje a chůze, dochází k úbytku síly a svalové hmoty. Významné jsou i změny smyslového vnímání. U zraku dochází k změnám akomodace, k úbytku sluchové ostrosti pro vysoké tóny, čich a chuť značně klesá. (Dvořáčková, 2012).

Při sledování fyziologických a anatomických změn během stárnutí se ukázalo, že některé změny probíhají relativně pomalu, jiné rychleji. Mezi nejvýraznější se řadí sexuální aktivita mužů, rychlost reflexů na jednoduché akustické a vizuální podněty, srdeční kapacita, vitální kapacita, svalová síla, váha mozku, bazální metabolismus, rychlost vedení vzruchu nervovými vlákny (Dvořáčková, 2012).

Starší lidé v zemích s nízkým a středním příjmem nesou větší zátěž nemocí než lidé v bohatém světě. Bez ohledu na to, kde žijí, nejčastější nemoci jsou onemocnění srdce a plic, senzorické poruchy, bolest zad a krku, chronická obstrukční plicní nemoc, depresivní poruchy, diabetes, demence a osteoartróza (WHO, 2017).

V průběhu stáří dochází k psychickým změnám, které jsou považovány za jeho normální součást a jsou podmíněny mnohými faktory (Holmerová et al., 2007). Zpravidla se ale předpokládá, že v psychické oblasti a rysech osobnosti by nemělo ani přes pokračující věk docházet k podstatným změnám (Malíková, 2010). Celkovým působením těchto faktorů dochází ke snížení odolnosti organismu a snížení schopnosti adaptovat se na nové podněty. Inteligence ve stáří s sebou nese větší moudrost, nárůst obecných vědomostí za cenu delší doby, po kterou je potřeba věci promýšlet. Psycholog R. B. Cattell identifikoval takové specializované dovednosti a pojmenoval je inteligence fluidní a krystalická. Fluidní inteligence je schopnost řešit problémy, které se nedají řešit na základě dosaženého vzdělání, zkušenosti nebo dané kultury. Fluidní inteligence slábne u člověka již po 30. roce života. Krystalická inteligence je suma vědomostí, které v průběhu života člověk získal. Na rozdíl od fluidní inteligence zůstává věkem téměř nedotčena (Holmerová et al., 2007).

Během stárnutí dochází ke změnám v reakčním čase (zpomalení reakcí), proto je vhodné dávat staršímu člověku delší čas a větší prostor pro vykonávání celé řady činností. Zpomalení psychomotorického tempa a snadná psychická unavitelnost se mohou odrážet v poruchách myšlení projevujících se nejvíce v podobě tzv. zabíhavého myšlení, které je charakteristické sníženou schopností udržet myšlenku nebo naopak ji opustit, protože najednou člověk neví, co chtěl říci dále. Na úrovni krátkodobé paměti mohou vznikat problémy se vstřípivostí a výbavností (tzv. „benigní stařecká zapomnětlivost“). Dlouhodobá paměť ve stáří bývá dlouho funkční. Seniori často a rádi vzpomínají na „staré časy“. Pro seniory je nezbytné, aby se i oni snažili adaptovat na nové věci, podněty a události, aby ulpíváním na starých věcech nezaujímali rigidní postoje a neblokovali nebo nezastavili probíhající adaptaci. (Holmerová et al., 2007). Mapování koevoluce různých kortikálních hodnot a kognitivních trajektorií do staršího věku jsou důležitá témata pro budoucí výzkum patologického a nepatologického stárnutí (Cox et al., 2018).

Hodně starších lidí se řadí mezi vynikající čtenáře i do vysokého věku, tím dochází k posilování paměťových i poznávacích schopností a schopnosti učit se. V oblasti jazyka dochází k vnějším změnám, kterými jsou zvyšování a slábnutí hlasu, protože dochází k úbytku svalstva a zmenšování kapacity plic. Na těchto změnách se podílí kvalita zubních protéz a kouření. Úbytek hlasové výkonnosti se projevuje zvolňováním tempa artikulace. Je zajímavé, že některé schopnosti, jako např. hudební sluch, percepce řeči, prostorová orientace (u techniků, stavbařů), aktivní četba, paměť

i schopnost učit se, které byly během celé životní dráhy posilovány a které prakticky starší člověk využívá stále, zůstávají věkem nezměněny (Holmerová et al., 2007).

Ve struktuře osobnosti seniorů dochází také ke změnám, akcentují se rysy osobnosti jako jsou dominance, egocentrismus, ale i dobrota, schopnost naslouchat, laskavost nebo empatie. V důsledku kumulace životních událostí dochází i ke změnám v hierarchii hodnot. Převládá touha po klidu, soukromí a někdy až samotě. Míra osamocení a prožitek samoty je velmi individuální (Holmerová et al., 2007).

V životě starších lidí může docházet ke klíčovým změnám, jejichž důsledkem je zhoršení zdravotního stavu na základě dekompenzace některé z psychických nebo tělesných funkcí a nutnost dlouhodobého nebo trvalého umístění v zařízení zdravotní nebo sociální péče. Stěhování seniora do takových zařízení se považuje za nejobtížnější vývojový úkol, který musí řešit (Holmerová et al., 2007). Většina starších dospělých si přeje během svého pozdního života zůstat doma, ale fyzické postižení a kognitivní porucha je může přimět, aby čelili rozhodování o místě svého budoucího bydlení. Roy et al. (2018) uvádějí, že tito jedinci nemají relevantní informace, aby mohli činit informovaná rozhodnutí o bydlení mimo vlastní domov. Proto je potřebné určit množiny faktorů, které ovlivňují rozhodování starších dospělých osob o tomto životním kroku. Výzkumy autorů zdůrazňují důležitost interdisciplinární týmové práce při studiu vlivů širší škály faktorů jako celku na rozhodování seniorů. Tyto poznatky pomohou starším dospělým učinit nejlepší možné rozhodnutí o bydlení na základě jejich jedinečné situace a hodnot.

Stárnutí a stáří je také ovlivněno sociálními hledisky. Je jich celá řada. Pokud se budeme na stáří dívat očima teorie psychosociálního vývoje E. H. Eriksona, musíme přijmout, že nejdůležitějším úkolem každého jedince ve věku nad 60 let je potřeba dosáhnout integrity v pojetí vlastního života. Dle Eriksona každý člověk v tomto věku řeší konflikt mezi zoufalstvím a integritou. Pro dosažení integrity jsou důležité základní podmínky, jako je pravdivost, kontinuita a smíření. Správné zpracování tématu integrity vede k tomu, že senior akceptuje globálně celý svůj život a přijme jeho smysl. Přijímá své stáří, omyly a životní chyby, nedosažené cíle a nesplněná přání. Akceptuje sám sebe takového, jaký je, odpouští si, neodsuzuje se. To mu dává prostor nezávisle a důstojně dožít, jinak nemůže dosáhnout integrity.

Nezpracování nebo nezvládnutí tohoto tématu vede časem k rozvíjejícím se psychickým změnám a změnám rysů osobnosti. Skutečnost se stává neúnosnou, a tak

změna psychických funkcí a projevů v chování usnadňuje přežívat období stáří, ale neumožňuje jeho důstojné prožití (Malíková, 2011).

Mezi nejvýznamnější negativní sociální aspekty se řadí: odchod do důchodu; omezení sociální integrace ve společenských, kulturních a jiných činnostech a aktivitách; změna ekonomické situace seniorů (nejčastěji zhoršení finančního zabezpečení); generační osamělost z příčiny úmrtí partnera nebo stárnutí osamělé osoby; zhoršená možnost kontaktů s přáteli a ostatními osobami; sociální izolace z důvodu omezení rodinných kontaktů a úbytku přátel kvůli jejich nemoci či úmrtí; strach z osamělosti a nesoběstačnosti. Senioři se stávají fyzicky závislí, protože mají pohybové nebo smyslové omezení (Malíková, 2011). Dle této autorky mezi nejvýznamnější pozitivní sociální aspekty patří funkční rodina, pevná citová pouta a dobré rodinné vztahy, dále plánovaná ekonomická příprava na zajištění stáří, plánování a efektivní nakládání s volným časem.

Světová zdravotnická organizace upozorňuje, že po celém světě se stále častěji vyskytují mimořádné situace a starší lidé zůstávají jednou z nejvíce zasažených skupin. Jejich potřeby jsou obecně přehlíženy.

Existují specifické zdravotní a sociální faktory, které mohou (odděleně nebo v kombinaci) ovlivnit starší osoby a dopad na ně během mimořádné situace. Mezi ně patří: fyzické zdraví, ústní zdraví a zdraví chrupu, duševní zdraví, funkční stav a zdravotní postižení, životní styl, návyky výživa, rodina a sociální vztahy, hospodářská situace a genderové rozdíly.

Povědomí o potřebách a přínosech starších osob a zvážení těchto otázek může pomoci zajistit, že starší ohrožené osoby mohou být identifikovány před, během a po nouzové situaci. Například porucha, která za normálních okolností není v rozporu s každodenním fungováním, se může rychle změnit na znevýhodnění, které znemožní jedinci vyrovnat se s nouzovou situací. Starší lidé nejsou jen zranitelnou skupinou obyvatelstva. Jejich znalost komunity, zkušenosti s minulými mimořádnými událostmi, postoje, pozice v rámci rodiny a komunity, z nich dělají cenné zdroje, které by měly být respektovány. Informovanost o potřebách poskytování péče starším osobám může přispět k účinnějším intervencím, včetně spravedlivého přístupu k základním zdravotním a sociálním službám pro starší lidi.

1.8 Současný systém zdravotní a sociální péče o seniory

V české společnosti se model poskytování péče nesoběstačným členům rodiny opírá o tradiční pojetí předpokládající, že za zajištění potřeb těchto osob je prvotně odpovědná rodina. Státní služby jsou využívány až v situaci, kdy poskytovatelé chybí či péči nezvládají. Je důležité utvářet dostatečnou nabídku služeb, které mohou rodinu doplnit nebo dočasně nahradit a podporovat tak život seniora v jeho přirozeném prostředí, kde bude kladen důraz na jeho individuální potřeby. Služby pobytových zařízení mohou využít senioři, kteří jsou do takové míry nesoběstační, že nemůžou žít ve svém přirozeném, původním prostředí a péče ze strany jejich rodinných příslušníků je nedostatečná nebo zcela chybí (Dvořáčková, 2012).

Zdravotnické systémy je třeba přizpůsobit potřebám starších obyvatel. Většina zdravotnických systémů na celém světě je špatně připravena reagovat na potřeby starších lidí, kteří často trpí chronickými onemocněními nebo geriatrickými syndromy. Systémy musí být schopny poskytovat péči zaměřenou na člověka ve stáří (WHO, 2017).

Sociální péče o seniory

Na jedné straně se setkáváme s naprosto soběstačnými seniory s velkou mírou vitality i ve vysokém věku, na druhé straně se pak objevují senioři s výraznou geriatrickou křehkostí nebo naprostou funkční závislostí na okolí. Senioři trpící duševní poruchou (demencí) patří mezi rizikovou skupinu seniorů, která je ohrožená ve větší míře ztrátou samostatnosti, sociálním vyloučením, osamocněním a větším rizikem života v chudobě a celkově poté i nižší kvalitou života. Důvodů je více. Děti těchto seniorů často nejsou schopny se o své stárnoucí rodiče postarat z důvodů rodinných nebo pracovních, a tak jsou senioři odkázáni na zdravotnická nebo sociální zařízení (Lužný, Tomášková, 2014).

Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným. Cílem je zlepšit kvalitu jejich života nebo je v nejvyšší možné míře do společnosti začlenit. Sociální služby zohledňují nejen osobu uživatele, ale i jeho rodinu. Pomocí sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění ubytování, stravování, ošetřování, poskytnutí informací, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při prosazování zájmů a práv (Dvořáčková, 2014). Cílem služeb je také podporování rozvoje nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele,

jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu, snížení zdravotních a sociálních rizik, které souvisí se způsobem života uživatelů. Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování zájmů a práv (MPSV, 2017).

Sociální služby v užším pojetí jsou v České republice součástí státního systému sociálního zabezpečení, druhy sociálních služeb legislativně definuje zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. Zákon se rozděluje na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Tyto služby si jejich uživatel může na základě přiznaného příspěvku na péči nakupovat nebo si je může objednat u organizace, která poskytuje sociální služby a za poskytnuté služby dle dohody zaplatit (některé služby jsou zdarma). Sociální služby poskytuje jednotlivec nebo organizace, která má k této činnosti oprávnění. Ceny za služby jsou stanoveny prováděcí vyhláškou k zákonu o sociálních službách.

Formy poskytování sociálních služeb se dělí na služby pobytové, ambulantní a terénní. Pobytové služby jsou takové, které jsou spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Ambulantními službami se rozumí služby takové, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování. Terénní služby jsou poskytovány osobám v jejich přirozeném sociálním prostředí.

Pokud nastane u seniora zhoršení stavu a dojde ke ztrátě soběstačnosti, potřebuje zajistit dlouhodobou péči, což může způsobit v rodině krizi. V některých případech lze takové situace řešit pomocí terénních sociálních služeb, jinde je nutná institucionální forma péče. Výběr určité služby nebo formy péče je daný mírou závislosti (respektive mírou soběstačnosti seniora) a závisí na jeho aktuálním zdravotním stavu (Dvořáčková, 2014).

Ve 21. století potřebují všechny země integrovaný systém dlouhodobé péče. V některých zemích to znamená vybudovat systém téměř z ničeho. V jiných případech to znamená přehodnocení dlouhodobé péče, od základní bezpečnostní sítě pro nejzranitelnější osoby až po širší systém, který maximalizuje funkční schopnosti

starších lidí a podporuje jejich autonomii a důstojnost. Počet starších lidí, kteří potřebují podporu pro každodenní aktivity v rozvojových zemích, se očekává čtyřikrát vyšší do roku 2050 (WHO, 2017).

Každá vláda by se měla věnovat problematice zdravého stárnutí na všech svých úrovních. Mezi příklady mezioborových opatření patří: stanovení politik a programů, které rozšiřují možnosti bydlení; zpřístupnění budov a dopravy; podpora věkové rozmanitosti v pracovním prostředí; ochrana starších lidí před chudobou prostřednictvím systémů sociální ochrany. Dosažení pokroku v oblasti zdravého stárnutí bude také vyžadovat mnohem lepší porozumění problémům a trendům souvisejícím s věkem (WHO, 2017).

Pečovatelská služba je jednou z nejrozšířenějších terénních služeb, která je poskytována seniorům a těžce zdravotně postiženým osobám, kteří si z důvodu zdravotního stavu, vysokého věku nebo ztráty soběstačnosti nejsou schopni obstarat nutné práce v domácnosti a další životní potřeby nebo kteří pro svůj nepříznivý zdravotní stav potřebují ošetření jinou osobou nebo jinou osobní péči, kterou jim nemohou poskytnout rodinní příslušníci (MSPV, 2017). Hlavním cílem pečovatelských služeb je zajistit základní životní potřeby klientů, podporovat samostatný a nezávislý život v domácnostech, zachovat kontakt se sociálním prostředím a oddálit nutnost umístění do ústavní péče (Dvořáčková, 2014). Služba se poskytuje za úhradu, bez úhrady se poskytuje rodinám, ve kterých se narodily tři nebo více dětí současně, účastníkům odboje a pozůstalým manželům (manželkám) po účastnících odboje, kteří jsou starší 70 let (MPSV, 2017).

Zákon o sociálních službách také vymezuje zařízení sociálních služeb. Se zaměřením na seniory se jedná především o centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem. Centra denních služeb poskytují různé druhy aktivizačních programů, některá centra jsou schopna zajistit dovoz i rozvoz uživatelů služby (Dvořáčková, 2017).

Domovy pro seniory poskytují dlouhodobé služby osobám majícím sníženou soběstačnost především z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Služba umožňuje ubytování a stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, obstarání kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti,

pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se uděluje za úhradu (MPSV, 2017).

Systémy dlouhodobé péče (včetně paliativní péče) jsou potřebné ve všech zemích, aby uspokojily potřeby starších lidí. Světová zdravotnická organizace určila tři přístupy, které budou zásadní - vytvoření základů nezbytných pro systém dlouhodobé péče; budování a udržování náležitě vyškolené sítě pracovních sil; zajištění kvality dlouhodobé péče. K podpoře těchto přístupů WHO vydává pokyny jak rozvíjet, rozšiřovat a zlepšovat kvalitu služeb dlouhodobé péče. Poskytuje technickou pomoc a podporu zemím, které zavádějí a rozšiřují služby dlouhodobé péče. Rozvíjí nástroje a balíčky školení pro posílení formálních a neformálních poskytovatelů péče (WHO, 2018).

Financování sociálních služeb

V roce 2009 náklady na péči v domovech pro seniory v České republice dosáhly výše 9 467,7 mil. korun. Systém financování je vícezdrojový, na hrazení těchto nákladů se z necelé třetiny podílejí samotní klienti. Ve srovnání se švýcarským systémem je ale systém financování těchto služeb v České republice nestabilní. Díky zcela dominantní roli státu v ochraně klientů při využívání jednotlivých služeb, projevující se ve stanovení výše maximálních úhrad klienta za pobyt a stravu, jsou všichni poskytovatelé závislí na poskytnutí dotací ze státního rozpočtu, ale na přiznání nemají právní nárok. Zdroje financování těchto služeb jsou tak v principu dobrovolné, nahodilé, netransparentní, nenárokové a nesystémové, což celý systém financování služeb činí neefektivním. Pořadí čerpání jednotlivých finančních zdrojů není stanoveno, celková majetková situace uživatele sociálních služeb nemá vliv na výši jeho úhrady za poskytované sociální služby, zdravotní pojišťovny hradí náklady za lékařem indikovanou a ošetrovatelským personálem poskytnutou péči z cca 10 %. Poskytovatelé služeb jsou závislí na přidělení dotací ze státního rozpočtu – to jsou hlavní důvody bránící dynamickému rozvoji těchto služeb, což je z hlediska předpokládaných demografických tendencí velmi alarmující skutečností.

Při řešení těchto problémů lze využít i některé poznatky o systému financování sociálních služeb pro seniory ve Švýcarsku. Jedná se o implementaci doplňkových dávek. Pokud stát omezí v zájmu dostupnosti péče pro všechny občany výši úhrad za poskytovanou péči, je nutné stanovit, kdo je povinen uhradit rozdíl mezi takto stanovenou výši úhrady a skutečnými náklady za poskytovanou službu. Vyskytuje

se celá řada možností zdrojů kompenzace tohoto rozdílu. Od využití movitého a nemovitého majetku uživatele služby, přes finanční účast osob blízkých, až po účast státního či samosprávných rozpočtů například pomocí samostatné dávky nebo vyrovnávací platby (Průša a Horecký, 2012).

Vybavenost regionů sociálními službami pro seniory

V České republice v roce 2010 sociální služby využívalo cca 10,5 % osob starších 65 let. Největší objem péče je seniorům poskytován v jejich vlastních domácnostech ve formě pečovatelské služby, využívalo ji více než 8 % osob starších 65 let. Po roce 1990 došlo k rozvoji nových forem zejména ambulantních služeb. Ambulantní služba není do této doby rovnoměrná na celém území republiky. Struktura forem jednotlivých služeb je současně částečně vymezována geografickým profilem regionu. Vyšších hodnot vybavenosti pečovatelskou službou vykazují regiony s převažujícím rovinným profilem. Vyšší hodnoty vybavenosti místy v domech pro seniory lze zaznamenat v regionech s především hornatým profilem.

Po přijetí nového zákona o sociálních službách není od roku 2007 sledován počet osob, kterým je poskytována pečovatelská služba v domech s pečovatelskou službou. Podle posledního údaje byla v roce 2006 poskytována v těchto domech pečovatelská služba celkem 20 510 osobám, tj. cca 20 % z celkového počtu osob, jímž byla v tomto roce pečovatelská služba poskytována (Průša a Horecký, 2012).

Sociální služby v Rusku

Kromě zdravotní péče poskytují sociální služby pro stárnoucí lidi v Rusku řadu možností. Existují vzdělávací centra, kde se stárnoucí lidé mohou naučit různé předměty a dovednosti. Pro ty, kteří potřebují sociální nebo zdravotní pomoc, existují „sociální domy“ a „domy pro seniory“. Sociální domy poskytují dočasnou péči starším lidem a jsou podporovány vládou. Stárnoucí lidé žijí ve svých apartmánech po omezenou dobu, obvykle několik týdnů, k dispozici jsou lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci a psychologové. Domy pro seniory jsou trvalá bydliště, kde jsou zaměstnáni sociální pracovníci, lékaři a zdravotní sestry. Zde dostávají obyvatelé vše, co potřebují pro své zdravotní podmínky. Existují veřejné i soukromé domovy pro seniory. Vzhledem k tradičním a poměrně konzervativním hodnotám v Rusku jsou domovy pro seniory spojené s řadou negativních stereotypů a většina mladých i starých lidí, se bojí takových institucí (Strizhitskaya, 2016).

Sociální služby ve Velké Británii

Ve Velké Británii existují velké nerovnosti v přístupu a v kvalitě péče. Údaje, které byly poskytnuty pozorovateli Komise pro kvalitu péče, ukazují, že v Anglii existuje jen 91 vynikajících domovů péče pro osoby starší 65 let. Téměř jedna ze tří byla hodnocena jako vyžadující zlepšení nebo jako nedostatečná. Kvalita péče poskytované starším lidem ve vlastních domácnostech je podobně proměnlivá.

Domovy péče a agentury domácí péče, které se alespoň částečně spoléhají na veřejné prostředky, čelí mnohem více ohrožujícím okolnostem. Financování sociální péče pro dospělé ze strany od roku 2010 v průměru kleslo o 11 % a v některých oblastech až o 30 %. Odhaduje se, že nyní existuje více než milion starších lidí, kteří žijí bez pomoci, kterou potřebují ke každodenním úkonům, jako je například jít na toaletu nebo se oblékat. Andrea Sutcliff, hlavní inspektorka sociální péče pro dospělé, varovala, že problémy spojené s financováním ohrožují kvalitu péče. John Kennedy, bývalý ředitel služeb péče v Joseph Rowntree Foundation, se domnívá, že financování není jediným problémem. Příliš mnoho zaměstnanců čelí špatným platům a pracovním podmínkám. U zaměstnanců hrozí nebezpečí syndromu vyhoření, v průměru každý čtvrtý pracovník opustí zaměstnání (Sodha, 2016).

