

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FILOZOFICKÁ FAKULTA
KATEDRA SOCIOLOGIE, ANDRAGOGIKY A KULTURNÍ
ANTROPOLOGIE

KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ V DOMOVECH PRO SENIORY A
SPOKOJENOST S VOLNOČASOVÝMI AKTIVITAMI

Bakalářská diplomová práce

Studijní program: Andragogika maior, Sociologie minor

Autor: Aneta Ratajská

Vedoucí práce: Mgr. Katarína Banárová, Ph.D.

Olomouc 2024

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma Kvalita života seniorů v domovech pro seniory a spokojenost s volnočasovými aktivitami vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne. 19. 3. 2024

Podpis

Poděkování

Ráda bych touto cestou upřímně poděkovala vedoucí práce, Mgr. Kataríně Banárové, Ph.D. za její odborné rady a připomínky, konzultace, ochotu, vstřícnost a laskavý přístup. Mé poděkování rovněž patří Mgr. Kateřině Zymové za její odborné rady, vstřícnost a konzultace ohledně statistické analýzy dat.

Poděkování patří zaměstnancům a klientům domovů pro seniory za jejich ochotu při sběru dat. V neposlední řadě patří poděkování mé rodině a nejbližším za podporu během psaní mé závěrečné práce.

Anotace

Jméno a příjmení:	<i>Aneta Ratajská</i>
Katedra:	Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie
Studijní program:	Andragogika maior, Sociologie minor
Studijní program obhajoby práce:	<i>Andragogika</i>
Vedoucí práce:	Mgr. Katarína Banárová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2024

Název práce:	Kvalita života seniorů v domovech pro seniory a spokojenost s volnočasovými aktivitami
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá kvalitou života seniorů v domovech pro seniory a jejich spokojeností s volnočasovými aktivitami. Cílem práce je popsat kvalitu života seniorů v domovech pro seniory z pohledu samotných seniorů a popsat jejich spokojenost s volnočasovými aktivitami, které jsou v domovech pro seniory nabízeny. Práce je rozdělena na dvě části, a to na teoretickou a empirickou. Výzkum v rámci empirické části práce byl realizován pomocí dotazníkového šetření, s využitím dotazníků WHOQOL-OLD, WHOQOL-BREF a dotazníku Spokojenosti s volnočasovými aktivitami. Výsledkem výzkumu je podrobný popis kvality života seniorů z pohledu samotných seniorů v domovech pro seniory a popis jejich spokojenosti s volnočasovými aktivitami, které jsou v domovech pro seniory nabízeny.
Klíčová slova:	Kvalita života seniorů, volnočasové aktivity seniorů, domovy pro seniory, WHOQOL-OLD, WHOQOL-BREF, stáří, senior
Title of Thesis:	Quality of life of seniors in nursing homes and satisfaction with leisure activities

Annotation:	The bachelor thesis focuses on the quality of life of seniors in nursing homes and their satisfaction with leisure activities. The aim of the thesis is to describe the quality of life of seniors in nursing homes from the perspective of the seniors themselves and to describe their satisfaction with the leisure activities offered in nursing homes. The thesis is divided into two parts, theoretical and empirical. The research in the empirical part of the thesis was carried out by means of a questionnaire survey, using the WHOQOL-OLD, WHOQOL-BREF and the Satisfaction with Leisure Activities Questionnaire. As a result of the research, a detailed description of the quality of life of the elderly from the perspective of the elderly themselves in the homes for the elderly and a description of their satisfaction with the leisure activities offered in the homes for the elderly is presented.
Keywords:	Quality of life of seniors, leisure activities of seniors, nursing homes, WHOQOL-OLD, WHOQOL-BREF, old age, senior
Názvy příloh vázaných v práci:	Příloha 1: Dotazník spokojenosti s volnočasovými aktivitami společně s úvodním slovem Příloha 2: Dotazník WHOQOL-OLD Příloha 3: Dotazník WHOQOL-BREF
Počet literatury a zdrojů:	38
Rozsah práce:	98 s. (106 111 znaků s mezerami)

OBSAH

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1. STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	9
1.1 <i>Změny ve stáří</i>	11
1.1.1 Tělesné změny	11
1.1.2 Psychické změny	13
1.1.3 Sociální změny	16
1.2 <i>Demografické aspekty stárnutí.....</i>	17
1.3 <i>Ageismus.....</i>	18
2. KVALITA ŽIVOTA	21
2.1 <i>Vymezení pojmu kvalita života</i>	21
2.1.1 Medicínské pojetí kvality života	22
2.1.2 Psychologické pojetí kvality života	23
2.1.3 Sociologické pojetí kvality života	24
2.2 <i>Faktory ovlivňující kvalitu života.....</i>	24
2.3 <i>Dimenze kvality života</i>	26
2.4 <i>Potřeby seniorů</i>	29
3. DOMOVY PRO SENIORY.....	32
3.1 <i>Služby poskytované v domovech pro seniory.....</i>	32
4. VOLNÝ ČAS A SENIOŘI.....	36
4.1 <i>Volnočasové aktivity pro seniory</i>	36
EMPIRICKÁ ČÁST	44
5. METODOLOGIE.....	44
5.1 <i>Cíl výzkumu, výzkumné otázky, hypotézy</i>	44
5.2 <i>Výzkumná metoda.....</i>	46
5.3 <i>Stručný popis Organizace XX a Organizace YY</i>	47
5.4 <i>Výzkumný soubor a sběr dat.....</i>	48
6. ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	50
7. DISKUSE	68

ZÁVĚR.....	73
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	78
SEZNAM ZKRATEK.....	82
SEZNAM TABULEK	83
SEZNAM GRAFŮ	84
PŘÍLOHY	85

ÚVOD

Tato bakalářská práce se zaměřuje na téma Kvalita života seniorů v domovech pro seniory a spokojenost s volnočasovými aktivitami. Cílem této práce je popsat kvalitu života seniorů v domovech pro seniory z pohledu samotných seniorů a popsat jejich spokojenost s volnočasovými aktivitami, které jsou v domovech pro seniory nabízeny. Důvodem výběru tohoto tématu je nejen osobní zájem, ale především čím dál větší aktuálnost tohoto tématu. Stále se zvyšuje počet osob, které se dožívají vyššího věku. Růst počtu starších osob vede ke stále zvyšujícímu se počtu osob v domovech pro seniory. Z tohoto důvodu je důležité zkoumání subjektivní kvality jejich života a spokojenosti s volnočasovými aktivitami, a to především pro pochopení jejich potřeb a zajištění co nejlepší možné kvality jejich života.

Pro dosažení stanoveného cíle práce je využito kvantitativní výzkumné metody prostřednictvím třech dotazníků. První z dotazníků zkoumá spokojenost seniorů s volnočasovými aktivitami, další dva dotazníky zkoumají kvalitu života v jednotlivých doménách. Zvolené metody umožní systematicky interpretovat pohledy respondentů.

Práce je členěna do dvou částí, na část teoretickou a na část empirickou. Teoretická část práce zahrnuje teoretická východiska relevantní pro téma bakalářské práce. Součástí teoretické části práce jsou čtyři hlavní kapitoly, kterými jsou Stáří a stárnutí, Kvalita života, Domovy pro seniory a Volný čas a senioři. Empirická část se skládá ze tří hlavních kapitol, kterými jsou Metodologie, Analýza a interpretace dat a Diskuse.

TEORETICKÁ ČÁST

1. STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Stáří ani stárnutí není snadné charakterizovat, a to proto, že existuje celá řada definic, avšak žádná z nich není zcela výstižná. Ráda bych zde tedy uvedla několik definic, se kterými se v literatuře setkáváme.

„Stáří je obecné označení pozdních fází ontogeneze. Jde o poslední vývojovou etapu, která uzavírá, završuje lidský život.“ (Čeledová et al., 2016, 11). Dle autorů se jedná o projev a důsledek involučních změn funkčních a morfologických, které probíhají druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou, což vede k typickému obrazu, který označujeme fenotyp stáří. Fenotyp stáří označuje tělesné projevy, jimiž se odlišují staří lidé od mladých (Dvořáčková, 2012).

Mlýnková (2011) stáří charakterizuje jako vyvrcholení stárnutí, které představuje závěrečnou kapitolu života jedince. Stárnutí definuje jako vyvrcholení celého životního cyklu jedince. Je to tedy proces, při kterém dochází k degenerativním změnám ve tvaru buněk. Tyto změny probíhají u každého jedince jinou rychlostí a také nastupují v různou dobu během života jedince. Rychlost stárnutí závisí na několika faktorech, mezi které řadíme genetické predispozice, životní styl, stres a podobně (Mlýnková, 2011).

Langmeier & Krejčířová (2006) tvrdí, že se pod pojmem stárnutí rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které zapříčiňují zvýšenou zranitelnost, pokles schopností a výkonností jedince.

Vágnerová (2007) ve své knize hovoří o stáří jako o poslední etapě života, o fázi, která je označována jako postvývojová. Říká, že stáří přináší moudrost, pocit naplnění, ale také úbytek energie a proměnu osobnosti směřující k jejímu konci.

Stáří a stárnutí bývá obecně chápáno negativně a pojí se s určitými obavami. Lidé očekávají problémy, různá omezení v důsledku ztráty

soběstačnosti, snížení mentálních funkcí a ztráty kontaktů s okolím. Zmíněné obavy vedou ke strachu z ponížení a ztráty respektu. Je důležité zmínit, že tyto obavy nejsou zcela opodstatněné, neboť k výše zmíněným problémům v důsledku stárnutí zcela automaticky nedochází, ale vždy záleží na konkrétním průběhu stárnutí (Malíková, 2020).

Co se týče periodizace stáří, ani v ní nejsou autoři zcela jednotní. Vágnerová (2007) rozděluje stáří na dvě období, a to na rané stáří a na stáří pravé. Rané stáří, neboli třetí věk, je období života, ve kterém dochází ke změnám daným stárnutím. Tyto změny nemusí být natolik velké a závažné, aby starému člověku znemožňovaly žít aktivně či nezávisle. Rané stáří zahrnuje věkové rozmezí 60 až 75 let. Pravé stáří dle Vágnerové (2007) nastává po 75. roce života. Dověšením 80 let jedinec dosahuje takzvaného čtvrtého věku. Toto období se pojí s nárůstem problémů, jež jsou dané tělesným i mentálním úpadkem.

Říčan (2021) stáří dělí na rané stáří (65-75 let), pokročilý věk nebo také vlastní stáří (75-90 let) a vysoký věk či dlouhověkost (90 let a více).

V rámci této kapitoly bych chtěla přiblížit pojem senior a pojem důchodce. Pojem senior není v legislativě ani v literatuře jednoznačně vymezen. Tento pojem používáme pro označení starého člověka, někoho, kdo pobírá starobní důchod. Pojem senior bývá preferován jako emocionálně neutrální, jako pojem, který označuje člověka v celkovém období sénia (stáří). Pojem důchodce je vztahován k ekonomické aktivitě jedince. Člověk se stává důchodcem okamžikem, kdy opustí své zaměstnání z důvodu splnění věkových podmínek vstupu do důchodu. V gerontologii se setkáváme s pojmem geront, v psychologických dílech s pojmem senescent, jinde se můžeme setkat s pojmem starší lidé a podobně (Špatenková & Smékalová, 2015).

1.1 Změny ve stáří

Proces stárnutí zapříčiňuje řadu změn, které se odehrávají v rovině tělesné, psychické a rovněž sociální. Stárnutí avšak ovlivňuje celá řada intervenujících faktorů, mezi které řadíme genetické předpoklady, životní zkušenosti i prostředí (Venglářová, 2007).

1.1.1 Tělesné změny

Typickým jevem ve stáří je pokles tělesné hmotnosti a výšky. Změny v hmotnosti souvisí se změnami tělesných proporcí, jako je například změna šířky ramen, pánve, snížení hmotnosti celé kostry. Ve stáří také klesá rychlost, pružnost a hbitost pohybů. V důsledku snížení pružnosti a hbitosti pohybů vzniká vyšší pravděpodobnost úrazů (Šimíčková-Čížková et al., 2010).

Úbytek funkcí pozorujeme i u vnitřních orgánů. Dochází ke snížení výkonnosti srdce a až u jedné třetiny starších osob je ischemická choroba srdeční nejčastější příčinnou smrti. Dále v důsledku stárnutí dochází ke kornatění tepen. To způsobuje arteriosklerózu, což je onemocnění, které má za následek ztrátu tělesných sil a duševních schopností (Šimíčková-Čížková et al., 2010).

Dále dochází ke změnám v nervovém systému. Jedním z hlavních projevů stárnutí jsou pomalejší reakce. Mozek stárne pomaleji než ostatní části těla, ale přesto dochází ke zhoršení psychických schopností, jako je paměť a učení. Dochází k motorickým problémům, jako je třes a neschopnost pohybovat se obratně. Starší lidé jsou také méně odolní vůči stresu a mění se jim schopnost přizpůsobit se novým situacím (Šimíčková-Čížková et al., 2010).

Snižuje se počet vylučovaných hormonů. To má vliv na změny chování člověka, změny intelektuální činnosti, ztrátu vitality, dále také křehkost kostí, lámavost nehtů a podobně (Šimíčková-Čížková et al., 2010).

Projevy stárnutí zahrnují obvyklé jevy, jako je šednutí vlasů a jejich řídnutí. Genetika v těchto změnách ale hraje důležitější roli než pouhý věk. V pozdějším období dochází ke změnám v obličeji. Dochází ke ztrátě zubů, s tím souvisí zmenšení čelisti a poklesnutí brady. Mění se výraz očí, zvětšuje se špička nosu, ztenčuje se horní ret. Tyto změny avšak postupují velmi pomalu a u každého jedince probíhají individuálně (Šimíčková-Čížková et al., 2010).

Důležité je zmínit postupné zhoršování percepce (vnímání). Zhoršení percepce je způsobeno změnami ve smyslových orgánech a změnami ve snížení rychlosti přenosu informací. Percepční změny nastávají pozvolna a jsou doprovázeny funkčními změnami organismu, jako je například zpomalení pohybových činností (Šimíčková-Čížková et al., 2010).

Involučními změnami je postihnut zrak i sluch. U zraku dochází k snížení ostrosti a horšímu rozpoznávání barev. Ačkoli se zrakové obtíže objevují i u mladších lidí, průzkumy ukazují výrazný úbytek zrakových schopností se stoupajícím věkem. Špatné rozlišení sluchových vjemů vyvolává u starších osob nervozitu a podezíravost. Zhoršení sluchu zřejmě způsobuje i to, že starší lidé rádi ve společnosti hovoří sami, neboť je pro ně naslouchání obtížné. V důsledku zmíněných změn jsou negativně ovlivněny i mezilidské vztahy. Proto je důležité, aby blízké osoby staršího člověka projevovaly dostatek tolerance a usilovali o usnadnění porozumění (Šimíčková-Čížková et al., 2010). Langmeier & Krejčířová (2006) uvádí, že přibližně u 90 % osob starších 60 let lze pozorovat výrazné zhoršení zrakové percepce, dále je zhruba u 30 % osob zaznamenáváno výrazné zhoršení sluchu. Tyto změny s sebou nesou poklesy ve výkonu při určitých pracovních činnostech, také snižují možnost rekreace, jako je například četba či poslech hudby. Poruchy sensorické percepce často výrazně komplikují dostupnost komunikace s druhými lidmi. Zhoršení sluchového a zrakového vnímání provází vyšší riziko úrazů, a to především u osob, které nepřizpůsobují

činnosti svým aktuálním možnostem. Proto je velice důležité použití pomůcek sloužících ke zlepšení sluchové i zrakové percepce, jako jsou brýle či sluchadla. Tyto pomůcky mohou hrát významnou roli při celkovém individuálním přizpůsobení a začlenění seniorů do společnosti v průběhu stárnutí.

Vágnerová (2007) upozorňuje na sociální význam těchto pomůcek. Podstatně se totiž liší postoj k brýlím a sluchadlům. Brýle jsou přijímány neutrálně, neboť je nosí a potřebuje velká část lidí, naopak sluchadla bývají vnímány jako symbol úpadku kompetencí typický pro stáří.

Dvořáčková (2012) upozorňuje na fakt, že všechny uvedené změny mají vliv na vzhled i chování seniora. Člověk se začíná zaobírat čím dál více sebou samotným, svými tělesnými orgány a jejich funkcemi, objevují se pocity nejistoty, nedůvěry a introvertního zaměření. Se změnami tělesnými tedy úzce souvisí i změny v psychickém vývoji jedince.

1.1.2 Psychické změny

V důsledku stárnutí dochází k různým psychickým změnám, mění se mnohé psychické funkce. Dochází k celkovému zpomalování psychických procesů a dochází ke zhoršení pozornosti a paměti. Také dochází ke změnám v oblasti inteligence. Co se týče pozornosti, zejména se omezuje její schopnost zahrnout do ní mnoho různých podnětů najednou, rovněž schopnost rychle přesunout svou pozornost z jednoho objektu na druhý. Snižuje se schopnost delšího soustředění a také vnímání (Špatenková & Smékalová, 2015).

Zhoršení paměti je dle Vágnerové (2007) známým projevem stárnutí. Ve stáří se zhoršuje schopnost uchovávat a zpracovávat nové informace i schopnost vybavit si to, co bylo již dříve zapamatováno. Zhoršení paměti není závislé pouze na biologických změnách, ale je to proces, jehož průběh je individuálně specifický. Je tedy závislý na genetických předpokladech, aktuálním zdraví a postoji k duševní činnosti. *„Uchování paměťových funkcí*

závisí na vzdělání a s ním souvisejících faktorech, jako je úroveň rozumových schopností a míra užívání paměti.“ (Vágnerová, 2007, 322).

Dochází ke zhoršení zejména krátkodobé paměti, dlouhodobá paměť bývá zachována (Šimíčková-Čížková et al., 2010). Dle Vágnerové (2007) krátkodobá paměť udržuje vnímanou informaci ve vědomí po dobu, která je nezbytná k jejímu zpracování. Poté je tato informace ztracena nebo přesunuta do dlouhodobé paměti. V průběhu stárnutí je zpomalen proces percepce a snižuje se tempo a efektivita zpracování vnímaného. Proto mohou být některé podněty v důsledku zpomalení tohoto procesu ztraceny.

Zpomalení paměťových funkcí negativně ovlivňuje počet vybavitelných poznatků a zkušeností a také narušuje porozumění novým informacím. Senior se proto opírá o dřívější zkušenosti. Zhoršení paměti negativně ovlivňuje i schopnost učení (Šimíčková-Čížková et al., 2010).

Vágnerová (2007) zmiňuje, že v důsledku stárnutí dochází k úpadku fluidní inteligence, kterou Langmeier & Krejčířová (2006) definují jako kognitivní flexibilitu. Úpadek fluidní inteligence má za následek zhoršení schopnosti zpracovávat nové informace, flexibilně na ně reagovat a hledat řešení nových problémů. Pokles fluidní inteligence se vyznačuje tím, že staří lidé bývají málo flexibilní, jejich reakce jsou pomalejší a pomalejší a nové informace nejsou schopni dostatečně zpracovávat a uchovávat. Langmeier & Krejčířová (2006) se dále zmiňují, že fluidní inteligence výrazně klesá již po 30. roce života.

Krystalická inteligence, kterou Langmeier & Krejčířová (2006) definují jako výsledek vrozených vloh a všech zkušeností získaných spontánně i formálním vzděláním, se v období raného stáří nijak zásadně nemění. Dle Vágnerové (2007) krystalická inteligence stoupá od 25 let až do stáří. K postupnému poklesu dochází až po 70. roce života, tedy v období pravého stáří. Pokles krystalické inteligence způsobuje ztrácení schopnosti používání dříve osvojených znalostí a způsobů uvažování. Pakliže jsou znalosti

a způsoby uvažování používány, tak převážně jen zafixovaným stereotypním způsobem.

