Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury

KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ A POSTOJE KE STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Diplomová práce

Autor: Radka Hřebačková, Aplikované pohybové aktivity
Vedoucí práce: Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.
Olomouc 2017

Jméno a příjmení: Radka Hřebačková
Název diplomové práce: Kvalita života seniorů a postoje ke stárnutí a stáří
Pracoviště: Katedra aplikovaných pohybových aktivit
Vedoucí diplomové práce: Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.
Rok obhajoby diplomové práce: 2018

Abstrakt:

Diplomová práce se zaměřuje na zjištění kvality života seniorů a jejich postojů ke stárnutí a stáří. Pro dosažení výsledků byly použity české verze standardizovaných dotazníků WHOQOL-BREF a AAQ. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 50 seniorů (25 respondentů žijících v S - centru Hodonín, 25 respondentů žijících v domácím prostředí). Výsledky dotazníků byly porovnány z různých hledisek (věk, pohlaví, způsob bydlení, vzdělání, rodinný stav, dispozice kola, auta, zdravotní stav, kvalita života). Dle dotazníku WHOQOL-BREF mají senioři z našeho souboru nejvyšší kvalitu života v doméně prostředí a nejnižší v doméně fyzické zdraví. Statistické významnosti byly nalezeny mezi věkem, pohlavím, způsobem bydlení, vzděláním, rodinným stavem, dispozicí kola i auta, zdravotním stavem a kvalitou života. V dotazníku AAQ se senioři nejvíce ztotožňovali s doménou fyzické změny a nejméně v doméně psychosociální ztráty. Statistické významnosti byly nalezeny mezi způsobem bydlení, vzděláním, rodinným stavem, dispozice kola, zdravotním stavem a kvalitou života. Korelace nejsou mezi doménami psychosociální ztráty a vztahy, fyzické změny a vztahy.

Klíčová slova: kvalita života, senioři, postoje, stáří, stárnutí, WHOQOL-BREF, AAQ

Souhlasím s půjčováním diplomové práce v rámci knihovních služeb.

Autor's first name and surname: Radka Hřebačková
Title of thesis: Quality of life in elderly and attitudes towards old age and aging
Department: Department of adapter physical activities
Supervisor: Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.
The year of presentation: 2018

Abstract:

The thesis focuses on ascertaining the life quality of elderly and their attitude towards old age and aging. The survey was presented in the Czech version of the standardized questionnaire WHOQOL-BREF and AAQ. The questionnaire survey was applicable to a sample size pool of fifty seniors (25 of respondents live in S - centrum Hodonín, 25 of respondents live in home environment). The results were compared between age, gender, education, housing lifestyle, bicycle and car ownership, state of health, subjective perceive of quality of file. According to the WHOQOL-BREF questionnaire, seniors in our life have the highest quality of life in the field of the environment and the lowest in the domain of physical health. Statistically important results were observed in age, different gender, education, housing lifestyle, marital status, bicycle and car ownership, state of health, subjective perceive of quality of life. In the AAQ questionnaire, seniors most identified with the domain of physical change and the least in the domain of psychosocial loss. Statistically important results were observed in different education, way of housing, marital status, own bicycle, state of health, subjective perceive quality of life. Correlations were not between psychosocial loss and social relationships, physical changes and social relationships.

Keywords: quality of life, seniors, attitudes, old age, aging, WHOQOL-BREF, AAQ

I agree the thesis paper to be lent within the library service.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně pod vedením Mgr. Julie Wittmannové, Ph.D., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky.

V Olomouci dne 15. 12. 2017 .....

Děkuji vedoucí diplomové práce paní Mgr. Julii Wittmannové, Ph.D., za odborné vedení, pomoc, rady, za vstřícnost, trpělivost a ochotu při zpracování diplomové práce.

OBSAH

ÚVOD ... **8**
1. PŘEHLED POZNATKŮ ... **10**
1.1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ ... **10**
1.1.1 STÁŘÍ ... 10
1.1.1.1 Kalendářní stáří ... 10
1.1.1.2 Biologické stáří ... 11
1.1.1.3 Sociální stáří ... 12
1.1.1.4 Psychické stáří ... 12
1.1.2 STÁRNUTÍ ... 13
1.1.3 ZMĚNY VE STÁŘÍ ... 14
1.1.3.1 Fyzické změny ... 14
1.1.3.2 Psychické změny ... 15
1.1.3.3 Sociální změny ... 16
1.1.3.4 Změny způsobené odchodem do důchodu ... 16
1.1.4 DEMOGRAFIE ... 17
1.1.4.1 Vývoj v České republice ... 18
1.2 SENIOR A STÁŘÍ ... **22**
1.2.1 POSTOJ KE STÁRNUTÍ A STÁŘÍ ... 22
1.2.1.1 Vymezení pojmu postoj ... 23
1.2.1.2 Postoj ke stáří z pohledu společnosti ... 24
1.2.1.3 Postoj ke stáří z pohledu seniorů ... 25
1.2.1.4 Metoda AAQ ... 25
1.2.2 ADAPTACE A PŘÍPRAVA NA STÁŘÍ ... 26
1.2.3 PREVENCE STÁRNUTÍ ... 27
1.3 KVALITA ŽIVOTA ... **27**
1.3.1 VYMEZENÍ POJMU KVALITA ŽIVOTA ... 27
1.3.2 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ ... 28
1.3.3 VÝCHODISKA PRO ZVYŠOVÁNÍ KVALITY ŽIVOTA SENIORŮ ... 29
1.3.4 VOLNÝ ČAS ... 29
1.3.4.1 Definice volného času ... 30
1.3.4.2 Volný čas seniorů ... 31
1.3.4.3 Volný čas v S - centru Hodonín ... 32
1.3.5 NÁSTROJE A METODY MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA ... 33
1.3.5.1 Metoda WHOQOL ... 35
1.4 SOUČASNÝ SYSTÉM PÉČE O SENIORY V ČR ... **35**
1.4.1 SOCIÁLNÍ PÉČE ... 36
1.4.2 S - CENTRUM HODONÍN ... 38
2. CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY ... **40**
3. METODIKA ... **42**
3.1 CHARAKTERISTIKA SOUBORU ... 42
3.2 PRŮBĚH A ORGANIZACE VÝZKUMU ... 43

3.3 POUŽITÉ METODY 44
3.4 ADMINISTRACE A VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKŮ 44
3.5 STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ DAT 45
4. VÝSLEDKY 46
4.1 KVALITA ŽIVOTA U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTŮ DLE DOTAZNÍKU WHOQOL-BREF 46
4.2 VYBRANÉ ZÁKLADNÍ PROMĚNNÉ A JEJICH VLIV NA KVALITU ŽIVOTA SENIORŮ 47
4.3 POSTOJ KE STÁRNUTÍ A STÁŘÍ U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTŮ DLE DOTAZNÍKU AAQ. 56
4.4 VYBRANÉ ZÁKLADNÍ PROMĚNNÉ A JEJICH VLIV NA POSTOJ KE STÁRNUTÍ A STÁŘÍ 57
4.5 VZTAH MEZI JEDNOTLIVÝMI DOMÉNAMI MEZI DOTAZNÍKY WHOQOL-BREF A AAQ 63
5. DISKUZE 64
6. ZÁVĚRY 69
7. SOUHRN 71
8. SUMMARY 72
9. REFERENČNÍ SEZNAM 73
10. PŘÍLOHY 79

ÚVOD

Tématem mé diplomové práce je „kvalita života seniorů a postoj ke stáří a stárnutí“. Kvalita života a s tím spojené aktuální téma stárnutí a stáří je v poslední době velmi diskutované téma. Populace stárne, a to je zkrátka fakt, a přestože se dříve lidé o stáří zase tak moc nezajímali, podle současných průzkumů je jasné, že asi za patnáct let bude v důchodovém věku téměř čtvrtina obyvatelstva České republiky, to je asi dva a půl milionu lidí.

Snahou společnosti je změnit podmínky pro kvalitní život seniorů a tím změnit špatný postoj ke stáří, který zaujímá většina lidí. I starší a starý člověk má své potřeby a snaží se prožít tuto další etapu života aktivně, radostně a smysluplně, pokud k tomu má odpovídající podmínky. Důležité je fyzické a psychické zdraví seniora, aby se mohl věnovat nějakým aktivitám, které ho budou bavit. Každý má jiné podmínky jak zdravotní, sociální, ekonomické, jinou podporu v rodině, známých a přátelích. Každý člověk by měl mít možnost volby, kde a jak kvalitně prožije stáří nejlépe, jak je to možné, s péčí, se svými zájmy, potřebami, s aktivitami, potěšením a spokojeností.

Obecně období stárnutí a stáří je vnímáno spíše negativními změnami. Prvotní velká změna nastává odchodem ze zaměstnání, jedinec je zařazen mezi seniory, nemá už takové možnosti s pravidelným setkáváním se s dalšími zaměstnanci, člověk většinou je více sám, zhoršuje se ekonomická situace, přihlásí se více nemocí, a to vše může mít dopad na jeho psychiku a celkovou kvalitu života.

Stárneme, ať chceme nebo nechceme, záleží jen na tom, jak se s tím vypořádáme. Stáří je pojmem, můžeme si ho užít, nebo na něj nadávat, ale každopádně se před ním nedá utéct. Se stárnutím by si člověk neměl dělat starosti a měl by ho přijmout i s jeho nedostatky, občas si připouštět i svoje trapnosti a hodit je za hlavu a zkusit k tomu přidat i nějaký humor, a hlavně neřešit ostatní, ale sebe.

A touto problematikou a jejím průzkumem se chci zabývat ve své diplomové práci. Porovnávám kvalitu života u 25 obyvatel domova seniorů a 25 občanů žijících ve svém přirozeném prostředí, tedy ve svém domově. Nejraději by každý senior zůstal ve svém přirozeném prostředí, kde prožil větší část života nebo i celý život, ale samozřejmě každý nemá tu možnost. Někteří ze seniorů nemají příbuzné, a proto nemohou zůstat sami, nebo jsou méně pohybliví a také nemocní, a proto je pro ně nutností ubytovat se v sociálním zařízení.

Babička letos před pár měsíci zemřela a měla jsem možnost srovnání, celý život žila ve vlastním domě. Poslední dobu prožila v sociálním zařízení kvůli své úplné nepohyblivosti, proto můžu jen pochválit služby, lékařskou péči i důstojné zacházení. Na závěr mého úvodu zmíním názor mojí věčně usměvavé babičky, která říkávala: „mládí je krásné i se svými chybami, ale stáří není pěkné ani se svými ctnostmi“.

1. PŘEHLED POZNATKŮ

1.1 Stáří a stárnutí

Období stárnutí a stáří je většinou vnímáno negativně a lidé se tohoto období obávají. Očekávají problémy jako je ztráta soběstačnosti, snížení mentálních funkcí, ubývání kontaktů s okolním prostředím, různá omezení atd. Tyto obavy však nejsou zcela opodstatněné, neboť při běžném fyziologickém procesu stárnutí a stáří k těmto problémům nemusí vždy docházet (Malíková, 2011).

1.1.1 Stáří

Podle Maříkové a kol. (1996), můžeme pojem stáří definovat závěrečnou etapou života, u člověka často vymezovanou jako doba od skončení ekonomické aktivity až do smrti. Taktéž se nazývá jako třetí věk. Stáří nelze spolehlivě definovat biologickým věkem (viz níže), protože rozdíly fyzického a psychického stavu stejně starých lidí mohou být velice rozličné.

Člověk během života prochází několika etapami, a právě stáří můžeme označit jako poslední vývojovou fázi života. Všechny fáze na sebe navazují a každá z nich je z větší či menší míry ovlivněna etapou předcházející. Lze říci: „jakým životem jsme dosud žili, takové bude naše stáří.“ Stáří nám přináší moudrost, pocit naplnění, ale na druhou stranu i úbytek energie a nezbytnou proměnu osobnosti, směřující k jejímu konci. Je to období relativní svobody, ale i dobou, kdy se hromadí nevyhnutelné ztráty ve všech oblastech (Vágnerová, 2008).

Nejčastěji rozlišujeme 4 druhy stáří, jejichž průběh je u každého člověka individuální a je dán především genetikou a životem, který člověk žije:

- stáří kalendářní
- stáří biologické
- stáří sociální
- stáří psychické (Čevela, 2012).

1.1.1.1 Kalendářní stáří

Kalendářní stáří je dosažení určitého, arbitrárně stanoveného věku, od něhož se empiricky obvykle nápadněji objevují involuční změny. Tento věk nazýváme také matričním nebo chronologickým. Dle tohoto druhu stáří dělíme období stáří na jednotlivé kategorie:

- 65–74 let mladí senioři – člověk v tomto věku řeší problémy, spojené s penzionováním, jak trávit volný čas, jak se seberealizovat, atd.
- 75–84 let staří senioři – objevují se problémy s funkční zdatností, atypický průběh chorob, atd.
- 85 a více let velmi staří senioři – zde už se řeší otázka soběstačnosti a zabezpečenosti. (Mühlpachr, 2004, s. 20).