Sociální péče ve Švédsku

Mnoho starších Švédů je v dobrém zdravotním stavu a většinou žijí ve vlastních domech. Zdravotní a sociální péče o seniory jsou důležitými součástmi švédské sociální politiky. Z 9,8 milionů švédských obyvatel přešlo 20 % do standardního důchodového věku 65 let. Předpokládá se, že do roku 2040 se toto číslo zvýší na 23 %, částečně kvůli velkému počtu Švédů narozených ve čtyřicátých letech minulého století. Průměrná délka života ve Švédsku patří mezi nejvyšší na světě, 79,9 let pro muže a 83,7 pro ženy. Ve Švédsku je 5,2 % obyvatelstva ve věku 80 let, což je o něco více než průměr EU (5,1 %). Vzhledem k tomu, že stále více občanů v této věkové skupině je v dobrém zdravotním stavu, jejich požadavky na péči od 80. let 20. století klesaly. Většina péče je financována z obecních daní a státních dotací. V roce 2014 činily celkové náklady na péči o starší populaci ve Švédsku 109,2 miliardy SEK (12,7 miliard USD, 11,7 miliard EUR), ale pouze 4 % nákladů bylo financováno z poplatků pacientů. V roce 2013 poskytovala soukromá péče 24 % služeb. Všichni příjemci si mohou vybrat, zda chtějí, aby jejich pomoc byla poskytována veřejnými nebo soukromými provozovateli.

Jedním z cílů péče je pomoci starším lidem a osobám se zdravotním postižením žít normální a nezávislý život. K tomu patří co nejdéle bydlet ve vlastních domovech. Starší lidé, kteří i nadále žijí doma, mohou získat různé druhy podpory, aby si usnadnili život. Například téměř všechny obce ve Švédsku nabízejí hotová jídla, která mohou být dodána domů. Když se starší osoba nemůže vyrovnat s požadavky každodenního života, může požádat o pomoc komunitu financovaných služeb domácí pomoci. Starší lidé se zdravotním postižením mohou získat nepřetržitou pomoc, což znamená, že mnoho z nich může zůstat doma po celý život. Také těžce nemocní mohou být ve svém domově vybaveni zdravotní a sociální péčí.

Starší lidé a osoby se zdravotním postižením také mohou využívat dopravní služby taxi nebo jízdy ve speciálně upravených vozidlech. Tato možnost je dostupná těm, kteří nemohou cestovat pravidelnou hromadnou dopravou. V roce 2014 bylo v celé zemi uskutečněno 11 milionů takových cest, což odpovídá celostátnímu průměru 35 jízd na oprávněnou osobu. Průměrný věk odchodu do důchodu je dnes 64,5 let. Průměrný národní starobní důchod v roce 2014 činil 11 093 SEK měsíčně (Sweden Institute, 2018).

1.9 Míry hodnotící soběstačnost seniorů

Podstatné pro zachování soběstačnosti seniorů je uchování pohybu a adekvátního psychosociálního rozvoje osobnosti. Není-li schopen jedinec z různých důvodů zvládat běžné aktivity denního života a realizovat své základní potřeby v domácím prostředí, stává se jedincem nesoběstačným až závislým na okolí. Nezbytné je co nejrychlejší zjištění nebo předcházení tomuto stavu a zajištění takové péče, která vyhovuje konkrétní osobě a umožní jí vést co nejkvalitnější život v domácím prostředí či v prostředí nejvhodnějším vzhledem k jeho zdravotnímu stavu (Smičková, 2011).

Měřicí techniky, které zkoumají soběstačnost klienta, jsou Barthelův test základních všedních činností (ADL – Activity Daily Living) a Test instrumentálních všedních činností (IADL – Instrumental Activity Daily Living). Klient je hodnocen v činnostech prováděných každý den. Jsou to aktivity, bez jejichž zajištění není možné nezávislé fungování jedince (Mlýnková, 2010).

Index Barthelové se používá jako měřítko každodenních činností ve vztahu k osobní péči a mobilitě pacienta. Byl vyvinut pro pacienty s chronickými nemocemi

a pro dlouhodobě hospitalizované pacienty, kteří mají paralytické stavy. Index zkoumá výkon pacientů, resp. klientů před a po léčbě (Statistics Solutions, 2018).

Index byl zaveden v roce 1965 (Saisana, 2014). Je pravděpodobně nejrozšířenějším testem oblastí aktivit denního života v České republice. Zpočátku byl vyvinut v nemocnici Maryland pro pacienty s neuromuskulárním a muskuloskeletálním onemocněním, ale rozšířil se i na ostatní pacienty s postižením. Index Barthelové hodnotí funkční omezení ve 3 stupních, tudíž drobné změny vedoucí ke zlepšení nebo zhoršení nepostihne. Výhodou je jednoduchost a rychlá administrace (Svěčená, 2013).

Index ukazuje stupeň nezávislosti pacienta před jakoukoli pomocí. Zahrnuje 10 oblastí fungování (činností). Desetistupňová škála, kde každá aktivita má jednu z pěti úrovní závislosti v rozsahu od 0 (neschopnost vykonat úkol) až po maximálně 5, 10 nebo 15 (plně nezávislý). Boduje se každá aktivita v rozmezí od 0 (nelze vykonat úkol) až po maximum 5, 10 nebo 15 (úplně nezávislé přesné skóre závisí na vyhodnocované aktivitě). Celkové skóre se získá součtem bodů pro každou položku. Celkové skóre se může pohybovat od 0 do 100, přičemž vyšší skóre znamená větší nezávislost. Hodnocení 100 bodů znamená nezávislost, 95 – 60 bodů lehkou závislost, 60 – 40 bodů střední stupeň závislosti a 40 – 0 bodů je vysoký stupeň závislosti (Par Qol, 2013). Bodový zisk pacienta mohou ovlivňovat aktuální podmínky vnějšího prostředí. Pokud je prostředí rozdílné, může být skóre nižší, například pokud vchod není dostatečně široký pro jednoduchý přístup elektrického nebo mechanického vozíku (Svěčená, 2013).

Činnosti každodenního života jsou základními úkoly, které musí člověk každý den plnit, aby prosperoval (Kindly Care, 2017). Člověk se tyto činnosti obvykle učí v raném dětství (Kernisan, Scott, 2018). ADL obecně lze rozdělit do následujících kategorií - osobní hygiena, jedná se o koupání, péči o dutinu ústní, péči o nehty a vlasy; ovládání kontinence; oblékání, schopnost člověka vybrat a nosit správné oblečení pro různé příležitosti; jídlo - zda se člověk může živit sám nebo potřebuje pomoc; přesun z postele na židli, aj. (Kindly Care, 2017). Činnosti každodenního života jsou často zmíněny odborníky v geriatrické péči v souvislosti s instrumentálními aktivitami každodenního života, které jsou o něco složitější (Kernisan, Scott, 2018).

Instrumentální aktivity každodenního života jsou komplexní dovednosti potřebné k úspěšnému životu. Tyto dovednosti se obvykle učí v dospívání. Zde se řadí řízení finančních prostředků, zvládání přepravy (řízení nebo jízda veřejnou dopravou), nakupování, příprava jídel, použití telefonu a dalších komunikačních zařízení, užívání léků, domácí práce a základní domácí údržba (Kernisan, Scott, 2018).

Společně ADL a IADL představují dovednosti, které lidé obvykle potřebují zvládnout, aby mohli žít jako nezávislí dospělí (Kernisan, Scott, 2018).

Lékaři, rehabilitační specialisté, geriatrictí sociální pracovníci a další osoby v péči o seniory často používají ADL a IADL jako součást funkčního hodnocení starší osoby. Potíže se zvládnutím IADL jsou obzvláště časté u časných Alzheimerových a jiných demencí. Posouzení IADL může pomoci vést diagnostické hodnocení a určit, jakou každodenní pomoc může starší osoba potřebovat (Kernisan, Scott, 2018).

2 VLASTNÍ VÝZKUM

2.1 Výzkumné cíle

Cílem vlastního výzkumu bylo přezkoumat na vybrané skupině seniorů od 60 do 74 let charakteristiky nerovnosti ve zdraví. Soubor seniorů obou pohlaví v této věkové skupině jsme rozdělili na dvě podskupiny – jednou byli senioři bydlící samostatně ve vlastní domácnosti a druhou bydlící v zařízeních typu domov seniorů. Hlavním cílem bylo zjistit existující nerovnosti v jednotlivých skupinách a rozdíly mezi oběma skupinami. Z toho cíle jsme odvodili 5 pracovních předpokladů, které jsme zformulovali do následujících hypotéz.

2.2 Hypotézy

H₀₁: Existují signifikantní rozdíly ve vnímání vlastního zdraví dle pohlaví.

H₀₂: Existují signifikantní rozdíly ve vnímání vlastního zdraví dle místa bydlení.

H₀₃: Fyzická soběstačnost se liší v závislosti od pohlaví.

H₀₄: Fyzická soběstačnost se liší v závislosti od místa bydlení.

H₀₅: Výška důchodu je statisticky významným faktorem nerovnosti.

2.3 Operacionalizace

Pro sběr dat jako i jejich další analýzu jsme následovně definovali pojmy, se kterými jsme pracovali.

Senior

Pojem senior není jednoznačně vymezen. V mnoha publikacích je na seniora pohlíženo jako na starého člověka. Pro účely výzkumné práce jsme si zvolili seniory ve věku od 60 do 74 let.

Domov pro seniory

Domovy pro seniory poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám majícím sníženou soběstačnost a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Důvodem je nejčastěji věk. Služba poskytuje ubytování a stravu, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí

podmínek pro osobní hygienu, sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba je poskytována za úhradu (MPSV, 2017).

Fyzická soběstačnost

Soběstačnost je míra samostatnosti vlastní sebepéče, popřípadě participace člověka, který vykonává denní aktivity. Soběstačný člověk je takový, který je schopen zvládat všechny všední denní činnosti bez ohledu či pomoci druhé osoby a zastane potřebné či očekávané sociální role v prostředí, v němž žije. Fyzická soběstačnost představuje v životě jedince jednu z nejdůležitějších rolí, neboť díky ní dochází k uspokojování potřeb denního života (Pokorná, 2013).

Nerovnost ve zdraví

Definice charakterizuje nerovnosti ve zdraví jako rozdíly, odchylky a nerovnosti v dosaženém zdraví mezi jednotlivci a skupinami. Nespravedlnost ve zdraví se vztahuje k takovým nerovnostem ve zdraví, o kterých se domníváme, že jsou nespravedlivé, neakceptovatelné, anebo jsou zapříčiněné nějakou formou nespravedlnosti. Rozdíly jsou determinované individuální sociální pozicí jako je příjem, vzdělání, zaměstnání. Do úvahy se neřadí přirozené dispozice jako je genetika, vrozená imunita apod. (Kawachi, 2002).

3 METODIKA

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily dvě skupiny seniorů. První skupina žijící ve vlastní domácnosti v Otrokovicích byla tvořena 30 seniory, z toho bylo 14 mužů a 16 žen. Druhá kontrolní skupina byla tvořena 30 seniory, z toho 6 muži a 24 ženami, kteří bydleli v Domově pro seniory v Otrokovicích. Věk seniorů v obou skupinách byl 60 až 74 let. Průměrný věk seniorů v domově pro seniory byl 71,77 let a těch, kteří žijí ve vlastní domácnosti, byl 69,23 let.

Skupina seniorů ve vlastní domácnosti byla oslovena s jejich souhlasem. Byli vybráni podle své soběstačnosti. V domově seniorů jsme výzkumné šetření prováděli se souhlasem paní ředitelky a s pomocí vedoucí sestry. Výběr souboru byl tedy záměrný (logický). Při výběru jsme postupovali následovně: na doporučení hlavní sestry bylo vylučujícím kritériem těžké postižení (ležící klienti), a proto jsme zahrnuli jenom chodící jedince.

Všichni senioři byli seznámeni se zcela anonymním dotazníkem a všichni podepsali informovaný souhlas.

3.2 Metoda sběru dat

Pro získání dat k dosažení stanovených cílů a ověření hypotéz bylo použito kvantitativní výzkumné šetření metodou anonymních dotazníků. Dotazník se řadí mezi nejfrekventovanější metodu zjišťování údajů určenou především pro hromadné získávání údajů.

Dotazníky použity v této diplomové práci byly dobrovolné, anonymní a byly vypracovány v písemné formě. Šlo o standardizované míry ADL a IADL (indexu dle Barthelové), dále byla použita VAS škála k měření intenzity bolesti. Dotazníky jsou uvedeny v přílohách (Viz příloha 1 - 3).

Jako třídící proměnná bylo zvoleno místo bydliště - bydlící samostatně ve své domácnosti - bydlící v zařízení Domov pro seniory. Jako další třídící proměnné byly zvoleny: pohlaví, subjektivně popisovaný zdravotní stav, soběstačnost ve funkcích ADL a IADL, výška důchodu.

Stupnice Barthelové hodnotí deset aktivit denního života: přijímání potravy, koupání, osobní hygienu, oblékání, kontinenci moči a stolice, užívání toalety, přesuny,

lokomoci a chůzi po schodech. Maximální možný počet bodů je 100. Při hodnocení využívá stupnici, v níž pro každou položku je možné získat 0, 5, 10 bodů a u některých položek i 15 bodů.

Míra bolesti byla hodnocena pomocí deseticentimetrové vizuální analogové škály (VAS). 0 znamená, že senior nevnímá žádnou bolest, 10 představuje největší možnou míru bolesti. VAS - Vizuální analogová stupnice je „pravítko“ dělené po jednom centimetru od 0 do 10. 0 značí „vůbec žádná bolest“ a hodnota 10 představuje „nejsilnější představitelná bolest“. Pacient na této škále vymeze číslicí mezi 0 a 10, která co nejpřesněji určí intenzitu bolesti (Čevela et al., 2014).

3.3 Realizace výzkumu

Sběr dat se uskutečnil u 30 seniorů žijících v domově pro seniory a 30 seniorů, kteří bydlí ve vlastní domácnosti.

Šetření v domácnostech se uskutečnilo od 3. července do 31. srpna roku 2017. Na úvod jsem se jako tazatelka představila a požádala jsem respondenta o spolupráci, respondent byl také předem seznámen s obsahem dotazníku a věděl, k čemu dotazníky budou sloužit. Respondenta jsem také ujistila, že dotazník je zcela anonymní. Seniory ve vlastní domácnosti jsem osobně navštěvovala a kladla jim otázky. Ve vlastní domácnosti si větší část seniorů dotazníky vyplnila samostatně, někteří potřebovali pomoc s vysvětlením pojmů, aby mohli vybrat správnou možnost.

Výzkumné šetření v zařízení Senior Otrokovice probíhalo od 3. července do 31. srpna roku 2017 během týdne v odpoledních hodinách, protože v dopoledních hodinách jsou senioři zapojeni do společenských aktivit. V domově pro seniory jsem prováděla šetření za pomoci vedoucí sestry.

Senior Otrokovice je příspěvková organizace, která poskytuje sociální služby. Zřizovatelem příspěvkové organizace je Město Otrokovice. Poskytují zde služby pobytové (domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, odlehčovací služby), ambulantní (pečovatelská služba, denní stacionář) a terénní (pečovatelská služba). Organizace poskytuje své sociální služby osobám, které je opravdu potřebují. Ke své činnosti má organizace odpovídající personální a technické zajištění. Pobytové služby zajišťuje kvalifikovaný personál v budovách s vybavením, které odpovídá specifickým potřebám osob.

Senior Otrokovice nabízí služby ve více objektech, pobytové a ambulantní sociální služby v Budově B a v Budově C, terénní služby pak ve dvou budovách Domu s pečovatelskou službou na dvou místech v Otrokovicích.

Pro výzkumné šetření jsem navštěvovala pouze Senior B Otrokovice. Nachází se na ulici K. Čapka 1615 a provozuje své sociální služby od roku 2000 v bezbariérovém čtyřpodlažním cihlovém domě. Budova je umístěna na okraji Otrokovic, jsou zde poskytovány dvě sociální služby: Domov pro seniory a Odlehčovací služby. Do budovy je bezbariérový přístup, v přízemí jsou bezbariérové obytné jednotky. V budově se nachází také výtah. V přízemí je vstupní hala, velká jídelna sloužící zároveň jako společenská místnost pro kulturní akce. V přízemí se také nachází kancelář sociální pracovníce, pracovní sester, pracovní vedoucí PSS (pracovník v sociálních službách) a pracovní PSS (pečovatele), centrální koupelna, prostory pro masáže a pedikúru, prádelna, sušárna a další technické zázemí. V této budově se dále nachází ordinace lékaře, pracovní vedoucí sestry, klubovna s knihovnou, místnost pro realizaci volnočasových aktivit uživatelů a tělocvična.

3.4 Metody zpracování dat

Zjištěná data, která byla získána dotazníkovým šetřením v papírové verzi, byla nejdříve umístěna do tabulky v programu Microsoft Office – Excel 2007. Zpracování zjištěných dat bylo vyhodnoceno softwarem IBM Statistics 24.

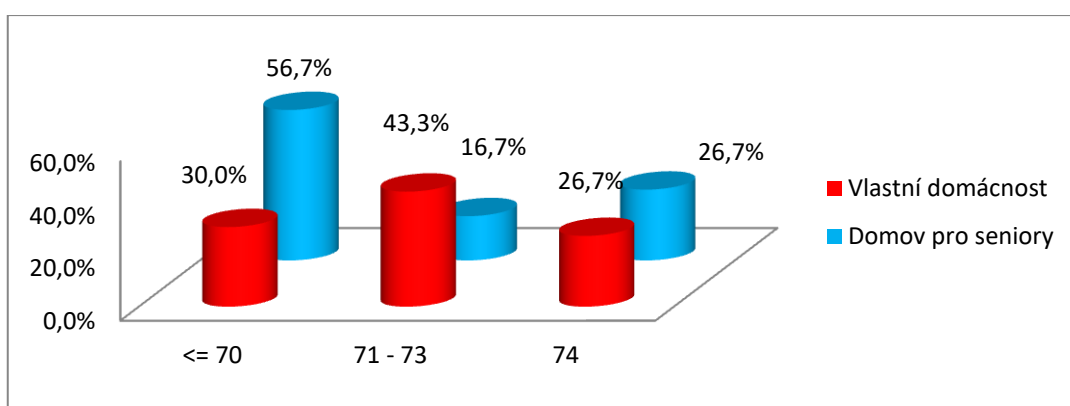
Ke statistickému zpracování dat byl použit Mann-Whitneyův (někdy též označovaný jako Wilcoxon-Mann-Whitneyův) test. Tento test patří mezi neparametrické testy, tj. testy fungující za velmi obecných předpokladů, především pak nevyžadující normální rozdělení dat. Mann-Whitneyův test je citlivý především na alternativu, že náhodné veličiny, ze kterých výběry pocházejí, se liší střední hodnotou.

4 VÝSLEDKY

Výsledky výzkumného šetření jsou prezentovány formou grafů, které byly zpracovány v Microsoft Excel.

Průměrný věk všech respondentů z celkového počtu 60 (100 %) byl 70,5 roku. Průměrný věk ve skupině seniorů, kteří žijí doma, byl 69,2 a ve skupině seniorů, kteří žijí v domově seniorů, byl 71,8. Nejnižší věk vyskytující se u seniorů ve vlastní domácnosti byl 61 a nejvyšší 74 let (graf č. 8).

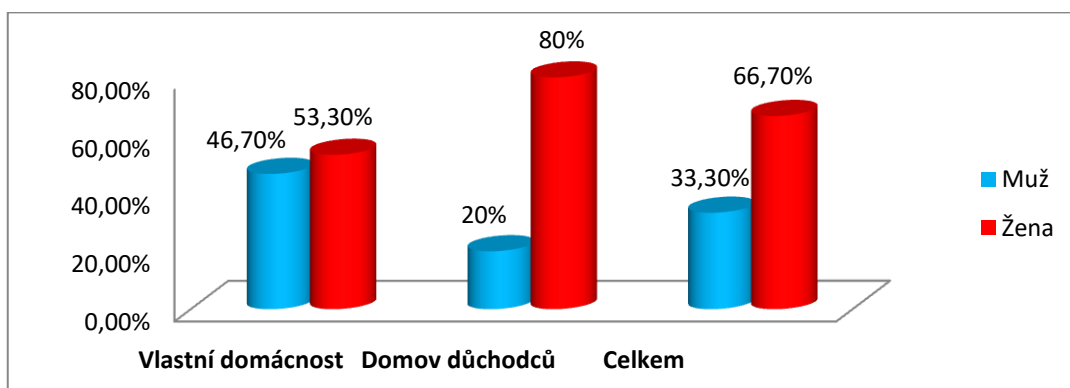
Graf č. 8. Struktura souboru dle věku seniorů



Zdroj: Vlastní výzkum

Struktura celkového souboru seniorů dle pohlaví je uvedena na grafu č. 9. Z celkového počtu bylo 40 (66,7 %) žen a 20 (33,3 %) mužů. V zařízení pro seniory bylo 6 mužů (20 %) a 24 (80 %) žen. Na grafu můžeme vyčíst, že na dotazníkovém šetření ve vlastní domácnosti se podílelo 14 (46,7 %) mužů a 16 (53,3 %) žen (graf č. 9).

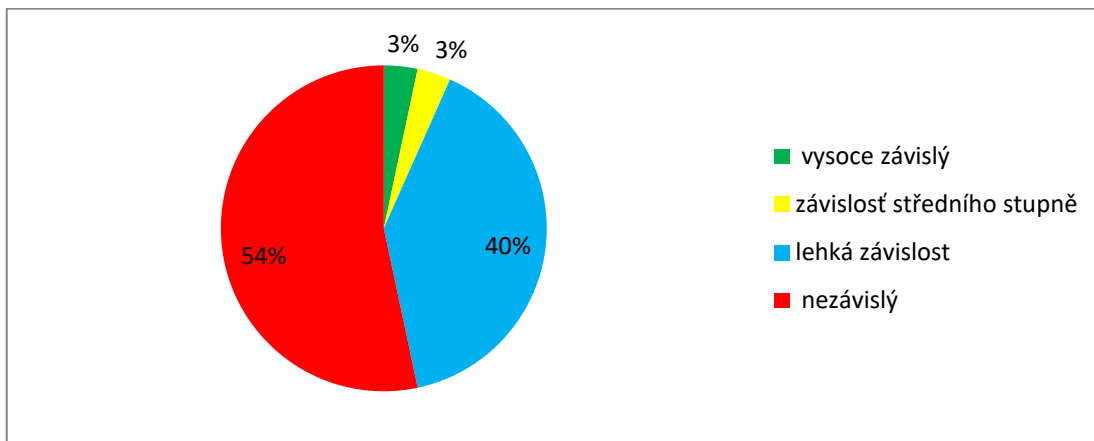
Graf č. 9. Struktura souboru dle pohlaví seniorů



Zdroj: Vlastní výzkum

Na grafu číslo 10 je zobrazena struktura hodnocení ADL ve vlastní domácnosti. Z celkového počtu 30 (100 %) seniorů žijících ve vlastní domácnosti je vysoce závislý 1 (3,3 %) senior, závislý středního stupně je také 1 (3,3 %) senior, 12 (40 %) respondentů je lehce závislých a 16 (54 %) je nezávislých (graf č. 10).