Langmeier & Krejčířová (2006) dále zmiňují inteligenci sociální, která společně se schopností morálního usuzování často zůstává až do vysokého věku plně zachována. S inteligencí bývá spojována i tvořivost, kterou můžeme chápat jako schopnost inovovat a vynalézat. Tvořivost klesá již od střední dospělosti. Dle statistik lidé dosahují svého vrcholu mezi 25. a 40. rokem. Avšak ve skutečnosti není žádná hranice, která by omezovala lidskou tvořivost. Člověk zůstává tvořivý celý svůj život.

Říčan (2021) poznamenává, že jedním z charakteristických rysů stárnutí je obtížná adaptace na změny. Dále zmiňuje snížení zájmu o okolí až netečnost. Tento jev můžeme vysvětlit na základě ubývání výběžků mozkových buněk a řidnutí jejich propojení. Proto tedy dochází k méně intenzivnímu emočnímu prožívání. Mění se pocit životní pohody, klesá počet pozitivních pocitů, a to především z toho důvodu, že se lidé ve stáří musí vyrovnávat s mnoha ztrátami a zátěžemi.

V důsledku duševních změn se setkáváme s měnící se osobností. Do popředí se dostávají nepěkné vlastnosti a sklony, které byl člověk v mládí schopen tlumit. Například z šetrnosti se stává lakota, stupňuje se podezíravost a podobně (Říčan, 2021).

Důležité je zmínit, že ve stáří také dochází k výskytu psychických poruch, jako je například demence. Přibývá rovněž depresí (chorobných smutků), které vznikají v reakci na těžké ztráty, jindy se objevují při tělesném onemocnění, které pacienta vyčerpávají anebo jde o poruchu mozkové biochemie, která se kombinuje s duševními zraněními a čerstvými stresy (Říčan, 2021).

1.1.3 Sociální změny

Ačkoliv je stáří očekávanou fází života, přípravou na něj se zabýváme nedlouho před odchodem do důchodu. Odchod do důchodu s sebou nese omezení sociálních kontaktů se spolupracovníky, ztrátu blízkých osob, omezení účasti na různých kulturních a společenských aktivitách, které probíhaly v rámci zaměstnání. S odchodem do důchodu se rovněž pojí změna ekonomické situace, změna životního stylu, přijetí nových sociálních rolí, názorů a podobně (Ptáčková et al., 2021). Říčan (2021) dodává, že lidé odcházející do důchodu zažívají pocity strachu z ekonomické nejistoty. Tento strach nepramení pouze z obav spojených s nižším příjmem, ale jde o ztrátu všelijakých možností vedlejších příjmů, přesčasů, stravenek, internetu a tak dále. Stuart-Hamilton (1999) poukazuje na to, že mnoho zaměstnaných lidí, především tedy mužů, si vytvořilo svůj status a sebehodnocení prostřednictvím práce. Jakmile tedy člověk odejde do důchodu, ztrácí nejen práci, ale i status. Je tedy velice důležité, aby si senioři našli něco, co je činí jedinečnými.

Další událostí, která poznamená život je odchod dětí z domova. Hovoříme o syndromu prázdného hnízda, kdy je ztracena rodičovská role. Rodičovská role bývá ale nahrazena rolí babičky či dědečka, což může být po seniora naplňující (Dvořáčková, 2012).

Stáří a stárnutí s sebou nese riziko zhoršení zdravotního stavu a úmrtí životního partnera, členů rodiny a přátel. V důsledku těchto událostí se mohou dostavit pocity osamělosti, prázdnoty a ohrožení, což může mít negativní vliv na kvalitu života (Ptáčková et al., 2021). „V důsledku bio-psycho-sociálních změn často dochází k vyčleňování starších lidí ze společnosti. Vznikají problémy s navazováním nových přátelských i partnerských vztahů. Strach z osamělosti a opuštěnosti se ve stáří zvyšuje.“ (Dvořáčková, 2012, 14).

Sociální kontakty seniora řídnu, přátelé a známí umírají, anebo jim jejich zdravotní stav zkrátka nedovoluje se se svými vrstevníky stýkat. Sociální kontakty seniora se odehrávají spíše v rámci rodiny. Je nutné zmínit, že kontakt s vrstevníky přináší seniorovi pochopení a pocit generační solidarity (Špatenková & Smékalová, 2015).

Výše uvedené biologické, psychologické a sociální změny ve stáří mohou ovlivňovat kvalitu života seniora. Z roviny biologické ohrožují kvalitu života zejména změny spojené se zhoršením zraku, sluchu a hybnosti. Z roviny psychologické kvalitu života ohrožují zejména změny myšlení, paměti, změny ve vztazích, podezíravost a nedůvěra. Z roviny sociální kvalitu života ohrožují zejména pocity osamělosti, odchod dětí z rodiny, smrt partnera a blízkých a odchod do domova pro seniory (Smékal & Hobzová, 2008).

1.2 Demografické aspekty stárnutí

Žijeme v době a také společnosti, kdy nám jsou dostupné lepší životní i pracovní podmínky, kvalitnější zdravotní péče a sociální ochrana. Výsledkem je stoupající počet lidí, kteří se dožívají vyššího věku, než tomu tak bylo v minulosti (Ptáčková et al., 2021). Malíková (2020) mezi příčiny řadí klesající porodnost, pokles kojenecké úmrtnosti, prodloužení střední délky života, snížení chudoby a podobně.

V České republice v roce 2015 bylo 18,7 % obyvatel ve věku 65 let a starších. Přepokládá se, že v roce 2030 počet těchto obyvatel vzroste na 23–25 % a v roce 2050 dokonce až na 33 % (Ptáčková et al., 2021). Malíková (2020) uvádí, že demografické prognózy, které byly zpracovány pro Českou republiku odhadují, že v roce 2050 bude v České republice žít půl milionu osob ve věku nad 85 let. Pro porovnání, v roce 2007 žilo v České republice 124 937 osob ve věku nad 85 let.

Naděje dožití se stále prodlužuje a je vyšší pro ženy než pro muže. Při narození je očekávaná délka života nejvyšší v Japonsku, kde u žen činí 86,8 roku. Pro muže je nejvyšší ve Švýcarsku, kde činí 81,3 roku. V České republice 81,7 roku u žen a 75,9 roku u mužů (Ptáčková et al., 2021).

Demografické stárnutí přináší výzvy i příležitosti. Mezi hlavní výzvy se řadí potřeba přehodnotit a přepracovat tradiční přístup k životnímu i pracovnímu vývoji. Vzhledem k tomu, že se prodlužuje délka dožití a mění se věková struktura populace, je potřeba redefinovat, co znamená „produktivní“ věk a jakou by měla hrát roli starší generace na trhu práce, ve veřejném prostoru i v rodinném životě. Jedním z hlavních diskutovaných problémů je situace na trhu práce. Často se hovoří o tom, že jedním z hlavních opatření na stárnutí populace je zvyšování věku odchodu do důchodu. Avšak kromě toho by měl být důraz kladen i na změnu postojů vůči starším pracovníkům. Dle několika empirických výzkumů z České republiky lidé často odcházejí do důchodu ne z vlastní iniciativy, ale z důvodu, že je zaměstnavatel již nepotřebuje (Sokačová et al., 2014).

Další výzvou a nutnou podmínkou změny postavení starších pracujících je změna v pohledu na stáří a roli starších ve společnosti. Starší lidé bývají vnímáni jako pasivní, bez jakékoli role či významu pro širší společnost a jako zátěž pro státní rozpočet. Tento pohled představuje zásadní bariéru pro postupný přechod ke společnosti, kde tito lidé budou vytvářet stále početnější skupinu. Stárnutí populace lze vnímat ale i jako příležitost, jak se vyrovnávat s předsudky vůči seniorům (Sokačová et al., 2014).

1.3 Ageismus

Pojem ageismus vyjadřuje, jak lidé přemýšlí o ostatních lidech v určitém věku, jaké pocity mají vůči druhým a jak se k lidem v určitém věku chovají (Macháčová et al., 2019). Haškovcová (2012) zmiňuje, že český ekvivalent slova ageismus neexistuje a důsledkem ageismu je věková

diskriminace, kterou jsou nejvíce postiženi senioři. V našem pojetí je tedy ageismus označován jako vyřazování starších lidí z různých aktivit a činností, které vyžadují zvýšenou odpovědnost či pozornost, nebo z vedoucích pozic pod dojmem, že nebudou schopni v určitých situacích adekvátně jednat, neboť na to zkrátka nestačí (Špatenková, 2013).

Hlavní zdroje ageismu, na jejichž základě jsou utvářeny negativní stereotypy a mýty, vymezil v roce 1980 Anthony J. Traxler. Mezi tyto zdroje patří strach ze smrti, neboť pro mnohé senioři představují a připomínají skutečnost smrti, ačkoli je smrt přirozenou součástí života. Dále ke zdrojům ageismu patří důraz na mládí a fyzickou krásu, kterou často můžeme vidět v médiích, filmech a podobně, zatímco stáří bývá vyobrazováno spíše negativně. Dalším zdrojem ageismu je produktivita a ekonomický potenciál, neboť senioři bývají považováni za neproduktivní a ekonomicky zatěžující. Zdrojem ageismu je také způsob mapování života starší populace (Ptáčková et al., 2021; Tošnerová, 2002).

V pozdějším životním období se oproti rané dospělosti častěji vyskytují věkově diskriminační situace. Jako příklad si můžeme uvést ztrátu zaměstnání. Dle evropských statistik za rok 2017 činila průměrná doba trvání nezaměstnanosti osob ve věku 25-54 let 16 měsíců. Pro osoby nad 55 let činila o 9 měsíců déle, tedy 25 měsíců. Zaměstnavatelé smýšlí negativně o starších zaměstnancích (Macháčová et al., 2019).

Palmore (1990) uvádí několik hlavních bodů, které shrnují předsudky vůči starým lidem. Těmito předsudky jsou nemoc, impotence, ošklivost, duševní úpadek, duševní onemocnění, zbytečnost, izolace, chudoba a deprese.

Mezi hlavní pozitivní stereotypy vztahující se ke stáří řadíme laskavost vůči druhým, moudrost, spolehlivost, blahobyt, svobodu, štěstí – ve smyslu, že staří lidé jsou moudří, volní, a proto musí být i šťastní, politickou moc – představa, že staří lidé tvoří vlivnou skupinu voličů, která hraje roli v utváření vlády (Palmore, 1999 in Ptáčková et al., 2021).

Ageismus může podstatně narušit proces adaptace na stáří a stárnutí a změny s tím spojené. Dlouhodobé vystavování negativním stereotypům má za následek to, že starší lidé mohou tyto postoje přijímat za své. To může vést k problémům a oslabením v oblastech fyzického, duševního a sociálního fungování (Bai, 2014; Bai & Chow, 2011 in Ptáčková et al., 2021). Proto je velice důležité se jako společnost zaměřit na budování pozitivního obrazu stáří a uvědomit si fakt, že staří lidé nejsou vždy nemocní, osamělí a neatraktivní, ale naopak jsou aktivní a pro společnost potřební (Ptáčková et al., 2021).

2. KVALITA ŽIVOTA

V povědomí většiny laické i části zdravotnické veřejnosti převládá názor, že kvalitní život může vést pouze zdravý jedinec. Zdraví je samozřejmě jeden z předpokladů kvality života, ale samo o sobě ji nezakládá. Kvalita života je obzvláště subjektivní prožitková kategorie, neboť jen sám člověk může prohlašovat, zda se cítí spokojený či nikoliv. Vnější pohled totiž může být klamný (Haškovcová, 2010).

2.1 Vymezení pojmu kvalita života

Pojem kvalita života se poprvé objevil ve 20. letech 20. století, do obecného povědomí avšak vstoupil až v 60. letech 20. století. Pojem kvalita života se rozvíjel třemi směry, a to směrem objektivním – byl chápán jako souhrn objektivních indikátorů, například o kvalitě životních podmínek v dané zemi, dále směrem subjektivním – jako souhrn subjektivních indikátorů, například o kvalitě jedincovy cesty životem a kombinací objektivních a subjektivních indikátorů (Mareš et al., 2006).

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje kvalitu života jako *„to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.“* (WHO, 2012, 3).

„Kvalita života se dotýká pochopení lidské existence, smyslu života a samotného bytí. Zahrnuje hledání klíčových faktorů bytí a sebeepochopení. Zkoumá materiální, psychologické, sociální, duchovní a další podmínky pro zdravý a šťastný život člověka.“ (Křivohlavý, 2011, 124).

Dle Mühlpachra (2017) kvalita života bývá často definována jako stupeň uspokojování duchovních a materiálních potřeb člověka, stupeň splněných očekávání v životě a stupeň integrace jedince do společnosti. Kvalita života je podmíněná objektivními i subjektivními podmínkami. Mezi objektivní podmínky řadíme podmínky ekonomické, sociální, podmínky

bydlení, zdravotní podmínky, sociální prostředí, bezpečnost, volný čas jedince a podobně. Subjektivní podmínky jsou způsoby, jak každý jedinec hodnotí svůj život, a to v kategoriích: spokojenost, štěstí, strach, obavy, naděje a samota.

Dvořáčková (2012) dodává, že kvalita života komplexním způsobem zahrnuje jedincovo somatické zdraví, psychický stav, úroveň nezávislosti na okolí a sociální vztahy. Dále také dodává, že kvalita života není totožná s termíny „stav zdraví“, „životní spokojenost“ a podobně. Dále uvádí, že kvalita života: *„Vyjadřuje subjektivní ohodnocení, které se odehrává v určitém kulturním, sociálním a enviromentálním kontextu.“* (Dvořáčková, 2012, 58).

Pojem kvalita života je konstrukt, který má mnohodimenzionální a interdisciplinární rozměr. Doposud neexistuje univerzální koncepce kvality života, kterou by bylo možno použít ve všech vědních disciplínách (Mühlpachr, 2017). Definování kvality života je tedy interdisciplinární problém, k jehož řešení je potřeba integrace a syntéza hledisek z oblasti filozofie, sociologie, ekonomie, politologie, ekologie, etiky, psychologie a podobně, což je ale komplikováno rozdílem nejen v pohledech jedinců, ale i v závislosti na kulturních podmínkách, náboženství a ekonomických podmínkách dané geografické oblasti (Dvořáčková, 2012).

2.1.1 Medicínské pojetí kvality života

První výzkumy kvality života se v medicíně objevily roku 1972. Výzkumy kvality života v medicíně byly realizovány u chronicky nemocných pacientů. Tyto výzkumy jsou cennou informací pro diagnostiku a nalezení vhodné terapie, neboť vyobrazují nemoc z pohledu pacienta. Subjektivní hodnocení pacientů mohou mít význam při určení terapeutických strategií a mohou lékařům demonstrovat potřeby pacientů (Mühlpachr, 2017).

Mühlpachr (2017) zmiňuje projekt Světové zdravotnické organizace z roku 1997, který dle něj nejlépe vyjadřuje medicínský přístup ke kvalitě života. Tento projekt uvádí šest oblastí, které se podílí na kvalitě života. Mezi tyto oblasti řadíme tělesné zdraví, psychické funkce, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, prostředí a spiritualitu. Dále autor konstatuje, že do dnešní doby v medicíně převládá názor, že kvalita života zahrnuje spokojenost, štěstí a blahobyt.

2.1.2 Psychologické pojetí kvality života

Kvalita života v psychologii bývá chápána z více hledisek. Můžeme hovořit o zjišťování životní spokojenosti, tedy hledání odpovědí na otázky, co dělá lidi spokojenými, zjišťování faktorů, které ke spokojenosti přispívají a ovlivňují ji. Jindy můžeme hovořit o prožívání subjektivní pohody (well-beingu) a klademe důraz na všeobecné hodnocení kvality života (Dvořáčková, 2012).

Hrozenská et al. (2008) zmiňují, že v psychologickém pojetí kvalitou života rozumíme koncepci toho, co člověku přináší pocit pohody a spokojenosti v životě. Subjektivní pohoda či nepohoda odráží širokou škálu pozitivních či negativních citových reakcí člověka na uspokojení jeho potřeb v různých oblastech.

Ptáčková et al. (2021) konstatují, že se na kvalitě života podílí úroveň osobní pohody (well-being), sebeobsluha, mobilita a schopnost ovlivňovat vývoj vlastního života. Uvádí, že se well-being skládá ze dvou základních dimenzí. Jednou z dimenzí je psychická pohoda, která se skládá ze sebeakceptace, osobního růstu, samostatnosti, účelu života a začlenění do života. Druhou dimenzí je dimenze sociální, která se skládá ze sociálního přijetí, sociální aktualizace, sociální soudržnosti a sociální integrace.

2.1.3 Sociologické pojetí kvality života

Sociologický přístup ke kvalitě života může zkoumat atributy sociální úspěšnosti, společenský status, životní styl, vybavení domácnosti, vzdělání, majetek a podobně. Důležitým termínem spojeným s kvalitou života je životní styl. Životní styl je možné charakterizovat všeobecnými sociálními podmínkami, které určují kvalitu života a způsob života lidí ve společnosti. Životní styl je determinován ekonomickým postavením jedince i celé společnosti. Chování člověka je ovlivněno tím, co je jeho životní hodnotou. Způsob života jedince je ovlivňován hodnotami, které jsou ovlivněné rodinným prostředím, výchovou a individuální zkušeností. Tyto hodnoty je možné rozdělit na individualistické (sebeurčení, úspěch, touha po štěstí) a na kolektivistické (spravedlnost či benevolence). Jako na hodnoty můžeme pohlížet i na determinanty životního stylu, mezi které řadíme povolání, zdravotní stav, věk, pohlaví a životní a společenské změny (Dvořáčková, 2012).

2.2 Faktory ovlivňující kvalitu života

Mezi skupiny faktorů, které ovlivňují kvalitu života řadíme zdravotní, sociální, ekonomické a enviromentální oblasti. Každý jedinec tyto faktory vnímá subjektivně, proto tedy není možné je přímo vymezit. Hovoříme tedy o skupinách faktorů, které mají vliv na lidský či společenský rozvoj. Další skupinou faktorů, které ovlivňují kvalitu života jedince, je skupina zcela specifická a konkrétní. Jedná se například o věk, pohlaví, rodinnou situaci, vzdělání, ekonomickou situaci jedince, hmotné zabezpečení a podobně. Nejvíce zdůrazňovaným faktorem ovlivňující kvalitu života seniorů je zdraví. Zdraví je ale výslednicí mnoha faktorů, které vzájemně interagují. Tím máme na mysli například interakci prostředí, emocí člověka, postoje ke stáří a stárnutí (Dvořáčková, 2012).

Mühlpachr (2017) uvádí jako důležitý faktor ovlivňující kvalitu života seniorů životní spokojenost. Životní spokojenost je podmíněna řadou dalších činitelů, jako jsou například životní události, životní úspěchy či neúspěchy, zdravotní stav, aktuální nálada, volnočasové aktivity a podobně.

Proces celoživotního učení má pozitivní vliv na vytváření kvality života jedince, neboť má vliv na charakter všestranné aktivizace. Vliv na kvalitu života má i stupeň dosaženého vzdělání. Stupeň vzdělání podmiňuje sebehodnocení seniora a dle statistik jedinci s vyšším vzděláním vykazují lepší sebehodnocení. Dalším faktorem, který ovlivňuje kvalitu života je rodina, neboť kvalita vztahů je pro kvalitu života i životní spokojenost prioritní (Mühlpachr, 2017). Dvořáčková (2012) rovněž zmiňuje vliv rodinného života, zejména tedy odchod dětí z domu, ztrátu životního partnera, ztrátu přátel a podobně. Jsou to události, se kterými se člověk musí vypořádat a mohou vyvolávat nepříjemné pocity osamělosti a opuštění.

Kvalitu života ovlivňuje zdraví, tedy zdravotní stav seniora i jeho partnera. Tyto faktory ovlivňují každodenní činnost seniorů. Ve vyšším věku jsou typická chronická onemocnění. Dle statistik chronickým onemocněním ve věku 60-74 let trpí 80 % osob a nad 70 let až 87 % osob. Důsledkem nemoci ve vyšším věku může být snížená soběstačnost, která může vést až k bezmocnosti vyžadující pomoc druhé osoby či dlouhodobější institucionalizaci. Toto vše zmíněné kvalitu života seniora snižuje (Dvořáčková, 2012).