V běžném životě je za starého člověka považován každý, kdo dosáhl penzijního věku, to je většinou 65 letý občan. V současnosti se kalendářní věk nejčastěji člení:

- 60–74 let vyšší věk nebo rané stáří, „mladí senioři“
- 75–89 let stařecký věk neboli senium, vlastní stáří, „staří senioři“
- 90 let a výše dlouhověkost, „velmi staří senioři“ (Haškovcová, 2010).

Podle Světově zdravotnické organizace můžeme stáří rozdělit na tři období:

- rané stáří – 60–74 let,
- vlastní stáří – 75–89 let,
- dlouhověkost stáří – 90 let a více (Vágnerová, 2008).

1.1.1.2 Biologické stáří

Rozdíl mezi biologickým a kalendářním věkem je ten, že prvně jmenovaný nám vypovídá o tom, jak jsme staří, zatímco druhý, kalendářní, ukazuje, kolik let uplynulo od našeho narození až po současnost. Biologický věk je tedy mnohem více spojen se zdravotním stavem (Yoo, 2017).

Biologický věk vyjadřuje objektivní stav fyzického vývoje či degenerace. V dnešní době nejsou určena žádná kritéria pro sestavení biologického věku. Biologický věk je dán geneticky, je ovlivněn způsobem života a projevuje se funkčními a somatickými změnami (Mühlpachr, 2004).

Ve zdravotnictví se též můžeme setkat s termínem skutečný, tedy biologický nebo také funkční věk. Určitě lékařské metody umožňují zjistit, jak je na tom člověk doopravdy, bez ohledu na první dojem, který je spojený s kalendářním věkem. Biologické stáří lidí je většinou daleko vyšší, než jejich kalendářní věk (Haškovcová, 2010).

1.1.1.3 Sociální stáří

Sociální věk označuje aktuální stav socializace jedince, kvalitu i kvantitu vzájemné interakce mezi jednotlivci, sociálními skupinami, až po celou společnost. Z výše zmíněného vyplývá, že i zde je spoustu faktorů, které sociální věk ovlivňují. Do tohoto procesu sociálního stárnutí vstupuje mnoho sociálních událostí, které mohou mít na člověka menší či větší vliv. Důležitá je schopnost adaptace na změny, kterým čelíme v průběhu stárnutí. Mezi největší sociální role změny řadíme: ukončení profesní činnosti, narození vnoučat, úmrtí známých a přátel, ale také navazování nových kontaktů v průběhu seniorských let. Nejtěžší změnou role sociální je úmrtí životního partnera, která zahrnuje nejen dlouhodobý, ale většinou bolestivý proces přijetí role vdovy, vdovce (Marques, 2015).

V souvislosti se sociálním stářím lze hovořit o sociální periodizaci života, která zjednodušeně člení lidský život do tří, eventuálně čtyř velkých období, tzv. věků:

a) První věk se označuje jako předproduktivní – spadá sem období dětství a mládí. Toto období je charakterizováno růstem, vývojem, vzděláváním, profesní přípravou, získáváním zkušeností a znalostí.
b) Druhý věk je charakterizován jako věk produktivní – zde hovoříme o období dospělosti, životní produktivity biologické (založení rodiny), sociální a především pracovní.
c) Třetí věk, tedy věk postproduktivní – toto období uvádí jako období poklesu zdatnosti a odpočinku, ale především jako představu fáze za zenitem a bez produktivního přínosu.
d) Čtvrtý věk bývá někdy označován jako fáze závislosti. Toto označení je ale nevhodné, vzniká totiž dojem, jako by nesoběstačnost byla stejně zákonitá, jako obecně přijímaná stádia předchozí. To odporuje konceptu úspěšného stárnutí a představě, že zdravé stáří zůstává až do nejpokročilejšího věku samostatné (Mühlpachr, 2004, s. 19).

1.1.1.4 Psychické stáří

Psychický věk je významnou složkou funkčního věku. Názory psychologů a psychiatrů na změny psychiky v průběhu stárnutí nejsou jednotné. S psychickým stářím souvisí také to, jak se člověk sám cítí a jaké je jeho individuální sebevědomí. Subjektivní věk se projevuje v názorech, postojích a činech. Nemusí být v souladu s objektivní situací a reálnými možnostmi člověka seniorského věku (Kozáková, 2006).

1.1.2 Stárnutí

Stárnutí organismu je fyziologický proces. Změny nastupují v různou dobu během života jedince a postupují individuální rychlostí. Pokud se budeme vyhýbat činitelům, které tento proces urychlují, můžeme jej výrazně zpomalit. Mezi faktory, které urychlují změny, patří nadměrný příjem potravy, stres, vysoký krevní tlak, tabák a alkohol, obezita, malá fyzická aktivita a sedavý způsob života, osamocenost a malé společensko-pracovní zapojení. Mezi faktory, které naopak zpomalující stárnutí, řadíme klidný spánek, zdravou výživu, společenské a pracovní zapojení, častou fyzickou aktivitu.

Stárnutí můžeme pozorovat ve všech tkáních a v jejich buňkách, nejzávažnější jsou však v nervové a endokrinní soustavě, která zajišťuje neurohumorální regulaci všech tělesných a duševních pochodů (Langmeier, 1998).

Stárnutí může být i zdravou etapou stáří. Je třeba smířit se s nevyhnutelnými změnami, které stáří přináší a naučit se tělo chápat jako svůj domov a svůj dopravní prostředek a s láskou a něhou k sobě samému o něj důkladně pečovat, ačkoli neexistuje žádný návod na stárnutí a úkolem každého člověka je naučit se stárnout podle svých představ a možností. Tak jako v každé životní etapě jsou malé i velké životní krize, tak i stáří má svá úskalí, na které je třeba být připraven, zvládnout je a vykročit dál (Klevetová, 2008).

Stárnutí světové populace je dáno zlepšením zdravotnictví v posledních letech, a to vede k rostoucí průměrné délce života. Vývoj ve vědě o prevenci a diagnostice onemocnění vede ke zvýšení životnosti, a proto je starší populace rychle rostoucí věkovou skupinou. Zvýšená životnost je spojena s nárůstem četných chronických onemocnění a také onemocněními, která vyžadují nepřetržitou lékařskou pomoc nebo hospitalizaci a následkem toho dochází ke snížení kvality života postižených jedinců a k vyšším výdajům na veřejné zdraví. Další významnou rolí je pokračující pokles porodnosti. Od počátku tohoto století stárne nejrychleji populace vyspělých zemí, ale stárnutí se zrychluje i v ostatních částech světa. Česká republika patří k evropským zemím s nízkým podílem staršího obyvatelstva, což je způsobeno dřívější vysokou úrovní úmrtnosti ve středním a zvláště ve vyšším věku, ve větší míře u mužů než žen (Kotýnková, 2001).

1.1.3 Změny ve stáří

Během života každý jedinec pozoruje a cítí vnější a vnitřní změny, které přicházejí s vyšším věkem a nevyhnou se žádnému jedinci. Zpočátku se změny projevují nenápadně, v pokročilém věku se však projevy stárnutí zrychlují. Tyto změny spolu úzce souvisejí a můžeme je pozorovat v rovině tělesné, psychické i sociální (Vágnerová, 2007). Nejvýraznější změny ve starším věku souvisejí s ubýváním sil, se zvýšenou a častou nemocností, s různými poruchami a také se jedná o celkové oslabení organismu. Tyto tři stránky se taktéž prolínají (Sýkorová, 2003).

1.1.3.1 Fyzické změny

Fyzické změny patří v procesu stárnutí k nejviditelnějším. Mezi významné faktory, které ovlivňují, jak rychle tělo stárne, patří genetika, jaký máme v průběhu života životní styl a výskyt nemocnosti (Pacovský, 1997). Obecně můžeme hovořit o snížené výkonnosti tělesných funkcí a orgánů. Některé změny se projevují rychleji, některé pomaleji. S přibývajícím věkem se tělesná výška snižuje a tělesná hmotnost obvykle stoupá, dochází k úbytku svalové hmoty a síly. Významné jsou i změny ve smyslovém vnímání. U oka se projevují změny akomodace, dochází k úbytku sluchové ostrosti pro vysoké tóny, také čich a chuť výrazně klesá. Mezi nejvýraznější změny patří rychlost reflexů na jednotlivé akustické a vizuální podněty, vitální kapacita, srdeční kapacita, svalová síla, bazální metabolismus, vedení vzruchů mezi nervovými vlákny atd. Tyto morfologické a fyziologické změny mají vliv na vzhled i chování seniora. Člověk se více začíná zaobírat sám sebou, svými tělesnými orgány a jejich funkcemi (Kalvach, 2004).

Ve starším věku se tělo stává křehčím, a to vede k častým onemocněním a úrazům. Příčinou křehkosti organismu je snížená svalová síla, snížená fyzická schopnost, ztráta kostní hmoty a minerálů v kostech, snížená fyzická výkonnost a trvalost, snížená imunita, narušená pohyblivost a tělesná rovnováha (Mlýnková, 2011). Změny týkající se svalů nastávají z důvodu úbytku svalů, nižší pružnosti a elasticity svalů a také ochablost svalů. Důsledkem je problém s rovnováhou a tím se mění i postoj a chůze (Novotná, 2004).

Pohybový systém patří mezi nejnápadnější známky stárnutí, rovněž jako známky na kůži. Snižuje se aktivita mazových žláz, a tak kůže ztrácí schopnost zadržovat vodu. Kůže je suchá a na horních končetinách nebo v obličeji se mohou objevovat hnědé,

tzv. „stařecké skvrny“. Kůže je méně elastická, suchá, tvoří se vrásky (Mlýnková, 2011).

Počet chronických a degenerativních onemocnění se zvyšuje stejným tempem, jako přibývá starší populace, stejně jako počet pacientů s podezřením na demenci (Albuquerque, 2016).

1.1.3.2 Psychické změny

I když v procesu stárnutí vystupují do popředí fyzické změny, všechno se odráží také v psychologické stránce. Osobnost stárnoucích lidí se mění, projevují se negativní vlastnosti a do popředí se dostávají negativní rysy osobnosti. Psychické změny v kombinaci se sociálními změnami ztěžují seniorům adaptaci na nové prostředí (Dvořáčková, 2012).

Mezi typické a nejčastější změny v psychické oblasti Jarošová (2006) uvádí celkové povahové změny, které vedou ke zvýšené emoční nestabilitě až labilitě. Starší osoby mají výkyvy nálad, proměnlivost rozhodnutí a postojů, změny požadavků. Zvýrazňují se povahové vlastnosti a osobnostní projevy. Z dříve pozitivních vlastností se stávají neutrální až silně negativní, nebo úplně opačně z negativních vlastností a postojů jdou do neutrálních či dokonce pozitivních. Někdy naopak nastává citová otupělost či ztráta schopnosti citových prožitků. Postupně nastává celkový nebo částečný pokles zájmu seniora, a to ve všech oblastech života anebo jen v některých. Se související změnou životních hodnot a potřeb se orientují více na uspokojení potřeby lásky, sounáležitosti, duchovních potřeb a spirituality. Více se zaměřují na rodinu, zdraví a duchovní hodnoty. Narůstá nedůvěřivost a snižuje sebedůvěra. Mají tendence k posuzování situací s časovým odstupem, z nadhledu. S přibývajícím věkem nastává snížená schopnost adaptovat se na změny a na nové situace. U seniorů dochází k výrazné ztrátě paměti. Nejvíce trpí sníženou schopností získávat dovednosti a uchovávat informace, které se nedávno objevily. Ztráta paměti může nastat ve stáří, je způsobená sníženou efektivitou paměti.

Pro co nejlepší adaptaci ve stáří je důležitá psychohygiena. Kalvach (2005, s. 58) uvádí 5P, o které by měl každý senior usilovat ve snaze o co nejlepší adaptaci na stáří:

- perspektiva – zachovat, upřesňovat a pěstovat svůj životní program a pozitivní výhled do budoucna,
- pružnost – zůstat otevřený novým podnětům, usilovat o pochopení nových dějů i nových postupů, i ve stáří se vzdělávat,

- prozíravost – vidět věci v souvislostech, vybírat přiměřené cíle a činnosti, připravit se na různé ztráty a obtíže, které stáří často přináší, přemýšlet o jejich kompenzaci, včas zajistit vhodné bydlení i finanční prostředky pro klidný a aktivní život po penzionování,
- porozumění – usilovat o pochopení druhých, o dobré vztahy, nepropadat úkornosti, vyčítání, poučování, hádavosti,
- potěšení – pěstovat aktivně dobrou náladu, mít se nač těšit, umět užívat drobných radostí všedního dne.

1.1.3.3 Sociální změny

Tyto změny jsou nedílně spojeny se změnami fyzickými a psychickými. Senioři patří mezi nejvíce ohroženou skupinu, která je ohrožena sociální inkluzí. Sociální změny si na rozdíl od fyzických dlouhou dobu nepřipouštíme. Mění se sociální status, dochází k omezení kontaktu s bývalými spolupracovníky a vyrovnáváme s novým režimem dne. Stáří prožíváme v okruhu několika sociálních skupin. Nejvýznamnější sociální skupinou je rodina, na kterou často senioři bývají velmi fixovaní. Možnost dalších sociálních kontaktů představují přátelé a známí ze sousedství, kde si starší člověk udržuje některé sociální kompetence. Volnočasové aktivity mohou výrazně ovlivnit dopad na sociální spokojenost seniora (Janiš, 2016).