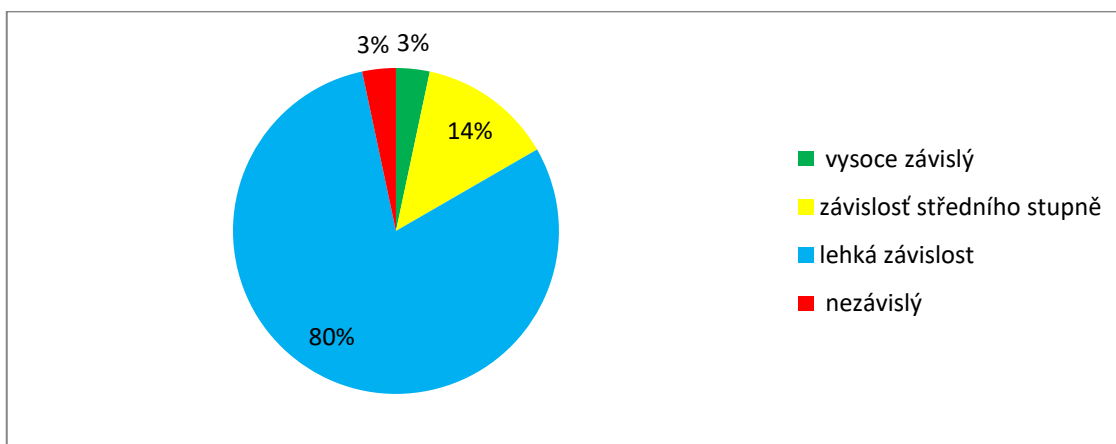
Graf č. 10. Hodnocení ADL ve vlastní domácnosti



Zdroj: Vlastní výzkum

Hodnocení ADL v domově pro seniory je ilustrováno na grafu číslo 11. Z celkového počtu 30 (100 %) seniorů, kteří žijí v domově pro seniory, je vysoce závislý 1 (3,3 %) senior, závislí středního stupně jsou 4 (13,3 %) seniori, 24 (80 %) respondentů je lehce závislých a 1 (3,3 %) senior je nezávislý (graf č. 11).

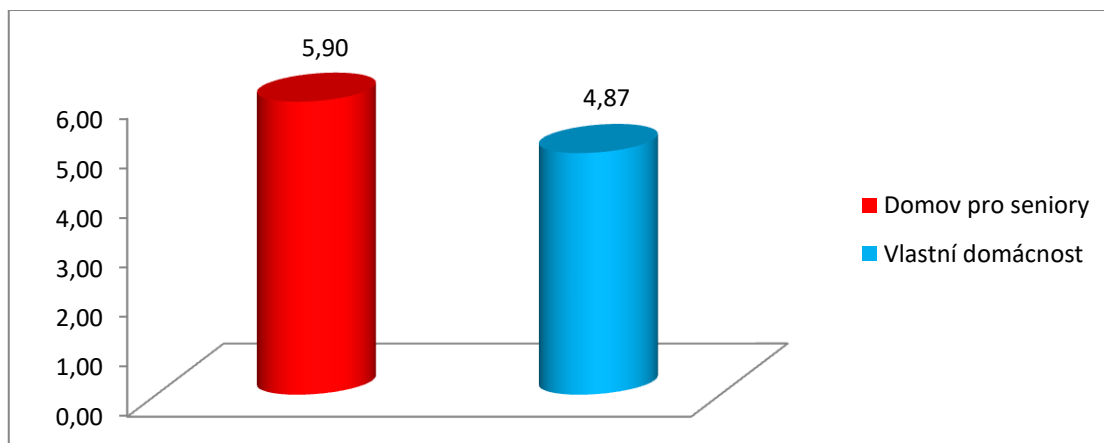
Graf č 11. Hodnocení ADL – domov pro seniory



Zdroj: Vlastní výzkum

Na grafu číslo 12 je ilustrováno, že senioři ve vlastní domácnosti hodnotili na vizuální analogové stupnici intenzitu bolesti v průměru hodnotou 4,87 a v domově pro seniory hodnotou 5,90.

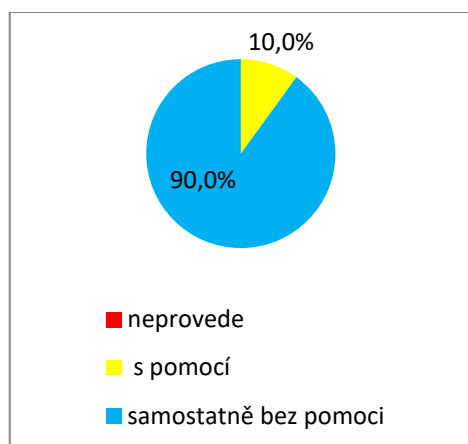
Graf č. 12. Průměr VAS dle místa bydlení



Zdroj: Vlastní výzkum

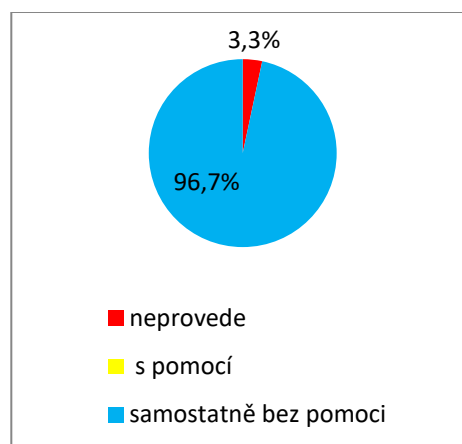
První otázka v dotazníku se týkala soběstačnosti při **najedení a napití**. Na grafu je uvedeno, že 29 (96,7 %) seniorů bydlících v domově pro seniory (DS) je schopno se najíst a napít bez pomoci a 1 (3,3 %) neprovede tuto činnost. 27 (90 %) seniorů ve vlastní domácnosti (VD) provede činnost bez pomoci a 3 (10 %) provedou najedení a napití s pomocí (grafy č. 13 a 14).

Graf č. 13. Najedení, napití – VD



Zdroj: Vlastní výzkum

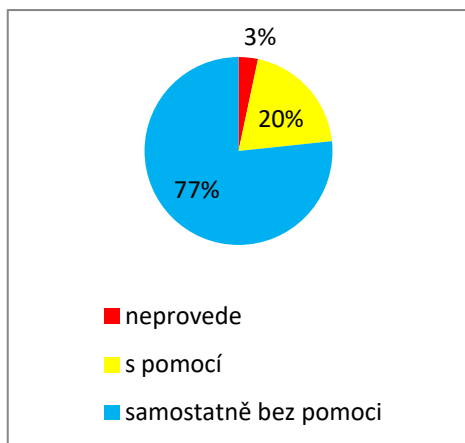
Graf č. 14. Najedení, napití – DS



Zdroj: Vlastní výzkum

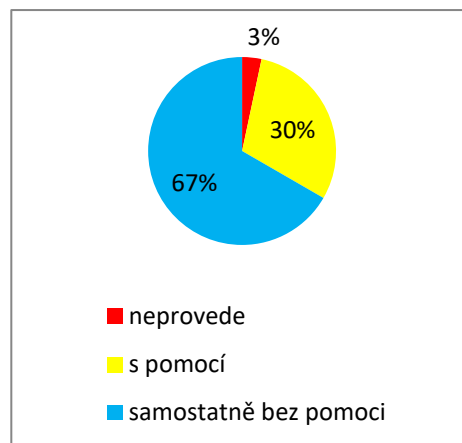
Druhou otázkou v pořadí bylo **oblékání**. 23 (77 %) respondentů (více než tři čtvrtiny) ve vlastní domácnosti (VD) je zcela samostatných, 6 (20%) potřebuje pomoc s oblékáním a 1 (3 %) neprovede tuto činnost. Jenom 1 (3 %) respondent v domově pro seniory (DS) vůbec neprovede oblékání, 9 (30 %) respondentů potřebuje dopomoc a 20 (67 %) seniorů se oblékne samostatně (grafy č. 16 a 17).

Graf č. 15. Oblékání - VD



Zdroj: Vlastní výzkum

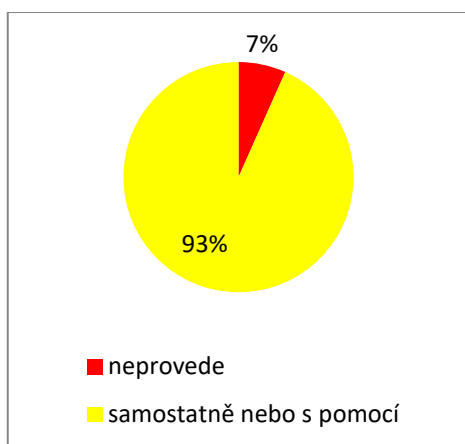
Graf č. 16. Oblékání – DS



Zdroj: Vlastní výzkum

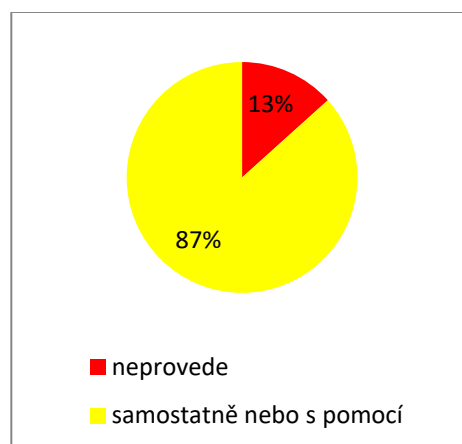
Koupání bylo třetí otázkou. Pouze 4 (13 %) senioři v domově pro seniory (DS) neprovedou koupání samostatně a 26 (87 %) potřebuje pomoc nebo provede koupání samostatně. Senioři ve vlastní domácnosti (VD) provedou koupání samostatně ve 28 (93 %) případech a 2 (7 %) respondenti tuto činnost neprovedou (grafy č. 17 a 18).

Graf č. 17. Koupání – VD



Zdroj: Vlastní výzkum

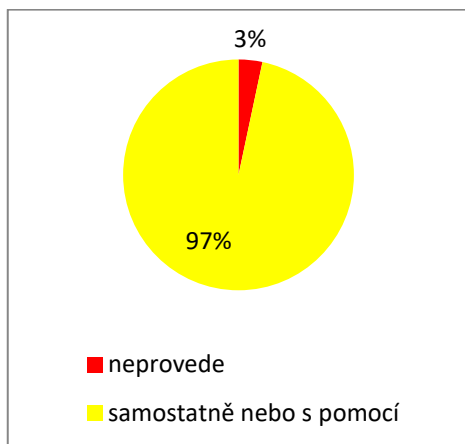
Graf č. 18. Koupání – DS



Zdroj: Vlastní výzkum

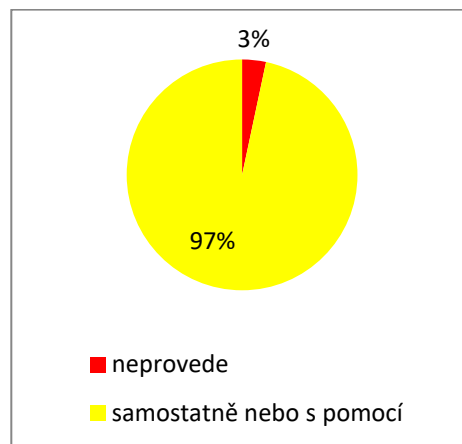
Je zajímavé, že v této otázce byl výsledek zcela stejný. Jak v domově pro seniory (DS), tak ve vlastní domácnosti (VD) s pomocí anebo samostatně vykoná **osobní hygienu** 58 (97 %) seniorů a 2 (3 %) senioři činnost neprovedou (grafy č. 19 a 20).

Graf č. 19. Osobní hygiena – VD



Zdroj: Vlastní výzkum

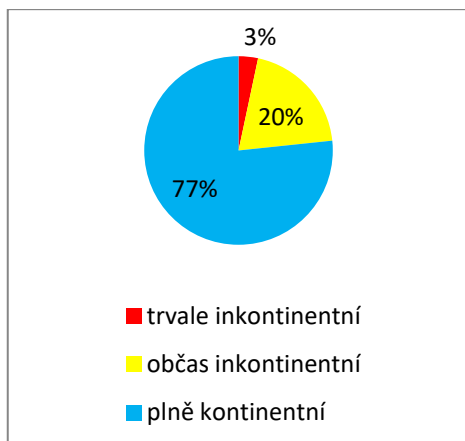
Graf č. 20. Osobní hygiena – DS



Zdroj: Vlastní výzkum

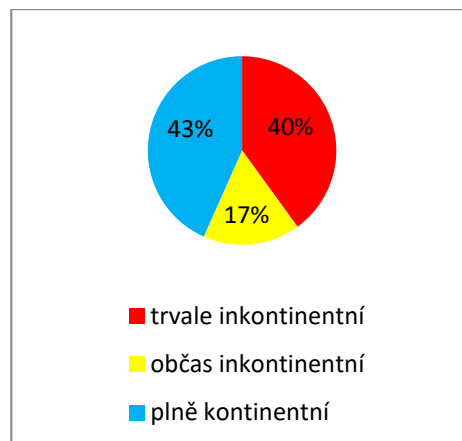
Na grafech č. 21 a 22 můžeme vidět, že senioři ve vlastní domácnosti (VD) jsou pouze v 1 (3 %) případě trvale **inkontinentní**, naproti tomu v domovech pro seniory (DS) je 12 (40 %) trvale inkontinentních. Pouze 5 (17 %) seniorů je občas inkontinentních a 13 (43 %) plně kontinentních v domově pro seniory. Ve vlastní domácnosti je 6 (20 %) seniorů občas inkontinentních a 23 (77 %) plně kontinentních (grafy č. 21 a 22).

Graf č. 21 Kontinence moči – VD



Zdroj: Vlastní výzkum

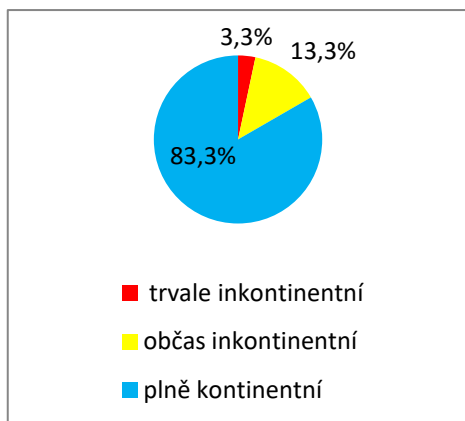
Graf č. 22. Kontinence moči - DS



Zdroj: Vlastní výzkum

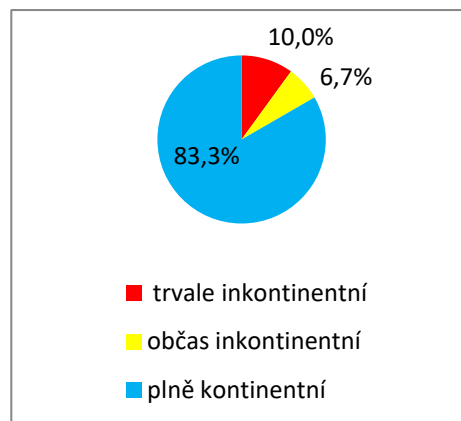
Graf č. 23 a 24 zobrazuje **kontinenci stolice**. Ve vlastní domácnosti (VD) můžeme vidět, že plně kontinentních je 25 (83,3 %), občas inkontinentních jsou 4 (13,3 %) a 1 (3,3 %) je trvale inkontinentní. U druhé skupiny (DS) graf ukazuje, že plně kontinentních je stejně jako ve skupině první, tedy 25 (83,3 %), 2 (6,7 %) jsou občas inkontinentní a 3 (10 %) jsou trvale inkontinentní (grafy č. 23 a 24).

Graf č. 23. Kontinence stolice – VD



Zdroj: Vlastní výzkum

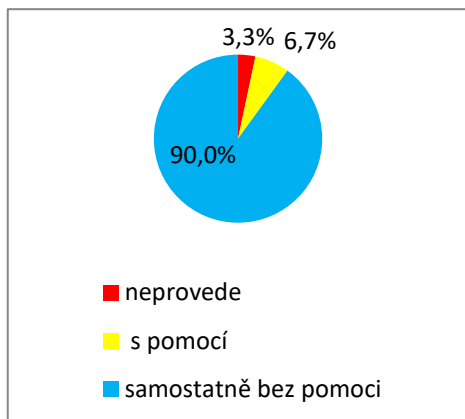
Graf č. 24. Kontinence stolice – DS



Zdroj: Vlastní výzkum

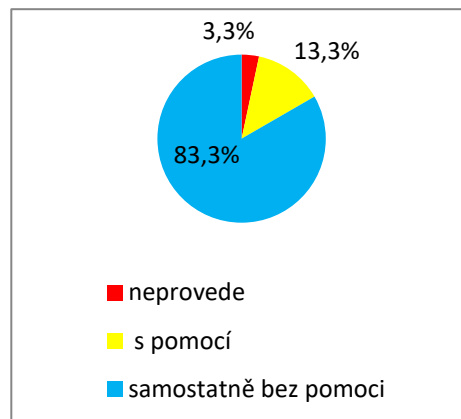
Sedmá otázka se zabývá soběstačností při **použití WC**. Senioři ve vlastní domácnosti (VD) neprovedou tuto činnost v 1 (3,3 %) případě, s pomocí 2 (6,7 %), 27 (90 %) použije WC samostatně bez pomoci. Druhý graf nám ukazuje, že 1 (3,3 %) senior v domově pro seniory (DS) neprovede činnost, s pomocí ji provedou 4 (13,3 %) a samostatně použije WC 25 (83,3 %) (grafy č. 25 a 26).

Graf č. 25. Použití WC – VD



Zdroj: Vlastní výzkum

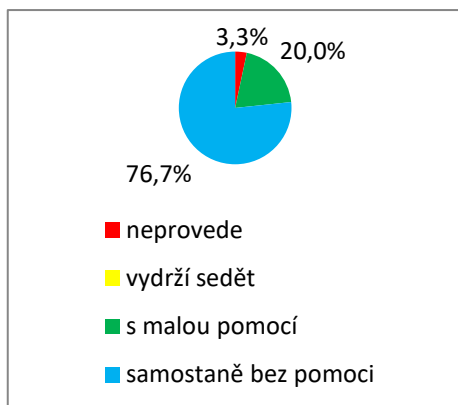
Graf č. 26. Použití WC – DS



Zdroj: Vlastní výzkum

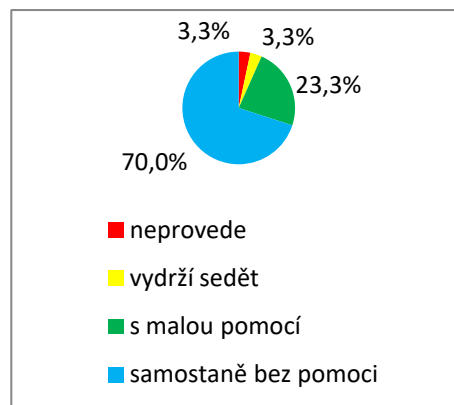
Přesun z lůžka na židli je další otázkou. V domově pro seniory (DS) se samostatně bez pomoci přesune z lůžka na židli 21 (70 %) seniorů, s malou pomocí 7 (23,3 %), vydrží sedět 1 (3,3 %) a 1 (3,3 %) respondent tuto činnost neprovede. Ve vlastní domácnosti (VD) 23 (76,7 %) zvládne tuto činnost bez pomoci, 6 (20 %) s malou pomocí a neprovede ji 1 (3,3 %) senior (grafy č. 27 a 28).

Graf č. 27. Přesun lůžko-židle-VD



Zdroj: Vlastní výzkum

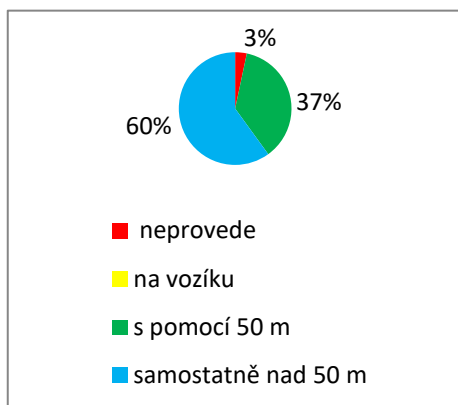
Graf č. 28. Přesun lůžko-židle-DS



Zdroj: Vlastní výzkum

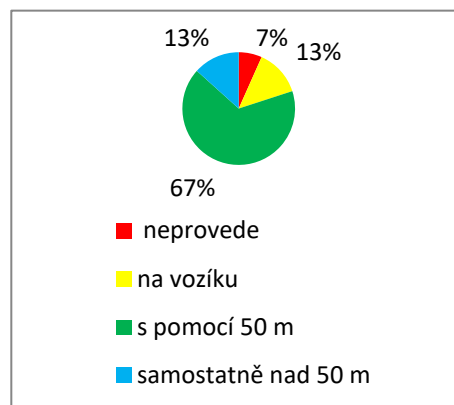
Samostatně více než 50 metrů vzdálenosti je schopno ujít 18 (60 %) seniorů žijících ve vlastní domácnosti (VD) a 4 (13 %) senioři, kteří žijí v domově pro seniory (DS). Ve vlastní domácnosti **chůze po rovině** s pomocí zvládne 11(37 %) seniorů a 20 (67 %) v domově pro seniory. Jen 4 (13 %) senioři v domově pro seniory používají vozík. Tuto činnost neprovede 1 (3 %) senior ve vlastní domácnosti a 2 (7 %) v domově pro seniory (grafy č. 29 a 30).