S postupujícím věkem se u seniorů také snižuje manuální zručnost a přichází problémy s orientací. To může dojít do bodu, kdy například není pro seniory z hlediska bezpečnosti možné žít v domácím prostředí a odchází do ústavního zařízení. Člověku může hrozit ztráta autonomie (Dvořáčková, 2012).

Ve studii Dragomerické & Prajsové (2006) byl prokázán významný vztah mezi kvalitou života a zdravotním stavem, věkem, pohlavím, rodinnou

situací, vzděláním a hmotným zabezpečením. Ve výzkumu Mühlpachra (2017) avšak vztah mezi věkem a kvalitou života nebyl potvrzen.

2.3 Dimenze kvality života

Na kvalitu života můžeme nahlížet ze dvou hledisek, a to z hlediska subjektivního a z hlediska objektivního. V současné době se odborníci přiklání k subjektivnímu hodnocení kvality života. Objektivní kvalitu života můžeme vymezit jako souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a enviromentálních podmínek ovlivňující život člověka. Subjektivní kvalitou života rozumíme to, jak jedinec vnímá své postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému (Dvořáčková, 2012).

Pakliže hovoříme o kvalitě života a myslíme tím život jednotlivého člověka, vybíráme ale z celé problematiky kvality života pouze určitou oblast. Tuto problematiku lze rozdělit do určitých rovin (Dvořáčková, 2012).

Křivohlavý (2002) hovoří o těchto rovinách, které rozděluje na makro-rovinu, mezo-rovinu, osobní rovinu a fyzickou rovinu.

V makro-rovině jde o otázky kvality života velkých celků, jako jsou konkrétní země a kontinenty. Zde je život chápán jako absolutní morální hodnota. V mezo-rovině jde o otázky kvality života v malých sociálních skupinách. Jako příklad si můžeme uvést školy, nemocnice, domovy seniorů a podobně. Jde zde o respekt k morální hodnotě života člověka, o otázky uspokojování a neuspokojování základních potřeb každého člena dané skupiny a podobně. Osobní rovinou rozumíme život jednotlivce. Týká se každého z nás, jde tedy o subjektivní hodnocení spokojenosti, zdravotního stavu, nadějí a bolesti. Každý z nás v této rovině hodnotí kvalitu vlastního života. Ve fyzické rovině se jedná o pozorovatelné chování druhých lidí, které můžeme objektivně měřit a porovnávat. Kritéria v tělesné rovině je možno operacionalizovat (objektivně definovat za účelem jejich měření), ale i přes to,

že jsou tyto údaje měřitelné, není doporučováno je k hodnocení kvality života používat.

„Světová zdravotnická organizace (WHO) rozčlenila jednotlivé oblasti kvality života do čtyř základních okruhů, které vystihují dimenze lidského života bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum nebo postižení.“ (Dvořáčková, 2012, 70). Do prvního okruhu řadíme fyzické zdraví a úroveň samostatnosti (únava, bolest, energie, závislost na lékařské pomoci, mobilita, schopnost pracovat a podobně). Druhý okruh můžeme označit jako psychické zdraví a duchovní stránku (sebehodnocení, pozitivní či negativní pocity, myšlení, paměť, spiritualita, víra a podobně). Třetí okruh zahrnuje sociální vztahy (sociální podpora, osobní vztahy). Do čtvrtého okruhu řadíme prostředí (dostupnost zdravotnické a sociální péče, domácí prostředí, klima, finanční zajištění, bezpečí, příležitosti ke získání vědomostí či dovedností a podobně) (Dvořáčková, 2012).

Dvořáčková (2012) odkazuje na QOL (quality of life = kvalita života) Research Unit v Torontu, která vychází ze stejného teoretického vymezení kvality života. Autorka konstatuje, že jejich koncepční model kvality života byl vytvořen za účelem měření, které zohledňuje jak zdravotní determinanty, tak i spokojenost (Tabulka 1).

„Koncept kvality života, navrhovaný QOL Research Unit, zdůrazňuje jedincovy fyzické, psychické a duševní schopnosti, jeho vazby na prostředí a možnosti udržování a zlepšování schopností a vědomostí. Koncept se skládá ze tří základních oblastí života, z nichž každá obsahuje tři podoblasti.“ (Dvořáčková, 2012, 71).

Tabulka 1 : Konceptní model definující kvalitu života

EXISTENCE	KDO JSEM
FYZICKÁ STRÁNKA	fyzické zdraví, osobní hygiena, výživa, cvičení, péče o vzhled a oblečení, vzhled
PSYCHICKÁ STRÁNKA	psychické zdraví, vnímání, pocity sebehodnocení, sebepojetí
DUCHOVNÍ STRÁNKA	osobní hodnoty, osobní standard chování, duchovní hodnoty a vyznání
SOUNÁLEŽITOST	VZTAH NA PROSTŘEDÍ
MÍSTO NA SVĚTĚ	domov, práce/škola, sousedství, užší společnost
MÍSTO MEZI LIDMI	blízcí, přátelé, rodina, spolupracovníci, sousedství a užší společnost
MÍSTO VE SPOLEČNOSTI	adekvátní příjem, zdravotnické a sociální služby, zaměstnání, vzdělávací programy, volnočasové aktivity, společenské dění a události
ADAPTABILITA	DOSAHOVÁNÍ OSOBNÍCH CÍLŮ A PŘÁNÍ
KAŽDODENNÍ ČINNOST	činnost v domácnosti, zaměstnání, škola nebo dobrovolné činnosti, využívání zdravotnických a sociálních služeb
VOLNÝ ČAS	relaxační činnost, činnost redukující stres
PLÁNY DO BUDOUCNA	činnost pro udržování nebo zlepšování vědomostí a dovedností, adaptace na změny

Zdroj: Dvořáčková, 2012, 71-72.

Veenhoven (2000) uvádí čtyři typy kvality života. Kvality života vymezené tímto způsobem umožňují kategorizovat koncepty dobrého života dle toho, jakým aspektem kvality života se zabývají (Dvořáčková, 2012).

Kvadrant A zahrnuje vhodnost prostředí pro život a také zdůrazňuje životní, ekologické, sociální, ekonomické a kulturní podmínky. Kvadrant B zahrnuje pojem životaschopnost jedince. Do tohoto kvadrantu můžeme řadit duševní i fyzické zdraví, znalosti, schopnosti a vnitřní kvality života.

Kvadrant C představuje užitečnost života. Zajímá se o to, čím člověk obohacuje ostatní a nakolik člověk přispívá k dobru ostatních jedinců. Zahrnuje rovněž morální vývoj člověka a vnitřní cenu. V kvadrantu D se nachází pojem porozumění vlastnímu životu. Tato sféra se zabývá subjektivní pohodou, životní spokojeností, štěstím, hodnocením spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi a celkovou spokojeností se životem (Tabulka 2). Do této sféry patří většina dotazníků WHOQOL (Dvořáčková 2012).

Tabulka 2: Čtyři typy kvality života dle Veenhovena

	VNĚJŠÍ KVALITA ŽIVOTA (PROSTŘEDÍ)	VNITŘNÍ KVALITA ŽIVOTA (JEDINEC)
ŽIVOTNÍ ŠANCE, PŘEDPOKLADY	A. vhodnost prostředí, životní prostředí, sociální kapitál, prosperita, životní úroveň	B. životaschopnost jedince, psychologický kapitál, zdraví, způsobilost
PODOBA ŽIVOTA, VÝSLEDKY	C. užitečnost života	D. porozumění vlastnímu životu, subjektivní pohoda, spokojenost, štěstí

Zdroj: Dvořáčková, 2012, 73.

2.4 Potřeby seniorů

Senioři potřebují uspokojovat své potřeby jako každý z nás, přičemž ale často bývají odkázáni na pomoc svého okolí. Je důležité zmínit, že potřeba péče není primárně spojena s věkem, ale s poklesem funkčních schopností a soběstačnosti, což omezuje člověka v uspokojování jeho každodenních potřeb (Dvořáčková, 2012).

Potřeba je projevem nedostatku či projevem toho, že organismu něco chybí. Potřeba se rovněž může projevovat nadbytkem něčeho. Jako příklad si můžeme uvést potřebu klidu (potřebu být sám se sebou), která se může objevit při nadbytku podnětů z okolí (Mlýnková, 2011). Pokud potřeby nejsou

uspokojeny, vede to k deprivaci a ke strádání. Potřeby dělíme na okruhy, které se vztahují k tělesné pohodě, psychické rovnováze a bezpečí, dále na okruh související se vztahy k lidem, na okruh spirituálních potřeb a na okruh, který se vztahuje ke společenskému uplatnění (Dvořáčková, 2012). U seniorů jsou nejvíce zvýrazněny fyziologické potřeby a z psychosociálních to jsou především potřeby bezpečí, jistoty, lásky, sounáležitosti, autonomie a seberealizace (Ptáčková et al., 2021; Mlýnková, 2011).

Pravděpodobně nejznámější teorii lidských potřeb vytvořil ve 40. letech 20. století americký psycholog A. H. Maslow. Tato teorie předpokládá, že takzvané vyšší potřeby nemohou být efektivně naplňovány, pokud nejsou naplňovány potřeby nižší. Maslowovu teorii potřeb lze dobře adaptovat pro uvažování o potřebách seniorů. Pro zdravé osoby je naplňování fyziologických potřeb něco, nad čím se ani nezamýšlí, zkrátka něco běžného. Naopak ve stáří může být i naplnění základních potřeb nezvládnutelným úkonem, což souvisí i s otázkou sebepojetí a sebeúcty, tedy s naplněním potřeb vyšších. Výše zmíněné je nezbytné brát v úvahu při pomoci seniorům a nemocným lidem s naplňováním jejich základních potřeb, neboť se nejedná pouze o to „najíst se“, ale o to, aby si u toho člověk udržel základní důstojnost a vnímal sebe jako stále funkčního jedince (Ptáčková et al., 2021).

Pocit bezpečí potřebuje každý z nás v každém věku. Reakce na neuspokojení potřeb jistoty a bezpečí se mohou projevit pocity úzkosti, strachu, beznadějí i agrese. V dnešní době se hojně využívá moderních technologií, které mohou právě pocity bezpečí narušovat. Jako příklad si můžeme uvést takový kamerový systém v institucionální péči, který má za cíl pocit bezpečí zvyšovat. Z výzkumů však vyplývá, že moderní technologie mohou mít pozitivní i negativní vliv na pocit bezpečí. U spousty seniorů totiž moderní technologie navozují pocity nebezpečí, ztráty soukromí, sledování a podobně (Ptáčková et al., 2021).

U seniorů je velice důležitá potřeba autonomie, ocenění, důstojnosti. Dle Motlové (2007) potřeba autonomie zahrnuje potřeby úcty, sebeúcty, potřebu být užitečný a potřebu uznání. Dále uvádí, že se mnoho seniorů cítí být neužiteční, mají pocit, že jsou druhým pouze na obtíž. Seniorům dává pocit užitečnosti, když mohou předávat zkušenosti. Zachování autonomie je důležitá potřeba v životě seniora, tím máme na mysli zvládnout, řídit a ovlivňovat způsob každodenního života dle svých představ (Ptáčková et al., 2021). Dvořáčková (2012) uvádí, že se často seniorům snažíme pomáhat, ale někdy je naší snahy pomoci až příliš. Je důležité uvědomit si, zda naše snaha pomoci seniora naopak neomezuje v rozhodování o sobě, svých činnostech a o svém životě.

U seniorů je také velice důležitá komunikace, potřeba kontaktu a blízkosti druhých. Pakliže není uspokojována potřeba náklonnosti, sounáležitosti a lásky, přichází pocity osamělosti, smutku a pocity zbytečnosti až deprese (Ptáčková et al., 2021). Dle Motlové (2007) potřeba náležit k nějaké skupině může být uspokojena v rodině, v klubu důchodců a podobně. Problém ale nastává, pokud senioři nemají rodinu, jejich vrstevníci zemřeli nebo se zkrátka nemohou navštěvovat.

Nesmíme také opomenout potřebu seberealizace a sebenaplnění. U seniorů může potřeba seberealizace vyhasínat, případně být uspokojena prostřednictvím vzpomínek (Ptáčková et al., 2021). Motlová (2007) dodává, že někteří senioři se seberealizují pomocí zájmů a víry.

3. DOMOVY PRO SENIORY

Typickým pobytovým zařízením pro seniory jsou domovy pro seniory. V těchto zařízeních jsou poskytovány služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku a potřeby pravidelné pomoci jiné fyzické osoby (Holczerová & Dvořáčková, 2013).

3.1 Služby poskytované v domovech pro seniory

„Každý poskytovatel sociální služby je povinen dodržet rozsah stanovený zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, pro konkrétní druh poskytované služby a odpovídající typu zařízení.“ (Malíková, 2020, 114).

Služba musí zahrnovat základní činnosti, kterými jsou poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006). Domovy pro seniory často poskytují i doprovodné služby kadeřníků, holičů, manikérek a pedikérek (Haškovcová, 2010). Tyto doprovodné služby poskytují i vybrané domovy, ve kterých byl realizován výzkum pro empirickou část této práce.

Hrozenská et al. (2008) uvádí základní úlohy sociálního pracovníka, mezi které řadí ulehčení adaptace seniora na nové prostředí, uskutečnění sociálně-poradenské práce prvního kontaktu, zabezpečení sociálněprávní ochrany obyvatel, sledování a kontrolování plateb uživatelů za poskytnuté služby, zprostředkování kontaktu s rodinou, poskytování psychosociální opory, zajištění styku s úřady, evidenci nepřítomnosti obyvatelů, vedení finanční agendy, poskytnutí edukačních aktivit, spolupracování s vedoucími zdravotních a jiných úseků a vytváření pozitivní atmosféry v zařízení.

Poskytnutí ubytování umožňuje seniorům a zdravotně postiženým osobám mít trvalý domov do konce jejich života. Poskytnutí ubytování také zahrnuje vytvoření příjemného a bezpečného prostředí. Pokoje jsou vybaveny pojízdnými polohovacími lůžky, nočními stolky, jídelními stoly, židlemi, křesly, šatními skříněmi, signalizačními zařízeními a podobně. Každý pokoj disponuje vlastním sociálním zařízením, pouze v ojedinělých případech některé pokoje sociálním vybavením nedisponují. Každé podlaží v zařízení musí být opatřeno společnou koupelnou a toaletou, zvlášť pro muže a ženy. Při přijetí je každý klient seznámen s prostorami zařízení, dále je seznámen s návody na obsluhu veškerého vybavení na pokoji a je informován o bezpečnostních opatřeních. Poskytnutí ubytování zahrnuje i poskytnutí společných prostor, jimiž jsou například atrium, recepce, jídelna, společenská místnost, zahrada a podobně (Malíková, 2020).

Strava musí být poskytována kvalitní a přiměřená věku klienta, zdravotnímu stavu klienta a případnému onemocnění. Zároveň strava musí být podávána v potřebné úpravě a s potřebným rozsahem asistence, či úplným provedením činnosti. Strava je podávána pětkrát denně, diabetikům šestkrát. Klienti se stravují v jídelně, případně na pokoji. Druh diety je doporučován ošetřujícím lékařem a s navrženou dietou musí klient souhlasit (Malíková, 2020).

Péče o tělo je velice důležitá složka v ošetrovatelské péči. Z důvodu časté nesamostatnosti klientů je jim často prováděna osobní hygiena bez jejich aktivního zapojení, anebo jsou individuálně vytvářené podmínky k provedení klientem samotným. Je důležité, aby bylo v této oblasti respektováno jejich soukromí a případný stud. Klientům bývá poskytována pomoc při osobní hygieně minimálně dvakrát denně a dále dle jejich potřeby (Malíková, 2020).

Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu potřebují všichni klienti v menším, větším či úplném rozsahu. Ležícím klientům, kteří jsou plně závislí na poskytovaných službách, je poskytována péče

o pohybovou aktivitu přímo na lůžku. Tato péče zahrnuje pravidelné polohování, úpravu lůžka během dne dle potřeby, přesun klienta a podobně. Částečně imobilním klientům je pomáháno s posazením na lůžku, vstáváním z lůžka, přesunem do koupelny a přesunem na invalidní vozík. Klienti, kteří jsou mobilní a nepotřebují pomoci se vstáváním, přesouváním se, uleháním avšak často potřebují pomoci v oblasti hygieny, při oblékání, obouvání a zouvání (Malíková, 2020).

Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím je velice důležité, neboť valná většina klientů již nadále není schopna udržovat kontakt se společenským prostředím. Pracovníci imobilní klienty doprovázejí a dopravují do společných prostor či na zahradu za ostatními klienty. Pro skupiny mobilních klientů bývají zajišťovány akce i mimo zařízení – procházky, výlety, různé kulturní akce a podobně (Malíková, 2020).

Sociálně terapeutické činnosti mají důležitou roli. Tyto činnosti se zaměřují na posilování sociálních dovedností v běžném životě, což podporuje seberealizaci klienta a pocit vlastní užitečnosti. Ve většině zařízení je realizována socioterapie, která se zaměřuje na řešení problémů, využívá silných stránek klienta a nezaměřuje se na poukazování na klientovy neúspěchy. Naopak využití psychoterapie je minimální. Socioterapeutické činnosti neprovádí jeden pracovník, ale podílí se na ní sociální pracovník, aktivizační sestry, pracovník pro volnočasové aktivity, ergoterapeut a fyzioterapeut. Cílem socioterapeutických činností je podpora aktivity klientů a prevence poklesu jejich sociálních, psychických i fyzických funkcí (Malíková, 2020).

Aktivizační činnosti slouží k nalezení vhodných stimulačních a aktivizujících podnětů a jsou důležitou součástí péče o seniory. Tyto podněty pomáhají klientovi probudit zájem o sebe samotného, uvědomovat si své potřeby, zapojovat se do sebestarání a zabránit tak vzniku a rozvoji závislosti,

což vede k podpoře pocitu vlastní důstojnosti, radosti a naplnění důstojného prožívání stáří (Haškovcová, 2010; Malíková, 2020).

Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí se především týká komunikace vedoucí k uplatňování práv a zájmů klienta, které jsou oprávněné (Malíková, 2020).

4. VOLNÝ ČAS A SENIOŘI

„Volný čas je možné chápat jako opak doby nutné práce a povinností a doby nutné k reprodukci sil. Je to doba, kdy si své činnosti můžeme svobodně vybrat, děláme je dobrovolně a rádi, přinášíjí nám pocit uspokojení a uvolnění.“ (Holczerová & Dvořáčková, 2013, 29). Pod pojem volný čas zahrnujeme odpočinek, rekreaci, zábavu a různé zajímavé činnosti i časové ztráty, které se s těmito činnostmi pojí (Holczerová & Dvořáčková, 2013).

4.1 Volnočasové aktivity pro seniory

Dvořáčková & Holczerová (2013) konstatují, že by aktivizační programy pro seniory v pobytových zařízeních měly umožňovat každému člověku žít způsobem, kterým chce, který mu nejvíce vyhovuje a pokračovat v tom, co sám považuje za důležité. Aktivita v každém věku, i stáří, posiluje a stimuluje psychickou i fyzickou stránku osobnosti člověka, naopak nečinnost v pokročilém věku může vést k úpadku, depresím, urychlení fyziologického procesu stárnutí a rozpadu osobnosti. Proto je důležité, aby si pracovníci v sociálních zařízeních pro seniory byli vědomi hodnoty a významu aktivizačních programů, aby znali potřeby jednotlivých klientů, a především je respektovali. Aktivizace seniorů tedy zahrnuje trávení volného času, které je smysluplné a uspokojující a udržování a rozvíjení pohybových aktivit. Je důležité zmínit, že každá prováděná činnost musí být příjemná, dělaná dobrovolně, musí mít účel, měla by být společensky přijatelná a neměla by vést k neúspěchu.