Vyrovnáváme se s odchodem vlastních dětí z domova. Manželé se náhle ocitají sami a musí najít nový způsob žití bez dětí. Tato změna může manžele sblížit, ale i naopak. Ztráta rodičovské role bývá často nahrazena rolí prarodičů. Strach z osamělosti a opuštěnosti se ve stáří zvyšuje. Ke stáří patří i smrt, která znamená konec partnerského soužití. Člověk se tak musí smířit se ztrátou partnera, ale i se smrtí vrstevníků (Dvořáčková, 2012).

1.1.3.4 Změny způsobené odchodem do důchodu

Janiš (2016, s. 38) uvádí změny, které způsobuje odchod do důchodu. Změny před důchodem proti změnám po odchodu do důchodu:

- stálý nedostatek času X dostatek, možná nadbytek volného času,
- náplň času stanovuje někdo jiný X náplň času si stanovuji sám,
- nemám čas pro sebe X mám dost času pro sebe,
- umění fungovat X umění žít,

- spěch X uvolnění,
- stres a distres X eustres,
- zážitky X klid,
- úspěch X osobní dozrávání,
- absolutní sebe-vydání X jít do sebe,
- připoutání k zaměstnání X odpoutání od práce,
- ponoření se do práce X ponoření se do sebe,
- seberealizace X sebepoznání,
- zájem získat a mít X zájem někým být,
- duševní strádání X duševní naplňování,
- vnitřní chudoba X vnitřní obohacování,
- vnější bohatství X vnitřní bohatství,
- hektické události X klidnější plynutí času,
- vnitřní nepokoj X ustalování vnitřního pokoje,
- stálý běh a shon X uvolnění,
- úzkost a strach, jak to dopadne X klidné očekávání,
- hyperaktivita X klid.

1.1.4 Demografie

Demografie je vědní obor, který zkoumá reprodukci populace. Demografický vývoj je charakterizován stárnutím obyvatelstva v důsledku snižující se porodnosti, ubývající úmrtnosti, prodlužování střední délky života, které vede k zvětšování počtu seniorů v populaci. Demografické stárnutí je považováno za negativní jev, díky kterému může vzniknout řada problémů. V dnešní době je stárnutí populace celosvětový problém. Stárnutí je zdlouhavý proces, kdy se postupně vyměňuje věková struktura obyvatelstva. Prvním důvodem je pokles podílu mladších věkových skupin, který je většinou výsledkem poklesu úrovně plodnosti a porodnosti, druhý důvod je růst podílu osob ve starším věku, který je důsledkem rychlejšího snižování měr úmrtnosti ve vyšším věku, které vede k prodlužování naděje dožití a tím k častějšímu dožívání se vyššího a vysokého věku (Ondrušková, 2011).

Důležitým pojmem v demografii je střední délka života, která označuje očekávanou dobu dožití. Je to významný demografický ukazatel, který je konstruován z úmrtnostních tabulek a ukazuje nám, kolik let života s největší pravděpodobností

zbývá dané populaci určitého věku a pohlaví. Střední délka života dramaticky stoupá téměř po celém světě (Mühlpachr, 2001).

Vzrůstající počet starších lidí bude nevyhnutelně zvyšovat celkové výdaje. Předpokládá se, že vzhledem ke stárnutí populace, se budou zvyšovat výdaje především na zdravotní a sociální péči (Thornton, 1981).

1.1.4.1 Vývoj v České republice

Přestože obyvatelstvo České republiky je v současné době jedno z historicky nejstarších, jeho věkový průměr patří k evropskému průměru. Obyvatelstvo České republiky však poměrně rychle stárne a očekává se, že se výrazně přiblíží k západoevropským zemím. Podle prognóz OSN a českých demografů bude Česká republika v roce 2050 spolu s Řeckem a Itálií zeměmi s největším podílem seniorů na světě. Podle projekce vypracované ČSÚ, by se měl podíl osob nad 60 let do roku 2050 zvýšit na 39 %, počet obyvatel nad 80 let by měl vzrůst ze současných 3 % na 10 % v roce 2050. Stárnutí České republiky probíhá kvůli těmto příčinám:

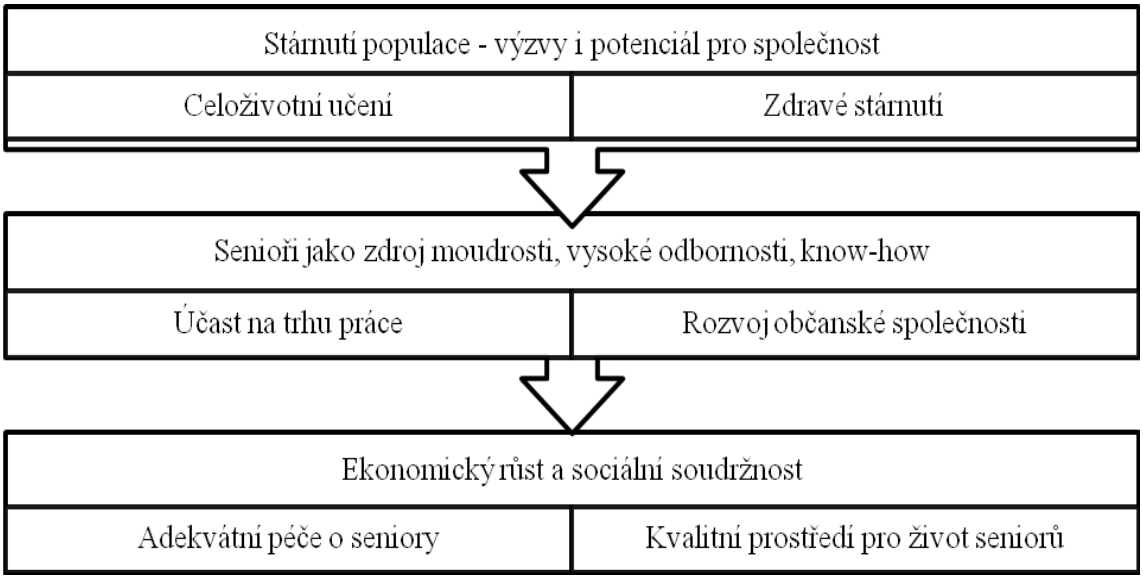
- klesající porodnost,
- snižování úmrtnosti všech věkových skupin,
- pokles úmrtí kojenců,
- prodlužování střední délky života,
- zlepšování kvality života,
- pokrok ve zdravotní péči (Malíková, 2011).

Stárnutí populace přináší řadu problémů, se kterými se vláda České republiky musí vyrovnat. Proto vláda vytváří programy, které jsou zaměřeny na řešení tohoto problému. V nynější době je schválena národní strategie podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017.

Národní strategie podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017

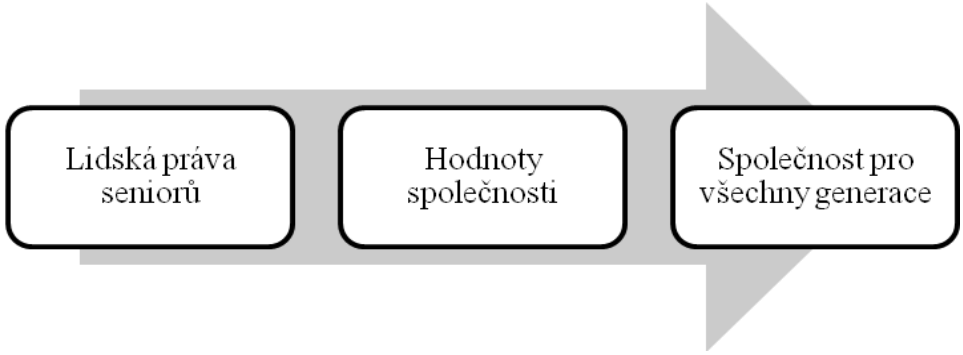
Lidé se dožívají vyššího věku, prodlužující se délka života je výsledkem zvyšování kvality života. Seniorský věk se stává významnější fází lidského žití. Celoživotní moudrost, zkušenost, know-how i odbornost zvyšují potenciál společnosti stát se konkurenceschopnější ve světě. Strategie se zaměřuje na dvě základní oblasti, které by měly využít potenciál starších občanů – zdraví a celoživotní učení, od kterých se odvíjí zajištění účasti na trhu práce a rozvíjení občanské společnosti. To vše jde

uskutečnit pouze v tom případě, kdy bude zajištěna kvalitní péče a prostředí pro život seniorů, viz obrázek 1 (MPSV, 2012)



Obrázek 1. Národní strategie podporující pozitivní stárnutí

Lidská práva seniorů a hodnoty ve společnosti jsou proto výchozím rámcem celé Národní strategie, podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017, která by měla vést ke zvýšení kvality života všech generací, viz obrázek 2 (MPSV, 2012).



Obrázek 2. Národní strategie podporující pozitivní stárnutí

Aby mohlo dojít ke splnění Národní strategie, podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017, musí být určené priority, mezi které jsou řazeny:
a) cíle celoživotního učení:

- Školní osnovy i pedagogické postupy upravit tak, aby studenti v každé fázi vzdělávání byli připraveni na další zapojení do školení a vzdělávání i po opuštění vzdělávací soustavy.
- Uznání dobrovolných aktivit jako jedné z forem celoživotního učení.

- Zefektivnit systém dalšího vzdělávání s vazbou na trh práce a posílit spolupráci a koordinaci za účelem rozvoje konceptu celoživotního učení do všech oblastí společnosti.
- Využít celoživotních zkušeností starších občanů a nabídnout jim možnost dalšího pracovního uplatnění skrze rekvalifikace odrážející jejich potenciál.
- Rozvíjet univerzity třetího věku a další vzdělávací aktivity pro seniory s důrazem na zajištění dostupnosti i v menších městech a obcích (MPSV, 2012, https://www.mpsv.cz/cs/).

b) cíle zaměstnávání starších osob a seniorů:

- Revidovat systém důchodového pojištění za účelem zvýšení motivace osob v předdůchodovém věku k delšímu setrvání na trhu práce.
- Podpořit zájem nezaměstnaných osob starších 50 let o nastartování vlastního podnikání a poskytnout jim potřebnou pomoc a podporu.
- Zvýšit dostupnost kvalitativních a kvantitativních dat o možnostech Age Managementu a jeho využití, na základě nichž dojde k rozvoji Age Managementu v České republice.
- Nastavení spolupráce mezi klíčovými aktéry na trhu práce.
- Změnit postoje ke stárnutí na základě informování společnosti o věkové diverzitě jakožto konkurenční výhodě pro firmy i společnost.
- Podpořit zavádění konceptu Age Managementu u úřadů práce.
- Zvýšit povědomí relevantních zaměstnanců státní správy o Age Managementu.
- Podpora zavádění konceptu Age Managementu u českých zaměstnavatelů a v institucích státní správy a samosprávy včetně úřadů práce.
- Revidovat legislativu v oblasti pracovního zdraví.
- Akcentovat Age Management v oblasti pracovně právní legislativy a důchodové reformy.
- Zvýšit znalosti především u lékařů o pracovním zdraví.
- Podpora zavádění konceptu Age Managementu u českých zaměstnavatelů.
- Zhodnocení opatření a aktivit v oblasti Age Managementu za pětileté období. Cíle dobrovolnictví a mezigenerační spolupráce:
- Zvýšení mediální úrovně veřejnoprávních prostředků s ohledem na profesionalitu, osobní zodpovědnost a seriózност.

- Zvyšovat úctu ke stáří, dialog a spolupráci mezi studenty a seniory na základních a středních školách.
- Rozvíjet podmínky pro mezigenerační setkávání a spolupráci.
- Rozvoj dobrovolnictví skrze schválení nového zákona o dobrovolnické službě a podporu dobrovolných činností (MPSV, 2012, https://www.mpsv.cz/cs/).

c) cíle kvalitního prostředí pro život seniorů:

- Zvýšit povědomí relevantních profesí o potřebách seniorů při navrhování a vytváření městského prostředí a obytných budov.
- Zvýšit povědomí mladých lidí o potřebách seniorů, včetně povědomí o odpovídajícím prostředí bydlení seniorů.
- Zapojení seniorů do diskuze nad důležitými opatřeními, týkající se života obyvatel na místní a krajské úrovni.
- Přispět ke zvýšení bezbariérovosti a dostupnosti veřejné dopravy, jakožto zásadní podmínky pro aktivní stárnutí a zapojení seniorů do společnosti.
- Akcentovat populační stárnutí v bytové politice s ohledem na měnící se potřeby starších občanů a jejich heterogenitu.
- Aktivní zapojení obcí do problematiky seniorského bydlení.
- Omezení samoty a sociálního vyloučení seniorů, jako jedné z hlavních příčin zhoršování zdravotního stavu seniorů.
- Podpora rozvoje nových typologických forem bydlení pro seniory reagujících na aktuální společenskou potřebu (MPSV, 2012, https://www.mpsv.cz/cs/).

d) cíle zdravého stárnutí:

- Zvýšit informovanost o významu zdravého životního stylu a prevence nemoci mezi všemi věkovými skupinami s důrazem na starší občany tak, aby mohli na základě znalostí a informací rozhodovat o svém životě.
- Podporovat a aktivizovat obce a regiony v rozvíjení zdravého prostředí, které je přátelské všem generacím.
- Podpořit aktivity a projekty zaměřující se na podporu zdravého stárnutí s ohledem na rozmanité potřeby starších občanů (s ohledem na jejich věk, etnický původ, soci-ekonomický statut).