Graf č. 29. Chůze po rovině – VD



Zdroj: Vlastní výzkum

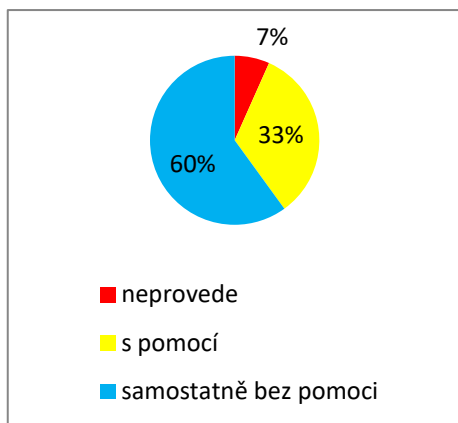
Graf č. 30. Chůze po rovině – DS



Zdroj: Vlastní výzkum

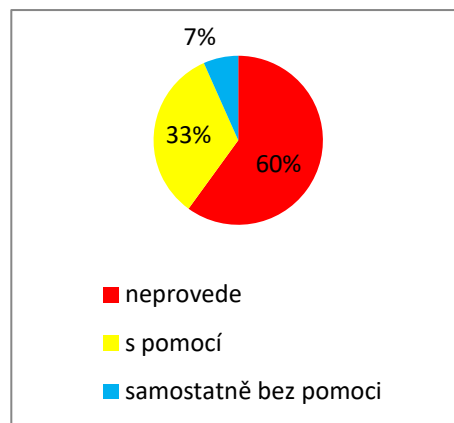
Poslední desátou otázkou ve skupině ADL je **chůze po schodech**. Senioři ve vlastní domácnosti (VD) jsou schopni jít samostatně bez pomoci po schodech v 18 (60 %) případech a 2 (7 %) tuto činnost neprovedou, naproti tomu 18 (60 %) seniorů v domově pro seniory (DS) neprovede chůzi po schodech a samostatně bez pomoci ji provedou 2 (7 %) (grafy č. 31 a 32).

Graf č. 31. Chůze po schodech – VD



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 32. Chůze po schodech – DS.

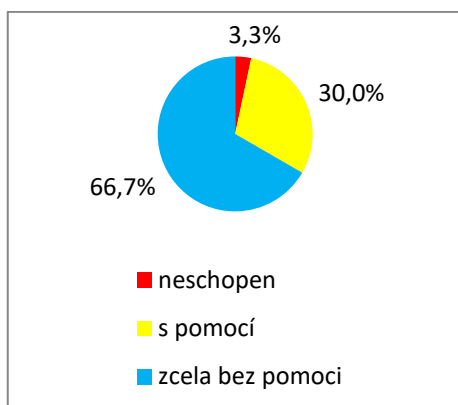


Zdroj: Vlastní výzkum

Další grafy se zabývají výstupy z dotazníku IADL.

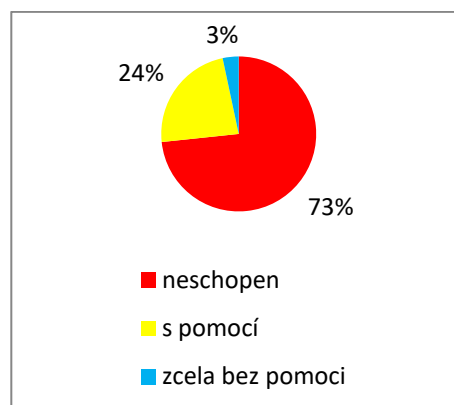
Na grafech č. 33 a č. 34 lze vyčíst, že 22 (73 %) seniorů v domově pro seniory (DS) není schopno **jízdy dopravním prostředkem**, s pomocí 7 (24 %) a schopen zcela bez pomoci pouze 1 (3 %). Ve vlastních domácnostech (VD) jsou senioři schopni zcela bez pomoci jízdy dopravním prostředkem ve 20 (66,7 %) případech, s pomocí 9 (30 %) a není schopen 1 (3,3 %) (grafy č. 33 a 34).

Graf č. 33. Jízda dopr. prostř. – VD



Zdroj: Vlastní výzkum

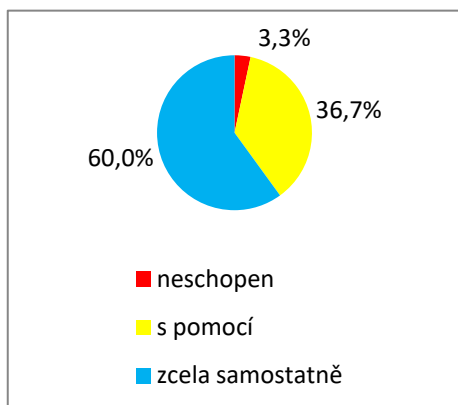
Graf č. 34. Jízda dopr. prostř. - DS



Zdroj: Vlastní výzkum

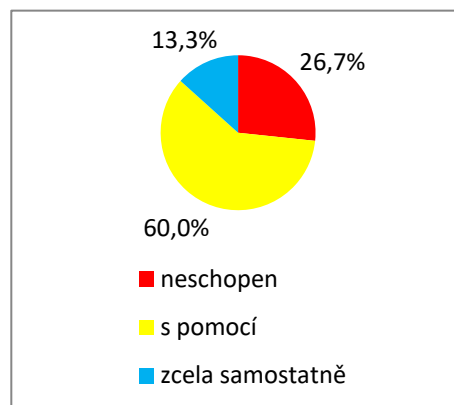
Druhá otázka z dotazníku IADL se týká samostatnosti při **nákupu potravin**. Respondenti bydlící ve vlastní domácnosti (VD) si nakupují potraviny v 18 (60 %) případech zcela samostatně, pomoc potřebuje 11 (36,7 %) seniorů a neschopen nakoupit potraviny je pouze 1 (3,3 %) dotazovaný. Pouze 4 (13,3 %) senioři, kteří bydlí v domově pro seniory (DS), si nakupují potraviny zcela samostatně, s pomocí 18 (60 %) a neschopno této činnosti je 8 (26,7 %) respondentů (grafy č. 35 a 36).

Graf č. 35. Nákup potravin – VD



Zdroj: Vlastní výzkum

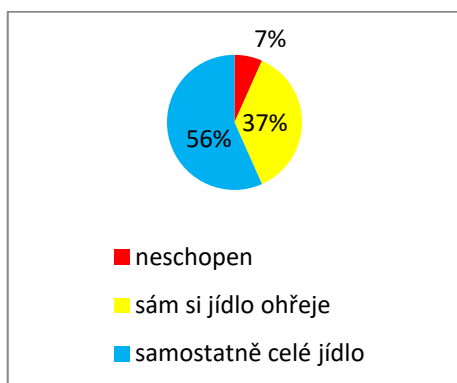
Graf č. 36. Nákup potravin – DS



Zdroj: Vlastní výzkum

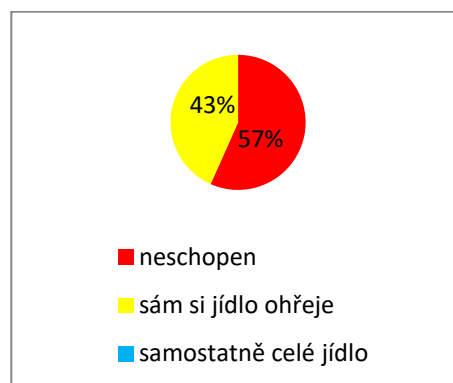
Pokud srovnáváme obě skupiny, můžeme na grafech č. 37 a 38 vidět, že senioři v domově pro seniory (DS) si nejsou schopni **uvařit samostatně celé jídlo** a 17 (57 %) ve vlastní domácnosti (VD) si uvaří celé jídlo samostatně. Ve vlastní domácnosti si jídlo ohřeje samostatně 11 (36 %) seniorů a 13 (43 %) v domově pro seniory. Uvařit si jídlo ve vlastní domácnosti nejsou schopni 2 (7 %) senioři, v domově pro seniory je to 17 (57 %) respondentů (grafy č. 37 a 38).

Graf č. 37. Uvaření – VD



Zdroj: Vlastní výzkum

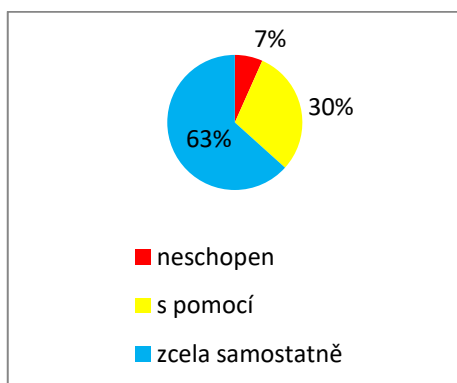
Graf č. 38. Uvaření – DS



Zdroj: Vlastní výzkum

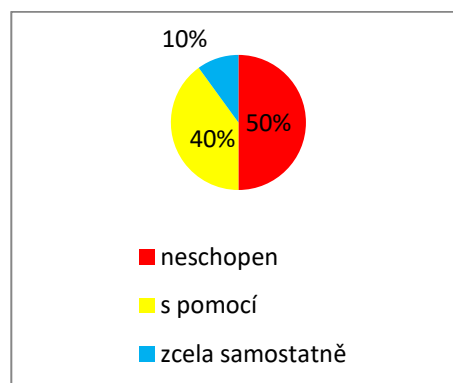
V domově pro seniory (DS) není 15 (50 %) respondentů schopno **vykonávat domácí práce**, s pomocí je vykoná 12 (40 %) a zcela samostatně provedou tuto činnost pouze 3 (10 %) senioři. Více než polovina, tedy 19 (63 %), respondentů ve vlastní domácnosti (VD) vykoná domácí práce zcela samostatně, s pomocí 9 (30 %) a 2 (7 %) nevykonají domácí práce vůbec (grafy č. 39 a 40).

Graf č. 39. Domácí práce – VD



Zdroj: Vlastní výzkum

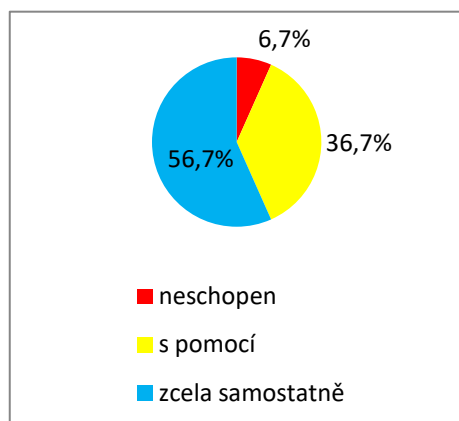
Graf č. 40. Domácí práce – DS



Zdroj: Vlastní výzkum

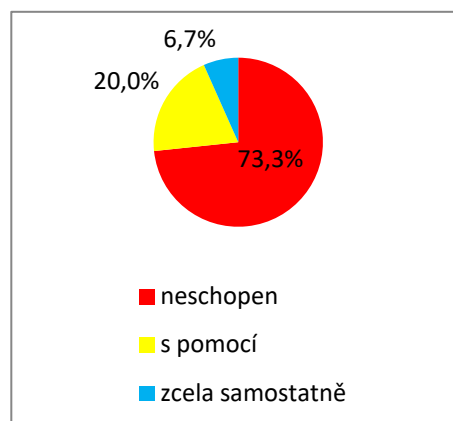
Soběstačnost při **vyprání osobního prádla** ve vlastní domácnosti (VD) je následující: 17 (56,7 %) seniorů si vypere osobní prádlo zcela samostatně, pomoc k této činnosti potřebuje 11 (36,7 %) seniorů a 2 (6,7 %) si nevyprou osobní prádlo. V domově pro seniory (DS) si není schopno vyprat osobní prádlo 22 (73,3 %), s pomocí si vypere 6 (20 %) a zcela samostatně si vyprou osobní prádlo 2 (6,7 %) (grafy č. 41 a 42).

Graf č. 41. Vyprání osob. prádla – VD



Zdroj: Vlastní výzkum

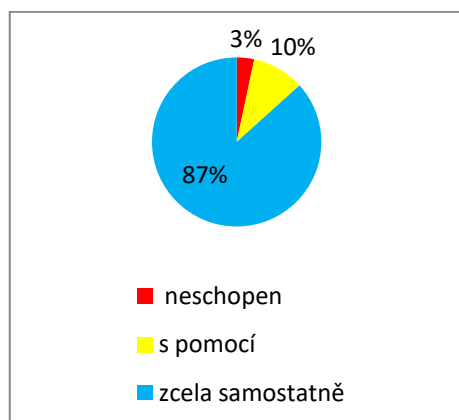
Graf č. 42. Vyprání osob. prádla – DS



Zdroj: Vlastní výzkum

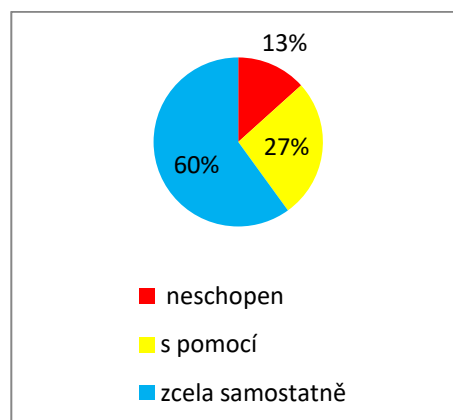
Z grafů, které se týkají **telefonování**, je patrné, že ve vlastní domácnosti (VD) zcela samostatně telefonuje 26 (87 %) seniorů, v domově pro seniory 18 (60 %). Pomoc při telefonování potřebují 3 (10 %) seniři ve vlastní domácnosti a 8 (27 %) v domově pro seniory. Pouze 1 (3 %) ve vlastní domácnosti (VD) a 4 (13 %) v domově pro seniory nejsou schopni telefonovat vůbec (grafy č. 43 a 44).

Graf č. 43. Telefonování – VD



Zdroj: Vlastní výzkum

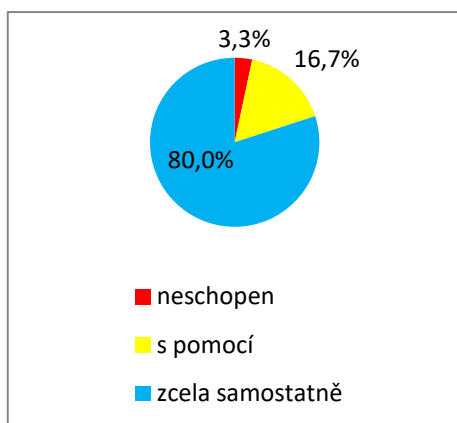
Graf č. 44. Telefonování – DS



Zdroj: Vlastní výzkum

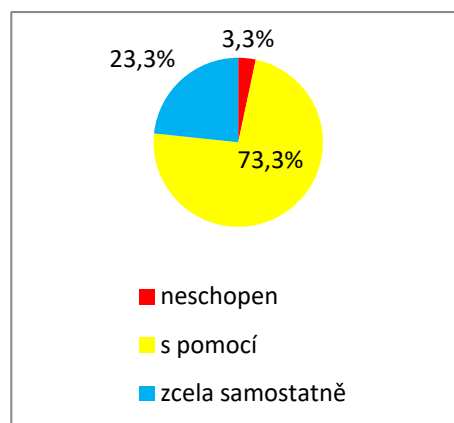
Další otázkou byla soběstačnost při **užívání léků**. Z grafu je zjevné, že více soběstační jsou senioři žijící ve vlastní domácnosti (VD), a to ve 24 (80 %) případech, v domově pro seniory je to 7 (23,3 %). Pomoc ostatních při užívání léků potřebuje 22 (73,3 %) seniorů v domově pro seniory (DS) a ve vlastní domácnosti 5 (16,7 %). Při užívání léků je neschopen 1 (3,3 %) senior v obou skupinách (grafy č. 45 a 46).

Graf č. 45. Užívání léků – VD



Zdroj: Vlastní výzkum

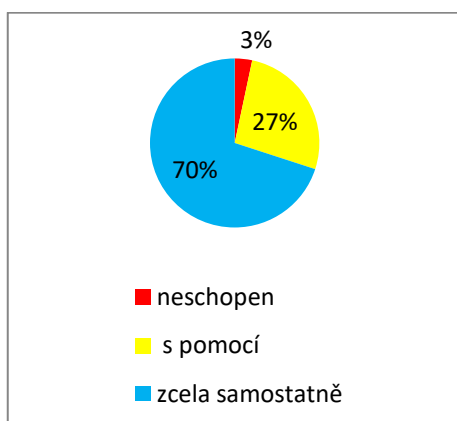
Graf č. 46. Užívání léků – DS



Zdroj: Vlastní výzkum

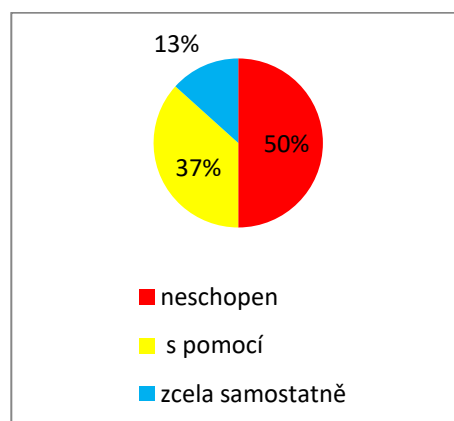
Poslední otázkou u hodnocení IADL bylo **odesílání peněz na poště nebo zacházení s kartou**. V této činnosti jsou zcela samostatní 4 (13 %) senioři v domově pro seniory (DS), pomoc potřebuje 11 (37 %) a nezvládne ji 15 (50 %) respondentů. 21 (70 %) seniorů žijících ve vlastní domácnosti (VD) je zcela samostatných, 8 (27 %) potřebuje pomoc a tuto činnost nezvládne 1 (3 %) senior (grafy č. 47 a 48).

Graf č. 47. Odesílání peněz - VD



Zdroj: Vlastní výzkum

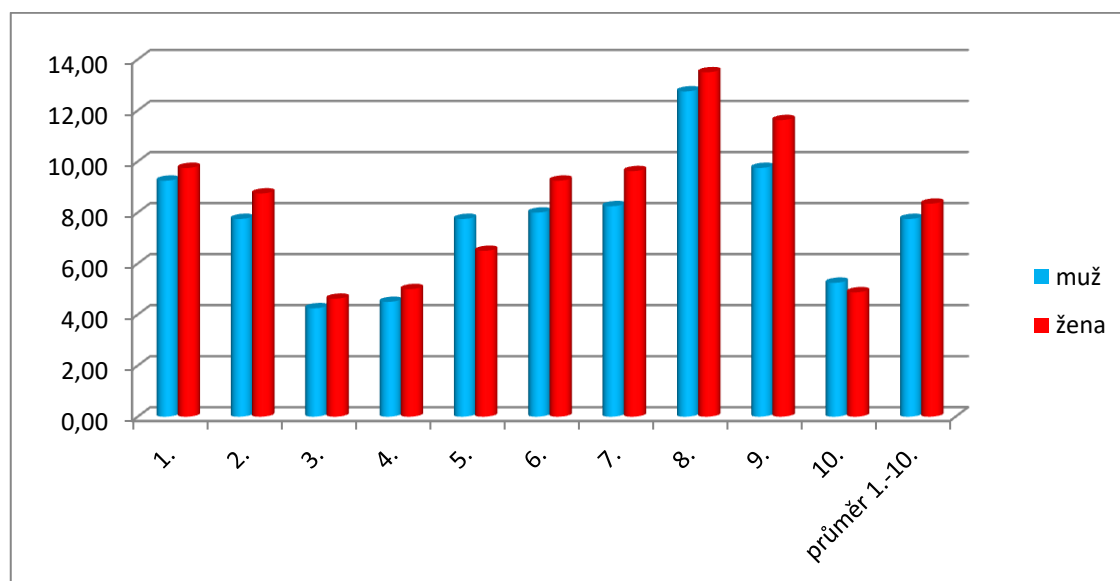
Graf č. 48. Odesílání peněz - DS



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu číslo 49 (Struktura souboru dle průměrného ADL a dle pohlaví) je patrné, že ženy dosahují vyšší průměrné hodnoty 8,35 bodu a muži 7,75 bodu. V 1. otázce **Najedení a napití** ženy dosahovaly v průměru 9,75 a muži 9,25 bodu. Ve 2. otázce **Oblékání** byla průměrná hodnota pro ženy 8,7 a pro muže 7,75. Ve 3. otázce **Koupání** byl vyšší průměr u žen 4,63 a u mužů to bylo 4,25. Pro 4. otázku **Osobní hygiena** vyšlo také průměrné bodové skóre nižší pro muže 4,50 a pro ženy 5. U 5. otázky **Kontinence moči** bylo bodové skóre vyšší pro muže 7,75 a pro ženy 6,50. 6. otázka se týkala **Kontinence stolice** a zde bylo skóre u mužů 8 a u žen 9,25. 7. otázka byla **Použití WC**, zde měly ženy skóre 9,63 a muži 8,25. U 8. otázky **Přesun z lůžka na židli** bylo nižší skóre u mužů 12,75 a u žen 13,50. V předposlední 9. otázce **Chůze po rovině** dosáhly ženy v průměru bodového skóre 11,63 a muži 9,75. **Chůze po schodech** byla 10. otázkou a pro ženy bylo bodové skóre 4,88 a pro muže 5,25 (graf č. 49).

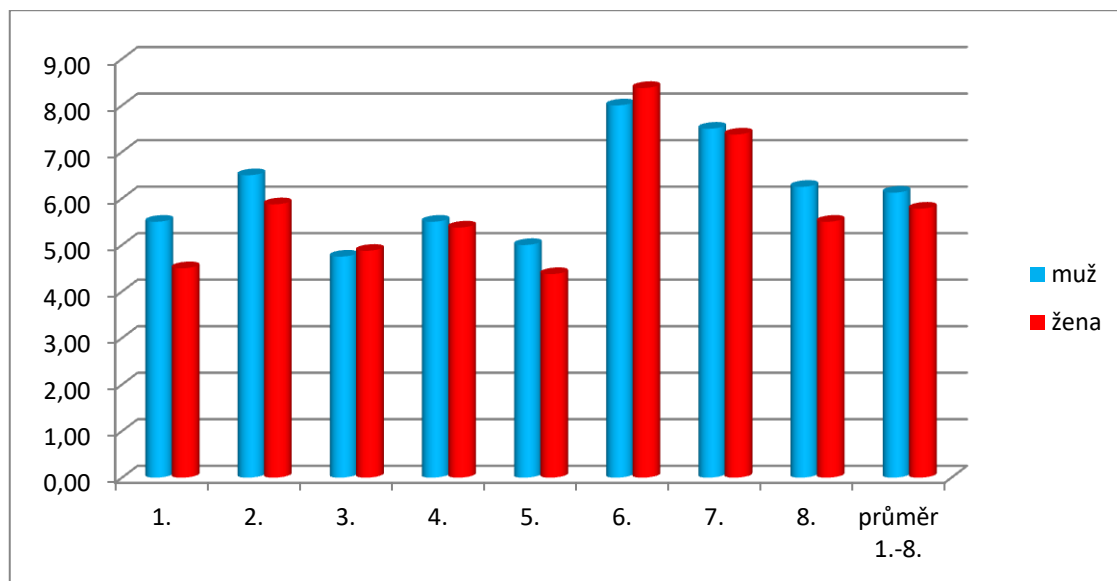
Graf č. 49. Struktura souboru dle průměrného ADL a dle pohlaví



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 50 (Struktura souboru dle průměrného IADL a dle pohlaví) zobrazuje, že muži dosahují vyššího průměrného bodového skóre než ženy, tedy 6,13 a ženy 5,78. 1. otázka byla **Jízda dopravním prostředkem**, muži dosahovali průměrného skóre 5,50 a ženy 4,50. U druhé otázky **Nákup potravin** bylo vyšší skóre u mužů 6,50 a u žen 5,88. V otázce **Uvaření samostatně celého jídla** byla hodnota průměrně nižší u mužů 4,75 a u žen byla 4,88. **Domácí práce** byla 4. otázka, zde muži dosahovali průměrně skóre 5,50 a ženy 5,38. V 5. otázce **Vyprání osobního prádla** byla také v průměru vyšší hodnota u mužů 5 a u žen 4,38. U 6. otázky **Telefonování** měly ženy průměrně vyšší bodové skóre 8,38 a muži měli průměrně skóre 8. 7. otázka **Užívání léků** vykazovala v průměru vyšší hodnoty u mužů 7,50 a u žen 7,38. Poslední otázka č. 8 **Odesílání peněz na poště nebo zacházení s kartou** měla průměrné bodové skóre u mužů 6,25 a u žen 5,50.