Janiš & Skopalová (2016) volnočasové aktivity seniorů rozdělují na aktivity kulturní (návštěva divadla, kina, koncerty, ale i sledování televize), pohybové, sociální (vyznačují se především navazováním a udržováním sociálních kontaktů, setkáváním se s přáteli, rodinou, s lidmi ze svého okolí), vzdělávací, veřejné (účast na řešení společenských problémů), rekreační

(zahrádkaření, houbaření, kutilství), cestovatelské (cestování za účelem odpočinku či nového poznání), hobby (koníčky) a manuální (vyšívání, modelářství, rybaření, včelařství).

„Vzdělávací aktivity mohou probíhat individuálně v rámci sebevzdělávání (čtení literatury, získávání informací na internetu), dále mohou mít podobu různých vzdělávacích kroužků, přednášek, ale také se může jednat o institucionalizovaná vzdělávání (např. v podobě univerzit třetího věku.)“ (Janiš & Skopalová, 2016, 80). Autoři upozorňují na fakt, že v případě rezidenčních zařízení považujeme nabídku vzdělávacích aktivit jako velkou slabinu, neboť vzdělávací aktivity mívají příležitostný charakter.

Institut evaluací a sociálních analýz (INESAN) ve svém výzkumu uvádí, že se využívání volnočasových aktivit odvíjí především od zdravotního stavu, ekonomické situace a kondice seniorů. Mezi seniory tak bývají preferovány volnočasové aktivity v podobě společenských a kulturních akcí a léčebných a rehabilitačních programů. Dále upozorňují na pozitivní vliv volnočasových aktivit na kvalitu života seniorů a sociální začleňování (INESAN, 2016). Remr & Ďurďa (2016) ve svém výzkumu uvádějí, že starší lidé jsou méně aktivní kvůli zhoršujícímu se zdravotnímu stavu a nedostatečnému zájmu o nabízené aktivity. Zároveň ale také zdůrazňují, že zapojení seniorů do různých aktivit a činností může předcházet jejich sociálnímu vyloučení.

Dvořáčková & Holczerová (2013) popisují volnočasové aktivity, které jsou vhodné pro seniory. Některé z těchto aktivit jsou využívány v domovech pro seniory, ve kterých byl realizován náš výzkum. Mezi tyto aktivity autorky zařadily následující:

- **Ergoterapie.** Tato vědní disciplína využívá specifické diagnostické a léčebné postupy. Cílem ergoterapie je především dosáhnout maximální soběstačnosti a nezávislosti klientů v domácím, pracovním i sociálním prostředí a rovněž zvýšit kvalitu života klientů. Mezi

ergoterapeutické aktivity řadíme hodnocení funkční zdatnosti seniorů, a to v rozsahu aktivit každodenního života pomocí testu základních všedních činností (ADL) a testu instrumentálních všedních činností (IADL) i výkonových testů, dále nácvik všedních činností v rozsahu ADL a IADL. Do aktivit řadíme i provádění aktivit, které jsou zaměřené na pohybovou koordinaci i jemnou motoriku, provádění kognitivní rehabilitace, stimulování, podmiňování, mozkový trénink a rehabilitace poruch řeči, včetně využití počítačových programů. Ergoterapeuté se rovněž věnují školení seniorů v moderních technologiích, inovačních metodách, včetně práce s počítači s cílem podpořit jejich schopnost využívat nové technologické možnosti. Vzhledem k tomu, že většina pobytových zařízení nemá v personálním obsazení kvalifikovaného ergoterapeuta, bývá ergoterapie realizována v rámci volnočasových aktivit, které mají pozitivní psychosociální dopad a seniorům pomáhají v jejich vlastním sebepřijetí, sebeúctě, v navazování nových vztahů a v udržování kondice a soběstačnosti.

- **Muzikoterapie** je forma zvukové terapie, která využívá přitažlivosti rytmického zvuku ke komunikaci, relaxaci a navození pocitu pohody. Terapie mívá formu poslechu hudby, tvorby hudby, zpěvu, pohybu na hudbu i hudebního cvičení a bývá provozována v různých zařízeních, jako jsou nemocnice, centra duševního zdraví, centra pro seniory a domovy seniorů. Muzikoterapie může být účinná například i při snižování chronické bolesti nebo při Parkinsonově chorobě, neboť poskytuje rozptýlení a odvádí pozornost od stávajících obtíží.
- **Pohybové aktivity.** Pohyb sehrává významnou roli v každém věku. Pohyb je základním projevem života, umožňuje člověku jeho existenci. Pohyb bývá s přibývajícím věkem ovlivněn, a to sociálním prostředím, ve kterém je pohyb usměrňován, podporován, nebo dokonce nahrazován jinými podněty, například televizí. Pohyb ovlivňuje

well-being, a to na úrovni tělesné, duševní i společenské a je také prostředkem preventivního zdraví. Pohybová aktivita umožňuje příjemné trávení volného času, ovlivňuje psychickou stránku jedince a vlastnosti jedince, jimiž jsou intelekt, sebedůvěra a vůle. Pohybové aktivity mají nejen funkci společenskou, motivační a volnočasovou, ale mají rovněž funkci rekondiční a rehabilitační. Pohybové aktivity můžeme rozdělit do několika okruhů. Mezi tyto okruhy patří například léčebná tělesná výchova, což je výchova pro jedince se změněným zdravotním stavem. Jedná se tedy o relaxační i kondiční cvičení, dechovou gymnastiku, pasivní pohyby a podobně. Do okruhů dále řadíme zdravotní tělesnou výchovu, která je určena pro jedince se zdravotními limitacemi a zdravotním postižením. Jedná se o skupinová cvičení, různé rekondiční pobyty i například o turistické akce. Dalším okruhem je habituální pohybová aktivita, která zahrnuje všechny pohybové činnosti běžného života, včetně rekreačních. Mezi okruhy řadíme i rekreační sport. Rekreačním sportem rozumíme různé kolektivní hry, plavání či cyklistiku. Stárnutí postihuje celý pohybový aparát, proto musí pohybová aktivita v každém věkovém období respektovat zdravotní stav jedince a úroveň tělesné zdatnosti. Obsahem by měla být dynamicko-silová a vytrvalostní cvičení, která by měla respektovat pocity a subjektivní naladění. Každodenní pohybová aktivita by měla zahrnovat cvičení zaměřené na pohyblivost, pružnost a pevnost páteře, což současně může také plnit i relaxační funkci.

- *Arteterapie* je činnost, která využívá výtvarné umění jako prostředek k osobnímu vyjádření, a to v rámci komunikace, neboť v arteterapii nejde o esteticky uspokojivé výsledné produkty. Výtvarná tvorba je pojímána jako tvůrčí a odpočinková činnost, která obohacuje náš život a tuto roli sehrává i v pečovatelských zařízeních. Arteterapie si klade individuální i sociální cíle. Mezi individuální cíle patří uvolnění,

sebeprožívání, sebevnímání, poznání vlastních možností, sebehodnocení, růst osobní svobody a motivace, rozvoj fantazie a celkový rozvoj osobnosti. Mezi sociální cíle řadíme vnímání a přijetí druhých lidí, jejich ocenění, navázání kontaktů, zapojení do skupiny a kooperace, komunikace, společné řešení problémů, pochopení vztahů a vytváření sociální podpory. Arteterapie je nápomocná seniorům při přizpůsobování se novým životním situacím, při poklesu fyzických sil, ztrátě zdraví, specifikům důchodového věku a s ním spojeným změnám v oblasti sociální i ekonomické. Arteterapie se snaží aktivizovat vitalitu, flexibilitu a stimulovat kreativitu.

- ***Dramaterapie*** je činnost, která prostřednictvím dramatických postupů umožňuje vyjádřit sebe samotného a napomáhá k sebepoznání či pochopení mezilidských vztahů. Tuto činnost provádí dramaterapeut, který musí být poučen v oblasti gerontopsychologie a měl by mít přímou zkušenost se zvláštnostmi osobnostní struktury starého člověka. Vzhledem k involučním zákonitostem má dramaterapie se seniory svá specifika. Hlavním úkolem dramaterapie tedy je, společně se snahou o reedukaci psychosociálních funkcí, které involuce zasáhla nejvíce, snaha o posílení integrity ega spojená s budováním pocitu satisfakce či vyrovnání se s osobní minulostí. Dramaterapie může být způsobem, jak vyřešit neurotické konflikty, se kterými se mnoho seniorů potýká. Prostřednictvím dramaterapie tak mohou zprostředkovávat své pocity i potřeby, které verbálně vyjádřit nelze.
- ***Trénování paměti.*** Jak již bylo zmíněno v první kapitole této práce, stárnutí se podepisuje na paměti. Paměť můžeme rozdělit na sensorickou, krátkodobou a dlouhodobou. Sensorická paměť slouží k udržení nové informace v čase mezi 0,1 až 20 sekundami. Až je informace vyhodnocena jako důležitá, poté je uložena do krátkodobé paměti. Tuto paměť lze těžko trénovat, avšak mnoho koncentračních

cvičení posiluje i tuto paměť. Krátkodobá paměť má omezenou kapacitu, umí přijmout v průměru sedm dojmů a na několik sekund či minut je uložit. Snadno si zapamatujeme něco, co je pro nás důležité, něco, co máme spojené s příjemným zážitkem nebo něco, co je nějakým způsobem zvláštní či neobvyklé. Takové věci se snadno udrží v krátkodobé paměti a pokud se jimi budeme dále zabývat, uloží se do paměti dlouhodobé. Jak již bylo zmíněno v první kapitole této práce, v průběhu stárnutí se horší paměť krátkodobá, a proto je důležité ji trénovat. Jednou z metod tréninků krátkodobé paměti je postup „kapacita zpětné paměti“, při kterém musí subjekt opakovat položky v opačném pořadí, než byly uvedeny. Další vhodnou technikou je metoda loci (místa), podle které se zapamatovávají psychické obrazy místnosti nebo jiných důvěrně známých míst. Informace, které si chceme trvale zapamatovat se ukládají do dlouhodobé paměti. Informace ale musejí být převedeny ze sensorické a krátkodobé paměti. Hlavním způsobem, jak cvičit celý mozek je stimulace. Aby náš mozek cvičil, potřebuje stimulaci, mozek potřebuje prožívat něco nového, protože pomocí nových a nezvyklých prožitků si mozek vytváří nervové cestičky a tím zvyšuje svou kapacitu. Když prožíváme něco nového, náš mozek musí vykonávat určitou práci, musí přijmout, vytrídít a uložit spoustu nových informací. Klienti v domovech pro seniory jsou stimulováni k zapamatování si úkonů v rámci péče o vlastní osobu (ranní hygiena, ustlání lůžka,..). Paměť je možno trénovat prostřednictvím her, například bývají využívány Kimovy hry, které spočívají v tom, že jsou na určitý čas zrakovému vnímání vystaveny různé předměty, které se poté zakryjí a úkolem osoby je vyjmenovat či napsat co nejvíce viděných předmětů. Tyto hry mohou mít spoustu variant, například formu poznávání chuti se zavázanýma očima nebo také poznávání předmětů pomocí hmatu. Dále hraní

stolních her, jako je pexeso, kvarteto, karty. Techniky trénování musejí být vždy zvoleny vzhledem k schopnostem a možnostem seniorů. Ve skupinových aktivitách bývají využívány slovní hry – slovní kopaná, doplňování chybějících slov ve známých pranostikách a písních, vědomostní kvízy a podobně.

- **Reminiscenční terapie** můžeme definovat jako proces, při kterém je ve skupině podporováno vzpomínání na příjemné události z minulosti. V rámci reminiscenční terapie jsou využívány staré fotografie, předměty, hudební nahrávky, filmy za účelem navození správné atmosféry. Největším přínosem reminiscenční terapie je vytváření prostoru pro aktivní naslouchání seniorům a vnímání jejich potřeb. Tato práce se vzpomínkami také napomáhá pracovníkům, kteří pracují se seniory k pochopení jejich osobnosti, slouží také k upevnění vztahu mezi seniorem a pomáhajícím pracovníkem a smysluplnému plánování služby. Je důležité podotknout, že když pracovníci rozumí individuálním potřebám seniorů a znají jejich životní příběhy, zvyšují kvalitu života samotných seniorů. Je důležité, aby pracovníci, kteří se těmito technikami zabývají, byli řádně proškoleni technikami, jak pracovat se vzpomínkami seniorů, jak vést rozhovor, jak zvládnout emoční projevy a rovněž umět motivovat seniory, dále je důležité zvládnout umění naslouchat, porozumět zvláštnostem v komunikaci, umět vyvolat a zachytit vzpomínku.
- **Zooterapie.** „Zooterapie (zvířaty podporovaná terapie) je souhrnný termín pro rehabilitační metody a metody psychosociální podpory zdraví, které jsou založeny na využití vzájemného pozitivního působení při kontaktu mezi člověkem a zvířetem.“ (Holczerová & Dvořáčková, 2013, 85). Dle metody se zooterapie dělí na aktivity za pomoci zvířat (přirozený kontakt člověka a zvířete, který je zaměřený na zlepšení kvality života klienta), terapie za pomoci zvířat (cílený kontakt zvířete a člověka,

který je zaměřený na zlepšení psychického/fyzického stavu klienta), vzdělávání za pomoci zvířat (přirozený či cílený kontakt člověka a zvířete, který je zaměřený na rozšíření/zlepšení výchovy, vzdělávání či sociálních dovedností klienta) a krizovou intervenci za pomoci zvířat (přirozený kontakt mezi člověkem a zvířetem, který je zaměřený na odbourání stresu). Všechny tyto metody je možné kombinovat. Dle druhů využívaných zvířat se zooterapie dělí na canisterapii (psi), felinoterapii (kočky), hipoterapii (koně), delfinoterapii (delfíni), lamaterapii (lamy), insektoterapii (hmyz), ornitoterapii (ptactvo). V domovech pro seniory bývá využívána zejména canisterapie, což je terapie, která využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka. Tato terapie klade důraz na řešení psychologických, citových a sociálně integračních problémů a je prováděna individuálně či ve skupinách. Canisterapie přispívá k rozvoji motoriky, podněcuje zúčastněné ke komunikaci, také zvyšuje motivaci podílet se na vlastním léčebném procesu a bývá využívána k nácvičku koncentrace, zlepšení kvality života a případně i ke snížení agresivity klienta.

EMPIRICKÁ ČÁST

V empirické části práce je popsána metodologie výzkumu, zahrnující popis cíle výzkumu, výzkumné otázky, hypotézy, výzkumnou metodu, stručný popis Organizace XX a Organizace YY, výzkumný soubor a sběr dat. Následuje analýza a interpretace dat a závěrečná diskuse.

5. METODOLOGIE

5.1 Cíl výzkumu, výzkumné otázky, hypotézy

Hlavním cílem tohoto výzkumu je popsat kvalitu života seniorů v domovech pro seniory a spokojenost seniorů s volnočasovými aktivitami. Konkrétněji se jedná o popis kvality života seniorů z pohledu samotných seniorů a o popis spokojenosti seniorů s volnočasovými aktivitami, které jsou v domovech pro seniory nabízeny.

Prvním cílem tohoto výzkumu je popsat kvalitu života seniorů v domovech pro seniory z pohledu samotných seniorů. **Výzkumné otázky vztahující se k tomuto cíli jsou:**

Jak vnímají senioři v domovech pro seniory kvalitu svého života?

Jaké je skóre kvality života v jednotlivých doménách života seniorů? (*domény WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF – tj. Fungování smyslů, Nezávislost, Naplnění, Sociální zapojení, Smrt a umírání, Blízké vztahy, Fyzické zdraví, Prožívání, Sociální vztahy*)

Druhým cílem tohoto výzkumu je popsat spokojenost seniorů s volnočasovými aktivitami, které jsou v domovech pro seniory nabízeny.

Výzkumné otázky vztahující se k tomuto cíli jsou:

Jak často se senioři účastní volnočasových aktivit?

Jak jsou senioři spokojeni s volnočasovými aktivitami?

Existují nějaké aktivity, které by senioři v nabídce volnočasových aktivit uvítali? Pokud ano, které?

Jak senioři, kteří se účastní volnočasových aktivit, vnímají vliv těchto aktivit na určité domény jejich života? (*domény: spokojenost s životem v domově, duševní zdraví, fyzické zdraví a sociální život*)

- V rámci této výzkumné otázky byly stanoveny první čtyři hypotézy:
 - H1: Senioři, kteří se účastní volnočasových aktivit, budou hodnotit vliv těchto aktivit na jejich spokojenost s životem v domově jako pozitivní nebo spíše pozitivní.
 - H2: Senioři, kteří se účastní volnočasových aktivit, budou hodnotit vliv těchto aktivit na jejich duševní zdraví jako pozitivní nebo spíše pozitivní.
 - H3: Senioři, kteří se účastní volnočasových aktivit, budou hodnotit vliv těchto aktivit na jejich fyzické zdraví jako pozitivní nebo spíše pozitivní.
 - H4: Senioři, kteří se účastní volnočasových aktivit, budou hodnotit vliv těchto aktivit na jejich sociální život jako pozitivní nebo spíše pozitivní.

Další stanovené hypotézy:

H5: Existuje vztah mezi subjektivním hodnocením zdravotního stavu a subjektivním hodnocením kvality života.

H6: Existuje vztah mezi hodnocením dostatku finančních prostředků a subjektivním hodnocením kvality života.

H7: Existuje vztah mezi spokojeností s osobními vztahy a skóre kvality života v jednotlivých doménách.

H8: Se zvyšujícím se věkem budou respondenti hůře hodnotit kvalitu svého života.

H9: Se zvyšující se účastí na volnočasových aktivitách se bude zvyšovat skóre kvality života v doméně Sociální zapojení.

H10: Existuje vztah mezi subjektivním hodnocením zdravotního stavu a skóre kvality života v jednotlivých doménách.

H11: Existuje vztah mezi účastí na volnočasových aktivitách a subjektivním hodnocením kvality života.

5.2 Výzkumná metoda

S ohledem na téma a cíl této bakalářské práce byla zvolena kvantitativní výzkumná metoda. Výzkum byl realizován pomocí dotazníkového šetření, v rámci kterého byly použity celkem tři dotazníky. Prvním z nich byl dotazník zkoumající spokojenost s volnočasovými aktivitami v domově pro seniory, který byl na základě teorie mnou vytvořen. Dále byly použity dva dotazníky, které byly vytvořeny Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Jednalo se o dotazník WHOQOL-OLD a dotazník WHOQOL-BREF.

Dotazník zkoumající spokojenost s volnočasovými aktivitami v domově pro seniory obsahuje celkem 16 otázek, z nichž je 13 uzavřených, 2 otevřené a 1 je polootevřená. První čtyři otázky zkoumají sociodemografické údaje, jako je pohlaví, věk, zdravotní stav a délka pobytu v domově pro seniory. Dále dotazník obsahuje otázky zkoumající, jakých volnočasových aktivit se respondenti nejčastěji účastní, jak často se těchto aktivit účastní a pokud se volnočasových aktivit neúčastní, jaký pro to mají důvod. Následující otázky zkoumaly spokojenost s nabídkou volnočasových aktivit v domově pro seniory, spokojenost s frekvencí, jakou volnočasové aktivity probíhají, spokojenost s tím, jak jsou volnočasové aktivity vedeny a také zda existují nějaké aktivity, které by respondenti v domově uvítali, případně které. Poslední čtyři otázky zkoumaly, zda má účast respondentů na volnočasových aktivitách vliv na jejich celkovou spokojenost s životem v domově pro seniory, jaký má účast respondentů na volnočasových aktivitách vliv na jejich fyzické a duševní zdraví a jaký vliv má jejich účast na volnočasových aktivitách na jejich sociální život.