  Podpořit vzdělávací kurzy pro relevantní profese v oblasti veřejného zdraví

za účelem zvýšení znalostí nástrojů ke zvyšování komunitního zdraví a principů v jejich práci se staršími lidmi.

- Podpořit výzkum na téma podpory zdraví a zdravého stárnutí a sledovat relevantní statistická data, která budou využitelná pro porovnávání jednotlivých obcí (MPSV, 2012, https://www.mpsv.cz/cs/).

e) cíle péče o seniory:

- Rozvoj systému péče o osoby s demencí včetně výcvikových programů a vzdělávání v této oblasti.
- Zajistit poskytování dlouhodobé péče s ohledem na zajištění kontinuity a místní i časové dostupnosti.
- Zajistit dostupnost a fungování sociálních služeb, které nabízí širokou škálu činností dle rozdílných potřeb a životních situací seniorů.
- Zlepšit podmínky pro pečující rodinné příslušníky a motivovat je k účasti na péči o své starší rodiče.
- Podpořit rozvoj informačních a komunikačních technologií a služeb asistovaného života v ČR.
- Rozvoj sociální práce na obcích se zvláštním důrazem na venkovské oblasti, ve kterých hrozí riziko sociálního vyloučení starších osob a seniorů (MPSV, 2012, https://www.mpsv.cz/cs/).

1.2 Senior a stáří

1.2.1 Postoj ke stárnutí a stáří

Současná společnost zaznamenává spíše negativní postoje ke stáří. Stáří je považováno jako období, kdy může člověk pouze chátrat. Jeho zkušenosti i pravomoci ztrácejí svůj význam, takový starý člověk není pro společnost ničím přínosný. Hodnotový systém společnosti staré lidi silně znevýhodňuje (Vágnerová, 2007).

Avšak i stárnutí a stáří může být pozitivním a plnohodnotným úsekem života. Jedinec musí vyrovnaně přijmout svůj věk, užívat zaslouženého odpočinku a efektivně vyplňovat volný čas různými činnostmi a projevit dostatek přizpůsobivosti. Zdravotní stav a věk vyžadují určitou změnu životního stylu, kterou by se měl snažit člověk s klidem a vyrovnaností přijmout. Avšak ne každý má sílu a schopnost přijmout změny, které s sebou přibývající léta se všemi neduhy a omezením přinášejí. Postoj ke stáří a jeho prožívání je velice individuální a také závislé na mnoha faktorech. Zaujímání

postojů ke stárnutí a stáří je velmi rozmanité, setkáváme se s mnoha odlišnými způsoby a projevy v chování, přístupu a životním stylu. Mezi možné důvody, proč se stáří zdá být nešťastným je, že nás stáří odvádí od veřejné činnosti, oslabuje tělo, odnímá nám všechny tělesné radosti a rozkoše a je to poslední fáze, po níž nastává smrt (Malíková, 2011).

Mezi hlavní determinanty, které ovlivňují postoj ke stárnutí, patří:

- prostředí, ve kterém jedinec žije,
- typ osobnosti,
- pozice jedince v rodině,
- výchova, vzdělání, kultura a společenské vlivy,
- zdravotní stav jedince,
- míra emoční inteligence,
- celková situace jedince (možnosti způsobu jeho života, ekonomické možnosti apod.),
- vrozené dispozice (Venglářová, 2007).

1.2.1.1 Vymezení pojmu postoj

Existuje velké množství definic, kterými lze formulovat pojem postoj. Dle mého názoru výstižně formuluje pojem postoj Hartl & Hartlová (2009, 442) ve svém psychologickém slovníku. Definují postoj jako „sklon ustáleným způsobem reagovat na předměty, osoby, situace a na sebe sama“.

Postoje vystihují způsob hodnocení nebo vztah k určitému objektu a vymezují způsob jednání každého člověka. Spojují v sobě kognitivní, emotivní a behaviorální složku psychiky a umožňují zaujmout jedinci vůči čemukoliv určité stanovisko. Do doby, než se jedinec setká s předmětem, osobou nebo situací, zaujímá neutrální nebo žádný postoj. Postoj se utváří se na základě vlastních představ, hodnotících soudů a emocí (Nakonečný, 1999). Postoje můžeme dělit na pozitivní či negativní. Zjednodušeně říci, že pozitivní postoj je to, co nám napomáhá k uspokojení našich potřeb a naopak negativní postoj znesnadňuje nebo znemožňuje potřebu uspokojit (Řehan, 2007).

1.2.1.2 Postoj ke stáří z pohledu společnosti

Mladí lidé si myslí, že se jich stáří netýká, protože je to daleko. Avšak každý z nás pomalu a jistě stárne a blíží se k hranici, kdy začíná stáří. O stáří kolem nás se v mladších věkových kategoriích příliš nemluví, jsou spíše zaměřeni na svůj úspěch a osobní kariéru, žijí rychlým životní styl bezstarostného a kreativního mládí, které je třeba co nejlépe využít. Mladí lidé jsou zdraví, plní energie a stáří je pro ně pojem zcela vzdálený a tak nejsou nuceni o něm neuvažovat (Haškovcová, 2010).

Existuje celá řada předsudků a mýtů o stárnutí, které ovlivňují postoje seniorů, ale i celé společnosti. Tyto předsudky se týkají všech aspektů života seniorů, vztahují se k práci, zdraví, aktivitě, mobilitě, rozhodování, volnému času, rodině, psychice, sociální integraci, sexuálnímu životu. Nejčastější mýty ohledně stárnutí souvisí s poklesem fyzických a duševních schopností seniorů a s nevyhnutelnou rostoucí závislosti starších lidí na pomoci ostatních. Obecně lidi v dnešní době chovají k seniorům v nějaké míře odmítavý negativní postoj a hodně lidí považuje generaci starých lidí za obtěžující a zbytečnou (Janečková, 2013). Lidé mají většinou kladný vztah ke svým prarodičům, ovšem k ostatním seniorům pro ně neznámým zaujímají postoj ignorující až negativní. Mladí lidé si někdy neuvědomují, že by starým lidem měli projevovat úctu. Někdy mladší generace naznačuje seniorům, že vyšší věk je v podstatě handicapem. Horší postavení mají v naší společnosti senioři, kteří jsou příjemci starobního důchodu. (Haškovcová, 2010). Někteří považují seniory za ekonomickou zátěž, vnímají je jako nesoběstačné lidi, kteří jsou osamocení, zbyteční a všestranně strádají. Mnoho lidí ale zase vnímá seniory jako generaci, která nás může obohatit v mnoha směrech. Můžeme od nich získat nedocenitelné (životní zkušenosti, nadhled, ale i správně seřazený žebříček hodnot). Negativní postoje ke stárnutí lze označit jako diskriminaci lidí vzhledem k jejich věku (Janečková, 2013).

Ve společnosti je potřeba nastavit nové pojetí stárnutí, které bude vycházet z mezigeneračních vztahů, bude respektovat vzájemný přínos jednotlivých generací. Je třeba zdůraznit, že učení je důležité pro všechny věkové skupiny, nejenom pro lidi mladého a středního věku. Pro lepšího vytvoření náhledu na stárnutí a stáří, než je tomu dosud, mohou přispívat média, ale také samotní senioři. Ti se musejí podílet na rozhodování ve společnosti a přispívat k odstranění starých stereotypů. Člověk stárne stále ve společnosti, s přáteli, sousedy, rodinnými příslušníky a tyto vztahy, stejně jako mezigenerační vztahy jsou důležitými atributy pro aktivní stárnutí. A proto je důležité si

uvědomit, že mimo jiné závisí kvalita života seniorů také na tom, jak se k nim chovají příslušníci mladších generací (Holmerová, 2006).

1.2.1.3 Postoj ke stáří z pohledu seniorů

I sami senioři jsou si vědomi, že se snižují jejich síly a už některé věci nezvládají, nebo je nezvládají v takovém tempu jako dříve. V pracovním prostředí jsou ale velmi dobře způsobilí se mladším spolupracovníkům vyrovnat. Společnost mladších lidí jim dodává optimismus a energii a proto často a rádi vyhledávají jejich společnost. Ovšem stále mají obecně senioři občas odlišný názor na životní styl než mladší generace. Častý rozpor s mladší generací či nesouhlas s jejich životním stylem začne v senioru vzbuzovat pocit, že již mladým lidem nerozumí (Haškovcová, 2010).

Postoj ke stáří a k tomu, jak je jedinec prožije je zcela individuální a závisí na mnoha faktorech. K úspěšnému stárnutí přispívá několik faktorů, jako jsou genetické predispozice a fyzické zdraví. Faktory jako jsou fyzické omezení či chronické onemocnění jsou většinou těžko ovlivnitelné. Ale řadu faktorů, a to především faktory psychologické a s nimi související postoje ke zdraví a vlastnímu stárnutí, lze změnit. Subjektivní hodnocení postojů má významný vliv na chování seniorů a celkový zdravotní stav. Negativní postoje mohou vést ke zhoršení špatného zdravotního stavu, mají vliv na fyzický i kognitivní stav jedince jako zhoršeným myšlením, bystrostí a pamětí. Špatné zdraví může také ovlivňovat to, jak se člověk cítí oproti tomu, kolik je mu ve skutečnosti let. S pozitivním postojem seniorů ke stárnutí a překonáváním negativním stereotypů lze přispět k lepšímu zdraví fyzickému i duševnímu. Taktéž se jedinci s pozitivním subjektivním postojem ke vlastnímu zdraví více zabývají prevencí zhoršování zdravotního stavu ve stáří, tím je myšleno, že více cvičí, mají více pohybu či užívají vitamíny (Bryant, 2012).

Kladný postoj ke stáří nastává u seniora s relativně dobrým tělesným stavem a zachovalou duševní svěžestí, čilostí a radostí. Nezapomíná také dodat, že takovéhoto stavu dosáhne o dost méně osob než je těch, které trápí různé tělesné a duševní choroby (Pidrman, 2005).

1.2.1.4 Metoda AAQ

Metoda AAQ (Attitudes toward Aging Questionnaire) je oficiální česká verze dotazníku postojů ke stárnutí a stáří. Dotazník prošel dlouhým vývojem a konečná verze obsahuje 24 položek, které hodnotí postoje ve třech doménách:

1. doména psychosociální ztráty – obsahuje prožitky samoty, sociálního vyloučení, uzavření se a postupné ztráty fyzické soběstačnosti,
2. doména fyzické změny – týká se fyzického zdraví, kondice, cvičení, celkové reflexe stárnutí,
3. doména psychologického růstu – obsahuje kladné zkušenosti, které můžeme označit jako „moudrost“ nebo „zralost“, týkají se především pozitivního vztahu k sobě a okolnímu světu (Dragomirecká, 2009).

1.2.2 Adaptace a příprava na stáří

To že se člověk učí celý život, platí i v seniorském věku. Lidé jsou s přibývajícím věkem vystaveni novým situacím, musí se adaptovat na změny v životě, zvolit životní styl, odpovídající jejich možnostem, přehodnotit priority, uspořádat vztahy a další dílčí psychosociální aktivity. Do života seniora vstupují i jiné okolnosti, které ovlivňují jeho rozhodnutí a udávají rozměr možnostem je uskutečnit. Jde především o možnosti ekonomické, o sociální zázemí a zajištění jistoty a bezpečí. Při zachované autonomii zhodnocuje senior svůj život ve vysokém procentu možností sám, určitým procentem se na kvalitě života ve stáří podílí i přístup společnosti. C. G. Jung chápe stáří jako výsledek procesu individualizace s významným vývojovým úkolem, zvládnutí vrcholu osobnostního rozvoje (Vágnerová, 2007).

Klevetová (2008, s. 71) uvádí několik strategií, které nastávají u seniorů při vyrovnávání se s vlastním stářím:

a) Konstruktivní strategie – člověk se dokáže vyrovnat s omezením, které způsobuje stáří a přizpůsobuje se změnám. Snaží se být aktivní, stanovuje si cíle a plány, vytváří nové vztahy, navazuje nové kontakty, má smysl pro humor a je optimistický.
b) Strategie závislosti – člověk je více pasivní, spoléhá na pomoc druhých, nechá se lehce ovlivnit a nechce se rozhodovat sám. Vyhovuje mu být pod vlivem partnera, má rád své pohodlí, odpočinek, bezpečí, soukromí.
c) Strategie obranná – senior odmítá přijmout změny, které nastávají ve stáří. Přehnanou aktivitou a odmítáním pomoci druhých dokazuje svou soběstačnost. Tento člověk se nerad smiřuje s myšlenkou na odchod do důchodu, lpí na svých zvyklostech a nepřipouští změny. Zpravidla se jedná o lidi velmi společensky úspěšné.

d) Strategie hostility – člověk je stále nespokojen, nepřátelský vůči lidem a vůči všemu. Je obětí svého života, chce být litován, hledá viníky za své životní prohry. Tento člověk si stále na něco stěžuje, vyhledává konflikty, je často agresivní, podezíravý. S mladými lidmi si nerozumí, jako by jim záviděl mládí.
e) Strategie sebenenávisti – člověk cítí zlobu a nenávist a tu obrací proti sobě. Vidí smrt jako vysvobození a často je kritický k sobě samému. Trpí pocitem osamělosti a mívá neuspokojivé vztahy. Netouží nic dělat, ani se o nic snažit. Je těžké u těchto jedinců najít pozitivní přístup a proto je potřeba tyto postoje akceptovat.