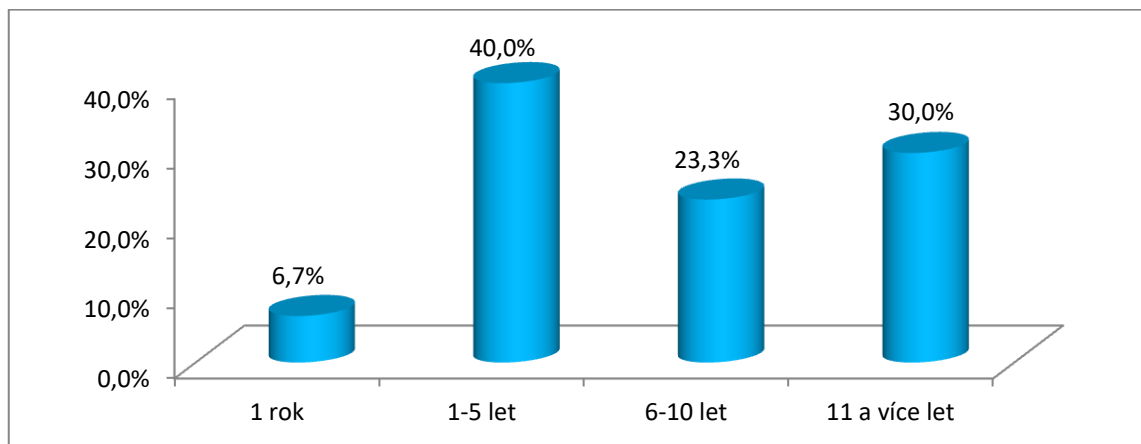
Graf č. 50 Struktura souboru dle průměrného IADL a dle pohlaví



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 51 lze vyčíst, že 9 (30 %) seniorů bydlí v domově pro seniory 11 a více let. 6 – 10 let zde bydlí 7 (23,3 %) seniorů, největší část seniorů 12 (40 %) zde pobývá 1 – 5 let a 2 (6,7 %) seniori lze bydlí 1 rok.

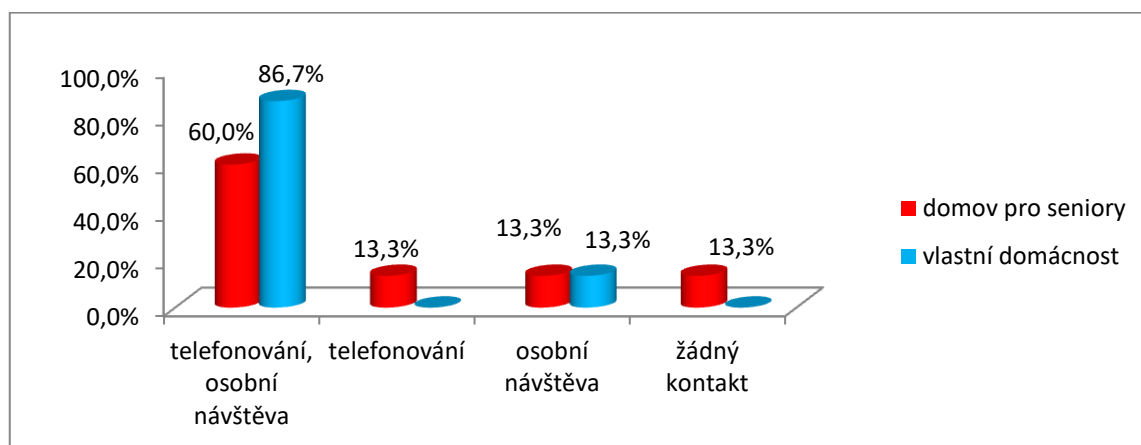
Graf č. 51. Délka pobytu v domově pro seniory



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 52 vyplývá, že seniory, kteří bydlí ve vlastní domácnosti, **navštěvuje rodina** a známí a udržuje s nimi **i telefonní kontakt** ve 26 případech (86,7 %), **pouze osobní návštěvu** uvádí 4 (13,3 %) a stejně tak seniori v DS. **Osobní kontakt a telefonování** pro seniory žijící v domově pro seniory vykazuje také vysokou hodnotu 18 (60 %), **pouze telefonní kontakt** mají seniori ve 4 (13,3 %) případech a dokonce **žádný kontakt** neudržují 4 (13,3 %) seniori (graf č. 52).

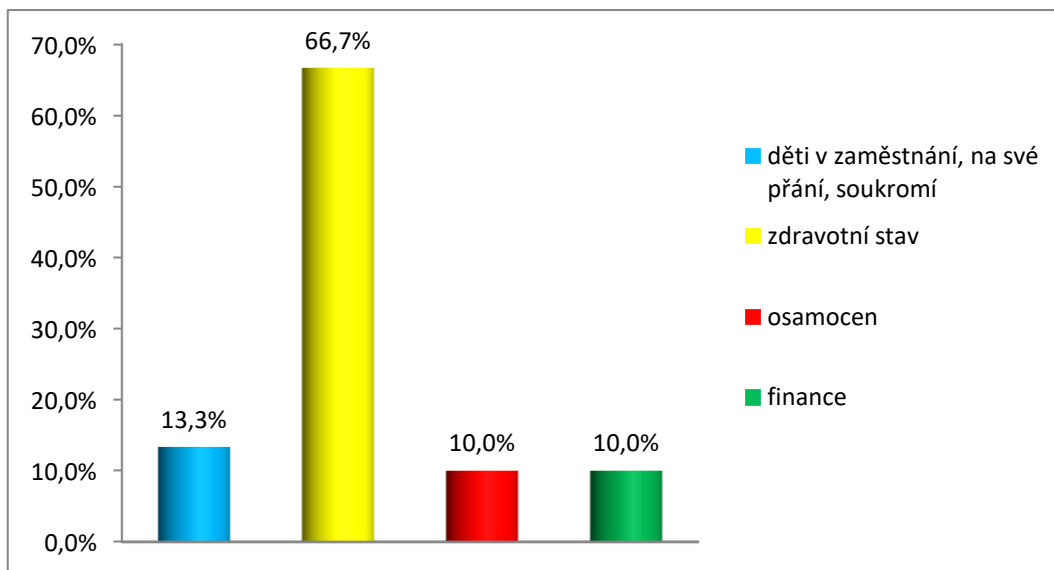
Graf č. 52. Odpovědi seniorů na otázku týkající se sociálních kontaktů



Zdroj: Vlastní výzkum

Další otázkou bylo, jaký byl **důvod pro bydlení** v domově seniorů. Nejčastější odpovědí byl u 20 (67 %) seniorů zdravotní stav. Dalším důvodem bylo, že jejich děti ještě pracují nebo senioři vyhledávali soukromí, u 4 (13 %) to bylo jejich přání. V dalších odpovědích uváděli, že zůstali sami, nebo měli finanční důvody. Na každou tuto odpověď odpověděli 3 senioři (10 %) (graf č. 53).

Graf č. 53 Důvod bydlení v domově pro seniory

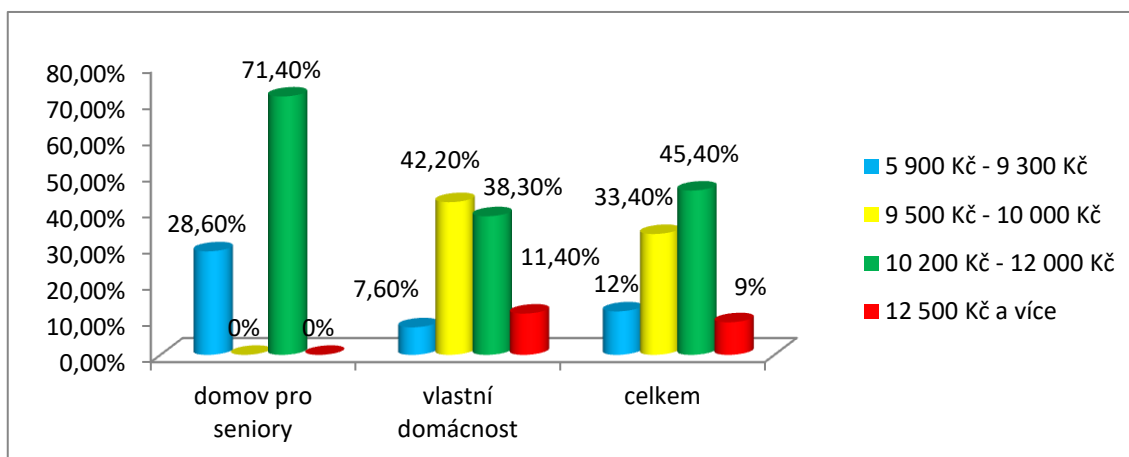


Zdroj: Vlastní výzkum

Pouze 7 (100 % pro graf 54) seniorů v domově pro seniory sdělilo **výši starobního důchodu**. Na grafu je vidět, že senioři žijící v domově pro seniory mají v 5 (71,4 %) případech výši starobního důchodu v rozmezí 10 200 Kč až 12 000 Kč a 2 (28,6 %) senioři mají starobní důchod od 5 900 Kč do 9 300 Kč.

Ve vlastní domácnosti sdělilo 26 (100 % pro graf 54) seniorů výši starobního důchodu. Ve vlastní domácnosti mají 2 (7,6 %) senioři starobní důchod 5 900 Kč až 9 300 Kč. V 11 (42,2 %) případech je výše starobního důchodu v rozmezí od 9 500 Kč do 10 000 Kč, 10 seniorů (38,3 %) má 10 200 Kč až 12 000 Kč a 3 (11,4 %) mají 12 500 Kč a více (graf č. 54).

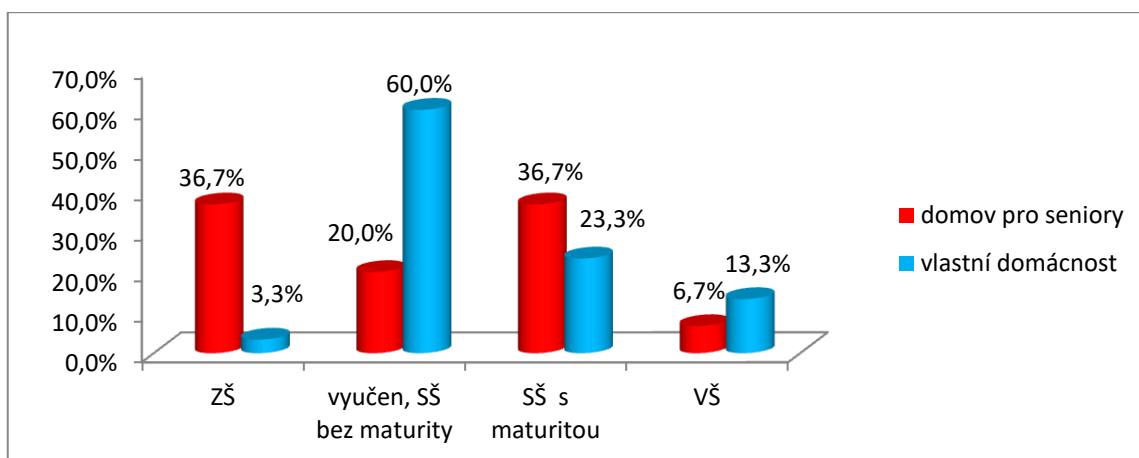
Graf č. 54. Výše starobního důchodu



Zdroj: Vlastní výzkum

Na grafu č. 55 je zobrazeno srovnání **vzdělání** v domově pro seniory a ve vlastní domácnosti. Jako nejvyšší dokončené vzdělání má základní školu (ZŠ) v domově pro seniory 11 seniorů (36,7 %) a ve vlastní domácnosti 1 (3,3 %) senior. Vyučení nebo střední školu (SŠ) bez maturity má nejvíce osob ve vlastní domácnosti - 18 (60 %), zatímco v domově pro seniory se tento typ vzdělání řadí na třetí místo u 6 (20 %) osob. Střední školu (SŠ) s maturitou jako nejvyšší dosažené vzdělání má 11 (36,7 %) osob v domově pro seniory a 7 (23,3 %) ve vlastní domácnosti. Vysokoškolské vzdělání má nejméně dotazovaných, ve vlastní domácnosti mají vysokou školu 4 (13,3 %) a v domově pro seniory 2 (6,7 %) respondenti (graf č. 55).

Graf č. 55. Struktura souboru dle vzdělání seniorů



Zdroj: Vlastní výzkum

4.1 Testování hypotéz

H₀₁: Existují signifikantní rozdíly ve vnímání vlastního zdraví dle pohlaví.

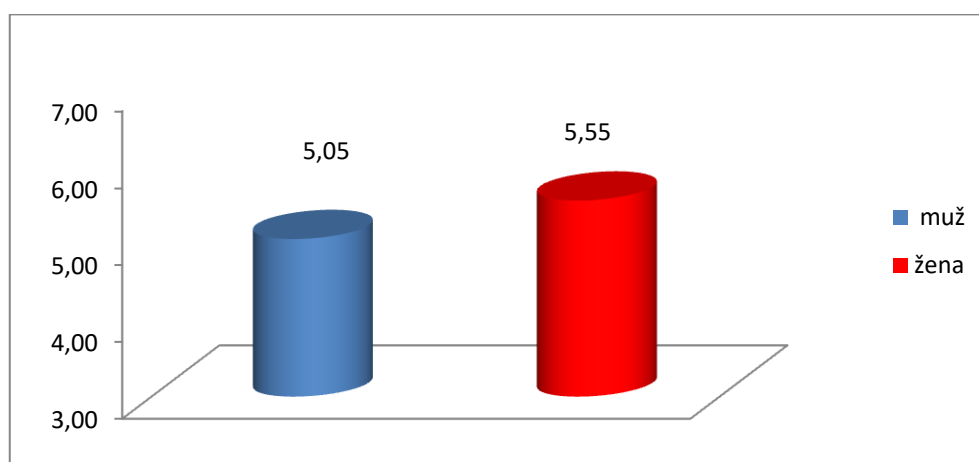
Nulová hypotéza testu je, že data pocházejí ze stejného rozdělení, alternativou, že pocházejí z různých rozdělení. Test byl proveden na hladině významnosti $\alpha = 5\%$, tj. pravděpodobnost, že neoprávněně zamítneme nulovou hypotézu, je 5%. V testu jsme porovnávali hodnoty koeficientu VAS pro ženy a muže. Níže je uveden výsledek testu. P-hodnota testu je 0,289 (tabulka č. 2). Protože je p-hodnota vyšší než hladina významnosti, nezamítáme nulovou hypotézu, tj. **nelze prokázat, že rozdíly ve vnímání vlastního zdraví závisí na pohlaví**. Graf. č. 56 zobrazuje průměrnou hodnotu VAS u mužů (5,05) a žen (5,55).

Tabulka č. 2 Hodnoty koeficientů VAS dle pohlaví

	VAS
Mann-Whitney U	332,500
Wilcoxon W	542,500
Z	-1,074
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,283
Exact Sig. (2-tailed)	0,289
Exact Sig. (1-tailed)	0,145
Point Probability	0,003

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 56. Průměr VAS dle pohlaví



Zdroj: Vlastní výzkum

H₀₂: Existují signifikantní rozdíly ve vnímání vlastního zdraví dle místa bydlení.

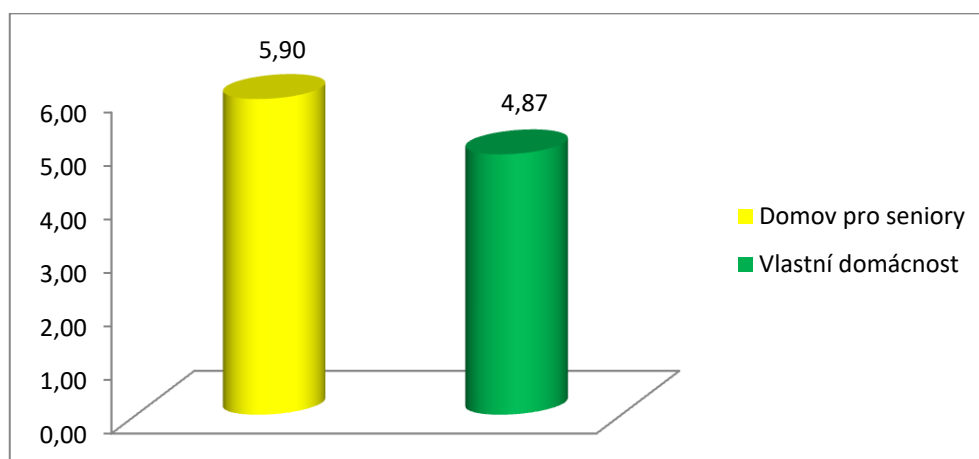
Dále byla testována hypotéza, že rozdíly ve vnímání zdraví závisejí na místě bydlení. Vypočtená p-hodnota testu je 0,018 (tabulka č. 3), v tomto případě tedy na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$ zamítáme nulovou hypotézu, tj. **prokázali jsme, že vnímání vlastního zdraví výrazně závisí na tom, zda daná osoba bydlí v domově pro seniory či ve vlastní domácnosti.** Graf č. 57 zobrazuje průměrnou intenzitu bolesti v domově pro seniory (5,90) a ve vlastní domácnosti (4,87).

Tabulka č. 3 Rozdíly ve vnímání zdraví dle místa bydlení

	VAS
Mann-Whitney U	292,500
Wilcoxon W	757,500
Z	-2,362
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,018
Exact Sig. (2-tailed)	0,018
Exact Sig. (1-tailed)	0,009
Point Probability	0,000

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 57 Průměr VAS dle místa bydlení



Zdroj: Vlastní výzkum

H₀₃: Fyzická soběstačnost se liší v závislosti na pohlaví.

Jako třetí byla testována hypotéza, že fyzická soběstačnost se liší v závislosti na pohlaví. Fyzická soběstačnost byla posuzována podle průměrných hodnot ukazatelů ADL a IADL (grafy č. 58. a 59), data byla rozdělena podle pohlaví. V případě ukazatele ADL je p-hodnota našeho testu 0,871, v případě IADL je 0,624 (tabulka č. 4). **Neprokázali jsme tedy, že by se fyzická soběstačnost výrazně lišila u různých pohlaví.**

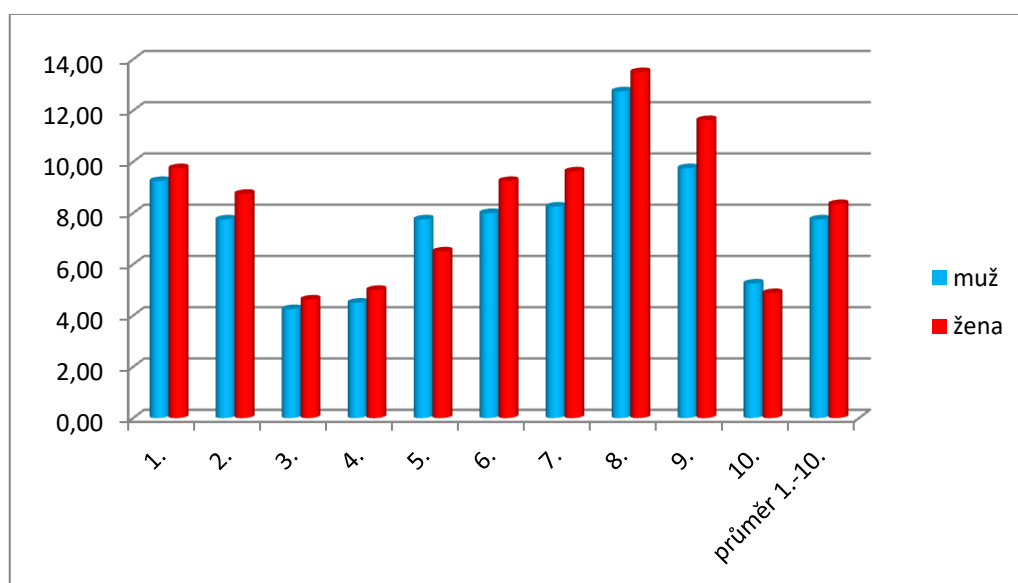
Testy jsme provedli i pro jednotlivé odpovědi na otázky. Nejnižší p-hodnota byla u odpovědi týkající se soběstačnosti při použití WC – 0,065 (viz Příloha č. 7). I tak se ale jedná o hodnotu vyšší, než hladina významnosti. Statisticky významné rozdíly tedy nalezeny nebyly.