Dotazník kvality života ve vyšším věku WHOQOL-OLD obsahuje šest domén, které jsou důležité pro osoby vyššího věku. Mezi tyto domény se řadí **fungování smyslů**, **nezávislost** (soběstačnost, schopnost se rozhodovat, schopnost se o sebe postarat), **naplnění** (dosažení cílů v minulosti, přínosu v budoucnosti, výhledu do budoucnosti), **sociální zapojení** (dostatek činností, kontakty s lidmi), **postoje ke smrti a umírání a blízké vztahy**. Každá doména zahrnuje čtyři položky, dotazník má tedy 24 položek, které jsou hodnoceny na pětibodových Likertových škálách, které vyjadřují intenzitu, kapacitu či spokojenost. Tento dotazník avšak není vhodný pro samostatné užití, je nutné ho použít jako dodatkový modul k dotazníkům kvality života WHOQOL-100 či WHOQOL-BREF. Dotazník WHOQOL-BREF je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100. WHOQOL-BREF obsahuje 24 položek, které jsou sdružené do čtyř oblastí, jimiž jsou **oblast fyzická**, **psychologická**, **sociální** a **oblast prostředí** (Dragomerická & Prajsová, 2009).

Výsledky WHOQOL-OLD mají podobu šesti doménových skóru. Výsledky WHOQOL-BREF se vyjadřují v podobě čtyř doménových skóru a průměrných hrubých skóru dvou samostatných položek, které hodnotí kvalitu života a zdravotní stav (položky Q1 a Q2) (Dragomerická & Prajsová, 2009).

5.3 Stručný popis Organizace XX a Organizace YY

Pro účely této bakalářské práce byly vybrány dva domovy pro seniory. Obě organizace vyjádřily přání zůstat v anonymitě, z tohoto důvodu tedy budou v práci označovány jako Organizace XX a Organizace YY.

Organizace XX byla založena roku 2001 a provozuje dvě budovy, celková kapacita činí 143 klientů. Posláním Organizace XX je prostřednictvím pobytové služby usilovat o důstojný a bezpečný život seniorů, kteří se dostali do nepříznivé sociální situace a vyčerpali možnosti zůstat v domácím prostředí za pomoci rodiny, terénních či ambulantních služeb. Pro klienty se

snaží vytvářet podmínky k prožití stáří jako plnohodnotné etapy života. Organizace XX disponuje certifikátem Nenecháváme to být za budování bezpečného a přátelského klima v organizaci (Organizace XX, 2022).

Organizace YY byla založena již roku 1941. Kapacita této organizace činí 350 klientů. Posláním Organizace YY je poskytování nepřetržité pobytové sociální služby seniorům s cílem prožití důstojného prožití a plnohodnotného stáří. Podporovat samostatnost uživatele dle možností, ošetřovat nemocné uživatele, humanizovat péči, mít odborné zaměstnance a aktivizovat uživatele (Organizace YY, 2020).

5.4 Výzkumný soubor a sběr dat

K výběru domovů pro seniory byl použit prostý náhodný výběr, kdy byl náhodně vybrán domov, který jsem následně oslovila. Respondenti byli vybráni pomocí dvou druhů výběru, a to pomocí záměrného a dostupného výběru. V rámci záměrného výběru byli vybráni respondenti na základě zdravotního stavu. Jinými slovy, z výběru byli vyřazeni ti respondenti, kterým jejich zdravotní stav znemožňoval se dotazníkového šetření zúčastnit. Jednalo se o osoby, které se aktivně do dotazníků nedokázaly zapojit, také neprojevíly schopnost komunikace a nebyly schopny vyjádřit svůj postoj k otázkám, které byly v rámci dotazníků pokládány. Tento výběr mi pomohly zrealizovat aktivizační pracovnice. Aktivizační pracovnice mi poskytly seznam všech osob, které žijí v domově. V tomto seznamu byly zatrhnuty ty osoby, které jsem mohla oslovit. Dále byl tedy použit výběr na základě dostupnosti, kdy jsem oslovila všechny dostupné osoby ze seznamu. Výzkumný soubor tvoří skupina seniorů, vybrána na základě určitého kritéria (v našem případě na základě zdravotního stavu), žijící ve dvou vybraných domovech.

Celkem bylo osloveno 130 respondentů, 13 respondentů se odmítlo dotazníkového šetření zúčastnit, 12 dotazníků bylo navraceno nevyplněných

a 3 dotazníky byly vyřazeny pro nesprávné vyplnění. Výzkumný soubor tedy tvoří 102 respondentů.

Jak již bylo zmíněno, ke sběru dat byly použity tři dotazníky. Vzhledem k cílové skupině respondentů byly tyto dotazníky distribuovány v papírové formě. Respondenty jsem oslovila dvěma způsoby. V prvním případě jsem je oslovila po společných aktivitách, které jsou v domovech pro seniory realizovány (například po aktivitě trénink paměti, společné vaření,..). Nicméně ne všichni respondenti se do těchto aktivit zapojují, anebo se do těchto aktivit nezapojují na denní bázi, proto jsem je oslovila i druhým způsobem, a to individuálně na jejich pokojích. Většina respondentů vyplnila dotazníky sama, avšak některým z nich byla poskytnuta z mé strany pomoc při vyplňování, neboť jim daný den jejich zdravotní stav nedovoloval samostatně dotazníky vyplnit a sami mne o pomoc při vyplňování požádali. Jednalo se především o zvýšený třes rukou, velké otoky prstů, které respondentům znemožňovaly psát. Respondentům jsem se při oslovení představila, informovala jsem je o tom, kde studuji, co studuji a o tématu své bakalářské práce, pro kterou je výzkum realizován. Po vyjádření souhlasu s účastí ve výzkumu byl respondentům distribuován dotazník. Součástí dotazníků bylo úvodní slovo, ve kterém byli respondenti informováni o tématech dotazníků, o účelech dotazníků, o anonymní povaze dotazníků a o dobrovolné účasti. V úvodním slovu jsou zahrnuty instrukce k vyplnění dotazníků, informovaný souhlas o zpracování osobních údajů a kontaktní údaje na mou osobu v případě nějakých otázek k výzkumu.

6. ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

Před samotnou analýzou dat bylo nutné data z dotazníků zpracovat, tedy zaznamenat do datové matice, která byla vytvořena v programu Microsoft Excel. K samotné analýze dat byl použit statistický program IBM SPSS.

Výzkumný soubor je tvořen celkovým počtem 102 respondentů, z toho 73.5 % tvoří ženy a 26.5 % tvoří muži (Tabulka 3). Nejvíce zastoupenou skupinu tvoří respondenti ve věku 75-89 let (54.9 %), druhou nejvíce zastoupenou skupinou jsou respondenti ve věku 90 let a více (33.3 %), nejméně zastoupená skupina respondentů je ve věku 60-74 let (11.8 %) (Tabulka 4).

Tabulka 3: Rozdělení respondentů dle pohlaví

POHLAVÍ	N	N v %
Muž	27	26.5 %
Žena	75	73.5 %

Tabulka 4: Rozdělení respondentů dle věku

VĚK	N	N v %
60-74 let	12	11.8 %
75-89 let	56	54.9 %
90 let a více	34	33.3 %

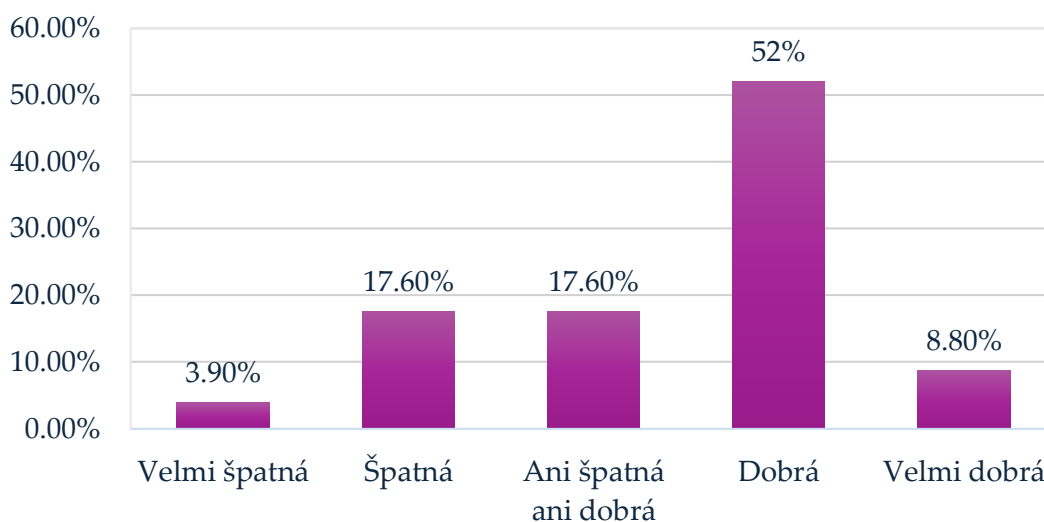
Prvním cílem výzkumu je popsat kvalitu života seniorů v domovech pro seniory z pohledu samotných seniorů. První výzkumná otázka vztahující se k tomuto cíli je „*Jak vnímají senioři v domovech pro seniory kvalitu svého života?*“. Z Tabulky 5 a Grafu 1 vyplývá, že kvalitu svého života senioři nejčastěji hodnotí jako **dobrou (52 %)**. Druhou nejčastěji uváděnou odpovědí

je možnost **ani špatná ani dobrá (17.60 %)** a stejně tak možnost **špatná (17.60 %)**. Třetí nejčastěji uváděnou odpovědí je možnost **velmi dobrá (8.80 %)** a jako poslední **velmi špatná (3.90 %)**. Většina seniorů vnímá kvalitu svého života jako dobrou.

Tabulka 5: *Subjektivní hodnocení kvality života*

SUBJEKTIVNÍ HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA	N	N v %
Velmi špatná	4	3.9 %
Špatná	18	17.6 %
Ani špatná ani dobrá	18	17.6 %
Dobrá	53	52 %
Velmi dobrá	9	8.8 %

Graf 1: *Subjektivní hodnocení kvality života*



Další výzkumnou otázkou je „*Jaké je skóre kvality života v jednotlivých doménách života seniorů?*“. Skóre kvality života v jednotlivých doménách jsou uvedeny v Tabulce 6 a Grafu 2. V doménách Fungování smyslů (skóre 13.41), Nezávislost (skóre 13.37), Naplnění (skóre 12.91), a Sociální zapojení (skóre 12.39) skóre odpovídají **průměrné kvalitě života**. V doméně Smrt a umírání

skóre odpovídá **mírně zvýšené kvalitě života**. V doméně Blízké vztahy (skóre 15.90) skóre interpretujeme jako **průměrnou kvalitu života**. V doménách Fyzické zdraví (skóre 13.10), Prožívání (skóre 14.15) a Sociální vztahy (skóre 13.75) skóre opět odpovídají **průměrné kvalitě života**. V doméně Prostředí (skóre 15.28) skóre odpovídá **mírně zvýšené kvalitě života**.

V rámci vyhodnocení dotazníku WHOQOL-BREF musí být vyhodnoceny i otázky Q1 (subjektivní hodnocení kvality života) a Q2 (subjektivní hodnocení zdravotního stavu). Průměrné hrubé skóre otázky Q1 činí 13.76. Průměrné hrubé skóre otázky Q2 činí 11.12. Hodnoty opět odpovídají **průměrné kvalitě života a průměrnému zdravotnímu stavu** (Dragomerická & Prajsová, 2009) (Tabulka 6, Graf 2).

Naměřené hodnoty skóre byly interpretovány srovnáním s populačními normami, které v rámci své studie uvádí Dragomerická & Prajsová (2009).

Tabulka 6: Skóre kvality života v jednotlivých doménách

DOMÉNA	MIN.	MAX.	SKOŘE KVALITY ŽIVOTA	SD
Fungování smyslů	5	20	13.41	4.03
Nezávislost	5	20	13.37	3.66
Naplnění	4	19	12.91	2.84
Sociální zapojení	4	20	12.39	3.80
Smrt a umírání	4	20	13.52	4.44
Blízké vztahy	6	20	15.90	3.80
Fyzické zdraví	8	18.3	13.10	2.73
Prožívání	6.67	19.33	14.15	2.98
Sociální vztahy	4	18.70	13.75	2.72
Prostředí	6	20	15.28	2.52

Graf 2: Skóre kvality života v jednotlivých doménách



Druhým cílem tohoto výzkumu je popsat spokojenost seniorů s volnočasovými aktivitami, které jsou v domovech pro seniory nabízeny. První výzkumná otázka, která se vztahuje k tomuto cíli je „*Jak často se seniori účastní volnočasových aktivit?*“

Tabulka 7 zobrazuje rozložení respondentů dle frekvence jejich účasti na volnočasových aktivitách. Nejvíce respondentů uvedlo, že se volnočasových aktivit účastní **několikrát týdně (67.78 %)**, dále **jednou týdně (18.89 %)** a **méně než jednou týdně (13.33 %)**. Celkově můžeme říci, že se volnočasových aktivit nejvíce respondentů účastní několikrát týdně.

Tabulka 7: Frekvence účasti na volnočasových aktivitách

ÚČAST	N	N v %
Několikrát týdně	61	67.78 %
Jednou týdně	17	18.89 %
Méně než jednou týdně	12	13.33 %

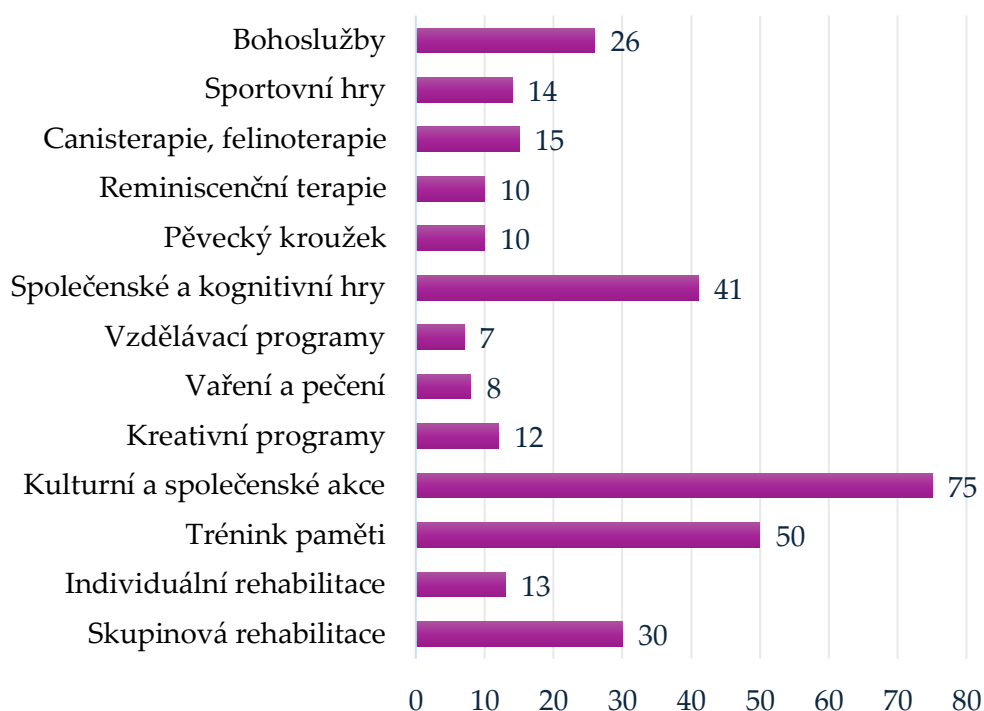
Volnočasových aktivit se účastní celkem 90 respondentů z celkového počtu 102 respondentů. Nejvíce jsou navštěvovány čtyři druhy volnočasových aktivit. Respondenti se nejvíce účastní kulturních a společenských akcí (N=75),

dále tréninku paměti (N=50), společenských a kognitivních her (N=41) a skupinových rehabilitací (N=30) (Tabulka 8, Graf 3).

Tabulka 8: *Aktivity, kterých se respondenti nejvíce účastní*

AKTIVITY	N
Skupinová rehabilitace	30
Individuální rehabilitace	13
Trénink paměti	50
Kulturní a společenské akce	75
Kreativní programy	12
Vaření a pečení	8
Vzdělávací programy	7
Společenské a kognitivní hry	41
Pěvecký kroužek	10
Reminiscenční terapie	10
Canisterapie, felinoterapie	15
Sportovní hry	14
Bohoslužby	26

Graf 3: Aktivity, kterých se respondenti nejvíce účastní



Další výzkumná otázka vztahující se k druhému cíli této práce je „*Jak jsou senioři spokojeni s volnočasovými aktivitami?*“. Otázky číslo 7, 8 a 10 (v dotazníku Spokojenost s volnočasovými aktivitami) zkoumají spokojenost s volnočasovými aktivitami ve třech doménách. Těmito doménami jsou „*spokojenost s frekvencí, jakou volnočasové aktivity probíhají*“, „*spokojenost s nabídkou volnočasových aktivit v domovech pro seniory*“ a „*spokojenost s vedením volnočasových aktivit*“. Na výzkumnou otázku „*Jak jsou senioři spokojeni s volnočasovými aktivitami?*“ byla hledána odpověď právě pomocí domén vytvořených na základě výše uvedených otázek (7,8 a 10).

V doméně „*spokojenost s frekvencí, jakou volnočasové aktivity probíhají*“ největší podíl respondentů uvedl **spokojen(a) (50.5 %)** a **spíše spokojen(a) (31.9 %)**, nejméně zastoupenou odpovědí je **nespokojen(a) 3.3 %**.

Podobné výsledky zahrnuje doména „*spokojenost s nabídkou volnočasových aktivit v domovech pro seniory*“, kdy opět největší podíl respondentů uvedl možnost **spokojen(a) (46.9 %)** a **spíše spokojen(a) (37.8 %)**. Nejmenší zastoupení sledujeme u možnosti **nespokojen(a) (1 %)**.

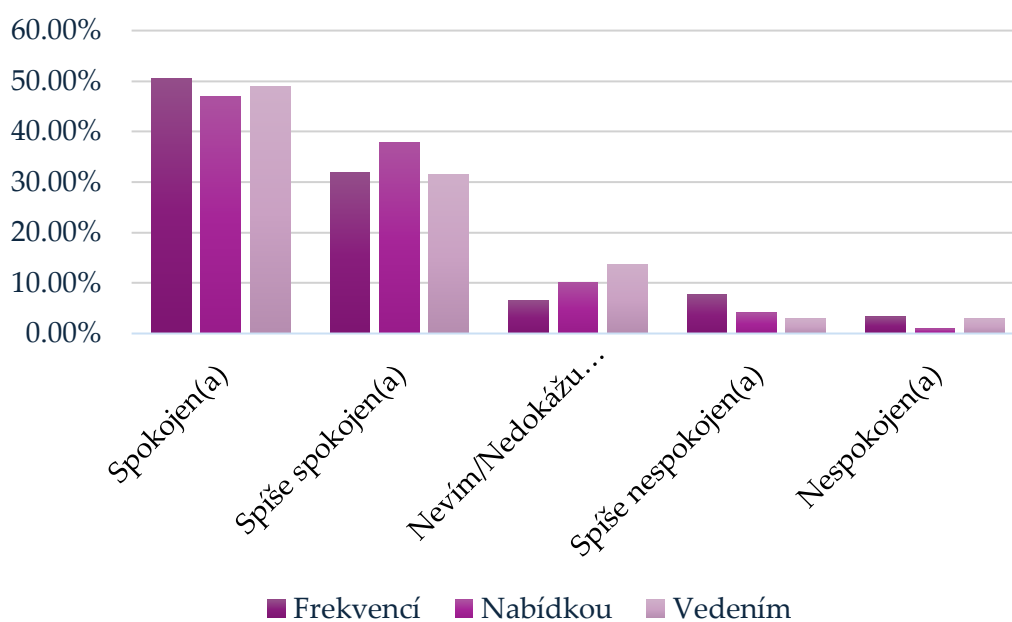
Jinak to není ani u domény „spokojenost s vedením volnočasových aktivit“, kdy má největší zastoupení opět možnost **spokojen(a)** (49 %) a **spíše spokojen(a)** (31.4 %). Nejmenší zastoupení má možnost **spíše nespokojen(a)** (2.9 %) společně s **nespokojen(a)** (2.9 %). Veškeré konstatované výsledky jsou uvedeny v Tabulce 9 a Grafu 4.