1.2.3 Prevence stárnutí

Pohybová aktivita se jeví jako jedna z primárních strategií prevence fyziologických a kognitivních onemocnění. Pravidelná pohybová aktivita se zdá být ochranným faktorem proti genetickému a molekulárnímu stárnutí a je spojena s dlouhověkostí.

Cvičení zvyšuje rychlost kognitivní funkce, zlepšuje mozkovou cirkulaci, přináší výhody i v jiných tělesných funkcích, jako je nižší arteriální tlak, nižší hladina LDL a triglyceridů v krevní plazmě a inhibuje agregaci krevních destiček. Navíc cvičení zvyšuje průtok krve mozku a následně hladinu kyslíku v mozku, zlepšuje kognitivní funkce u osob s mírnou kognitivní poruchou a stimuluje u starších lidí duševní flexibilitu (Albuquerque, 2016).

1.3 Kvalita života

1.3.1 Vymezení pojmu kvalita života

Termín kvalita života byl údajně poprvé zmíněn již ve 20. letech minulého století a to v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální podpory chudších lidí. Znovunavrácení tohoto pojmu se objevilo v 60. letech, kdy tehdejší americký prezident Lyndon B. Johnson prohlásil za cíl své kampaně zlepšování kvality života a tím zdůrazňoval, že ukazatelem společenského blaha není jen kvantita spotřebovaného zboží. Dnes se tento termín běžně používá v různých souvislostech v literatuře, na webových stránkách, v médiích a vědních disciplínách, jako jsou psychologie, sociologie, kulturní antropologie, ekologie, medicína aj. (Payne, 2005).

Mnoho autorů definuje kvalitu života jako subjektivní posouzení vlastní životní situace. Podle Světové zdravotnické organizace je kvalita života to, jak člověk vnímá svoje postavení v životě a to v kontextu kulturního a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a zájmům. V literatuře můžeme najít řadu definic, protože pojem kvalita života je multioborový. Odborná literatura chápe pojem jako vlastnost, která může být sjednocována s pozitivními i negativními klasifikacemi. Laická veřejnost obvykle zná kvalitu jako něco, co je výhradně pozitivní. Pokud bychom se snažili o zevšeobecnění, tak kvalita života je chápána jako důsledek interakce mnoha různých faktorů: sociálních, zdravotních, ekonomických, environmentálních, které kumulativně a často neznámým způsobem ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností (Hnilicová, 2003).

Kvalita života se skládá z rozměrů a aspektů, které pomáhají definovat, porozumět a hodnotit kvalitu života jednotlivce. WHO definovala několik rozměrů, podle nichž můžeme hodnotit kvalitu života každého jednotlivce. U každého jedince ve velké míře ovlivňuje kvalitu života fyzické a psychologické zdraví, dále je to úroveň nezávislosti, sociální vztahy, životní prostředí a duchovnost / náboženství / osobní přesvědčení (Weber, 2015). Cummings (1997) například uvádí následující rozměry: materiální pohoda, zdraví, produktivita, intimita, bezpečnost, místo v komunitě a emoční pohoda.

1.3.2 Kvalita života seniorů

Abychom mohli mluvit o seniorech, je potřeba si ujasnit tento pojem a věkovou hranici, kdy se člověk stane starým. Lidé vyššího věku bývají nazýváni různě např. senior, starý, geront, senescent, důchodce apod. Pojmenování např. starý nebo důchodce nesou negativní citový náboj. I proto se začal používat významově neutrální pojem senior. Tento pojem je velmi pozitivně vnímán a přijímán i samotnými jedinci v tomto životním období. Od kdy ale můžeme člověka označit za starého? V procesu stárnutí je však rozhodujícím nikoli kalendářní věk, ale biologický. Proces stárnutí probíhá různě, ne vždy věk kalendářní souhlasí s věkem biologickým (Petrková, 2004).

Kvalitu života ve stáří popisuje úroveň spokojenosti se životem a ukazatele úspěšného stárnutí. Důležitým faktorem kvality života seniorů je právě subjektivní vnímání a následné prožívání stáří. I stáří může být plnohodnotnou a pozitivní částí života. Záleží na člověku, jak se dokáže smířit s přibývajícím věkem a zda volný čas, který má, dokáže plnohodnotně využít, zda se nebrání změně životního stylu,

kterou si jeho zdravotní stav a funkční schopnosti vyžadují. Avšak ne každý jedinec má tyto schopnosti a sílu smířit se s přibývajícím věkem a se všemi problémy a omezeními, které stáří přináší (Malíková, 2011).

Každý senior může dosáhnout úspěšného a spokojeného stárnutí ať už je aktivní či nikoli. Hlavním hlediskem je především vnitřní postoj k vlastnímu životu. Staří lidé jsou citlivější, vnímavější k obtížím každodenního života a o to více na ně všechny změny působí (Zavázalová, 2001).

1.3.3 Východiska pro zvyšování kvality života seniorů

Nižší spokojenost s kvalitou života mezi staršími občany může vést ke zvýšenému riziku úmrtí a vyššímu počtu sebevražd. Na druhé straně větší spokojenost a štěstí mohou být spojeny s delší životností. Nicméně neexistuje jednoznačný názor na to, jak hodnocení kvality života ovlivňuje předvídatelnost nemocí a úmrtnosti. Jsou hledány jen faktory, které ovlivňují kvalitu života a riziko sebevraždy (Krzepota, 2015). Proto je potřeba zlepšovat kvalitu života starších lidí. Východiskem je poskytnout všem lidem v průběhu jejich života příležitosti pro sebe-naplnění, učení, výchovu a aktivní život. Model životního cyklu vzdělávání - práce - důchod, se stává zastaralým a hranice mezi jednotlivými etapami životního cyklu se stávají flexibilnějšími a méně odlišnými. Starší osoba má stejně jako všichni ostatní právo na to, aby byla posuzována jako jednotlivci, na základě svých schopností a potřeb bez ohledu na věk, pohlaví, barvu pleti, postižení aj. Vědomosti a zkušenosti starších osob mohou být na stejné úrovni jak u osob mladších *(*MPSV, 2008). Jak se pro mnohé lidi může zdát, tak funkční status každého jedince hraje velkou roli, ale není hlavním ukazatelem kvality života. Psychologické jevy, kterými jsou adaptace, optimismus, schopnost se sebeovládat a jiné, mohou u jedince podstatně změnit vnímáni kvality života (Hudáková, 2013).

1.3.4 Volný čas

Osvobození od práce a odchod do důchodu můžeme vnímat v pozitivním smyslu, i negativním smyslu. Práce je pro člověka celý jeho aktivní život tím, co nejvíce určuje jeho život v řadě dimenzí. S odchodem do důchodu člověk začne disponovat větším množstvím volného času a je potřeba se zamyslet nad využitím tohoto času tak, aby jeho kvalita života zůstala co nejvyšší (Sak, 2012).

Volný čas je nedílnou součástí života. Dnešní doba je typická oddělením pracovního času, času k domácím povinnostem a času, který má člověk sám pro sebe

a svobodně volí, rozhoduje, čemu se v tomto volném času bude věnovat. Senior po ukončení pracovního procesu zjistí, kolik volného času má a neví, jak tento volný čas smysluplně využít. Důležitým úkolem se stává nabídnout seniorům různorodé možnosti využívání volného času, které budou reagovat na skupinové i individuální zájmy. Volný čas s sebou nepřináší jen výhody (aktivizující činitel, rozvíjení člověka apod.), ale také určitá nebezpečí (nicnedělání, nuda apod.) (Slepičková, 2005).

1.3.4.1 Definice volného času

Čas je definován jako trvání, doba, měřitelná veličina v minutách, hodinách, dnech atd. Současná společnost v souvislosti s kvalitou života prosazovala a rozvíjela koncept volného času jako dobu, kterou se rozvíjíme mimo pracovní činnost. Během volného času by měl člověk praktikovat domácí aktivity, pohybové aktivity, nebo uspokojovat jiné osobní záliby. Kvalita života je velice ovlivněna volným časem. Pokud volný čas trávíme smysluplně, aktivně, společensky, můžeme tím kvalitu života výrazně zvýšit (Dacica, 2014).

Aby čas byl považován za volný čas, musejí být současně splněny čtyři podmínky:

- jedinec nemá vůči ničemu a nikomu žádné povinnosti,
- prováděná činnost je výsledkem svobodného výběru,
- činnost přináší uspokojení
- v dané kultuře je prováděná činnost považována za činnost ve volném čase. Zda se jedná o činnost ve volném čase je dáno nikoliv činností samou, ale tím, kdo ji vykonává (Slepičková, 2005).

Pávková (2014) uvádí, že hlavní znaky volného času lze vymezit takto:

- je to doba svobodné volby činností (člověk dělá to, co chce, ne to, co musí),
- zvolené činnosti jsou pro člověka příjemné, přinášejí potěšení, radost,
- činnosti ve volném čase dávají příležitost k rekreaci, odpočinku, obnově sil i k osobnostnímu rozvoji.

Na volný čas lze nahlížet třemi různými pohledy:

- Subjektivní pohled – vychází z aristotelovského pohledu na svět a zohledňuje psychické aspekty volného času. Dle subjektivního pohledu je volný čas prostor, ve kterém si člověk sám rozhoduje, jaké činnosti bude vykonávat pro své potěšení a zábavu a je oproštěn od všech svých povinností.

- Objektivní pohled – tento pohled pohlíží na volný čas jako na objem času, který nám zbyl po pracovním čase a další povinnosti nutné k zajištění životních potřeb člověka, nebo rodiny.
- Celostní pohled – který se snaží pohlížet na volný čas komplexně a ze všech možných úhlů (Slepičková, 2005).

Volný čas má řadu funkcí. Tyto funkce jde rozdělit do třech základních skupin:

- Instrumentální – která má za cíl zajistit prostor pro co nejefektivnější celkovou regeneraci sil jedinců.
- Humanizační – která má za cíl zajistit prostor pro výchovu, vzdělávání a socializaci jedince.
- Zábavnou – která má za cíl vytvořit prostor pro potěšení, radost, uspokojení potřeb, zájmů apod. (Slepičková, 2005).

Další funkce volného času:

- rekreační (zotavení a uvolnění),
- zábavné (zlepšení nálady, uvolnění),
- kultivační (rozvoj osobnosti)
- sociální (volný čas je důležitým činitelem v procesu socializace jedince),
- terapeutické (zdravý životní styl, posilování zdraví),
- kompenzační (odstraňování nežádoucích vlivů),
- integrační (zapojení do společnosti) (Hofbauer, 2004).

1.3.4.2 Volný čas seniorů

Jakákoliv aktivita ať už sociální (zapojovat se do činností různých spolků a sdružení, setkávat se s příbuznými a přáteli, aby zkrátka žili plnohodnotný život a neuzavírali se společenskému dění), psychická (vzdělávání, rekreace), nebo fyzická (pohybová aktivita všeho druhu) dává ve stáří životu smysl a naplnění. Důležité pro kvalitu života je vytvořit si program pro volný čas, velký význam má dostupnost a nabídka aktivit pro staré lidi v rámci komunity (Zavázalová, 2001).

V každém věku je dobré pamatovat na hodnotový způsob trávení volného času. Konstatovali jsme, že senioři nemají čas, ale současně ho mají neskutečně mnoho. Mohou jej prošustrovat nebo jej kvalitně využívat. Důležitá je nikoliv nahodilost, ale důrazně strukturovaný program. Zatímco mladší generace horko

těžko vyšetří nějaký čas na své zájmové aktivity, senioři by z nich naopak mohli učinit páteř svého života (Haškovcová, 2010, s. 178).

Volný čas je ovlivněn převážně věkem, zdravotním stavem seniora a nabídkou volnočasových aktivit v jeho okolí. Senior, který bydlí na vesnici, bude mít zřejmě méně možností než senior, který bydlí ve městě, či v nějakém sociálním zařízení. Je důležité, aby senior vytvářel určitou aktivitu, plánoval a organizoval volný čas svůj, případně i využíval svých schopností a dovedností organizovat čas druhým, například pořádat výlety, návštěvy zajímavých míst, památek. Důležitá je také finanční stránka, jelikož většina těchto volnočasových aktivit je placená a tak může výrazně zatížit finanční rozpočet seniora, a proto je důležité vytvářet finanční rezervu již během pracovního procesu (Hájek, 2003).