Tabulka č. 4. Fyzická soběstačnost dle pohlaví

	ADL	IADL
Mann-Whitney U	389,500	368,500
Wilcoxon W	1209,500	1188,500
Z	-0,167	-0,498
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,867	0,618
Exact Sig. (2-tailed)	0,871	0,624
Exact Sig. (1-tailed)	0,436	0,312
Point Probability	0,003	0,003

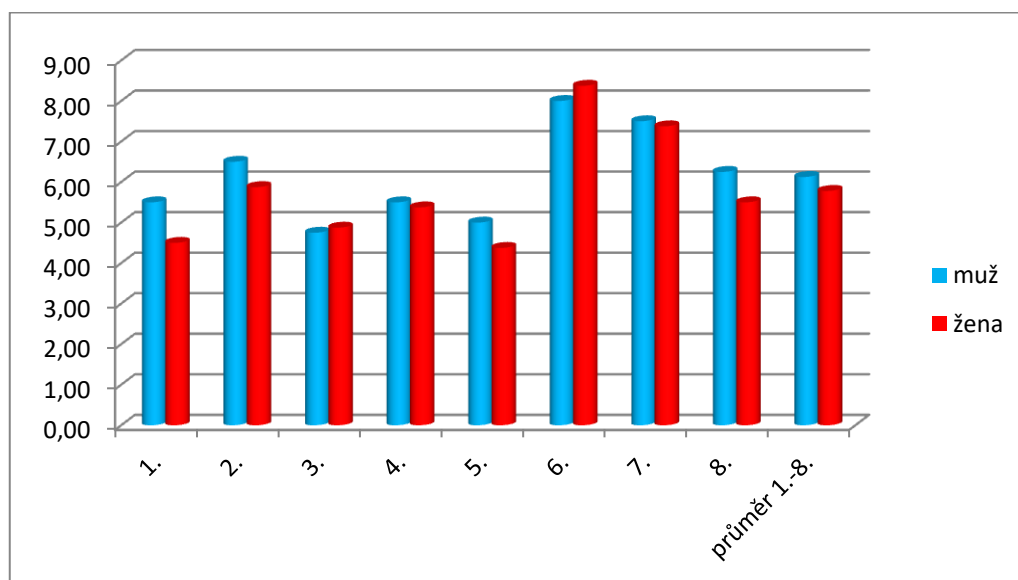
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 58. Struktura souboru dle průměrného ADL a dle pohlaví



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 59 Struktura souboru dle průměrného IADL a dle pohlaví



Zdroj: Vlastní výzkum

H₀₄: Fyzická soběstačnost se liší v závislosti na místě bydlení.

Další ověřovaná hypotéza se týká soběstačnosti v závislosti na místě bydlení. Byl proveden test pro průměrné hodnoty obou ukazatelů (grafy č. 60 a 61). Nyní je v případě obou ukazatelů p-hodnoty Mann-Whitneyových testů p-hodnota testu menší než 0,01 (Tabulka č. 5), na námi zvolené hladině významnosti 5 % nulové hypotézy zamítáme.

Byla prokázána existence statisticky významného rozdílu mez soběstačností osob žijících v domácnosti a v domově pro seniory.

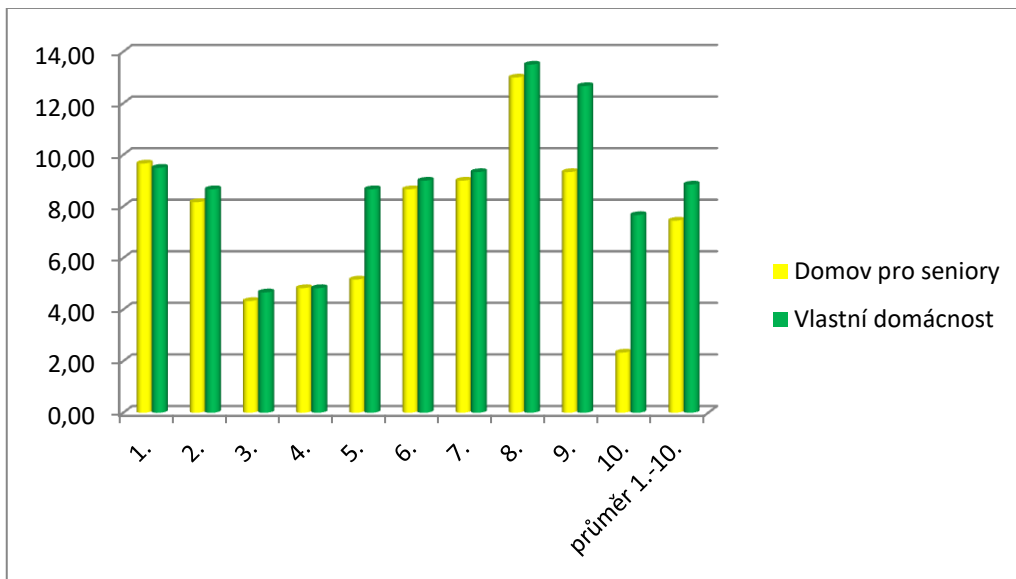
Provedeme-li analýzu pro jednotlivé odpovědi, pak v případě ADL detekujeme statisticky významné rozdíly pro kontinenci moči, chůzi po rovině a chůzi po schodech (Příloha č. 8). V případě ukazatele IADL jsou statisticky významné rozdíly u všech odpovědí (stále na hladině významnosti 5 %).

Tabulka č. 5 Fyzická soběstačnost dle místa bydlení

	ADL	IADL
Mann-Whitney U	200,500	74,500
Wilcoxon W	665,500	539,500
Z	-3,742	-5,599
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,000	0,000
Exact Sig. (2-tailed)	0,000	0,000
Exact Sig. (1-tailed)	0,000	0,000
Point Probability	0,000	0,000

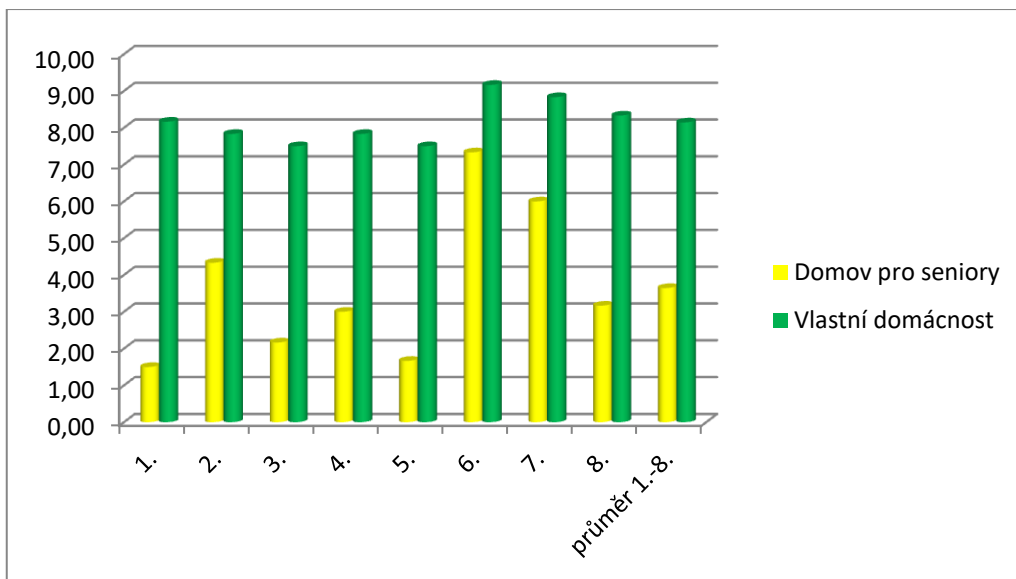
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 60 Struktura souboru dle průměrného ADL a dle místa bydlení



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 61 Struktura souboru dle průměrného IADL a dle místa bydlení



Zdroj: Vlastní výzkum

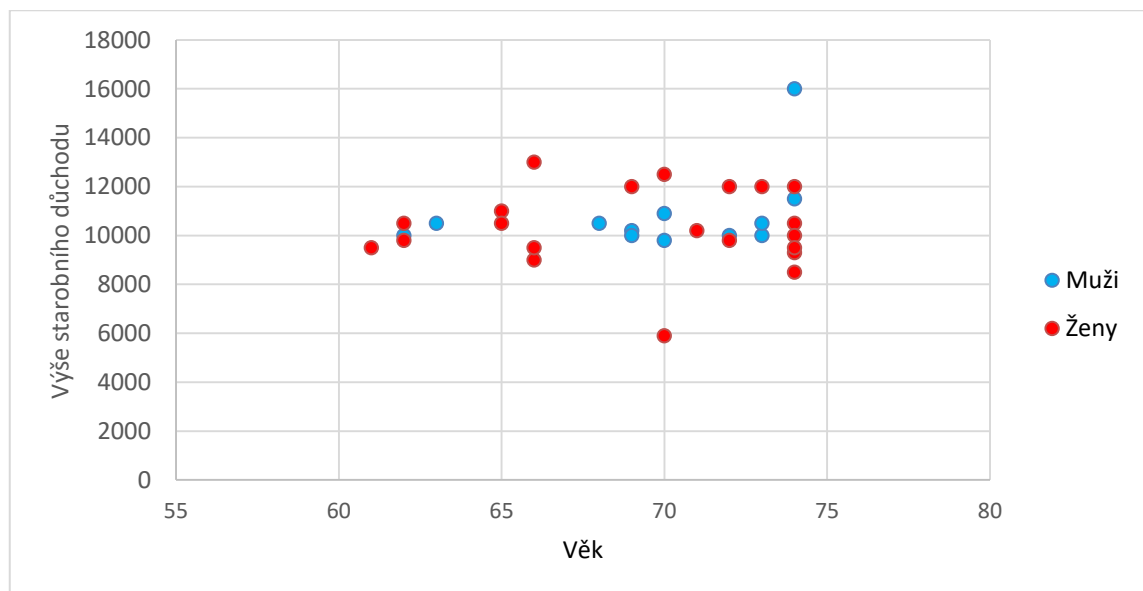
H₀₅: Výška důchodu je statisticky významným faktorem nerovnosti.

K otestování, že rozdělení důchodů se liší pro **pohlaví**, byl použit Mann – Whitneyův test (Viz příloha č. 8). Tentokrát bylo k dispozici méně dat, protože ne všichni respondenti byli ochotni sdělit výši svého důchodu. P-hodnota testu je 0,5157, na pětiprocentní hladině významnosti **jsme tedy neprokázali hypotézu, že rozdělení důchodů pro různá pohlaví se liší.**

Závislost výše důchodu na **věku** se počítala pro oba soubory dohromady, protože v předchozím kroku jsme neprokázali statisticky významný rozdíl. Test byl proveden na základě korelačního koeficientu, který je mírou lineární závislosti mezi dvěma proměnnými. Hodnota korelačního koeficientu je 0,14, což značí velmi slabou lineární závislost. Provedeme-li test významnosti tohoto koeficientu, zjistíme, že p-hodnota testu je 0,42, je tedy vyšší než pětiprocentní hladina významnosti (Viz příloha č. 9). **Závislost výše důchodu na věku se tedy nepodařilo prokázat a zjištěná korelace není statisticky významná.**

Oba výsledky jsou pravděpodobně způsobeny tím, že data poskytlo malé množství respondentů a neparametrické testy dokážou u malých výběrů detekovat pouze velice silné rozdíly (graf č. 62).

Graf č. 62 Výše starobního důchodu dle věku a pohlaví



Zdroj: Vlastní výzkum

5 DISKUZE

V předkládané práci se zabýváme nerovnostmi ve zdraví u vybrané skupiny populace, která je zaměřená na seniory. Cílem diplomové práce bylo přezkoumat na vybrané skupině seniorů od 60 do 74 let charakteristiky nerovnosti ve zdraví. Hlavním cílem bylo zjistit existující nerovnosti v jednotlivých skupinách i rozdíly mezi skupinami. Při hlubším studování tohoto tématu jsem zjistila, že je velký nedostatek informací o seniorech, které se týkají nerovností ve zdraví. Toto potvrzuje i studie Alma – Ata „Zdraví pro všechny“, kde bylo zjištěno, že téměř polovina publikovaných studií se zaměřila na ženy a děti. Asi 20,3 % studií bylo zaměřených výhradně na ženy, 24,6 % se zaměřilo výhradně na děti a 3,5 % zkoumalo výsledky pro ženy i děti. Studie týkající se mužů zahrnovaly pouze 2,9 % z celkového počtu studií, mládež a starší osoby představovaly 3,4 % a 3,2 % literatury (Bhan et al., 2016).

Po domluvě s paní ředitelkou jsem výzkumné šetření prováděla ve městě Otrokovice v zařízení Senior Otrokovice - domov pro seniory, kde žijí senioři, kteří nemohou žít ve vlastní domácnosti z důvodu postupné ztráty soběstačnosti, případně změn zdravotního stavu. Pro výzkumné šetření mi byl doporučen vedoucí sestrou Domov pro seniory B, protože jsou zde umístěni, senioři s lepším zdravotním stavem než v Domově pro seniory C. Zvolila jsem seniory ve věku od 60 do 74 let. Dále jsem požádala o spolupráci seniory bydlící ve svých domácnostech v Otrokovicích.

Výzkum probíhal pomocí anonymního dotazníkového šetření. Docházela jsem do Domova pro seniory, kde jsme společně s respondenty pracovali na získávání potřebných informací. S některými respondenty mi pomáhala i vedoucí sestra. Při provedení průzkumu nenastal žádný problém s vyplňováním dotazníků. Všichni senioři byli ochotní. Pouze u otázky výše starobního důchodu se většina nevyjádřila, přestože dotazník byl anonymní. Celkem jsem získala 60 dotazníků, z toho 30 od seniorů, kteří bydlí ve vlastní domácnosti, a 30 od seniorů z Domova pro seniory. Jeden dotazník pro jednoho seniora obsahoval Barthelův test základních všedních činností ADL, Test instrumentálních všedních činností IADL, Vizuální analogovou škálu bolesti a dotazník sestavený z otázek demografických a doplňujících.

Senioři byli nejdříve dotazováni na demografické a doplňující otázky, poté byly použity standardizované míry ADL a IADL (indexu dle Barthelové) a VAS.

Výzkumného šetření se celkem zúčastnilo 60 respondentů, z toho 40 žen a 20 mužů. Nepoměr pohlaví vyplývá z toho, že v domově pro seniory žije více žen než mužů, což potvrzují i Artazcoz a Rueda (2007), kteří tvrdí, že ženy žijí déle než jejich mužské protějšky, a proto je žen v těchto institucích více.

První část dotazníku, která se týkala demografických údajů a doplňujících otázek, zahrnovala pohlaví, věk, vzdělání, návštěvnost, výši starobního důchodu, důvod bydlení v domově pro seniory, délku pobytu.

Z demografických údajů, které jsou uvedené v dotazníku, vyplývá, že se šetření účastnili respondenti v průměrném věku 71,77 let v domově pro seniory a 69,23 let ve vlastní domácnosti. Z celkového počtu 20 mužů bylo 8 mužů ve věku 60 – 74 let, 7 bylo v rozmezí 71 – 73 let a 5 mužů mělo 74 let. Z celkového počtu 40 žen bylo 18 žen mladších 70 let a 11 bylo v rozmezí 71 – 73.

Druhá část dotazníku zahrnovala standardizovaný test ADL, který zjišťuje soběstačnost respondentů v základních všedních činnostech. Podle výzkumu mají nižší soběstačnost ADL v domově pro seniory - v průměru 75,00 bodů oproti hodnotě 88,33 bodů ve vlastní domácnosti. Tento výsledek potvrzuje korejská studie, kde ADL je výrazně nižší u starších lidí, kteří bydlí v domově pro seniory. Park et al., (2006) také poznamenává, že při jedení, oblékání, koupání, osobní hygieně, použití WC jsou všichni respondenti zcela soběstační ve vlastní domácnosti, což tento výzkum nepotvrzuje. Ve vlastní domácnosti při jedení a napití potřebují pomoc 3 (10 %) respondenti a tuto činnost provede samostatně bez pomoci 27 (96,7 %). Oblékání provede zcela samostatně 23 (76,7 %) seniorů, 6 (20 %) potřebuje pomoc a 1 (3,3 %) není zcela soběstačný. V indické studii Ohri et al. (2014) poukazují na to, že maximální neschopnost byla zjištěna při koupání a oblékání. Pouze 2 respondenti (6,7 %) nezvládnou koupání, samostatně nebo s pomocí to zvládne 28 (93,7 %) respondentů ve vlastní domácnosti. Toto vyvrací Sharma et al. (2015), kde mezi úkoly ADL bylo koupání pro seniory nejobtížnější. Osobní hygienu neprovede 1 (3,3 %) senior a 29 (96,7 %) zvládne činnost samostatně nebo potřebují malou pomoc. Jen 1 (3,3 %) respondent není soběstačný při použití WC, 2 (6,7 %) respondenti potřebují pomoc a zcela samostatných je 27 (90 %) seniorů ve vlastní domácnosti. V korejské studii Park et al. (2006) poznamenává, že starší lidé v oblasti kontinence moči a stolice jsou plně kontinentní ve 33 %, občas inkontinentní v 15,4 % a inkontinentních je 5 %. V šetření byly použity dvě otázky, které rozdělují kontinenci moči a kontinenci stolice. Ve vlastní domácnosti je jeden senior trvale inkontinentní, 6 (20 %) je občas

inkontinentních a 23 (76,7 %) je plně kontinentních. Při kontinenci stolice je 1 senior trvale inkontinentní, 4 (13,3 %) občas a 25 (83,3 %) je plně kontinentních. Sims et al. (2011) zjistili, že celkově měly ženy s inkontinencí vyšší skóre než nežádoucích účinků, ale muži se stresovou inkontinencí měli vyšší skóre než bez stresové inkontinence.

Odpovědi na otázku Chůze po rovině a chůze do schodů byly velmi rozdílné mezi skupinami. Otázka Chůze po rovině byla rozdělena dle bodového skóre na - neprovede, na vozíku, ujde s pomocí 50 metrů, ujde samostatně nad 50 metrů. V domově pro seniory neprovedou chůzi po rovině 2 (6,7 %) respondenti, s pomocí vozíku 4 (13,3 %), s pomocí ujde 50 m 20 (66,7 %) respondentů a samostatně ujdou nad 50 metrů pouze 4 (13,3 %) respondenti. Naproti tomu 18 (60 %) seniorů ve vlastní domácnosti zvládne chůzi po rovině nad 50 metrů, 11 (36,7 %) s pomocí, a 1 respondent neprovede tuto činnost. Kim, Lee (2017) poznamenávají, že rychlost chůze u starších je důležitá proměnná, která by se měla brát v úvahu při hodnocení úrovně bolesti kolenního kloubu. Chůzi po schodech neprovede 18 seniorů (60 %) v domově pro seniory a 2 (6,7 %) ve vlastní domácnosti, s pomocí provede tuto činnost shodně 10 (33,3 %) seniorů ve vlastní domácnosti i v domově pro seniory. 18 seniorů (60 %) ve vlastní domácnosti zvládne chůzi po schodech a totéž zvládnou pouze 2 (6,7 %) seniori v domově pro seniory. Brustio et al. (2018) potvrzují, že schopnost vykonávat ADL činnosti u seniorů je ve významné míře ovlivněna též obavami z pádů. I proto navrhuji tito autoři specifické intervenční programy pro úspěšné stárnutí. Zdravé stárnutí reflektuje funkční schopnost jednotlivců (Rodrigues – Laso et al., 2018). Pohybová aktivita v mládí a ve středním věku a její vztah k funkční schopnosti ve významné míře určuje přítomnost tzv. lokomočního syndromu (Nishimura et al., 2018).

Podle studií vykonaných v Spojených státech amerických (Freedman et al., 2013) prevalence omezení ADL činností u seniorů klesá s vyšší poskytovanou pomocí v domácím prostředí a se sníženou funkční soběstačností. Dle názoru Backeho et al. (2018) existuje silná asociace mezi omezeným fyzickým fungováním a psychologickým distresem, a proto je nutné podpořit osoby s omezeními v ADL aktivitách. Míra soběstačnosti je závislá na také na pohlaví.

Pokud rozdělíme ADL dle pohlaví, zjistíme, že muži s průměrným bodovým ohodnocením 77,50 jsou méně soběstační, zatímco ženy dosahují průměrné hodnoty 83,50 bodů. Ke stejnému závěru došel Németh (2006) v okrese Prešov ve Slovenské republice. Podobné šetření provedla Zavázalová (1996), která dospěla k opačným

výsledkům, tedy že jsou více postiženy ženy. V indické studii Ohri et al (2014) zase tvrdí, že neexistuje významný rozdíl v závislosti u starších mužů a žen při provádění ADL.

Třetí část dotazníku zahrnovala standardizovaný test IADL, který zjišťuje soběstačnost v instrumentálních všedních činnostech. Schopnost provádět instrumentální aktivity každodenního života je důležitým faktorem pro podporu nezávislého života ve stáří (Seidel et al., 2010). Na základě šetření můžeme říct, že méně jsou soběstačné ženy s průměrným bodovým ohodnocením 57,81 a muži dosahují 61,25 bodů. Japonská studie potvrzuje rozdíl mezi pohlavími, ale Tomioka et al. (2017) uvádějí, že prevalence jedinců se špatnou IADL byla 17,1 % u mužů a 4,5 % u žen.

IADL v domově pro seniory je v průměru 29,20 bodů a ve vlastní domácnosti 65,33 bodů. Park et al. (2006) uvádějí, že se značně liší IADL mezi těmito dvěma skupinami. Příprava jídel, veřejná doprava, nakupování, používání telefonu a užívání léků jsou hodnotově výrazně nižší v domovech pro seniory ve srovnání se seniory ve vlastní domácnosti. V našem výzkumném šetření jsme došli k závěru, že korejská studie potvrzuje naše výsledky. Jízdu dopravním prostředkem není schopno zvládnout celkem 22 (73,3 %) respondentů, s pomocí 7 (23,3 %) a 1 respondent ji provede bez pomoci, oproti tomu je 20 (66,7 %) seniorů ve vlastní domácnosti schopno využít jízdu dopravním prostředkem bez pomoci a pouze jeden respondent není této činnosti schopen. Sharma potvrzuje, že v této činnosti potřebovalo pomoc 63,2 % respondentů. Při nákupu potravin jsou 4 (13,3 %) senioři v domově pro seniory zcela soběstační, 18 (60 %) seniorů potřebuje pomoc při nákupu potravin a 8 (26,7 %) tuto činnost neprovede. Ve vlastní domácnosti je pouze jeden respondent neschopen nakoupit potraviny, 11 (36,7 %) potřebuje pomoc s nákupem a 18 (60 %) seniorů nakupuje zcela samostatně. Pro představu lze srovnat tyto hodnoty s výsledky korejské studie - v domovech pro seniory je 35,8 % soběstačných, 9,2 % potřebuje pomoc a 5,5 % je nesoběstačných při nákupu potravin a ve vlastní domácnosti je 47,7 % soběstačných, 1,4 % potřebuje pomoc a 0,5 % je nesoběstačných. Şahin et al. (2015) v turecké studii přišel k závěru, že vyšší věk, pohlaví, gramotnost a úroveň vzdělání ovlivňují každodenní instrumentální činnosti starších lidí.