Lze tedy konstatovat, že většina respondentů (seniorů) je spokojena s volnočasovými aktivitami v daných domovech pro seniory.

Tabulka 9: Spokojenost s volnočasovými aktivitami

Spokojenost s	Spokojen (a)	Spíše spokojen(a)	Nevím/nedokážu posoudit	Spíše nespokojen (a)	Nespokojen (a)
Frekvencí	50,5 %	31,9 %	6,6 %	7,7 %	3,3 %
Nabídkou	46,9 %	37,8 %	10,2 %	4,1 %	1 %
Vedením	49 %	31,4 %	13,7 %	2,9 %	2,9 %

Graf 4: Spokojenost s volnočasovými aktivitami



V rámci této výzkumné otázky byl vytvořen index spokojenosti, který je součtem otázek 7, 8 a 10. Tento index nabývá hodnot od 3 do 15, kdy

hodnota 3 znamená „nespokojen(a) se všemi doménami“ a hodnota 15 znamená „spokojen(a) se všemi doménami“. Minimální hodnota, která byla uvedena je hodnota 4, naopak maximální uvedená hodnota je 15, průměrná hodnota činí 12.97. Na základě Tabulky 10 můžeme konstatovat, že největší podíl respondentů uvedl, že je spokojen se všemi doménami (34.1 %).

Tabulka 10: *Index spokojenosti*

HODNOTY	N	N v %
4	1	1.1 %
8	2	2.2 %
9	6	6.6 %
10	5	5.5 %
11	1	1.1 %
12	15	16.5 %
13	20	22 %
14	10	11 %
15	31	34.1 %

Další výzkumnou otázkou je „Existují nějaké aktivity, které by senioři v nabídce volnočasových aktivit uvítali? Pokud ano, které?“.

Otázka číslo 9 (v dotazníku Spokojenost s volnočasovými aktivitami) zkoumá, zda existují nějaké aktivity, které by respondenti v nabídce volnočasových aktivit uvítali. V rámci této otázky uvedlo 18.6 % respondentů odpověď ano, 8.8 % respondentů uvedlo odpověď spíše ano, 12.7 % respondentů uvedlo odpověď nevím/nedokážu posoudit, 34.3 % respondentů uvedlo odpověď spíše ne a odpověď ne uvedlo 25.5 % respondentů. Na základě těchto výsledků můžeme říci, že existují aktivity, které by respondenti v nabídce volnočasových aktivit uvítali. Otázka číslo 9 je filtrační, tudíž se následující otázky číslo 9.1 účastnili pouze ti, kteří v předchozí otázce (9) zvolili možnost odpovědi ano či spíše ano. Otázka číslo 9.1 zkoumá, jaké aktivity by respondenti v nabídce volnočasových aktivit uvítali. Na tuto otázku odpovědělo celkem 28 respondentů, což tvoří 27.45 % z celkového

výzkumného souboru. **Nejvíce respondentů (N=11)** uvedlo **vzdělávací aktivity**. Nejčastěji byly uváděny cestopisné a historické přednášky, jeden respondent uvedl jazykové lekce a jeden respondent uvedl lekce práce s telefonem. Druhou nejčastěji uváděnou odpovědí byla **jóga**, kterou uvedli celkem 4 respondenti. Dále byly uvedeny **sportovní hry (N=3)** a **hudební akce (N=3)**, kreativní aktivity (N=2), divadlo (N=1) šachy (N=1), zvířata (N=1), náboženské aktivity (N=1) a plavání (N=1) (Tabulka 11).

Tabulka 11: *Aktivity, které by respondenti uvítali*

AKTIVITY	N	N v %
Vzdělávací aktivity	11	39.29 %
Jóga	4	14.29 %
Sportovní hry	3	10.71 %
Hudební akce	3	10.71 %
Kreativní aktivity	2	7.14 %
Divadlo	1	3.57 %
Šachy	1	3.57 %
Zvířata	1	3.57 %
Náboženské aktivity	1	3.57 %
Plavání	1	3.57 %

Poslední výzkumnou otázkou je „*Jak senioři, kteří se účastní volnočasových aktivit, vnímají vliv těchto aktivit na určité domény jejich života?*“

Otázky číslo 11-14 (v dotazníku Spokojenost s volnočasovými aktivitami) zkoumají to, jak respondenti, kteří se účastní volnočasových aktivit, vnímají vliv volnočasových aktivit na jejich spokojenost s životem v domově, na fyzické zdraví, duševní zdraví a sociální život. Na základě těchto otázek byly vytvořeny 4 domény – doména „*spokojenost s životem v domově*“, doména „*fyzické zdraví*“, doména „*duševní zdraví*“ a doména „*sociální život*“.

V doméně „spokojenost s životem v domově“ je nejvíce zastoupenou odpovědí **pozitivní vliv (57.78 %)**, po ní je nejvíce zastoupená odpověď **spíše pozitivní vliv (33.33 %)**, neutrální vliv uvedlo 6.67 % respondentů, naopak odpověď spíše negativní vliv a negativní vliv neuvedl ani jeden respondent. V doméně „fyzické zdraví“ je opět nejvíce zastoupená odpověď **pozitivní vliv (42.22 %)** a **spíše pozitivní vliv (36.67 %)**. V doméně „duševní zdraví“ je opět nejvíce zastoupená odpověď **pozitivní vliv (57.78 %)**, po ní je nejvíce zastoupená odpověď **spíše pozitivní vliv (36.47 %)**. V doméně „sociální život“ opět vidíme, že nejvíce zastoupenou odpovědí je **pozitivní vliv (47.78 %)** a **spíše pozitivní vliv (33.33 %)** (Tabulka 12, Graf 5).

Je tedy možné konstatovat, že respondenti nejvíce hodnotí vliv volnočasových aktivit na spokojenost s životem v domově jako pozitivní či spíše pozitivní, na fyzické zdraví taktéž pozitivní či spíše pozitivní, na duševní zdraví a na sociální život rovněž jako pozitivní či spíše pozitivní. **Ve všech doménách převažuje hodnocení pozitivní vliv a spíše pozitivní vliv.**

V rámci této výzkumné otázky byly stanoveny čtyři hypotézy:

- H1: Senioři, kteří se účastní volnočasových aktivit, budou hodnotit vliv těchto aktivit na jejich spokojenost s životem v domově jako pozitivní nebo spíše pozitivní. **Na základě výše vyhodnocených dat tuto hypotézu přijímáme.**
- H2: Senioři, kteří se účastní volnočasových aktivit, budou hodnotit vliv těchto aktivit na jejich duševní zdraví jako pozitivní nebo spíše pozitivní. **Na základě výše vyhodnocených dat tuto hypotézu přijímáme.**
- H3: Senioři, kteří se účastní volnočasových aktivit, budou hodnotit vliv těchto aktivit na jejich fyzické zdraví jako pozitivní nebo spíše pozitivní. **Na základě výše vyhodnocených dat tuto hypotézu přijímáme.**

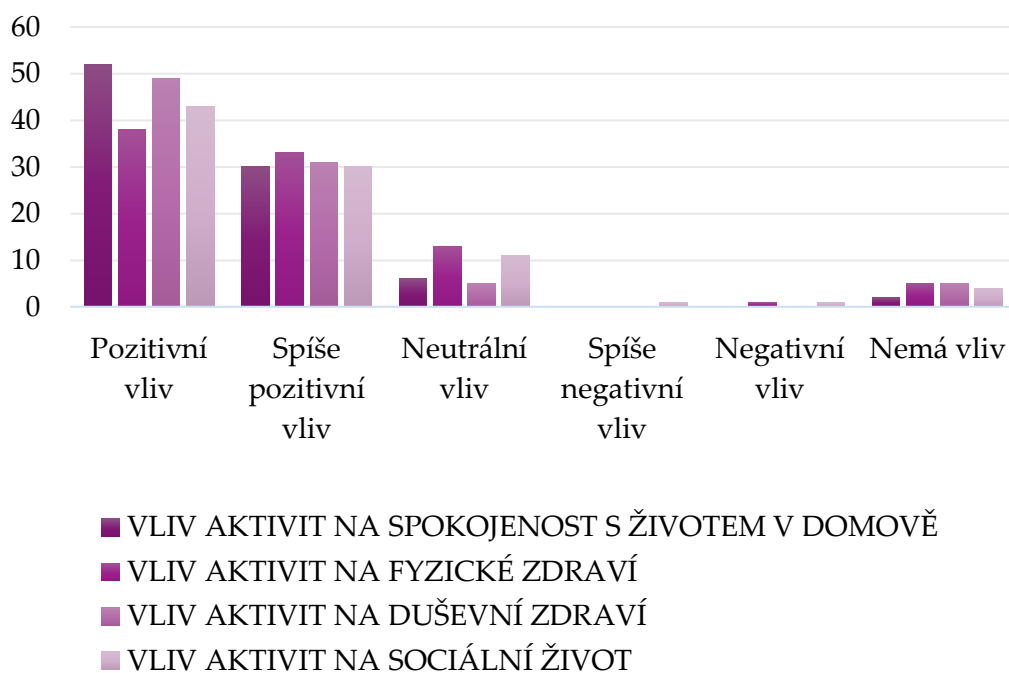
- H4: Senioři, kteří se účastní volnočasových aktivit, budou hodnotit vliv těchto aktivit na jejich sociální život jako pozitivní nebo spíše pozitivní.

Na základě výše vyhodnocených dat tuto hypotézu přijímáme.

Tabulka 12: Vliv aktivit na určité domény

VLIV AKTIVIT NA	Pozitivní vliv	Spíše pozit. vliv	Neutrální vliv	Spíše negat. vliv	Negativní vliv	Nemá vliv
Spokojenost s životem v domově	57.78 %	33.33 %	6.67 %	0 %	0 %	2.22 %
Duševní zdraví	57.65 %	36.47 %	5.88 %	0 %	0 %	5.88 %
Fyzické zdraví	42.22 %	36.67 %	14.44 %	0 %	1.11 %	5.56 %
Sociální život	47.78 %	33.33 %	12.22 %	1.11 %	1.11 %	4.44 %

Graf 5: Vliv aktivit na určité domény



Volnočasových aktivit se neúčastní 12 respondentů z celkového počtu 102 respondentů. Zdravotní problémy jsou hlavním důvodem, proč se někteří

respondenti neúčastní volnočasových aktivit. Mezi další důvody, které respondenti uvádějí, patří „nebaví mě“ a „nezajímají mě“.

Dále se zaměříme na testování dalších hypotéz, které byly v rámci tohoto výzkumu formulovány. Hodnoty korelačních koeficientů byly interpretovány na základě Tabulky 13, kterou ve své knize uvádí Rabušic et al. (2019).

Tabulka 13: Interpretace hodnot korelačního koeficientu

Hodnota korelace	Interpretace souvislosti
0.01-0.09	Triviální, žádná
0.10-0.29	Nízká až střední
0.30-0.49	Střední až podstatná
0.50-0.69	Podstatná až velmi silná
0.70-0.89	Velmi silná
0.90-0.99	Téměř perfektní

Zdroj: Rabušic et al., 2019

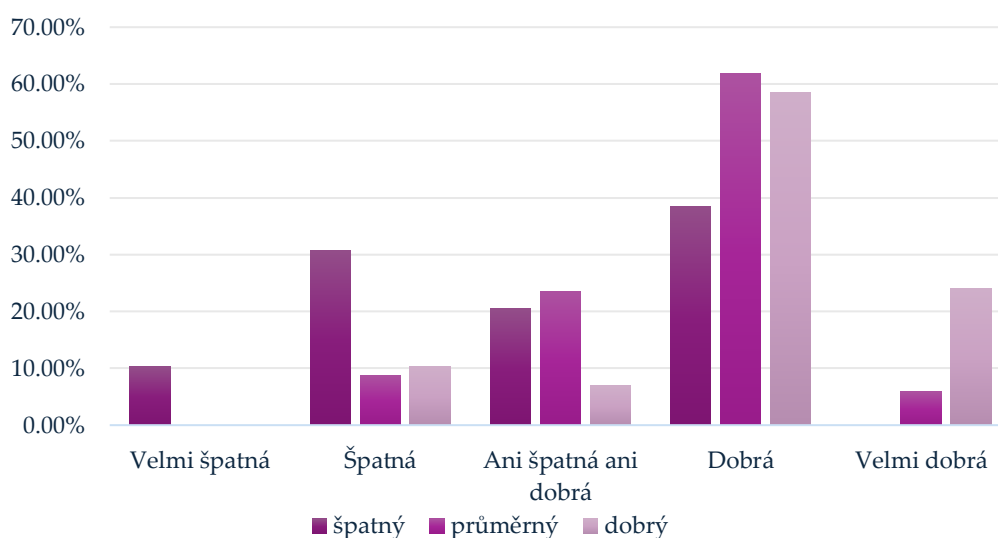
H5: Existuje vztah mezi subjektivním hodnocením zdravotního stavu a subjektivním hodnocením kvality života.

Na základě hodnoty koeficientu Kendalova tau-c (0.41) můžeme říci, že mezi subjektivním hodnocením zdravotního stavu a subjektivním hodnocením kvality života existuje střední až podstatný pozitivní korelační vztah. Čili se zvyšujícím se hodnocením zdravotního stavu (s lepším hodnocením zdravotního stavu) roste podíl těch, kteří hodnotí kvalitu svého života jako velmi dobrou (Tabulka 14, Graf 6). **Hypotézu přijímáme.**

Tabulka 14: Subjektivní hodnocení zdravotního stavu ve vztahu k subjektivnímu hodnocení kvality života

HODNOCENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU	Velmi špatná	Špatná	Ani špatná ani dobrá	Dobrá	Velmi dobrá
špatný	10.3 %	30.8 %	20.5 %	38.5 %	0 %
průměrný	0 %	8.8 %	23.5 %	61.8 %	5.9 %
dobry	0 %	10.3 %	6.9 %	58.6 %	24.1 %

Graf 6: Subjektivní hodnocení zdravotního stavu ve vztahu k subjektivnímu hodnocení kvality života.



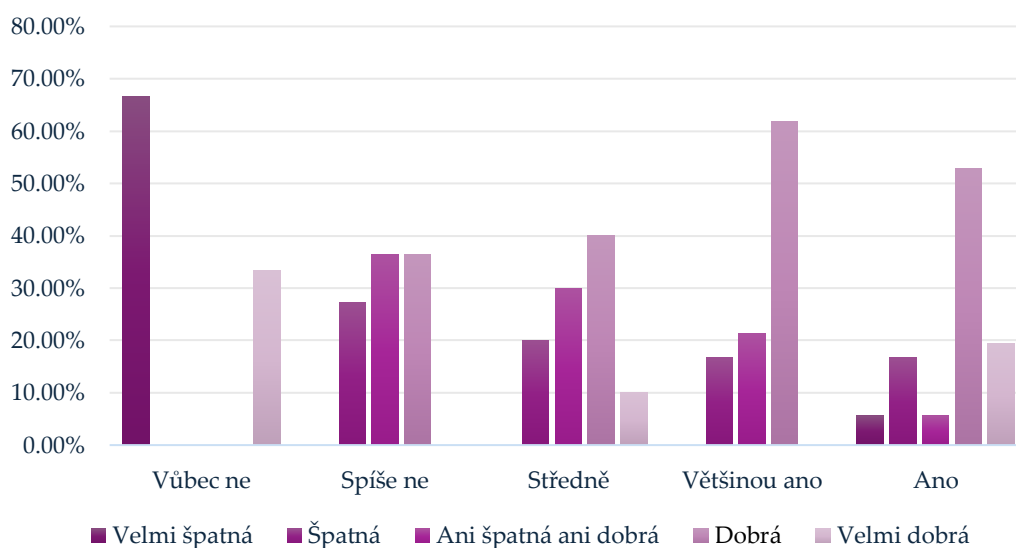
H6: Existuje vztah mezi hodnocením dostatku finančních prostředků a subjektivním hodnocením kvality života.

Kendallovu tau-b v tomto případě nabývá hodnoty 0.24, můžeme tedy hovořit o nízkém až středním pozitivním korelačním vztahu mezi hodnocením dostatku finančních prostředků a subjektivním hodnocením kvality života. S lepším hodnocením dostatku finančních prostředků se zvyšuje podíl těch, kteří hodnotí svou kvalitu života jako dobrou (Tabulka 15, Graf 7). **Hypotézu přijímáme.**

Tabulka 15: Finanční prostředky ve vztahu k subjektivnímu hodnocení kvality života

DOSTATEK FINANČNÍCH PROSTŘEDKŮ	Velmi špatná	Špatná	Ani špatná ani dobrá	Dobrá	Velmi dobrá
Vůbec ne	66.7 %	0 %	0 %	0 %	33.3 %
Spíše ne	0 %	27.3 %	36.4 %	36.4 %	0 %
Středně	0 %	20 %	30 %	40 %	10 %
Většinou ano	0 %	16.7 %	21.4 %	61.9 %	0 %
Zcela	5.6 %	16.7 %	5.6 %	52.8 %	19.4 %

Graf 7: Finanční prostředky ve vztahu k subjektivnímu hodnocení kvality života



H7: Existuje vztah mezi spokojeností s osobními vztahy a skóre kvality života v jednotlivých doménách.

Na základě hodnot koeficientu Kendallova tau-b můžeme říci, že existuje podstatný až velmi silný pozitivní korelační vztah mezi spokojeností

s osobními vztahy a skóre kvality života v doméně Sociální vztahy. O středním až podstatném pozitivním korelačním vztahu mezi spokojeností s osobními vztahy a skóre kvality života hovoříme v doménách Nezávislost, Naplnění, Blízké vztahy, Prožívání a Prostředí. O nízkém až středním pozitivním korelačním vztahu hovoříme v doménách Fungování smyslů, Sociální zapojení, Smrt a umírání a Fyzické zdraví (Tabulka 16).

Čili se zvyšující se spokojeností s osobními vztahy roste skóre kvality života v uvedených doménách. **Hypotézu přijímáme.**

Tabulka 16: Spokojenost s osobními vztahy ve vztahu ke skóre života v jednotlivých doménách

DOMÉNA	SPOKOJENOST S OSOBNÍMI VZTAHY (hodnota Kendallova tau-b)
Fungování smyslů	0.17
Nezávislost	0.40
Naplnění	0.47
Sociální zapojení	0.17
Smrt a umírání	0.13
Blízké vztahy	0.47
Fyzické zdraví	0.27
Prožívání	0.42
Sociální vztahy	0.50
Prostředí	0.46

H8: Se zvyšujícím se věkem budou respondenti hůře hodnotit kvalitu svého života.

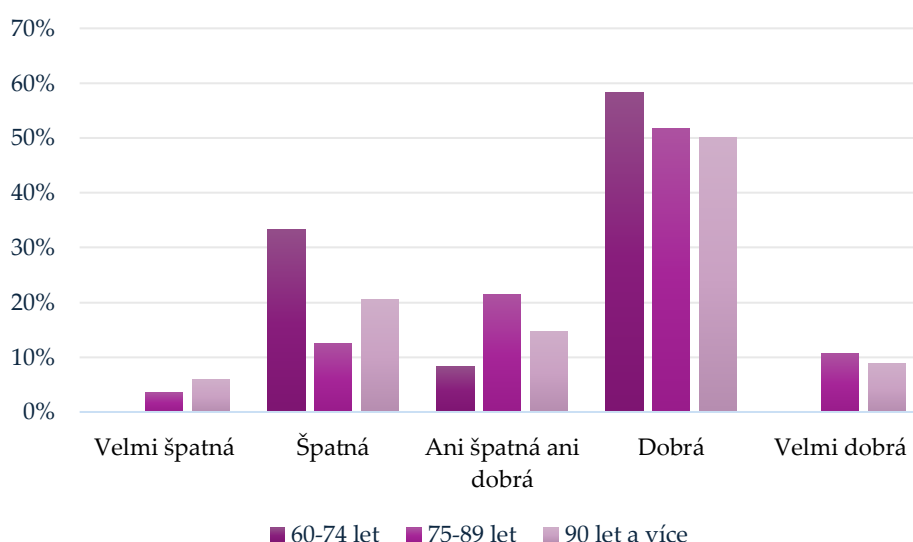
V tomto případě nabývá koeficient Kendallovo tau-b hodnoty -0.01, což je možné interpretovat jako triviální či žádný korelační vztah. Můžeme tedy

konstatovat, že mezi věkem a subjektivním hodnocením kvality života neexistuje vztah (Tabulka 17, Graf 8). **Hypotézu nepřijímáme.**

Tabulka 17: Věk ve vztahu k subjektivnímu hodnocení kvality života

VĚK	Velmi špatná	Špatná	Ani špatná ani dobrá	Dobrá	Velmi dobrá
60-74 let	0 %	33.3 %	8.3 %	58.3 %	0 %
75-89 let	3.6 %	12.5 %	21.4 %	51.8 %	10.7 %
90 let a více	5.9 %	20.6 %	14.7 %	50 %	8.8 %

Graf 8: Věk ve vztahu k subjektivnímu hodnocení kvality života



H9: Se zvyšující se účastí na volnočasových aktivitách se bude zvyšovat skóre kvality života v doméně Sociální zapojení.