Volný čas je především o dobrovolných činnostech, které jsou pro seniory přitažlivé, zaměřené na aktivity, zájmy, odpočinek a relaxaci. Důležitou součástí volného času je především kladná motivace a správně sestavený režim dne, ve kterém jsou různorodé činnosti, vedoucí k rozvoji, regeneraci apod. (Hájek, 2003).

1.3.4.3 Volný čas v S - centru Hodonín

Senior, který přijde do domova pro seniory, se zajímá o možnosti trávení volného času, které domov nabízí. Organizování volnočasové aktivity v sociálním zařízení je závislé především na vybavení, které je k dispozici a osobě, která volnočasové aktivity připravuje a vede. Volný čas klientů v domově pro seniory je ovlivněn především finančními prostředky, prostorem, ve kterém aktivity probíhají, pracovníkem, který je k této činnosti určený a v neposlední řadě zájmem klienta.

V domově, ve kterém probíhal můj výzkum, si uživatelé mohou vybrat ze širokého spektra denních aktivit jak individuálních tak skupinových, které jsou přizpůsobeny jejich možnostem.

S - centrum pořádá kulturní, společenské a sportovní akce, jako je např. Ples seniorů, Country bál, Vánoční a Velikonoční vystoupení, Pétanque, Sportovní odpoledne apod. Tyto společenské akce pořádá zařízení v atriu nebo na zahradě. Pořádaných akcí se mohou účastnit všichni uživatelé, rodinní příslušníci i široká veřejnost (S - centrum Hodonín, 2017).

Do pravidelných aktivit dílny volného času (v dílně volného času pracují dvě aktivizační pracovnice, které se plně věnují všem uživatelům) zařazujeme:

- výtvarnou dílnu,

- šicí dílnu,
- keramickou dílnu,
- kuželky,
- zahradní terapii,
- muzikoterapii,
- pohybovou terapii,
- taneční skupinu Rytmus,
- zooterapii (kamerunské kozy, králíci, korely, canisterapie, felinoterapie, ornitoterapie) a Smyslovou aktivizaci (S - centrum Hodonín, 2017).

Do aktivit na odděleních (na odděleních se uživatelům věnují pracovníci v sociálních službách – přímá obslužná péče) zařazujeme:

- pečení a vaření,
- společenské hry,
- trénování paměti,
- hudební a filmová odpoledne,
- předčítání,
- procházky po zahradě,
- bazální stimulaci,
- smyslovou aktivizaci (S - centrum Hodonín, 2017).

Pro aktivizaci i odpočinek slouží dílna volného času, klubovny na odděleních, atrium, odpočinkové koutky i rozlehlá zahrada, rozdělená do zón. První zóna je nazvána jako „Selský dvůr“, kde je možnost posezení v altánku u výběhu koz kamerunských nebo procházka po užitkové zahrádce. Druhá zóna je zónou odpočinkovou a kulturní, které dominuje velký částečně zastřešený altán s ohništěm k opékání špekáčků, výsadbou okrasných dřevin a rozáriem. Třetí zóna je sportovní, kde je vybudováno hřiště na pétanque a cvičební stroje. Čtvrtá zóna nahrazuje park s odpočinkovým mobiliářem
(S - centrum Hodonín, 2017).

1.3.5 Nástroje a metody měření kvality života

Analýza kvality života je velmi náročná. Protože kvalita života je široce rozměrná, k dosažení výsledku měření se zabýváme velkým okruhem témat a položek

(Hudáková, 2013). Pro kvalitní změření kvality života musíme využít jeden ze dvou následujících nástrojů:

a) Obecné nástroje měření kvality života jsou nástroje, které zjišťující nejdůležitější aspekty kvality života jedince. Jsou zpracovány ve formě dotazníků a zahrnují měření schopností v jednotlivých oblastech a profily zdraví. Mají mnohorozměrný charakter čili pokrývají množství oblastí a mohou být aplikovány na osoby s různým zdravotním stavem nebo druhem nemoci. Možným nedostatkem těchto nástrojů je nízká citlivost v některých oblastech měření a při hodnocení specifických změn. Proto obecné nástroje jsou vhodnější pro použití u průzkumů obecného zdravotního stavu, programů zdravotní péče a při porovnávání jednotlivých nemocí (Vaďurová, 2005).
b) Specifické nástroje měření kvality života se na rozdíl od obecných zaměřují na aspekty, které jsou považovány za klíčové pro danou oblast měření. Mohou být specifické pro určitou nemoc, populaci, schopnost nebo podmínky. Oproti obecným je u specifických nástrojů výhodou úzká specializace a tedy možnost citlivě zhodnotit danou oblast (Vaďurová, 2005).

Základní skupiny metod měření kvality života můžeme dělit:

a) objektivní metody – měření kvality života, kde tuto kvalitu života hodnotí druhá osoba,
b) subjektivní metody – měření kvality života, kde hodnotitelem je sama daná osoba,
c) smíšené – které jsou kombinací metod typu 1 a 2 (Vaďurová, 2005).

1. Objektivní metody měření kvality života
   - APACHE II (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System)
   - The Karnofsky Performance Scale
   - VAS (Visual Analogue Scale)
   - ILF (Index kvality života)
   - QL (Spitzer Quality of Life Index)

2. Subjektivní metody měření kvality života
   - SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life)

- SEIQoL-DW (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life - Direct Weighting)
- LQoLP (Lancashire Quality of Life Profile LQoLP)
- LQoLP-EU (Lancashire Quality of Life Profile-European Version)
- SQUALA (Subjective quality of life analisis)

3. Smíšené metody měření kvality život

- MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life)
- LSS (Life Satisfactory Scale)
- WHOQOL (World Heaalth Organization Quality of Life Assessment)

1.3.5.1 Metoda WHOQOL

World Heaalth Organization Quality of Life Assessment. Pro zjištění kvality života seniorů, byla zvolena tato metoda, která má formou dotazníku. Zaměřuje se na oblasti fyzického zdraví, prožívání, fyzickou nezávislost, sociální vztahy, prostředí a duchovní oblast a obsahuje 100 položek. Zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100 je dotazník WHOQOL-BREF. Ten obsahuje pouze 26 položek rozdělených do čtyř oblastí a to je fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. V současnosti je dostupný v padesáti jazycích. Adaptací nástroje WHOQOL-100 je nástroj WHOQOL-OLD, který je určen pro měření kvality života seniorů. Cílem je zhodnotit faktory, které přispívají ke zdravému, popř. nezdravému stárnutí. Zaměřuje se na dopad jednotlivých poskytovaných služeb, zdravotnické a sociální péče na kvalitu života. Hodnotí se oblasti důležité pro osoby vyššího věku: fyzická a psychická stránka, stupeň samostatnosti, sociální vztahy, životní prostředí a spiritualita (Dragomirecká, 2009).

1.4 Současný systém péče o seniory v ČR

Stáří je doprovázeno zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních potíží. Hlavní ztrátou ve vysokém věku je ztráta soběstačnosti. Ta se s přibývajícím věkem výrazně snižuje a to vede ke zvýšení závislosti na druhých osobách (Műhlpachr, 2004). V České republice formy péče o seniory můžeme rozdělit do tří skupin:

- Péče zajišťovaná rodinou,
- Zdravotní péče (včetně ošetřovatelské péče),
- Sociální péče (pečovatelské úkony) (Mlýnková, 2011).

Pokud již není pro seniora bezpečné nebo možné žít v domácím prostředí, musí učinit velmi náročné rozhodnutí, kterým je strávit zbytek života v sociální péči. Domovy pro seniory představují pouze jeden z článků v péči o seniory (Dvořáčková, 2012).

1.4.1 Sociální péče

V mnoha případech se péče ujímá rodinný příslušník, ale bohužel ne vždy má jedinec to štěstí, že mu může být tato péče od rodiny poskytnuta. Takový senior je nucený k výrazné životní změně a to k využívání sociálních služeb (Műhlpachr, 2004).

Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a mají za úkol zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství (Matoušek, 2007).

Zákon 108/2006 Sb., rozumí sociální službou činnost nebo soubor činností, zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. Dále tento zákon uvádí, že rozsah a forma pomoci a poskytnuté podpory musí zachovávat lidskou důstojnost, musí vycházet z individuálně určených potřeb, má na osoby působit aktivně, podporovat jejich rozvoj a samostatnost, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace. Při poskytování sociálních služeb musí být zachovávána lidská práva a základní svobody osob. Podle tohoto zákona existují tři základní typy sociálních služeb a to sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence, které jsou poskytovány formou terénní, ambulantní nebo pobytovou.

Mezi základní formy sociálních služeb v ČR Krejčířová (2011) uvádí:

a) Pobytové sociální služby – služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.
b) Ambulantní sociální služby – služby, za kterými osoby dochází.
c) Terénní sociální služby – služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.

V posledních letech se zvyšuje kvalita sociální péče pro osoby seniorského věku, avšak co se kapacity týče, počet je stále nedostačující. Sociální péče o osoby seniorského věku se skládá ze soustavy hmotného zabezpečení důchody a dávkami

z komplexu sociálních služeb. Sociální služby jsou instrumenty, jejichž účelným použitím zasahujeme do sociální situace člověka, který ze společenského hlediska potřebuje pomoc. Soustava sociálních služeb a dávek zajišťuje starým občanům osobní spokojenost, usnadňuje jim život, umožňuje existenci v dosavadním prostředí, zajišťuje stáří hmotně (Pacovský, 1990).

Institucionální péče se snaží zlepšit kvalitu života zejména lidským přístupem ke starým lidem. Důraz je kladen zejména na individuální přístup ke každému člověku, poznání člověka a jeho potřeb a pomoc při jejich uspokojení, podpora zájmů a schopností. Usiluje o zachování přirozené důstojnosti, podporuje nezávislost a soběstačnost, individuální rozhodování, zodpovědnost a kontrolu nad svým životem, prohlubování důvěrných mezilidských vztahů a spolupráci s rodinou (Janečková, 2005).

V zákoně o sociálních službách můžeme najít podrobný výčet všech zařízení, které poskytují sociální služby. Mezi základní služby, které sociální služby nabízejí, patří:

- domy s pečovatelskou službou,
- domovinky,
- denní stacionáře,
- týdenní stacionáře,
- pečovatelská služba,
- domovy pro seniory (Mlýnková, 2011).

Polovina respondentů z mého souboru se zaměřuje na osoby, které žijí v domově pro seniory. To jsou pobytové sociální zařízení, které umožňují seniorům dlouhodobý celoroční pobyt. Poskytne uživateli na žádost byt, ve kterém je v pronájmu. Služba je určena osobám se sníženou soběstačností, která byla způsobena z důvodu vysokého věku, jejichž situace a stav vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby a to v komplexní péči. Tato služba nabízí pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, úklid, praní prádla a žehlení a poskytnutí stravovaní, ubytovací, sociální a zdravotnické služby. Dále služby zahrnující zájmovou, aktivizační činnost, možnosti společenského a kulturního života. Protože přechod do takovéhoto zařízení není vůbec jednoduchý, je nutné vytvářet v zařízení podmínky, které umožní co nejsnazší a nejplynulejší přechod z rodinného prostředí (Čevela, 2012).

Dle zákona č. 108/2006 o sociálních službách, domovy pro seniory poskytují tyto základní činnosti:

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při zvládání 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 při obstarávání osobních záležitostí.

Dvořáčková (2012) uvádí, že senioři, kteří žijí doma v rodině, mají více plánů do budoucna a žijí relativně šťastně. Naproti tomu senioři, žijící v domovech pro seniory, upadají často do letargie, nezájmu a sociální izolace. O to více se domovy pro seniory snaží poskytovat péči a služby, které se seniory snaží co v největší míře aktivizovat.

1.4.2 S - centrum Hodonín

Příspěvková organizace S - centrum Hodonín (před přijetím zákona 108/2006 o sociálních službách Domov důchodců Hodonín) byla zřízena na konci roku 2002 Okresním úřadem Hodonín. Dnes se zřizovatelské funkce ujímá Jihomoravský kraj. Historie Domova důchodců Hodonín se datuje od roku 1926, avšak kvůli nevyhovujícím stavům budov byl domov stěhován, až došlo k celkové výstavbě nového domova důchodců.

Toto zařízení nabízí seniorům moderní, vícepodlažní, bezbariérové zázemí, jehož dominantou je vnitřní, stavebně uzavřené atrium. Klienti mají možnost ubytování v jedno nebo dvoulůžkovém pokoji s vlastním sociálním zařízením. Využívat mohou rehabilitačních a terapeutických služeb, zahradu vybavenou odpočinkovým mobiliářem, kuchyně s jídelnou nebo cukrárnu. Zařízení má také k dispozici kapli pro věřící seniory.

S - centrum Hodonín uvádí jako svůj hlavní cíl v co nejvyšší míře zachovat soběstačnost uživatelů službami a zabezpečit jim důstojné prožití stáří. Sociální služba napomáhá seniorům zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost a důsledně se snaží zajišťovat dodržování lidských práv a základních svobod. Pomoc seniorům vychází z jejich individuálně určených potřeb, působí na ně aktivně a motivuje je, aby v rámci svých schopností a možností v souladu s možnostmi S - centra Hodonín mohli

i v zařízení pokračovat ve svých dosavadních zvyklostech a udržovat, příp. rozvíjet své sociální kontakty, zejména s rodinou i místním společenstvím. Zařízení poskytuje sociální službu v náležité kvalitě a vždy v zájmu seniorů s ohledem na jejich důstojnost.