V diplomové práci bylo stanoveno pět hypotéz, třetí v pořadí zněla - Fyzická soběstačnost se liší v závislosti od pohlaví. Fyzická soběstačnost byla posuzována podle průměrných ukazatelů ADL a IADL. Výsledky z mezinárodní longitudinální studie

o genderových rozdílech ve fyzické výkonnosti poskytují důkazy o pohlaví jako rizikovém faktoru a vysvětlují nižší fyzickou schopnost u žen (Zunzunegui et al., 2015). V případě ukazatele ADL je p-hodnota testu 0,871 a v případě IADL 0,624, neprokazuje tedy, že by se fyzická soběstačnost výrazně lišila pro jednotlivá pohlaví. Talarska et al. (2016) potvrzuje, že u komplexního geriatrického hodnocení se nevyskytují odlišnosti mezi pohlavími. Zde můžeme zmínit i studii španělských autorů, kteří jsou s tímto v rozporu, a tvrdí, že více jsou ohroženy ženy než muži (Lavedán et al., 2018). Rensbergen a Pacolet (2012) poukazují, že ženy měly nižší stupeň závislosti jak ADL, tak IADL. Kamble (2013) podotýká, že ve všech činnostech každodenního života a v instrumentálních činnostech každodenního života je významný rozdíl mezi muži a ženami s výjimkou činnosti praní, koupání a chození po schodech.

Hypotéza číslo čtyři zněla - Fyzická soběstačnost se liší v závislosti na místě bydlení. Zde je prokázána existence statisticky významného rozdílu mezi fyzickou soběstačností u osob žijících v domácnosti a v domově pro seniory. Talarska et al. (2016) tvrdí, že u komplexního geriatrického hodnocení se nevyskytují odlišnosti mezi pohlavími a charakterem bydliště. Při analýze v našem dotazníku u jednotlivých odpovědí ADL jsme detekovali statisticky významné rozdíly pro jednotlivé odpovědi, pak v případě ADL jsou detekovány statisticky významné rozdíly pro kontinenci moči, chůzi po rovině a chůzi po chodech. V případě ukazatele IADL jsou statisticky významné rozdíly u všech odpovědí.

Tématem posledního z hlavních dotazníků bylo vnímání vlastního zdraví, které se zjišťovalo pomocí VAS – (Vizuální analogová stupnice je „pravítko“, dělené po jednom centimetru od 0 do 10. 0 značí „vůbec žádná bolest“, hodnota 10 představuje „nejsilnější představitelná bolest“). Z výzkumného šetření vyplynulo, že v domově pro seniory je průměrná intenzita bolesti 5,90 a ve vlastní domácnosti 4,87. Můžeme tedy říci, že senioři ve vlastní domácnosti vnímají vlastní zdraví s menší bolestí. Niemelä et al. (2011) ve finské studii zdůrazňuje, že ženy i muži bydlící v domově pro seniory vykazují významné zlepšení ve fyzických výkonnostních testech, u kterých byla provedena geriatrická rehabilitace. Podle VAS se bolestivé příznaky významně snížily u obou pohlaví. Podle pohlaví ženy vnímaly intenzitu bolesti na deseticentimetrové škále na hodnotě 5,55 a muži 5,05. Sen (2015) argumentuje, že individuální vnímání zdraví by mohlo být výrazně ovlivněno příslušným socioekonomickým kontextem. Zvláště tam, kde existuje celkový nedostatek (zdravotní) gramotnosti - často v oblastech se špatným socioekonomickým stavem

(Cramm et al., 2015). Z indické studie se dozvídáme, že senioři mají tendenci hlásit pozitivnější vnímání vlastního zdraví, než zachycují objektivní ukazatele zdravotního stavu. To potvrzuje odpověď jedné respondentky v naší studii, která vnímala vlastní zdraví na stupnici hodnotou 2, i když byla po mozkové mrtvici a zůstala na invalidním vozičku.

Doplňující otázky zahrnovaly vzdělání, výši starobního důchodu, návštěvnost, důvod bydlení v domově pro seniory a dobu pobytu.

Darin-Mattsson et al. (2017) poukazuje, že nižší vzdělání bylo signifikantně a negativně spojeno jak s omezeným pohybem, tak s psychologickou nouzí, ale ne s omezením ADL. Senioři s vysokoškolským vzděláním se významně odlišovali od ostatních skupin s lepším zdravotním stavem. V našem výzkumu to nebylo významně spojeno s výsledky: základní vzdělání má v domově pro seniory 11 respondentů (36,7 %), ve vlastní domácnosti 1 (3,3 %) senior. Vyučeno je 6 (20 %) respondentů v domově pro seniory a 18 (60 %) ve vlastní domácnosti. Nižší vzdělání má více než polovina dotazovaných, což Kurtz (2013) potvrzuje. Střední školu s maturitou má 11 seniorů (36,7 %) v domově pro seniory a 7 (23,3 %) ve vlastní domácnosti. Vysokoškolsky vzdělaných respondentů bylo nejméně v obou skupinách. Barros et al. (2011) tvrdí, že starší lidé s vyšším vzděláním jsou ve volném čase podstatně více fyzicky aktivní než ti s nižší úrovní vzdělání. Ve vlastní domácnosti mají vysokou školu 4 (13,3 %) a v domově pro seniory 2 (6,7 %) respondenti. Podle pohlaví můžeme říct, že základní vzdělání mají 2 (10 %) muži a 10 (25 %) žen. Vyučeno je 9 (45 %) mužů a 15 (37,5 %) žen. Střední školu s maturitou má úspěšně ukončeno 5 (25 %) mužů a 13 (32,5 %) žen. Vysokoškolské vzdělání mají 4 (20 %) muži a 2 (5 %) ženy. Ve studiích o nerovnostech v oblasti zdraví v pozdějším životě jsou vzdělání, sociální třída nebo příjem nejčastěji spojeny se zdravím ve stáří (Darin-Mattsson et al., 2017). Dosažená úroveň vzdělání jednotlivců je obecně dosažena v rané dospělosti. Studie ukazují, že lidé s nižším vzděláním mají tendenci k rychlejšímu poklesu zdravotního stavu ve stáří. Nicméně úroveň vzdělání často vykazuje slabší asociaci se zdravím ve stáří než ostatní indexy, jako je bohatství, příjmy, majetek a deprivace. (Darin-Mattsson et al., 2017).

V souvislosti s daným tématem byla zjišťována výše starobního důchodu. Na tuto otázku zodpovědělo pouze 33 respondentů, z toho 26 ve vlastní domácnosti a 7 respondentů z domova seniorů. I přesto, že dotazník byl anonymní, lze říci, že otázka výše starobního důchodu je pro mnohé citlivá. Průměrná výše starobního důchodu byla 10 512 Kč. Nejnižší starobní důchod byl 5 900 Kč a naopak nejvyšší 16 000 Kč. Příjem

je často považován za přímý ukazatel hmotných zdrojů a je pevně a pozitivně spojen s dlouhověkostí. Příjem může mít vliv na zdraví lidí tím, že umožňuje osobám s vysokým příjmem vést zdravý životní styl, zatímco osoby s nižším příjmem mají méně těchto zdrojů. Příjem má důležitou roli jako zdroj umožňující přístup k lepší zdravotní péči. Na druhé straně, špatné zdraví může mít také za následek nižší příjmy, proto je souvislost mezi příjmem a zdravím pravděpodobně ovlivněna obousměrnými kauzálními mechanismy (Darin-Mattsson et al., 2017).

Pátá hypotéza zněla - Výška důchodu je statisticky významným faktorem nerovnosti. K dispozici bylo méně dat, protože ne všichni respondenti byli ochotni sdělit výši svého důchodu. Testovala se závislost výše důchodu na pohlaví a nebyla prokázána hypotéza, že rozdělení důchodů pro různá pohlaví se liší.

Závislost výše důchodu na věku se také nepodařilo prokázat a zjištěná korelace není statisticky významná. Oba výsledky jsou pravděpodobně způsobeny tím, že data poskytlo malé množství respondentů a neparametrické testy dokážou u malých výběrů detekovat pouze velice silné rozdíly. Darin – Mattsson et al. (2017) poukazuje na to, že příjem byl statisticky významně spojen se všemi výsledky. Skupina s vysokými příjmy měla ze všech příjmových skupin nejnižší pravděpodobnost negativního zdravotního stavu. Brinda et al. (2016) zdůrazňuje, že ekonomický stav (62,3 %), důchodová podpora (11,5 %), zdravotní pojištění (11,5 %), sociální kasta (10,7 %) a bydliště (4,1 %) významně přispěly k nerovnostem ve zdravotním stavu. Statisticky platí, že starší lidé s nízkým socioekonomickým stavem mají více nemocí a zdravotních problémů než lidé s vysokým socioekonomickým postavením. „Světová zpráva o stárnutí a zdraví“ zdůrazňuje, že tato skupina má také nejmenší prostředky na péči o své zdraví (NIPH, 2017).

Další z doplňujících otázek byla, zda udržují osobní nebo telefonický kontakt s rodinou nebo přáteli. První varianta byla, že je blízcí navštěvují a s respondenty i telefonují. Druhá možnost byla, že udržují pouze telefonní kontakt, třetí možnost byla pouze osobní návštěva a čtvrtá možnost byla, že nejsou ani v osobním a ani telefonním kontaktu. První variantu volilo 18 (60 %) seniorů v domově pro seniory a 26 (86,7 % seniorů ve vlastní domácnosti. Druhou variantu volili 4 (13,3 %) senioři v domově pro seniory. Třetí možnost vybrali shodně 4 (13,3 %) senioři z obou skupin a poslední možnost, že neudržují kontakt s nikým, zvolili 4 (13,3 %) senioři v domově pro seniory.

U poslední možnosti jsem se doptávala na příčinu a byla jsem nepříjemně překvapena, že v blízkém okolí mají děti i další příbuzné, ale ti s nimi nechtějí být v kontaktu. Z finské studie vyplývá, že při řešení individuálních potřeb seniora je obytné prostředí, vzájemná podpora a setkávání s blízkými lidmi velmi důležité. Ovlivňuje parametry fyzické výkonnosti (Lotvonen et al., 2017).

Následující doplňující otázka zněla - Důvod proč bydlí v domově pro seniory. První možností bylo, že jejich děti jsou v zaměstnání nebo respondenti chtěli mít soukromí a u některých to bylo jejich vlastní přání. Takto odpověděli 4 (13,3 %) senioři. Druhou možností byl zdravotní stav, tento důvod uvedlo nejvíce seniorů - 20 (66,7 %). Tři (10 %) respondenti zvolili další možnost, tedy že zůstali sami 3 (10 %). Čtvrtou možností byly finanční důvody, již zvolili 3 (10 %) senioři. Studie Hyde a Jones² (2007) zjistila, že mezi staršími osobami je poměr lidí, kteří žijí v institucích, stále vyšší. Pravděpodobnost bydlení v rezidenční péči je ovlivněna interakcí mezi rodinným stavem, dostupností pečovatелů a věkem (Artazcoz a Rueda, 2007).

Poslední doplňující otázka zněla - Jak dlouho bydlí v domově pro seniory. 2 (6,7 %) respondenti zde bydlí 1 rok, 12 (40 %) respondentů pobývá v domově pro seniory 1 až 5 let, 7 (23,3 %) seniorů zde bydlí už 6 – 10 let a 9 (30 %) seniorů zde bydlí už více než 11 let. Domy s pečovatelskou službou představují nejvýznamnější a nejčastější nástroj pomoci seniorům. Jejich význam spočívá zejména v tom, že se jedná o byty vyhovující potřebám seniorů z hlediska nákladů (Godarová et al., 2017).

6 ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá problematikou nerovnosti ve zdraví u vybrané skupiny populace se zaměřením na seniory. Nerovnosti v oblasti zdraví jsou v každé zemi a v každém regionu odlišné. Souvisí s hospodářskými a sociálními podmínkami a mohou se zhoršovat v důsledku genderové příslušnosti nebo kultury. Příčinou nerovností v oblasti zdraví jsou rozdíly mezi skupinami obyvatelstva. Cílem práce bylo tedy přezkoumat na vybrané skupině seniorů od 60 do 74 let charakteristiky nerovnosti ve zdraví a zjistit existující nerovnosti v jednotlivých skupinách i rozdíly mezi skupinami.

Teoretická část popisuje současný stav, příčiny, zmiňuje jednotlivé projekty, které se týkají nerovnosti ve zdraví. K důležitým kapitolám se řadí stárnutí populace, které je významným trendem současné doby. Každý rok se zvyšuje podíl seniorů, klesá podíl dětí a mládeže a zvyšuje se průměrný věk. V procesu stárnutí není česká společnost jediná, s demografickým stárnutím populace se potýká většina vyspělých zemí. Dále se zde popisuje charakteristika stáří a stárnutí a současný systém zdravotní a sociální péče o seniory.

Realizace vlastního výzkumu byla provedena pomocí výzkumného šetření metodou anonymních dotazníků. Byly použity standardizované míry ADL a IADL (indexu dle Barthelové) a dále VAS škála k měření intenzity bolesti. Po statistické analýze dat byly ověřeny hypotézy.

Vnímání vlastního zdraví bylo přezkoumáno u vybraného vzorku respondentů na základě hodnot VAS. V první hypotéze byly porovnány hodnoty koeficientu VAS pro ženy a muže. Stanovenou hypotézu: Existují signifikantní rozdíly ve vnímání vlastního zdraví dle pohlaví nelze prokázat.

Druhá hypotéza zní: Existují signifikantní rozdíly ve vnímání vlastního zdraví dle místa bydlení. Bylo prokázáno, že vnímání vlastního zdraví výrazně závisí na tom, zda daná osoba bydlí v domově pro seniory či ve vlastní domácnosti. Z výzkumného šetření vyplývá, že senioři ve vlastní domácnosti vnímají vlastní zdraví s nižší intenzitou bolesti.

Fyzická soběstačnost byla posuzována podle průměrných ukazatelů ADL a IADL. Třetí hypotéza byla stanovena následovně: Fyzická soběstačnost se liší v závislosti od pohlaví. V případě ukazatele ADL je p-hodnota testu 0,871 a v případě IADL 0,624, neprokazuje tedy, že by se fyzická soběstačnost výrazně lišila pro jednotlivá pohlaví.

Fyzická soběstačnost se liší v závislosti na místě bydlení, byla hypotéza číslo čtyři. Zde je prokázána existence statisticky významného rozdílu mezi fyzickou soběstačností u osob žijících v domácnosti a u osob v domově pro seniory. Pokud je provedena analýza pro jednotlivé odpovědi, pak v případě ADL jsou detekovány statisticky významné rozdíly pouze pro kontinenci moči, chůzi po rovině a chůzi po schodech. V případě ukazatele IADL jsou statisticky významné rozdíly u všech odpovědí.

Hypotéza číslo pět byla stanovena jako: Výška důchodu je statisticky významným faktorem nerovnosti. K ověření hypotézy bylo zvoleno pohlaví a věk.

Bylo zjištěno, že výška starobního důchodu není závislá na pohlaví ani na věku. Zjištěná korelace není statisticky významná. Oba výsledky jsou pravděpodobně způsobeny tím, že data poskytlo malé množství respondentů a neparametrické testy dokážou u malých výběrů detekovat pouze velice silné rozdíly.

Na základě výzkumu se ukázalo, že pohlaví není významnou proměnou při vnímání vlastního zdraví a také fyzická soběstačnost se neliší podle pohlaví. Bylo zjištěno, že vnímání vlastního zdraví a fyzická soběstačnost závisí na tom, zda daná osoba bydlí v domově pro seniory či ve vlastní domácnosti. Bylo také zjištěno, že výška starobního důchodu není závislá na pohlaví ani na věku.

Je velmi důležité upozorňovat na problematiku nerovností ve zdraví, zvyšovat vnímání významu těchto otázek odbornou i širokou veřejností napříč všemi společenskými skupinami a oslovovat průběžně ostatní populační skupiny. Této snaze napomáhají i aktivity, které jsou rozvíjeny v rámci realizace strategie prevence chronických neinfekčních onemocnění WHO. Důležitou součástí národních iniciativ v oblasti nerovností ve zdraví je zapojení politiků, politických stran a celého politického systému státu. Zjištěné skutečnosti mohou sloužit k hlubšímu poznání faktorů nerovností ve zkoumaných skupinách seniorů. Tato práce může být také využita jako podklad k dalším výzkumům.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ADLs and IADLs: Complete Guide To Activities of Daily Living. *Kindly Care* [online]. 2017. [cit. 2018-02-13]. Dostupné z: <https://www.kindlycare.com/activities-of-daily-living/>

Ageing and life-course. *World Health Organization* [online]. 2018 [cit. 2018-02-09]. Dostupné z: <http://www.who.int/ageing/long-term-care/en/>

BACKE, I. F., PATIL, G. G. et al. 2018. The relationship between physical functional limitations, and psychological distress: Considering a possible mediating role of pain, social support and sense of mastery. *SSM - Population Health* [online]. **4**, 153-163 [cit. 2018-04-20]. DOI: 10.1016/j.ssmph.2017.12.005. ISSN 23528273. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352827316300994>

BARROS, M., FRANCISCO, M., LIMA, M. et al. 2011. Social inequalities in health among the elderly. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. **27**(suppl 2), s198-s208 [cit. 2018-04-30]. DOI: 10.1590/S0102-311X2011001400008. ISSN 0102-311X. Dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001400008&lng=en&tlng=en

Barthel Index (BI). *Statistics Solutions* [online]. 2018 [cit. 2018-02-13]. Dostupné z: <http://www.statisticssolutions.com/barthel-index-bi/>

BHAN, N., RAO, K.D., KACHWAHA, S. 2016. Health inequalities research in India: a review of trends and themes in the literature since the 1990s. *International Journal for Equity in Health*[online]. **15**(1), - [cit. 2017-11-21]. DOI: 10.1186/s12939-016-0457-y. ISSN 1475-9276. Dostupné z: <http://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-016-0457-y>

Brabcová, I. et al. 2016. RISK FACTORS FOR MALNUTRITION IN SENIORS AGED 75+ LIVING IN HOME ENVIRONMENT IN SELECTED REGIONS OF THE CZECH REPUBLIC. *Central European Journal of Public Health*, 24(3), 206-210. doi:<http://dx.doi.org/10.21101/cejph.a4283>

BRINDA, E.M. et al. 2016. Socio-economic inequalities in health and health service use among older adults in India: results from the WHO Study on Global AGEing and adult health survey. *Public Health* [online]. **141**, 32-41 [cit. 2018-04-25]. DOI: 10.1016/j.puhe.2016.08.005. ISSN 00333506. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0033350616302013>

BRUSTIO, P., MAGISTRO, R. D., ZECCA, M., et al. 2017. Fear of falling and activities of daily living function: mediation effect of dual-task ability. *Aging & Mental Health* [online], **22**(6), 856-861 [cit. 2018-04-20]. DOI: 10.1080/13607863.2017.1318257. ISSN 1360-7863. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13607863.2017.1318257>

CRAMM, J.M., BORNSCHEUER, L., SELIVANOVA, A. et al. Population Ageing (2015) 8: 245. <https://doi.org/10.1007/s12062-015-9122-2>

ČAPKOVÁ, N. *Disabilita - problém ovlivňující kvalitu života stárnoucí populace*. Praha, 2010. Atestace. Škola veřejného zdravotnictví. Vedoucí práce Hana Janečková.

Český statistický úřad: *Senioři* [online]. 2017 [cit. 2017-11-21]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori>

ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 9788024739014.

DARIN-MATTSSON, A. et al. 2017. Different indicators of socioeconomic status and their relative importance as determinants of health in old age. *International Journal for Equity in Health* [online]. **16**(1), - [cit. 2017-11-21]. DOI: 10.1186/s12939-017-0670-3. ISSN 1475-9276. Dostupné z: <http://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-017-0670-3>

Demografie [online]. Praha [cit. 2018-04-30]. Dostupné z: <http://www.demografie.info/>

Demographic determinants of population ageing. *World Population Ageing 1950-2050* [online], 1-5 [cit. 2018-05-04]. Dostupné

z: <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/pdf/8chapteri.pdf>

DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 9788024741383

ELDERLY CARE IN SWEDEN. *Sweden Institute* [online]. 4.1.2018 [cit. 2018-02-10]. Dostupné z: <https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden/>

ELGAR FJ, et al. 2015. *Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002–2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study*. *Lancet*. May 23;385(9982):2088-95.

EU a Evropská KOMISE., 2011. *Snižování nerovností v oblasti zdraví v Evropské unii*. Lucemburk: EUR-OP. 23 s. ISBN 9789279150319.

European Commission: *European network to reduce vulnerabilities in health* [online]. 2016 [cit. 2017-11-21]. Dostupné z: https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/health/projects/709966/summary

European Commission: *Joint Action on Health Inequalities* [online]. 2014 [cit. 2017-11-21]. Dostupné z: https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/health/projects/20102203

European Commission: *Schools for Health in Europe network* [online]. 2015 [cit. 2017-11-21]. Dostupné z: https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/health/projects/671363

FREEDMAN, V., Brenda, A., et al. 2013. Trends in Late-Life Activity Limitations in the United States: An Update From Five National Surveys. *Demography* [online]. 2013, **50**(2), 661-671 [cit. 2018-04-20]. DOI: 10.1007/s13524-012-0167-z. ISSN 0070-3370. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s13524-012-0167-z>

GODAROVÁ, J., TRBOLA, R., JAHODA, R., RÁKOCZYOVÁ, M. 2017. *Dostupnost bydlení a stávající bytová situace seniorů*. Praha: VÚPSV, v.v.i., Výzkumné centrum Brno. 159 s. ISBN 978-80-7416-250-3.

Healthy ageing: *World Health Organization/Europe* [online]. 2017 [cit. 2017-11-21]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/healthy-ageing>

HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D. 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada. 100 s. ISBN 9788024746975

Informační centrum OSN v Praze: *OSN: V roce 2050 bude žít na planetě 9,7 miliardy lidí* [online]. 2015 [cit. 2017-11-21]. Dostupné z: <http://www.osn.cz/osn-v-roce-2050-bude-podle-odhadu-na-planete-97-miliardy-lidi-nejvetsi-narust-se-ocekava-v-rozvojovych-oblastech-zejmena-v-africe/>

KAMBLE, V. S. 2013. A study to assess geriatric impairment/disability in performing activities of daily living (ADL) and instrumental activities of daily living (IADL) at a urban slum community in Mumbai. *International Journal of Pharma and Bio Sciences*. 2013, 4(1), B899-B910. ISSN 09756299.

KAWACHI, I. 2002. A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology & Community Health* [online]. 56(9), 647-652 [cit. 2018-03-28]. DOI: 10.1136/jech.56.9.647. ISSN 0143005X. Dostupné z: <http://jech.bmj.com/cgi/doi/10.1136/jech.56.9.647>

KEBZA, V., 2007 Nerovnosti ve zdraví. *Hygiena* [online], 1(1), 1-2 [cit. 2017-03-23]. Dostupné z: <http://apps.szu.cz/svi/hygiena/archiv/h2007-1-05-full.pdf>

KERNISAN, L., SPENCER SCOTT, P. 2018. *Activities of Daily Living: What Are ADLs and IADLs?* [online]. [cit. 2018-02-13]. Dostupné z: <https://www.caring.com/articles/activities-of-daily-living-what-are-adls-and-iadls>

KIM, K. H., LEE, J. M. 2017. The Level of Pain, Gait Speed, and ROM in Community-dwelling Older Adults with Knee Joint Pain. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing* [online]. 28(2), 156- [cit. 2018-04-20]. DOI: 10.12799/jkachn.2017.28.2.156. ISSN 1225-9594. Dostupné z: <https://synapse.koreamed.org/DOIx.php?id=10.12799/jkachn.2017.28.2.156>

KOVAL, Š. 2001. Antropologický rozmer epidemiológie staroby. Košice: PonT. 176 s. ISBN 60-967611-3-7.