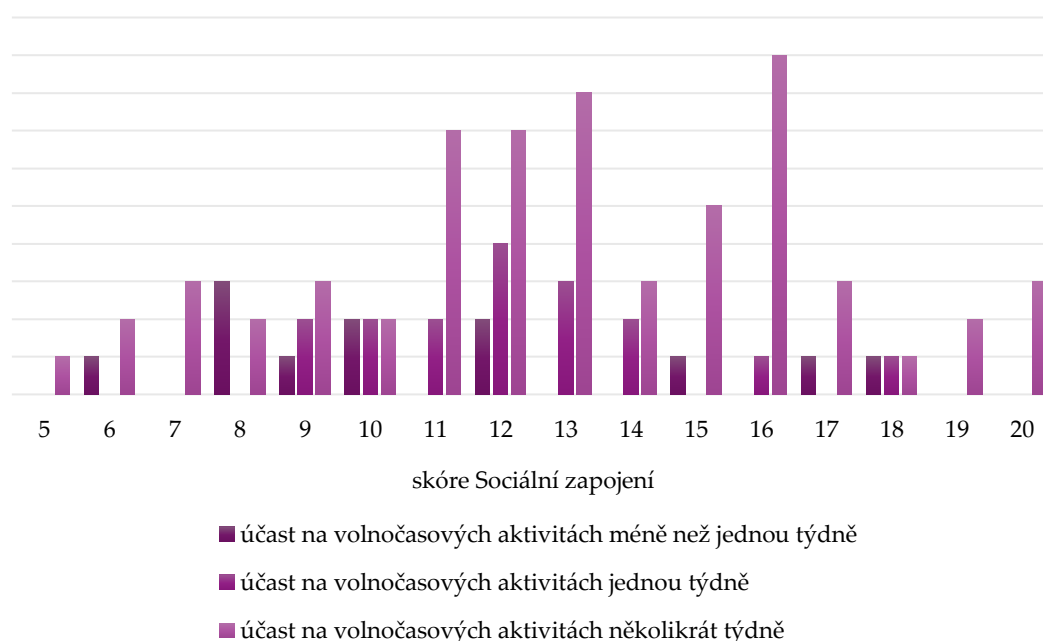
V tomto případě nabývá koeficient Kendalovo tau-b hodnoty 0.19, což interpretujeme jako nízký až střední pozitivní korelační vztah. Můžeme konstatovat, že se zvyšující se mírou účasti na volnočasových aktivitách se zvyšuje skóre kvality života v doméně Sociální zapojení (Tabulka 18, Graf 9).

Hypotézu přijímáme.

Tabulka 18: Účast na volnočasových aktivitách ve vztahu ke skóre kvality života v doméně sociální zapojení

DOMÉNA	Míra účasti na vol. aktiv. (hodnota Kendallova tau-b)
Sociální zapojení	0.19

Graf 9: Účast na volnočasových aktivitách ve vztahu ke skóre kvality života v doméně sociální zapojení



H10: Existuje vztah mezi subjektivním hodnocením zdravotního stavu a skóre kvality života v jednotlivých doménách.

Na základě hodnot koeficientu Kendallova tau-b můžeme konstatovat, že existuje nízká až střední pozitivní korelace mezi hodnocením zdravotního stavu a skóre kvality života v doménách Fungování smyslů, Nezávislost, Naplnění, Sociální vztahy a Prostředí. Střední až podstatnou pozitivní korelaci pozorujeme v doménách Sociální zapojení, Smrt a umírání, Fyzické zdraví a Prožívání. Triviální či žádnou korelaci pozorujeme v doméně Blízké vztahy (Tabulka 19).

Čili s lepším subjektivním hodnocením zdravotního stavu roste skóre kvality života v uvedených doménách. **Hypotézu přijímáme.**

Tabulka 19: *Subjektivní hodnocení zdravotního stavu ve vztahu ke skóre kvality života v jednotlivých doménách*

DOMÉNA	HODNOCENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU (hodnota Kendallova tau-b)
Fungování smyslů	0.28
Nezávislost	0.26
Naplnění	0.28
Sociální zapojení	0.42
Smrt a umírání	0.35
Blízké vztahy	0.08
Fyzické zdraví	0.48
Prožívání	0.43
Sociální vztahy	0.25
Prostředí	0.26

H12: Existuje vztah mezi účastí na volnočasových aktivitách a subjektivním hodnocením kvality života.

V tomto případě Kendallovo tau-c nabývá hodnoty 0.05, což interpretujeme jako triviální či žádný vztah mezi účastí na volnočasových aktivitách a subjektivním hodnocením kvality života. **Hypotézu tedy nepřijímáme.**

7. DISKUSE

Nedílnou součástí práce je závěrečná diskuse. V rámci diskuse budou systematicky procházeny stanovené výzkumné otázky a hypotézy. Jednotlivé výsledky budou propojovány s teoretickou částí práce a srovnávány s výsledky jiných studií.

Prvním cílem tohoto výzkumu bylo popsat kvalitu života seniorů v domovech pro seniory z pohledu samotných seniorů. V rámci tohoto cíle byly stanoveny první dvě výzkumné otázky.

První z nich byla *„Jak vnímají seniori v domovech pro seniory kvalitu svého života?“*. Největší podíl respondentů hodnotí kvalitu svého života jako dobrou (52 %), druhou nejčastěji uváděnou hodnotou byla možnost ani špatná ani dobrá (17.60 %) a stejně tak možnost špatná (17.60 %), třetí byla možnost velmi dobrá (8.80 %) a jako poslední špatná (3.90 %). Většina respondentů vnímá kvalitu svého života jako dobrou. Jedná se o ryze subjektivní hodnocení každého jednoho respondenta, které je závislé na mnoha dalších faktorech.

Další výzkumnou otázkou bylo *„Jaké je skóre kvality života v jednotlivých doménách života seniorů?“*. Skóre kvality života v jednotlivých doménách jsou srovnatelné s populačními normami uvedenými ve studii Dragomerické & Prajsové (2009). Téměř ve všech doménách skóre odpovídají průměrné kvalitě života, v doménách Smrt a umírání a Prostředí skóre odpovídají mírně zvýšené kvalitě života.

Druhým cílem výzkumu bylo popsat spokojenost seniorů s volnočasovými aktivitami, které jsou v domovech pro seniory nabízeny. V rámci tohoto cíle byly stanoveny další čtyři výzkumné otázky.

První stanovenou výzkumnou otázkou v rámci druhého cíle výzkumu bylo *„Jak často se seniori účastní volnočasových aktivit?“*. Bylo zjištěno, že se většina respondentů účastní volnočasových aktivit několikrát týdně (67.78 %).

Jednou týdně se volnočasových aktivit účastní 18.89 % respondentů a méně než jednou týdně 13.33 % respondentů.

Dále v rámci výzkumu bylo zjištěno, že nejvíce navštěvovanými volnočasovými aktivitami jsou kulturní a společenské akce, dále trénink paměti, společenské a kognitivní hry a skupinové rehabilitace. Podobné zjištění prezentuje i výzkum společnosti INESAN (2016), který uvádí, že se senioři nejvíce účastní volnočasových aktivit v podobě společenských a kulturních akcí a léčebných a rehabilitačních programů.

Následovala výzkumná otázka *„Jak jsou senioři spokojeni s volnočasovými aktivitami?“*. Odpověď na tuto výzkumnou otázku byla zkoumána pomocí tří domén, a to doménami *„spokojenost s frekvencí, jakou volnočasové aktivity probíhají“*, *„spokojenost s nabídkou volnočasových aktivit“* a *„spokojenost s vedením volnočasových aktivit“*. Na základě získaných výsledků lze konstatovat, že je valná většina respondentů spokojena s volnočasovými aktivitami, které jsou v daných domovech pro seniory nabízeny. Dále byl vytvořen index spokojenosti, na základě kterého lze konstatovat, že nejvíce respondentů je spokojeno se všemi třemi doménami.

Janiš & Skopalová (2016) uvádí, že v případě rezidenčních zařízení považujeme nabídku vzdělávacích aktivit jako velkou slabinu, neboť mají spíše příležitostný charakter. Jednou z výzkumných otázek byla otázka *„Existují nějaké aktivity, které by senioři v nabídce volnočasových aktivit uvítali? Pokud ano, které?“*. Na základě výsledků můžeme konstatovat, že existují aktivity, které by respondenti v nabídce volnočasových aktivit uvítali. Nejvíce respondentů (N=11) uvedlo, že by v nabídce volnočasových aktivit uvítali právě vzdělávací aktivity.

Poslední výzkumnou otázkou bylo *„Jak senioři, kteří se účastní volnočasových aktivit, vnímají vliv těchto aktivit na určité domény jejich života?“*. Těmito doménami jsou: *„spokojenost s životem v domově“*, *„fyzické zdraví“*, *„duševní zdraví“* a *„sociální život“*. Respondenti nejvíce uváděli, že vnímají vliv

volnočasových aktivit na všechny tyto domény jako pozitivní či spíše pozitivní. V rámci této výzkumné otázky byly stanoveny první čtyři hypotézy (H1, H2, H3 a H4), které předpokládaly, že respondenti budou hodnotit vliv volnočasových aktivit na tyto domény v největší míře jako pozitivní či spíše pozitivní. Tyto hypotézy byly přijaty. Jak uvádí Dvořáčková (2012) životní spokojenost je ovlivněna řadou činitelů, jako je například zdravotní stav, volnočasové aktivity a jiné. V našem výzkumu respondenti nejvíce uváděli vliv volnočasových aktivit na jejich spokojenost s životem v domově jako pozitivní či spíše pozitivní. Dvořáčková & Holczerová (2013) konstatují, že aktivita v každém věku posiluje psychickou i fyzickou stránku osobnosti člověka. V našem výzkumu respondenti uváděli vliv volnočasových aktivit na jejich duševní i fyzické zdraví v největší míře jako pozitivní či spíše pozitivní. Remr & Ďurďa (2016) ve svém výzkumu uvádějí, že zapojení seniorů do různých aktivit a činností je prevencí sociálního vyloučení. Janiš & Skopalová (2016) uvádějí, že jednou z funkcí volnočasových aktivit je funkce socializační. V našem výzkumu respondenti hodnotili vliv volnočasových aktivit na jejich sociální život nejvíce jako pozitivní či spíše pozitivní.

Remr & Ďurďa (2016) ve svém výzkumu uvádějí, že důvodem poklesu aktivity ve starším věku je především zhoršující se zdravotní stav seniorů či nezáměr o nabízené akce. Stejných výsledků bylo dosaženo v našem výzkumu. Nejvíce respondentů uvedlo, že zdravotní problémy jsou hlavním důvodem k jejich neúčasti na volnočasových aktivitách. Mezi další uváděné důvody patří také „nebaví mě“ a „nezajímají mě“.

V rámci teoretické části byly konstatovány faktory ovlivňující kvalitu života. Mezi tyto faktory řadíme věk, pohlaví, rodinnou situaci, hmotné zabezpečení, ekonomickou situaci a jiné (Mühlpachr, 2017; Dvořáčková, 2012).

Byla stanovena *H6: Existuje vztah mezi hodnocením dostatku finančních prostředků a subjektivním hodnocením kvality života.* Výsledky prokázaly, že s lepším hodnocením dostatku finančních prostředků se zvyšuje podíl těch,

kteří hodnotí kvalitu svého života jako dobrou. Kendallovo tau-b nabývá hodnoty 0.24, můžeme tedy hovořit o nízké až střední pozitivní korelaci. Hypotéza byla přijata.

Dále byly stanoveny *H7: Existuje vztah mezi spokojeností s osobními vztahy a skóre kvality života v jednotlivých doménách* a *H10: Existuje vztah mezi subjektivním hodnocením zdravotního stavu a skóre kvality života v jednotlivých doménách*.

Na základě hodnot koeficientu Kendallova tau-b můžeme říci, že existuje podstatný až velmi silný pozitivní korelační vztah mezi spokojeností s osobními vztahy a skóre kvality života v doméně Sociální vztahy. O středním až podstatném pozitivním korelačním vztahu mezi spokojeností s osobními vztahy a skóre kvality života hovoříme v doménách Nezávislost, Naplnění, Blízké vztahy, Prožívání a Prostředí. O nízkém až středním pozitivním korelačním vztahu hovoříme v doménách Fungování smyslů, Sociální zapojení, Smrt a umírání a Fyzické zdraví. Se zvyšující se spokojeností s osobními vztahy roste skóre kvality života v uvedených doménách. Hypotéza 7 byla přijata.

Na základě hodnot koeficientu Kendallova tau-b můžeme konstatovat, že existuje nízká až střední pozitivní korelace mezi hodnocením zdravotního stavu a skóre kvality života v doménách Fungování smyslů, Nezávislost, Naplnění, Sociální vztahy a Prostředí. Střední až podstatnou pozitivní korelaci pozorujeme v doménách Sociální zapojení, Smrt a umírání, Fyzické zdraví a Prožívání. Triviální či žádnou korelaci pozorujeme pouze v doméně Blízké vztahy. Čili s lepším subjektivním hodnocením zdravotního stavu roste skóre kvality života v uvedených doménách. Hypotéza 10 byla rovněž přijata.

Dalším faktorem, který ovlivňuje kvalitu života je zdraví. Zdraví je faktor, který ovlivňuje každodenní činnost seniorů. Jak již bylo zmíněné, i životní spokojenost je ovlivněna řadou činitelů, mezi které se řadí zdravotní stav. Čili snížený zdravotní stav negativně ovlivňuje kvalitu života i životní

spokojenost (Dvořáčková, 2012; Mühlpachr, 2017). Byla stanovena *H5: Existuje vztah mezi subjektivním hodnocením zdravotního stavu a subjektivním hodnocením kvality života*, která byla přijata, neboť se zvyšujícím se hodnocením zdravotního stavu (s lepším hodnocením zdravotního stavu) roste podíl těch, kteří hodnotí kvalitu svého života jako velmi dobrou. Dle hodnoty Kendallova tau-c (0.41) můžeme hovořit o středním až podstatném pozitivním korelačním vztahu mezi danými proměnnými.

Byl prokázán vztah mezi skóre kvality života v jednotlivých doménách/subjektivním hodnocením kvality života a zdravotním stavem, spokojeností s osobními vztahy (rodinnou situací) a hodnocením dostatku finančních prostředků (hmotným zabezpečením). Stejných výsledků bylo dosaženo i ve studii Dragomerické & Prajsové (2009).

Dále byla stanovena *H8: Se zvyšujícím se věkem budou respondenti hůře hodnotit kvalitu svého života*. V tomto případě nabývá koeficient Kendallovo tau-b hodnoty -0.01, což interpretujeme jako triviální či žádný korelační vztah. Hypotéza 8 nebyla přijata. Ke stejnému výsledku ve svém výzkumu došel i Mühlpachr (2017).

Jak již bylo zmíněno, volnočasové aktivity mají funkci socializační a jsou prevencí sociálního vyloučení. Byla formulována *H9: Se zvyšující se účastí na volnočasových aktivitách se bude zvyšovat skóre kvality života v doméně Sociální zapojení*. Koeficient Kendallovo tau-b nabývá hodnoty 0.19, proto můžeme hovořit o nízkém až středním pozitivním korelačním vztahu, kdy se zvyšující se účastí na volnočasových aktivitách roste i skóre kvality života v doméně Sociální zapojení. Hypotéza 9 byla přijata.

INESAN (2016) upozorňuje na pozitivní vliv volnočasových aktivit na kvalitu života a sociální začleňování. Překvapující pro mne bylo zjištění triviálního či žádného vztahu mezi účastí na volnočasových aktivitách a subjektivním hodnocením kvality života. *H11: Existuje vztah mezi účastí na*

volnočasových aktivitách a subjektivním hodnocením kvality života nebyla přijata.
Tento výsledek může být ovlivněn například počtem respondentů.

ZÁVĚR

Práce se věnovala kvalitě života seniorů v domovech pro seniory a spokojenosti s volnočasovými aktivitami. Cílem práce bylo popsat kvalitu života seniorů v domovech pro seniory z pohledu samotných seniorů a popsat jejich spokojenost s volnočasovými aktivitami, které jsou v domovech pro seniory nabízeny.

Práce byla rozdělena na dvě části, a to na část teoretickou a část empirickou. Teoretická část byla rozdělena do kapitol Stáří a stárnutí, Kvalita života, Domovy pro seniory a Volný čas a senioři.

Empirická část byla rozdělena do tří hlavních kapitol – Metodologie, Analýza a interpretace dat a Diskuse. V rámci kapitoly Metodologie byl popsán cíl výzkumu, výzkumné otázky a byly formulovány hypotézy. Dále byla popsána výzkumná metoda, výzkumný soubor a sběr dat a byly stručně popsány Organizace XX a Organizace YY, ve kterých byl výzkum pro tuto bakalářskou práci realizován. Následovala kapitola Analýza a interpretace dat. V této kapitole byla provedena analýza získaných dat z dotazníkového šetření. Výsledky analýzy byly interpretovány s ohledem na stanovený cíl, výzkumné otázky a hypotézy. V diskusi byly systematicky procházeny všechny výzkumné otázky a hypotézy. Jednotlivé výsledky byly propojovány s teoretickou částí práce a srovnávány s výsledky jiných studií.

Ráda bych zde stručně shrnula výsledky práce. Prvním cílem tohoto výzkumu bylo popsat kvalitu života seniorů z pohledu samotných seniorů v domovech pro seniory. V rámci tohoto cíle byly stanoveny první dvě výzkumné otázky. První z nich byla výzkumná otázka „*Jak vnímají senioři v domovech pro seniory kvalitu svého života?*“. Většina respondentů vnímá kvalitu svého života jako dobrou.

Další výzkumnou otázkou bylo „*Jaké je skóre kvality života v jednotlivých doménách života seniorů?*“. Skóre v jednotlivých doménách kvality života

odpovídají průměrné kvalitě života. Jediné odchylky byly pozorovány v doméně Smrt a umírání a v doméně Prostředí, kdy skóre odpovídají mírně zvýšené kvalitě života.

Druhým cílem práce bylo popsat spokojenost seniorů s volnočasovými aktivitami, které jsou v domovech pro seniory nabízeny. V rámci tohoto cíle byly stanoveny další čtyři výzkumné otázky.

První stanovenou výzkumnou otázkou v rámci druhého cíle výzkumu bylo „*Jak často se seniori účastní volnočasových aktivit?*“. Většina respondentů se účastní volnočasových aktivit několikrát týdně.

Dále v rámci výzkumu bylo zjištěno, že nejvíce navštěvovanými volnočasovými aktivitami jsou kulturní a společenské akce, trénink paměti, společenské a kognitivní hry a skupinové rehabilitace.