Tento domov pro seniory nabízí pobytové služby osobám, které se již ocitly v důsledku svého věku a zdravotního stavu v nepříznivé sociální situaci, kterou nejsou schopny překonat ani za pomoci jiných typů sociálních služeb nebo rodiny a potřebují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby při zajištění svých potřeb.

Služba v S - centru poskytuje tyto základní činnosti:

- poskytování ubytování, včetně úklidu, praní, žehlení a drobných oprav osobního prádla a ošacení,
- poskytnutí celodenní stravy, odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, v rozsahu minimálně 5 jídel,
- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, při osobní hygieně, příp. zajištění podmínek pro osobní hygienu,
- poskytování ošetřovatelské péče,
- zajištění lékařské péče pro uživatele,
- poskytování rehabilitační péče uživatelům,
- zprostředkování kontaktu s přirozeným prostředím, zejména pořádáním kulturních, sportovních, společenských akcí, aktivizačních činností, volnočasovými a zájmovými aktivitami,
- sociálně terapeutické činnosti.

Dále sociální služba v S - centru poskytuje další činnosti:

- poskytování pomoci při zajišťování dalších sociálních služeb jinými organizacemi,
- poskytování základního sociálního poradenství (S - centrum Hodonín, http://www.s-centrum-hodonin.eu/zivot-v-domove/?menu=6).

2. CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Hlavními cíli diplomové práce je zjištění kvality života seniorů a jejich postojů ke stárnutí a stáří. Pro splnění cílů jsem zvolila dotazník WHOQOL-BREF, který je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100 a zjišťuje kvalitu života a dotazník AAQ, který zjišťuje postoje ke stárnutí a stáří. Dotazníky jsem doplnila vlastním dotazníkem, dle kterého budu zjišťovat, zda mají jednotlivé proměnné (věk, pohlaví, způsob bydlení, vzdělání, velikost místa, kde respondenti žijí, finanční situace, rodinný stav, k dispozici kolo, auto, chata, pes, frekvence pohybové aktivity, zdravotní stav, kvalita života) vliv na výsledky šetření pomocí výše zmíněných dvou technik.

Pro splnění cílů diplomové práce jsem si stanovila následující výzkumné otázky.

1. Jaká je úroveň kvality života respondentů dle dotazníku WHOQOL-BREF?
2. Ovlivňují vybrané základní proměnné výsledky kvality života seniorů?
   a) Ovlivňuje věk výsledky kvality života WHOQOL-BREF?
   b) Ovlivňuje pohlaví výsledky kvality života WHOQOL-BREF?
   c) Ovlivňuje způsob bydlení výsledky kvality života WHOQOL-BREF?
   d) Ovlivňuje vzdělání výsledky kvality života WHOQOL-BREF?
   e) Ovlivňuje velikost místa pobytu výsledky kvality života WHOQOL-BREF?
   f) Ovlivňuje subjektivní vyjádření o finanční situaci výsledky kvality života WHOQOL-BREF?
   g) Ovlivňuje rodinný stav kvalitu života WHOQOL-BREF?
   h) Ovlivňuje vlastnění kola výsledky kvality života WHOQOL-BREF?
   i) Ovlivňuje dispozice auta výsledky kvality života WHOQOL-BREF?
   j) Ovlivňuje dispozice chaty/ chalupy výsledky kvality života WHOQOL-BREF?
   k) Ovlivňuje vlastnění psa výsledky kvality života WHOQOL-BREF?
   l) Ovlivňuje frekvence cvičení výsledky kvality života WHOQOL-BREF?
   m) Ovlivňuje subjektivní vyjádření o vlastním zdravotním stavu (5 bodová škála) výsledky kvality života WHOQOL-BREF?
   n) Ovlivňuje subjektivní vyjádření o vlastní kvalitě života (5 bodová škála) výsledky kvality života WHOQOL-BREF?
3. Jaké jsou postoje ke stárnutí a stáří dotazovaných seniorů?
4. Ovlivňují vybrané základní proměnné výsledky dotazníku AAQ?
   a) Ovlivňuje věk výsledky dotazníku AAQ?
   b) Ovlivňuje pohlaví výsledky dotazníku AAQ?

c) Ovlivňuje způsob bydlení výsledky dotazníku AAQ?
d) Ovlivňuje vzdělání výsledky dotazníku AAQ?
e) Ovlivňuje velikost místa výsledky dotazníku AAQ?
f) Ovlivňuje subjektivní vyjádření o finanční situaci výsledky dotazníku AAQ?
g) Ovlivňuje rodinný stav výsledky dotazníku AAQ?
h) Ovlivňuje vlastnění kola výsledky dotazníku AAQ?
i) Ovlivňuje dispozice auta výsledky dotazníku AAQ?
j) Ovlivňuje dispozice chaty/ chalupy výsledky dotazníku AAQ?
k) Ovlivňuje vlastnění psa výsledky dotazníku AAQ?
l) Ovlivňuje frekvence cvičení výsledky dotazníku AAQ?
m) Ovlivňuje subjektivní vyjádření o vlastním zdravotním stavu (5 bodová škála) výsledky dotazníku AAQ?
n) Ovlivňuje subjektivní vyjádření o vlastní kvalitě života (5 bodová škála) výsledky dotazníku AAQ?

5) Existuje vzájemný vztah mezi jednotlivými doménami mezi dotazníky WHOQOL-BREF a AAQ?

3. METODIKA

Pro dosažení výsledků ve výzkumném šetření bylo využito formy kvantitativního typu výzkumu, a to v sociálním zařízení a domácím prostředí. Pro sběr dat bylo využito oficiálních českých verzí standardizovaných dotazníků. Pro zjištění kvality života seniorů v oblastech fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí byl zvolen dotazník WHOQOL-BREF, který je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100 (Dragomirecká, 2006). Dále dotazník AAQ (Dragomirecká 2009), který zjišťuje postoje ke stárnutí a stáří. Výzkumné šetření bylo schváleno Etickou komisí Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci.

3.1 Charakteristika souboru

Výzkumný soubor tvoří 50 respondentů. Jednu část souboru tvoří lidé žijící v domově pro seniory S - centrum Hodonín (n = 25), druhou část lidé žijící v domácím prostředí (n = 25). Kriteriem pro výběr respondentů byl věk 64 let a více. Charakteristika výzkumného souboru (viz příloha 6):

a) **pohlaví**: 19 mužů (38 %) a 31 žen (62 %)
b) **věk**: rozdělen do 3 skupin dle klasifikace WHO, v první skupině od 60 do 74 let bylo 24 respondentů (48 %), ve druhé skupině od 75 do 89 let 20 respondentů (40 %) a ve třetí skupině nad 90 let 6 respondentů (12 %)
c) **bydlení**: 25 respondentů (50 %) žije v sociálním zařízení, 25 respondentů (50 %) žije v domácím prostředí
d) **vzdělání**: základní vzdělání 20 respondentů (40 %), střední vzdělání bez maturity 9 respondentů (18 %), střední vzdělání s maturitou 17 respondentů (34 %), vysokoškolské vzdělání 4 respondenti (8 %)
e) **místo**: respondenti z velkých měst a středně velkých měst se dotazníku nezúčastnili, 43 respondentů žije v menším městě (86 %) a 7 respondentů žije v malé obci/vesnici (14 %)
f) **finanční situace**: respondenti na 5 bodové stupnici zhodnotili svoji finanční situaci ve srovnání s ostatními – výrazně podprůměrně zhodnotil 1 respondent (2 %), mírně podprůměrně 5 respondentů (10 %), průměrně 32 respondentů (64 %), mírně nadprůměrně 12 respondentů (24 %), výrazně nadprůměrně 0 respondentů (0 %)

g) **rodinný stav**: 1 respondent uvedl, že je svobodný (2 %), 17 respondentů ženatý/vdaný (34 %), 7 respondentů rozvedený/á (17 %), 25 respondentů vdovec/vdova (50 %)
h) **k dispozici kolo**: 19 respondentů ano (38 %), 31 respondentů ne (62 %)
i) **k dispozici auto**: 17 respondentů ano (34 %), 33 respondentů ne (66 %)
j) **k dispozici chata/chalupa**: 9 respondentů ano (18 %), 41 respondentů ne (82 %)
k) **pes**: 9 respondentů ano (18 %), 41 respondentů ne (82 %)
l) **pohybové aktivity**: 41 respondentů se neúčastní žádné pohybové aktivity (82 %), 7 respondentů 1krát týdně (14 %), 1 respondent 2krát týdně (4 %) a 1 respondent má pohybovou aktivitu 3krát a více za týden (2 %)
m) **zdravotní stav**: respondenti na 5 bodové stupnici subjektivně hodnotili svůj zdravotní stav – 6 respondentů je velmi spokojeno (12 %), 19 respondentů je spíše spokojeno (38 %) 12 respondentů ani spokojeno – ani nespokojeno (24 %), 8 spíše nespokojeno (16 %) a 10 respondentů úplně nespokojeno (20 %)
n) **kvalita života**: respondenti na 5 bodové stupnici subjektivně hodnotili svoji kvalitu života – 11 respondentů je velmi spokojeno (22 %), 21 respondentů je spíše spokojeno (42 %), 7 respondentů ani spokojeno – ani nespokojeno (14 %), 8 spíše nespokojeno (16 %) a 3 respondenti úplně nespokojeni (6 %)

3.2 Průběh a organizace výzkumu

Polovinu výzkumného souboru tvořili lidé žijící v sociálním zařízení S - centrum Hodonín. Oslovení respondentů v S - centru Hodonín předcházel souhlas ředitele, sociální pracovnice a vedoucího pracovníka zdravotního úseku. Druhou polovinu tvořili náhodně vybraní senioři žijící v domácím prostředí. Tito respondenti byli osloveni na setkání pro seniory v Prušánkách a na domovní schůzce činžovního domu v Hodoníně.

Každý respondent byl seznámen s důvodem výzkumného šetření a podepsal informovaný souhlas o anonymitě výzkumného šetření (příloha 2). Následoval dotazník vlastní konstrukce (příloha 3), dotazník WHOQOL-BREF (příloha 4) a dotazník AAQ (příloha 5). Vyplňování dotazníků probíhalo jednorázově a časově vyplnění každého dotazníku zabralo minimálně 15 minut.

Po sjednocení dat z dotazníku nebyly proměnné – velikost místa žití, subjektivní posouzení finanční situace, frekvence pohybové aktivity, vlastnictví chaty a psa dále statisticky zpracovány z důvodu převažujícího zastoupení jedné odpovědi.

3.3 Použité metody

Pro svůj výzkum jsem si vybrala metodu dotazníkového šetření. Pro zjištění kvality života seniorů v oblastech fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí byla zvolena česká verze standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF, který je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100. Dále byla zvolena česká verze standardizovaného dotazníku AAQ, která zjišťuje postoje ke stárnutí a stáří a to ve třech doménách – psychosociální ztráty, fyzické změny, psychologický růst (Dragomirecká, 2006).

3.4 Administrace a vyhodnocení dotazníků

1. WHOQOL-BREF (World Heaalth Organization Quality of Life Assessment)

Zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100 je dotazník WHOQOL-BREF. Ten obsahuje pouze 26 položek rozdělených do čtyř oblastí a to je fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Dotazník WHOQOL-BREF je určen k samostatnému vyplnění respondentem, ale v případě potřeby může být předkládán formou rozhovoru. Vyplnění dotazníku WHOQOL-BREF trvá přibližně 15 minut. Dotazník byl vyhodnocen dle příručky pro uživatele české verze dotazníku WHOQOL-BREF/ WHOQOL-100.

Skórování WHOQOL-BREF se vyjadřuje v podobě čtyř doménových skórů a každá doména obsahuje několik položek:

a) fyzické zdraví – bolest a nepříjemné pocity, závislost na lékařské péči, energie a únava, pohyblivost, spánek, každodenní činnosti, pracovní výkonnost,
b) prožívání – potěšeni ze života, smysl života, soustředěni, přijeti tělesného vzhledu, spokojenost se sebou, negativní pocity,
c) sociální vztahy – osobní vztahy, sexuální život, podpora přátel, osobní bezpečí,
d) prostředí – životní prostředí, finanční situace, přístup k informacím, záliby, prostředí v okolí bydliště, dostupnost zdravotní pece, doprava
   + 2 samostatné položky – subjektivní hodnoceni kvality života a spokojenost se zdravím (Dragomirecká, 2006, s. 32).

2. AAQ (Attitudes toward Aging Questionnaire)

Položky dotazníku AAQ jsou sdruženy ve třech doménách. Doména psychosociální ztráty obsahuje prožitky samoty, sociálního vyloučení, uzavření se a postupné ztráty fyzické soběstačnosti; doména fyzické změny je různorodější a týká se fyzického zdraví, kondice, cvičení i celkové reflexe stárnutí; doména psychologický růst obsahuje kladné zkušenosti, které by se mohly označit jako moudrost nebo zralost, týkají se především pozitivního vztahu k sobě a k okolnímu světu. Dotazník byl vyhodnocen dle příručky pro uživatele české verze dotazníku WHOQOL-OLD. V příručce je chyba ve skórování v doméně psychologický růst, hrubý skór je výsledkem součtu jednotlivých položek, kdy jedna položka v této doméně zcela chybí (konkrétně položka 4).