LAVEDÁN, A., VILADROSA, M. et al. 2018. Fear of falling in community-dwelling older adults: A cause of falls, a consequence, or both?. *PLOS ONE* [online]. 2018, **13**(3), e0194967- [cit. 2018-04-20]. DOI: 10.1371/journal.pone.0194967. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0194967>

LOTVONEN, S., KYNGÄS H., KOISTINEN P., et al. 2017. Social Environment of Older People during the First Year in Senior Housing and Its Association with Physical Performance. *International Journal of Environmental Research and Public Health*[online]. 2017, **14**(9), 960- [cit. 2018-04-18]. DOI: 10.3390/ijerph14090960. ISSN 1660-4601. Dostupné z: <http://www.mdpi.com/1660-4601/14/9/960>

LUŽNÝ, J., TOMÁŠKOVÁ, H. 2014. Sociální zázemí seniorů s duševní poruchou – srovnání let 2003 A 2013. *Geriatric a gerontologie* [online]. (1.), 36-39 [cit. 2018-02-13]. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/geriatrie-gerontologie-clanek/socialni-zazemi-senioru-s-dusevni-poruchou-srovnani-let-2003-a-2013-48139>

MALÍKOVÁ, E. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Sestra (Grada). 328 s. ISBN 9788024731483.

MARŠÁLKOVÁ, K. a K. SCHMEIDLER. 2016. AGEISMUS – Hrozba sociální izolace ve stáří. *Geriatric a gerontologie* [online] (1.), 44-48 [cit. 2018-02-13]. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/geriatrie-gerontologie-clanek/ageismus-hrozba-socialni-izolace-ve-stari-57667?confirm_rules=1

MLÝNKOVÁ, J. 2010. *Pečovatelsví: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost*. Praha: Grada 276 s. ISBN 978-80-247-3185-8

Modified Barthel Index Score (MBI). *PAR Qol* [online]. 2018, 2018 [cit. 2018-02-13]. Dostupné z: <http://www.parqol.com/page.cfm?id=76>

NELSON, T. D. 2016. Promoting healthy aging by confronting ageism. *American Psychologist*, 71.4: 276.

NIEMELÄ, K., LEINONEN, R., LAUKKANEN, P. 2011. The effect of geriatric rehabilitation on physical performance and pain in men and women. *Archives of Gerontology and Geriatrics* [online]. 52(3), e129-e133 [cit. 2018-04-25]. DOI: 10.1016/j.archger.2010.09.006. ISSN 01674943. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0167494310002281>

NISHIMURA, A., ITO, N. et al. 2017. Do exercise habits during middle age affect locomotive syndrome in old age?. *Modern Rheumatology*[online]. 28(2), 334-338 [cit. 2018-04-20]. DOI: 10.1080/14397595.2017.1333670. ISSN 1439-7595. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14397595.2017.1333670>

NOWAKOVSKA, I. 2016. *Challenges of overcoming ageism towards elderly people in healthcare context Horyzonty Wychowania* 40: 9-24.

OHRI, P., GUPTA, S.. et al. 2014. Study of Daily Living Dependency Status among Elderly in an Urban Slum area of Dehradun. *Indian Journal of Community Health*, [S.l.], v. 26, n. 4, p. 417-422. ISSN 2248-9509.

PARK CE., CHANG, CH., LEE1 JH.,2006. A comparative study of ADL and IADL of residential home and home for the aged dwelling elderly. *J Kor Soc Phys Ther*;18:61-70.

POKORNÁ, A. 2013. *Ošetrovatelství v geriatricii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4316-5.

PRŮŠA, L. a HORECKÝ, J. 2012. *Poskytování služeb sociální péče pro seniory v České republice a ve Švýcarsku: mezinárodní komparace: Das Erbringen von Dienstleistungen der sozialen Pflege für Senioren in der Tschechischen Republik und in der Schweiz: ein internationaler Vergleich*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. 140 s. ISBN 978-80-904668-3-8

RODRIGUEZ-LASO, A., MCLAUGHLIN, S. J. et al. 2018. Defining and Estimating Healthy Aging in Spain: A Cross-sectional Study. *The Gerontologist*[online]. 2018, **58**(2), 388-398 [cit. 2018-04-20]. DOI: 10.1093/geront/gnw266. ISSN 0016-9013. Dostupné z: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/58/2/388/3065480>

ROY, N. et al. 2018. *Choosing between staying at home or moving: A systematic review of factors influencing housing decisions among frail older adults. PloS one*, 13.1: e0189266.

ŞAHİN, A., TEKİN, O.,CEBECİ, S. et al. 2015. Factors affecting daily instrumental activities of the elderly. *TURKISH JOURNAL OF MEDICAL SCIENCES* [online]. **45**, 1353-1359 [cit. 2018-04-20]. DOI: 10.3906/sag-1406-132. ISSN 13000144. Dostupné z: <http://online.journals.tubitak.gov.tr/openDoiPdf.htm?mKodu=sag-1406-132>

SAISANA, M. 2014. Barthel Index. MICHALOS, Alex C., ed. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research* [online]. Dordrecht: Springer Netherlands, 2014, s. 325-326 [cit. 2018-02-13]. DOI: 10.1007/978-94-007-0753-5_147. ISBN 978-94-007-0752-8. Dostupné z: http://link.springer.com/10.1007/978-94-007-0753-5_147

SAK, P a KOLESÁROVÁ, K., 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha Sociologie (Grada). 232 s. ISBN 978-80-247-3850-5.

SEIDEL, D., RICHARDSON, K. et al. 2010. Design for independent living: activity demands and capabilities of older people. *Ageing and Society* [online]. **30**(07), 1239-1255 [cit. 2018-04-24]. DOI: 10.1017/S0144686X10000310. ISSN 0144-686X. Dostupné z: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0144686X10000310

SHARMA D, Parashar A, Mazta SR. 2014. Functional status and its predictor among elderly population in a hilly state of North India. *Int J Health Allied Sci* 2014;3:159-63

SCHROYEN, S., et al. 2018. *Communication of healthcare professionals: Is there ageism?*. *European journal of cancer care*, 27.1.

SIMS, J., BROWNING, C., LUNDGREN-LINDQUIST, B., Hal KENDIG, H. 2011. Urinary incontinence in a community sample of older adults: prevalence and impact on quality of life. *Disability and Rehabilitation*[online]. **33**(15-16), 1389-1398 [cit. 2018-04-24]. DOI: 10.3109/09638288.2010.532284. ISSN 0963-8288. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09638288.2010.532284>

SINGH, K., KONDAL, D., SHIVASHANKAR, R. et al. 2017. Health-related quality of life variations by sociodemographic factors and chronic conditions in three metropolitan cities of South Asia: the CARRS study. *BMJ Open* [online]. **7**(10), e018424- [cit. 2018-04-25]. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-018424. ISSN 2044-6055. Dostupné z: <http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2017-018424>

SMIČKOVÁ, Eva. 2011. Možnosti identifikace poruch sebezpečí u seniorů a jejich kompenzace. *Medicína pro praxi*. **8**(9), 391-393.

Social inequalities in health. *Norwegian Institute of Public Health* [online]. 2017, [cit. 2018-04-30]. Dostupné z: <https://www.fhi.no/en/op/hin/helse-i-ulike-befolkningsgrupper/social-inequalities/>

SODHA, S. 2016. Underfunded and overstretched – the crisis in care for the elderly. *The Guardian* [online].[cit. 2018-02-10]. Dostupné z: <https://www.theguardian.com/society/2016/dec/10/care-for-elderly-crisis-how-to-improve-quality-of-life>

SOLE-AURÓ, A., ALCANIZ, M. 2016. Educational attainment, gender and health inequalities among older adults in Catalonia (Spain). *International Journal for Equity in Health* [online]. **15**(1), - [cit. 2017-11-21]. DOI: 10.1186/s12939-016-0414-9. ISSN 1475-9276. Dostupné z: <http://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-016-0414-9>

Státní zdravotní ústav: *Projekt Closing the Gap* [online]. [cit. 2017-11-21]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/projekty>

STRIZHITSKAYA, O. 2016. Aging in Russia. *The Gerontologist* [online], **56**(5), 795-799 [cit. 2018-02-09]. DOI: 10.1093/geront/gnw007. ISSN 0016-9013. Dostupné z: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/lookup/doi/10.1093/geront/gnw007>

SVĚCENÁ, K. 2013. Hodnocení soběstačnosti pacientů v neurorehabilitaci. *Neurologia pre prax* [online], **14**(3), 133-135 [cit. 2018-02-13]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/2f4d6134625e321e1891777ee06149e6.pdf>

TALARSKA, D., PACHOLSKA, R., STRUGAŁA, M. et al. 2016. Functional assessment of the elderly with the use of EASY-Care Standard 2010 and Comprehensive Geriatric Assessment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [online]. **30**(2), 419-426 [cit. 2018-04-20]. DOI: 10.1111/scs.12241. ISSN 02839318. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/scs.12241>

TOMIOKA, K., KURUMATANI, N., HOSOI, H. 2017. Age and gender differences in the association between social participation and instrumental activities of daily living among community-dwelling elderly. *BMC Geriatrics* [online]. 2017, **17**(1), - [cit. 2018-04-18]. DOI: 10.1186/s12877-017-0491-7. ISSN 1471-2318. Dostupné z: <http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-017-0491-7>

United Nations Population Fund: Ageing [online]. 2017 [cit. 2017-11-21]. Dostupné z: <http://www.unfpa.org/ageing>

VAN RENSBERGEN, Gilberte a Jozef PACOLET. Instrumental Activities of Daily Living (I-ADL) trigger an urgent request for nursing home admission. *Archives of Public Health* [online]. 2012, **70**(1), - [cit. 2018-04-24]. DOI: 10.1186/0778-7367-70-2. ISSN 2049-3258. Dostupné z: <http://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/0778-7367-70-2>

VOŠZ a SZŠ Hradec Králové [online]. [cit. 2018-05-08]. Dostupné z: <http://www.zshk.cz/>

VYBRANÉ KAPITOLY Z GERONTOLOGIE Iva Holmerová, Božena Jurašková, Květa Zikmundová a kol.

Výsledky ADL-testu u geriatrickej populácie okresu Prešov, Geriatrická revue 2006.
[online] Dostupné na WWW: http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_06_04_07.pdf [cit. 15.4.2018] s.230-234

ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Zdravotní stav a soběstačnost osob nad 75 let*, Lékařský obzor. 1996, roč. 45, č. 2., s.54-55

ZUNZUNEGUI, M.V. ALVARADO, B. E., GUERRA, R. et al. 2015. The mobility gap between older men and women: The embodiment of gender. *Archives of Gerontology and Geriatrics* [online]. **61**(2), 140-148 [cit. 2018-04-24]. DOI: 10.1016/j.archger.2015.06.005. ISSN 01674943. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0167494315300091>

ZVONÍKOVÁ, A., 2015 Stárnutí populace a disability. *Revision* [online]., **18**(3/4), 78-80 [cit. 2017-10-11]. ISSN 12143170.

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1.: Dotazník - Barthelův test základních všedních činností ADL

Příloha č. 2.: Dotazník – Barthelův test instrumentálních všedních činností IADL

Příloha č. 3.: Vizuální analogová stupnice (VAS škála)

Příloha č. 4.: Doplnující dotazník

Příloha č. 5.: Informovaný souhlas

Příloha č. 6.: Žádost o realizaci výzkumu

Příloha č. 7.: Mann-Whitneyův test – ADL – dle pohlaví

Příloha č. 8.: Mann-Whitneyův test – ADL – dle místa bydlení

Příloha č. 8.: Ověření hypotézy č. 5

Příloha č. 9.: Ověření hypotézy č. 5

Příloha č. 1.: Dotazník - Barthelův test základních všedních činností ADL

Barthelův test základních všedních činností ADL
(activity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

HODNOCENÍ:

0-40 bodů	vysoce závislý
45-60 bodů	závislost středního stupně
65-95 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý

Zdroj: <https://ose.zshk.cz/media/p5811.pdf>

Test instrumentálních všedních činností (IADL)

zjišťuje lehčí poruchy soběstačnosti

Jméno pacienta:

Datum:

Test provedl:

1. Jízda dopravním prostředkem

zcela samostatně	10 bodů
s pomocí nebo doprovodem druhé osoby	5 bodů
neschopen, schopen pouze převozu (sanitou, automobilem)	0 bodů

2. Nákup potravin

zcela samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

3. Uvaření

samostatně celé jídlo	10 bodů
sám si jídlo ohřeje	5 bodů
neschopen	0 bodů

4. Domácí práce (jednoduchý úklid, např. vytření podlahy, ustlání postele atd.)

samostatně bez pomoci	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

5. Vyprání osobního prádla

zvládne samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

6. Telefonování

samostatně vyhledá čísla v seznamu, zvedne telefon a adekvátně reaguje	10 bodů
potřebuje pomoc při vytáčení nebo vyhledávání čísla	5 bodů
neschopen	0 bodů

7. Užívání léků

samostatně užívá správné léky v určenou dobu	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

8. Odesílání peněz na poště nebo zacházení s kartou

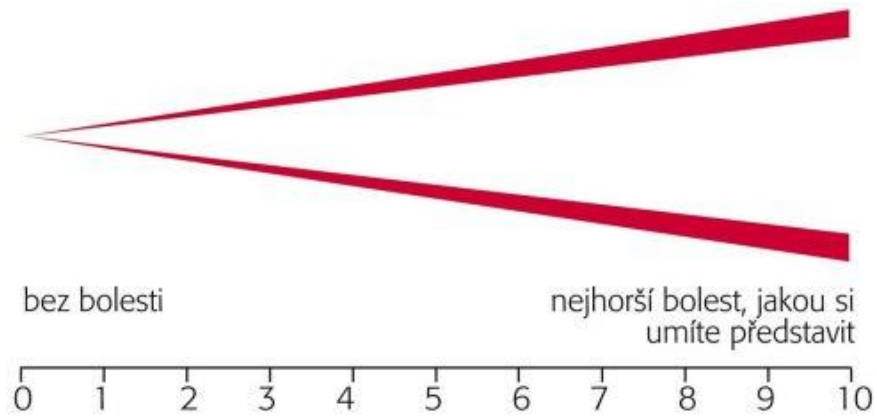
schopen samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

Výsledek:

Hodnocení:

0-40 bodů	nesoběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života
45-75 bodů	částečná nesoběstačnost v aktivitách denního života
80 bodů	v instrumentálních aktivitách denního života soběstačná/ý

Příloha č.3.: Vizuální analogová stupnice (VAS škála)



Příloha č. 4.: Doplnující dotazník

- POHLAVÍ muž žena
- VĚK
- VZDĚLÁNÍ ZŠ vyučen, SŠ odborná bez maturity
 SŠ s maturitou VŠ
- JAK DLOUHO ZDE BYDLÍTE
- NÁVŠTĚVNOST (sociální kontakt, telefonování) např. kolikrát týdně
- VÝŠE STAROBNÍHO DŮCHODU

Příloha č. 5.: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Dobrý den,

jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulty, studijního oboru: Odborný pracovník v ochraně a podpoře veřejného zdraví. Téma mé diplomové práce je Nerovnosti ve zdraví u vybrané skupiny populace. Tímto bych Vás chtěla poprosit o vyplnění dotazníků, které jsou zcela anonymní.

Předem Vám moc děkuji za vyplnění.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Informovaný souhlas týkající se diplomové práce na téma: „*Nerovnosti ve zdraví u vybrané skupiny populace*“.

Žádám Vás o souhlas s poskytováním výzkumného materiálu pro diplomovou práci.

Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky je náležitá pozornost věnována etickým otázkám a zajištění bezpečí respondentů. Důraz je kladen na:

- (1) **Anonymitu respondentů.**
- (2) **Mlčenlivost výzkumnice ve vztahu k osobním údajům o účastnících výzkumu (s tím, že s výzkumným materiálem budu pracovat výhradně já).**
- (3) **Budete mít možnost vyjádřit se k uvedeným údajům a upravit je.**
- (4) **Jako respondent/respondentka máte právo kdykoli odstoupit od výzkumné aktivity.**
- (5)

Děkuji za pozornost věnovanou těmto informacím a žádám Vás tímto o poskytnutí souhlasu s Vaší účastí ve výzkumu.

Bc. Martina Mašková

Podpis:

Podle zákona 101/2000 sbírky o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů uděluji souhlas s účastí v uvedeném výzkumném projektu a s poskytnutím výzkumného materiálu.

V dne Podpis:

Příloha č. 6.: Žádost o realizaci výzkumu

ŽÁDOST

Věc: Žádost o provedení výzkumu k diplomové práci

V Otrokovicích 19. dubna 2017

Vážená paní ředitelko,

Obracím se na Vás s prosbou k provedení výzkumu k diplomové práci v zařízení Senior Otrokovice.

Studuji 1. ročník navazujícího studia Odborný pracovník v ochraně a podpoře veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Téma mé diplomové práce je Nerovnosti ve zdraví u vybrané skupiny populace - zaměření na seniory ve věku 60 až 74 let.

Chtěla bych Vás požádat, zda bych mohla v období letních prázdnin provést výzkum k mé diplomové práci ve vašem zařízení. V příloze Vám posílám můj Podklad pro zadání diplomové práce.

Předem Vám děkuji za kladné vyřízení.

Bc. Martina Mašková

Smetanova 284 Otrokovice

Příloha č. 7.: Mann-Whitneyův test – ADL – dle pohlaví

	o1 najede ní, napití	o2 obléka ní	o3 koupá ní	o4 osobn í hygie na	o5 kontinen ce moči	o6 kontinen ce stolice	o7 použit í WC	o8 přesun lůžko - židle	o9 chůze po rovině	o10 chůze po schode ch	Průmě r o1_o1 0 ADL
Mann-Whitney U	379,000	350,000	370,000	360,000	337,000	345,000	327,000	378,000	346,500	380,000	389,500
Wilcoxon W	589,000	560,000	580,000	570,000	1157,000	555,000	537,000	1198,000	556,500	1200,000	1209,500
Z	-0,762	-0,999	-0,905	-2,017	-1,127	-1,331	-1,940	-0,447	-0,931	-0,333	-0,167
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,446	0,318	0,365	0,044	0,260	0,183	0,052	0,655	0,352	0,739	0,867
Exact Sig. (2-tailed)	0,443	0,337	0,653	0,107	0,292	0,178	0,065	0,607	0,349	0,868	0,871
Exact Sig. (1-tailed)	0,255	0,159	0,314	0,107	0,153	0,094	0,034	0,308	0,172	0,434	0,436
Point Probability	0,152	0,026	0,225	0,107	0,043	0,032	0,021	0,001	0,000	0,125	0,003

Příloha č. 7.: Mann-Whitneyův test – ADL – dle místa bydlení

	o1 naje ení, napití	o2 oblék ání	o3 koup ání	o4 osob ní hygi ena	o5 konti nence moči	o6 konti nence stolice	o7 použ ití WC	o8 přes un lůžko - židle	o9 chůz e po rovin ě	o10 chůze po schod ech	průměr_o 1_o10	Hodnoc ení_ ADL
Mann-Whitney U	421,500	406,500	420,000	450,000	266,500	445,000	421,000	418,000	219,000	130,000	194,500	200,500
Wilcoxon W	886,500	871,500	885,000	915,000	731,500	910,000	886,000	883,000	684,000	595,000	659,500	665,500
Z	-0,975	-0,819	-0,853	0,000	-3,096	-0,114	-0,727	-0,613	-3,789	-5,017	-3,840	-3,742
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,330	0,413	0,393	1,000	0,002	0,909	0,467	0,540	0,000	0,000	0,000	0,000
Exact Sig. (2-tailed)	0,612	0,519	0,671	1,000	0,001	0,872	0,658	0,615	0,000	0,000	0,000	0,000
Exact Sig. (1-tailed)	0,306	0,259	0,335	0,754	0,001	0,436	0,329	0,308	0,000	0,000	0,000	0,000
Point Probability	0,062	0,081	0,238	0,508	0,000	0,064	0,121	0,058	0,000	0,000	0,000	0,000

Příloha č. 8.: Ověření hypotézy č. 5

Mann-Whitney U Test	
Sample 1	
Sum of ranks	222
Mean of ranks	18,5
Expected sum of ranks	204
Expected mean of ranks	17
U-value	108
Expected <i>U</i> -value	126
Sample 2	
Sum of ranks	339
Mean of ranks	16,14
Expected sum of ranks	357
Expected mean of ranks	17
U-value	144
Expected <i>U</i> -value	126
Sample 1 & 2 Combined	
Sum of ranks	561
Mean of ranks	17
Standard Deviation	26,7208

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha č. 9 Ověření hypotézy č. 5

Pearson Correlation Coefficient	
X Values	
Sum	2291
Mean	69,424
SS _x	584,061
Y Values	
Sum	346900
Mean	10512,12
Ssy	85655152
X and Y Combined	
N	33
$\sum(X - M_x)(Y - M_y)$	32130,3
R Calculation	
$r = 0.1437$	
Significance test	
p-value	

Zdroj: Vlastní výzkum

9 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADL – Activity Daily Living (základní všední činnosti)

ČR- Česká republika

DM – Domov pro seniory

EU – Evropská Unie

EUR - euro

CHAEFA – Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency (Výkonná agentur pro spotřebitele, zdraví, zemědělství a potraviny)

IADL – Instrumental Activity Daily Living (instrumentální všední činnosti)

Kč – Koruna česká

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

NIPH - Norwegian Institute of Public Health

OSN – Organizace spojených národů

PSS - Pracovník v sociálních službách

SEK – Švédská koruna

SES – Sociálně-ekonomický status

SHE – Schools for Health in Europe (Škola podporující zdraví)

SŠ - Střední škola

SZU – Státní zdravotní ústav

UNFPA – United Nations Population Fund (Populační fond Organizace spojených národů)

USD – Americký dolar

VAS – Visual analogue scale (vizuální analogová stupnice)

VD – Vlastní domácnost

VŠ – Vysoká škola

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

ZŠ – Základní škola

Atd. – a tak dále

Apod – a podobně

et al. – et alii (a další)

tj – to je