Následovala výzkumná otázka „*Jak jsou seniori spokojeni s volnočasovými aktivitami?*“. Odpověď na tuto otázku byla zkoumána pomocí tří domén – „*spokojenost s frekvencí, jakou volnočasové aktivity probíhají*“, „*spokojenost s nabídkou volnočasových aktivit*“ a „*spokojenost s vedením volnočasových aktivit*“. Největší podíl respondentů uvedl, že je spokojen či spíše spokojen se všemi třemi doménami. Je tedy možné konstatovat, že většina respondentů je spokojena s volnočasovými aktivitami, které jsou v daných domovech pro seniory nabízeny.

Jednou z výzkumných otázek byla otázka „*Existují nějaké aktivity, které by seniori v nabídce volnočasových aktivit uvítali? Pokud ano, které?*“. Na základě výsledků můžeme říci, že existují aktivity, které by respondenti v nabídce volnočasových aktivit uvítali. Nejvíce respondentů uvedlo, že by v nabídce volnočasových aktivit uvítali vzdělávací aktivity.

Poslední výzkumnou otázkou bylo „*Jak seniori, kteří se účastní volnočasových aktivit, vnímají vliv těchto aktivit na určité domény jejich života?*“. Těmito doménami byly „*spokojenost s životem v domově*“, „*fyzické zdraví*“, „*duševní zdraví*“ a „*sociální život*“. Největší počet respondentů uvedl, že vliv

volnočasových aktivit vnímá na všechny čtyři domény jako pozitivní či spíše pozitivní. V rámci této výzkumné otázky byly stanoveny první čtyři hypotézy (H1, H2, H3 a H4), které předpokládaly, že respondenti budou hodnotit vliv volnočasových aktivit na tyto domény v největší míře jako pozitivní či spíše pozitivní. Tyto hypotézy byly přijaty.

V rámci výzkumu bylo dále zjištěno, že nejčastějším důvodem k neúčasti na volnočasových aktivitách je zhoršený zdravotní stav.

Dále byly stanoveny hypotézy *H5: Existuje vztah mezi subjektivním hodnocením zdravotního stavu a subjektivním hodnocením kvality života, H6: Existuje vztah mezi hodnocením dostatku finančních prostředků a subjektivním hodnocením kvality života, H7: Existuje vztah mezi spokojeností s osobními vztahy a skóre kvality života v jednotlivých doménách, H8: Se zvyšujícím se věkem budou respondenti hůře hodnotit kvalitu svého života a H10: Existuje vztah mezi subjektivním hodnocením zdravotního stavu a skóre kvality života v jednotlivých doménách.* Byl prokázán vztah mezi skóre kvality života v jednotlivých doménách/subjektivním hodnocením kvality života a zdravotním stavem, spokojeností s osobními vztahy (rodinnou situací) a hodnocením dostatku finančních prostředků (hmotným zabezpečením), hypotézy 5,6,7,10 byly přijaty. Nebyla prokázána existence vztahu mezi věkem a subjektivním hodnocením kvality života. Hypotéza 8, která předpokládala vztah mezi věkem a subjektivním hodnocením kvality života tedy nebyla přijata. Jako další byla formulována *H9: Se zvyšující se účastí na volnočasových aktivitách se bude zvyšovat skóre kvality života v doméně Sociální zapojení,* která byla na základě výsledků rovněž přijata. Dále byla formulována *H11: Existuje vztah mezi účastí na volnočasových aktivitách a subjektivním hodnocením kvality života,* která nebyla přijata, neboť nebyla prokázána existence vztahu mezi subjektivním hodnocením kvality života a účastí na volnočasových aktivitách.

Byla popsána kvalita života seniorů v domovech pro seniory z pohledu samotných seniorů a byla popsána jejich spokojenost s volnočasovými

aktivitami, které jsou v domovech pro seniory nabízeny. Byly zodpovězeny všechny výzkumné otázky, byly testovány veškeré formulované hypotézy a byl naplněn cíl práce.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Čeledová, L., Kalvach, Z., & Čevela, R. (2016). *Úvod do gerontologie*. Karolinum.

Dragomirecká, E., & Bartoňová, J. (2006). *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment : příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Psychiatrické centrum.

Dragomirecká, E., & Prajsová, J. (2009). *WHOQOL-OLD: příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Psychiatrické centrum.

Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Grada.

Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří* (2nd Ed). Havlíček Brain Team.

Haškovcová, H. (2012). *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Galén.

Holczerová, V., & Dvořáčková, D. (2013). *Volnočasové aktivity pro seniory*. Grada.

Hrozenská, M., Matučšinová, D., Dratva, R., Pavelová, E., Poledníková, E., Slamková, A., & Vranková, Z. (2008). *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Osveta.

Hudáková, A., & Majerníková, E. (2013). *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Grada.

INESAN. (2016, July 8) *Nejčastěji využívané volnočasové aktivity z pohledu seniorů*.

INESAN. <https://inesan.eu/vysledky/nejcasteji-vyuzivane-volnocasove-aktivity-z-pohledu-senioru/>

Janiš, K., & Skopalová, J. (2016). *Volný čas seniorů*. Grada.

Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Grada.

Křivohlavý, J. (2011). *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Grada.

Křivohlavý, J., Šolcová, I., Kebza, V., Hnilicová, H., Nesvadbová, L., Háva, P., Buchtová, B., Dragomirecká, E., Šelepová, P., Kalová, H., Petr, P., Hejduk, Z., & Kučera, Z. (2004). *Kvalita života*. SV.

Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie* (2nd Ed.). Grada.

Macháčová, K., Holmerová, I., Bretšnajdrová, M., Dlouhá, O., Hlinomazová, Z., Horčíčka, L., Horský, J., Hrazdira, I., Jarolímová, E., Jurašková, B., Kuckir, M., Kučerová, H., Matyášová, J., Nekvasilová, L., Peškeová, M., Šplícholová, M., Veleta, P., & Vidovičová, L. (2019). *Aktivní gerontologie, aneb, Jak stárnout dobře*. Mladá fronta.

Malíková, E. (2020). *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb* (2nd Ed.). Grada.

Mareš, J., Dostálek, M., Doulík, P., Hadaš, L., Hejčmanová, M., Ježek, S., Kaniok, R., Koukola, B., Lukášová, H., Marešová, J., Hajer Mullerová, L., Ondřejová, E., Petrišćáková, M., Rybářová, M., Skorunka, D., Svatoš, T., Škoda, J., Švarcová, E., Troneček, L., et al. (2006). *Kvalita života u dětí a dospívajících*. MSD.

Mlýnková, J. (2011). *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Grada.

Motlová, L. (2007). Autonomie, nezávislost a uspokojování potřeb osob vyššího věku. *Kontakt*, 9(2), 343-352. <https://doi.org/10.32725/kont.2007.052>

Mühlpachr, P. (2017). *Kvalita života seniorů*. MSD.

Palmore, E. (1999). *Ageism: Negative and Positive* (2nd Ed.). Springer Pub. Co.

Ptáčková, H., Ptáček, R., Švandová, L., Čeledová, L., Čevela, R., Raboch, J., Kalvach, Z., & Vňuková, M. (2021). *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Grada.

Rabušic, L., Soukup, P., & Mareš, P. (2019). *Statistická analýza sociálněvědních dat (prostřednictvím SPSS)* (2nd Ed.) Masarykova univerzita.

Remr, J., & Ďurďa, O. (2016). Preference seniorů a realita jejich ekonomické situace v komparaci s činností municipalit v rámci programu aktivního stárnutí, 29-31. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.32573.20969>

Říčan, P. (2021). *Cesta životem: vývojová psychologie* (4th Ed.). Portál.

Smékal, V., & Hobzová, H. (2008). Kvalita života ve stáří. In *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemocí* (pp. 122-122). MSD. https://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2008/21/21/texty/kvalita_zivota_cze.pdf

Sokačová, L., Hasmanová Marhánková, J., Šimandlová, N., Bejtkovský, J., Polák, P., Ferrarová, E., Horák, M., Sedláček, S., & Potměšilová, H. (2014). *Stárnutí populace jako výzva: age management a postavení lidí 50 ve společnosti a na trhu práce*. Alternativa 50.

Stuart-Hamilton, I. (1999). *Psychologie stárnutí*. Portál.

Šimíčková-Čížková, J., Binarová, I., Holásková, K., Petrová, A., Plevová, I. & Pugnerová, M. (2010). *Přehled vývojové psychologie* (3rd Ed.). Univerzita Palackého v Olomouci.

Špatenková, N. (2013). *Gerontagogika: studijní text pro kombinované studium*. Univerzita Palackého v Olomouci.

Špatenková, N., & Smékalová, L. (2015). *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Grada.

Tošnerová, T. (2002). *Ageismus: průvodce stereotypy a mýty o stáří*. Ambulance pro poruchy paměti.

Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Karolinum.

Veenhoven, R. (2000). The Four Qualities of Life. *Journal Of Happiness Studies*, 1(1), 4. <https://doi.org/10.1023/A:1010072010360>

Venglářová, M. (2007). *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Grada.

World Health Organization. (2012). *WHOQOL User Manual*. World Health Organisation.

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77932/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf?sequence=1

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Česká republika.
https://ppropo.mpsv.cz/zakon_108_2006

SEZNAM ZKRATEK

ADL – Všední činnosti

IADL – Instrumentální všední činnosti

INESAN – Institut evaluací a sociálních analýz

QOL – Kvalita života

WHO – Světová zdravotnická organizace

WHOQOL – Nástroje vyvinuté Světovou Zdravotnickou Organizací (WHO) pro měření kvality života

WHOQOL-BREF – Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace

WHOQOL-OLD – Dotazník kvality života ve vyšším věku Světové zdravotnické organizace

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 : Koncepční model definující kvalitu života	28
Tabulka 2: Čtyři typy kvality života dle Veenhovena	29
Tabulka 3: Rozdělení respondentů dle pohlaví	50
Tabulka 4: Rozdělení respondentů dle věku.....	50
Tabulka 5: Subjektivní hodnocení kvality života	51
Tabulka 6: Skóre kvality života v jednotlivých doménách	52
Tabulka 7: Frekvence účasti na volnočasových aktivitách.....	53
Tabulka 8: Aktivity, kterých se respondenti nejvíce účastní	54
Tabulka 9: Spokojenost s volnočasovými aktivitami	56
Tabulka 10: Index spokojenosti	57
Tabulka 11: Aktivity, které by respondenti uvítali.....	58
Tabulka 12: Vliv aktivit na určité domény	60
Tabulka 13: Interpretace hodnot korelačního koeficientu.....	61
Tabulka 14: Subjektivní hodnocení zdravotního stavu ve vztahu k subjektivnímu hodnocení kvality života	62
Tabulka 15: Finanční prostředky ve vztahu k subjektivnímu hodnocení kvality života	63
Tabulka 16: Spokojenost s osobními vztahy ve vztahu ke skóre života v jednotlivých doménách	64
Tabulka 17: Věk ve vztahu k subjektivnímu hodnocení kvality života	65
Tabulka 18: Účast na volnočasových aktivitách ve vztahu ke skóre kvality života v doméně sociální zapojení.....	66
Tabulka 19: Subjektivní hodnocení zdravotního stavu ve vztahu ke skóre kvality života v jednotlivých doménách.....	67

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Subjektivní hodnocení kvality života	51
Graf 2: Skóre kvality života v jednotlivých doménách	53
Graf 3: Aktivity, kterých se respondenti nejvíce účastní	55
Graf 4: Spokojenost s volnočasovými aktivitami	56
Graf 5: Vliv aktivit na určité domény	60
Graf 6: Subjektivní hodnocení zdravotního stavu ve vztahu k subjektivnímu hodnocení kvality života.....	62
Graf 7: Finanční prostředky ve vztahu k subjektivnímu hodnocení kvality života.....	63
Graf 8: Věk ve vztahu k subjektivnímu hodnocení kvality života.....	65
Graf 9: Účast na volnočasových aktivitách ve vztahu ke skóre kvality života v doméně sociální zapojení.....	66

PŘÍLOHY

Seznam příloh

Příloha 1: Dotazník spokojenosti s volnočasovými aktivitami společně s úvodním slovem

Příloha 2: Dotazník WHOQOL-OLD

Příloha 3: Dotazník WHOQOL-BREF

Příloha 1: Dotazník spokojenosti s volnočasovými aktivitami společně
s úvodním slovem

Vážení respondenti,

ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníkového šetření, které se zabývá spokojeností s volnočasovými aktivitami a kvalitou života v domovech pro seniory. Vaše odpovědi mi pomohou lépe porozumět Vaším potřebám a přáním v oblasti volného času a také kvalitě Vašeho života.

Dotazníky jsou zcela anonymní. Vaše odpovědi nebudou nijak spojovány s Vaší osobou a budou sloužit pouze pro účely mé bakalářské práce. Vaše účast je zcela **dobrovolná**.

Vyplnění dotazníků Vám zabere přibližně 25 minut. Prosím, pečlivě čtěte otázky a **kroužkujte** Vaše odpovědi. Pokud si přejete opravit odpověď, zakroužkujte novou volbu a škrtněte předchozí odpověď. Pokud uděláte dvakrát chybu, zakroužkujte konečnou odpověď a podtrhněte ji.

Žádnou odpověď, prosím, nevynechávejte. Pokud si nebudete s něčím vědět rady, nebojte se přihlásit a zeptat.

Děkuji Vám za Váš čas a otevřenost při vyplňování dotazníků. Vaše účast je pro mne velmi cenná.

S úctou,

Aneta Ratajská, studentka Univerzity Palackého v Olomouci

Kontaktní údaje: tel.: +420 773 538 828, e-mail: anetaratajska@gmail.com

Vyplněním dotazníků souhlasíte se zpracováním (tím se rozumí zejména shromažďování, analyzování, uchovávání, třídění, zpracování a předávání) svých osobních údajů dle nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27.4.2016, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů). Všechny uvedené údaje jsou poskytovány dobrovolně.

DOTAZNÍK SPOKOJENOSTI S VOLNOČASOVÝMI AKTIVITAMI

1. Pohlaví: (zde prosím zakroužkujte jednu odpověď)
 - a) Muž
 - b) Žena

2. Jaký je Váš věk? (zde prosím zakroužkujte jednu odpověď)
 - a) 60-74 let
 - b) 75-89 let
 - c) 90 let a více

3. Jak dlouho žijete v domově pro seniory? (zde prosím zakroužkujte jednu odpověď)
 - a) Méně než 1 rok
 - b) 1-3 roky
 - c) 4-6 let
 - d) 7-9 let
 - e) 10 let a více

4. Jak hodnotíte svůj zdravotní stav? (zde prosím zakroužkujte jednu odpověď)
 - a) Dobrý
 - b) Spíše dobrý
 - c) Průměrný
 - d) Spíše špatný
 - e) Špatný

5. Jakých volnočasových aktivit se nejčastěji účastníte? (zde prosím zakroužkujte jednu či více odpovědí)
 - a) Skupinová rehabilitace (kondiční cvičení s pomůckami, psychomotorické a relaxační cvičení)
 - b) Trénink paměti
 - c) Individuální rehabilitace
 - d) Kulturní a společenské akce (koncerty, divadelní představení, kulturní vystoupení žáků MŠ, ZŠ a ZUŠ,...)
 - e) Kreativní programy (keramika, výtvarné kroužky, rukodělné činnosti,..)
 - f) Vaření a pečení
 - g) Vzdělávací programy (přednášky,..)
 - h) Společenské a kognitivní hry (bingo,..)
 - i) Pěvecký kroužek (společné zpívání)
 - j) Sportovní hry (petanque,..)
 - k) Reminiscenční terapie

- l) Bohoslužby
- m) Canisterapie, felinoterapie (terapie zvířaty)
- n) Neúčastním se volnočasových aktivit
- o) Jiné (prosím uveďte): _____

5.1. Pokud se volnočasových aktivit neúčastníte, co Vám v tom brání?
(Pokud se volnočasových aktivit účastníte, tuto otázku přeskočte)

Otevřená odpověď:

6. Jak často se účastníte volnočasových aktivit? (zde prosím zakroužkujte jednu odpověď)
- a) Několikrát týdně
 - b) Jednou týdně
 - c) Méně než jednou týdně
 - d) Neúčastním se volnočasových aktivit
7. Cítíte se spokojen(a) s frekvencí, jakou volnočasové aktivity probíhají? (zde prosím zakroužkujte jednu odpověď)
- a) Spokojen(a)
 - b) Spíše spokojen(a)
 - c) Nevím/Nedokážu posoudit
 - d) Spíše nespokojen(a)
 - e) Nespokojen(a)
 - f) Neúčastním se volnočasových aktivit
8. Jak jste spokojen(a) s nabídkou volnočasových aktivit v domově pro seniory? (zde prosím zakroužkujte jednu odpověď)
- a) Spokojen(a)
 - b) Spíše spokojen(a)
 - c) Nevím/Nedokážu posoudit
 - d) Spíše nespokojen(a)
 - e) Nespokojen(a)
 - f) Neúčastním se volnočasových aktivit
9. Existují nějaké aktivity, které Vám v nabídce chybí (myšleno, které byste v nabídce volnočasových aktivit uvítal/a)? (zde prosím zakroužkujte jednu odpověď)
- a) Ano
 - b) Spíše ano

- c) Nevím/Nedokážu posoudit
- d) Spíše ne
- e) Ne

9.1. Pokud ano, které? (pokud jste v předchozí otázce odpověděl(a) ne/spíše ne, tuto otázku přeskočte)

Otevřená odpověď:

10. Jak jste spokojen(a) s tím, jak jsou volnočasové aktivity vedeny? (zde prosím zakroužkujte jednu odpověď)

- a) Spokojen(a)
- b) Spíše spokojen(a)
- c) Nevím /Nedokážu posoudit
- d) Spíše nespokojen(a)
- e) Nespokojen(a)

11. Jaký vliv má účast na volnočasových aktivitách na vaši celkovou spokojenost s životem v domově? (zde prosím zakroužkujte jednu odpověď)

- a) Pozitivní vliv
- b) Spíše pozitivní vliv
- c) Neutrální vliv
- d) Spíše negativní vliv
- e) Negativní vliv
- f) Nemá vliv

12. Jaký vliv mají volnočasové aktivity na Vaše fyzické zdraví? (zde prosím zakroužkujte jednu odpověď)

- a) Pozitivní vliv
- b) Spíše pozitivní vliv
- c) Neutrální vliv
- d) Spíše negativní vliv
- e) Negativní vliv
- f) Nemá vliv

13. Jaký vliv mají volnočasové aktivity na Vaše duševní zdraví? (zde prosím zakroužkujte jednu odpověď)

- a) Pozitivní vliv
- b) Spíše pozitivní vliv

- c) Neutrální vliv
- d) Spíše negativní vliv
- e) Negativní vliv
- f) Nemá vliv

14. Jaký vliv mají volnočasové aktivity na Váš sociální život? (zde prosím zakroužkujte jednu odpověď)

- a) Pozitivní vliv
- b) Spíše pozitivní vliv
- c) Neutrální vliv
- d) Spíše negativní vliv
- e) Negativní vliv
- f) Nemá vliv

Mockrát Vám děkuji za vyplnění! Pokračujte, prosím, na další část.

WHOQOL-OLD – česká verze

Instrukce

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

Odpovězte prosím na všechny otázky. Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, vyberte prosím tu odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se na Váš život za **poslední dva týdny**.

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

Obáváte se toho, co přinese budoucnost?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

Děkujeme Vám za spolupráci

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

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

8. (F29.4) Jak moc se bojíte umírání?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Následující otázky se týkají Vašich **velmi blízkých (intimních) vztahů**, které máte.

Uvažujte, prosím, o těchto otázkách ve vztahu ke svému partnerovi nebo jinému blízkému člověku, se kterým sdílíte blízkost více než s kýmkoliv jiným ve svém životě.

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	málo	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

Chcete k dotazníku něco dodat?

Děkujeme vám za spolupráci

KVALITA ŽIVOTA DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

WHOQOL-BREF (krátká verze)

INSTRUKCE

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. **Odpovězte laskavě na všechny otázky.** Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte prosím odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

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

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

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

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