Skórování AAQ se vyjadřuje v podobě tří doménových skórů:

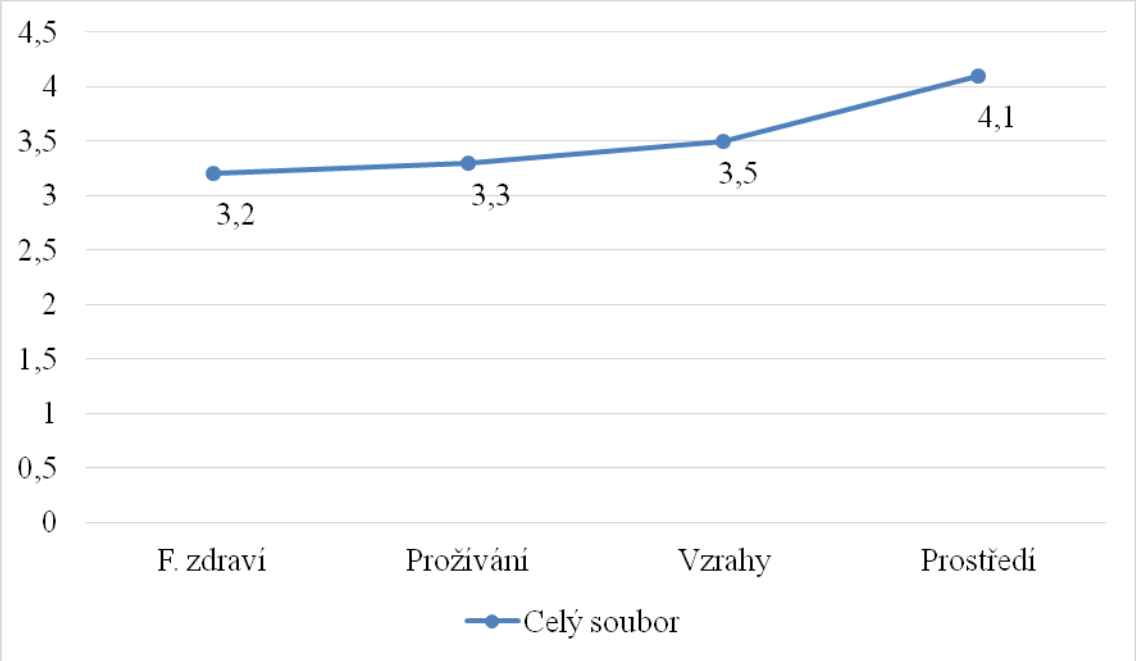
a) psychosociální vztahy – prožitky samoty, sociálního vyloučení, uzavření se a postupné ztráty fyzické soběstačnosti,
b) fyzické změny – je různorodější a týká se fyzického zdraví, kondice, cvičení i celkové reflexe stárnutí,
c) psychologický růst – je doména obsahující kladně zkušenosti, které by se mohly označit jako „moudrost“ nebo „zralost“, týkají se především pozitivního vztahu k sobě a okolnímu světu (Dragomerická, 2006, s. 16).

3.5 Statistické zpracování dat

Ke statistickému zpracování dat byl použit statistický program Statictica. Zjištěná data získaná dotazníkovým šetřením byla umístěna do tabulky v programu Microsoft Office – Excel 2010. Data byla tříděna, porovnávána, statisticky zpracována a vkládána do grafů v programu Statistica a Microsoft Office – Excel 2010. Pro určení statistické významnosti bylo využito Mann-Whitneyova U testu a Kruskall-Wallis ANOVA testu ($p \leq 0.05$).

4. VÝSLEDKY

4.1 Kvalita života u celého souboru respondentů dle dotazníku WHOQOL-BREF

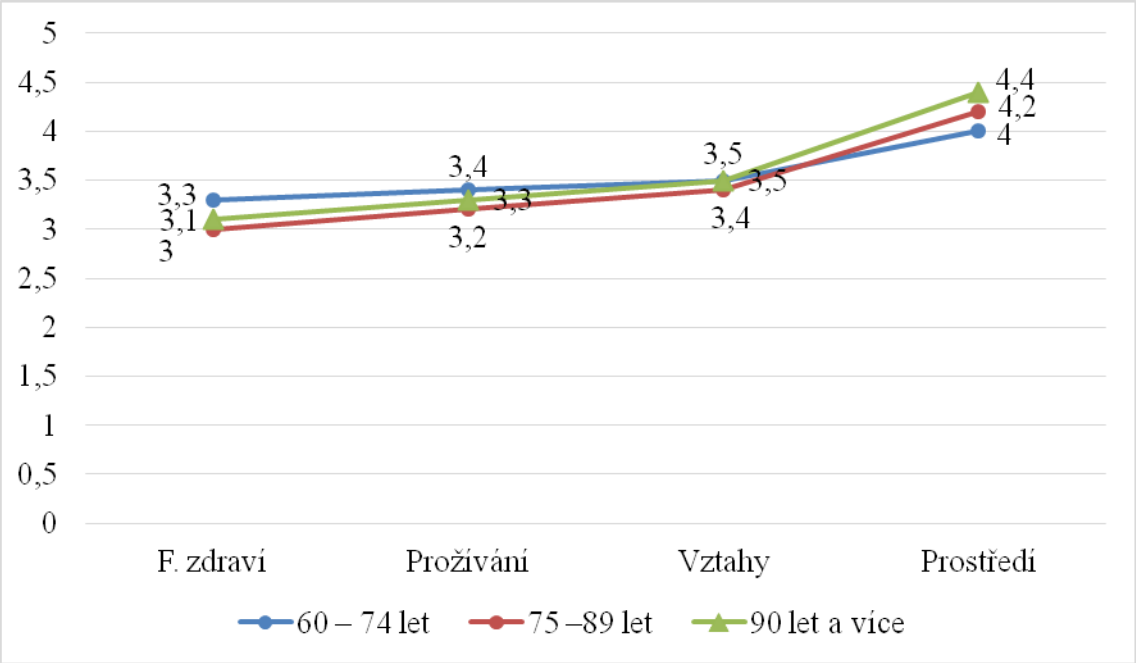


Obrázek 3. Hodnocení kvality života u celého souboru respondentů WHOQOL-BREF

Senioři mají nejvyšší kvalitu života v doméně prostředí. Lidé v domácím prostředí si svůj domov utvářejí tak, aby se v něm cítili dobře. Hlavním cílem domova pro seniory je vytvořit náhradní domácí prostředí tak, aby se v něm senioři cítili co nejlépe a to se promítlo do vysokého hodnocení seniorů v doméně prostředí. Naopak kvalita života v doméně fyzické zdraví je nejnižší.

4.2 Vybrané základní proměnné a jejich vliv na kvalitu života seniorů

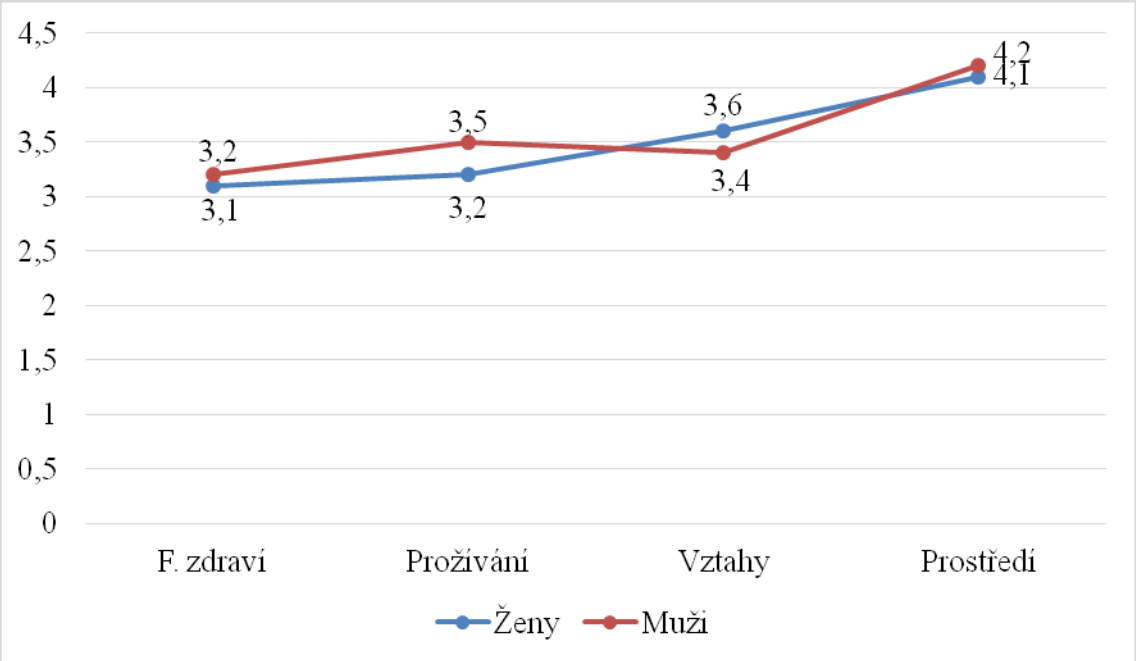
a) Ovlivňuje věk výsledky kvality života WHOQOL-BREF?



Obrázek 4. Hodnocení kvality života dle věku – WHOQOL-BREF

Dle Mann-Whitneyova U testu ($p < 0,05$) je statistická významnost v doméně fyzické zdraví, senioři ve věku 60 – 74 let mají vyšší kvalitu života v doméně fyzické zdraví než senioři 75 – 89 let. Jak již jsem zmiňovala v teoretické části, s přibývajícím věkem přibývají fyzická omezení či chronická onemocnění a to je možný důvod tohoto výsledku. Statistická významnost je zobrazena v krabicovém grafu kvality života domény fyzické zdraví z hlediska věku v příloze 8.

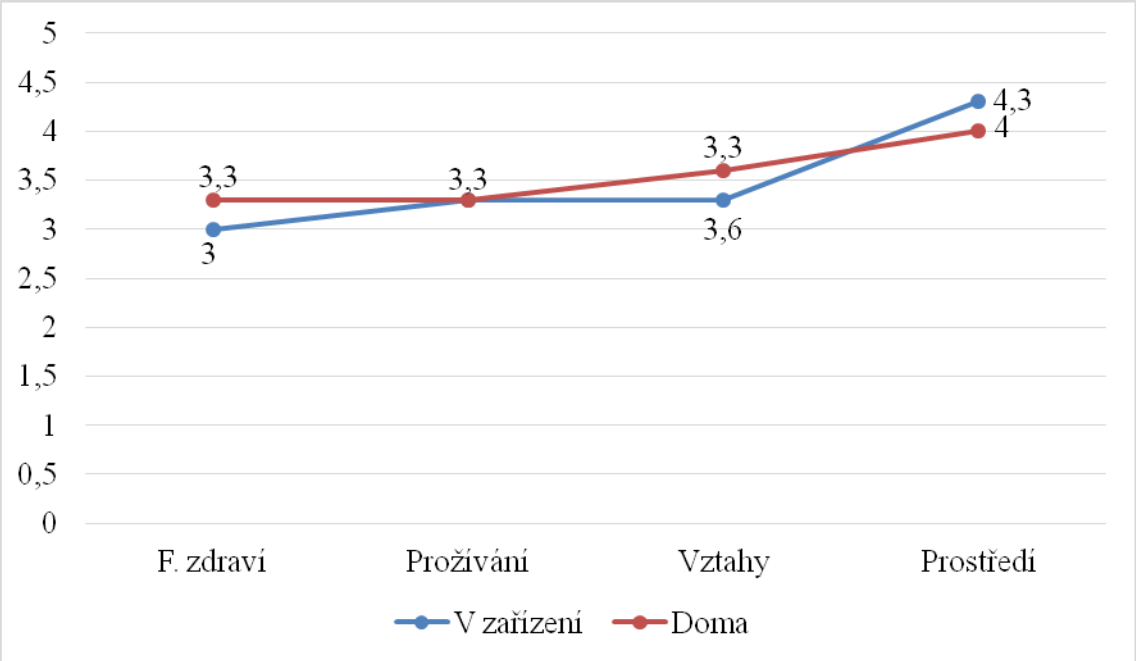
b) Ovlivňuje pohlaví výsledky kvality života WHOQOL-BREF?



Obrázek 5. Hodnocení kvality života dle pohlaví – WHOQOL-BREF

Dle Mann-Whitneyova U testu ($p < 0,05$) je statistická významnost v doméně prožívání, muži mají vyšší kvalitu života v doméně prožívání než ženy. Muži v našem souboru jsou pravděpodobně psychicky odolnější na změny, které přicházejí s věkem a dokážou se s nimi lépe vyrovnat než ženy. Muži mají vizuálně kvalitu života vyšší než ženy ve všech doménách, až na doménu vztahy, zde už ale nebyly rozdíly statisticky významné, tzn. nelze hovořit o vyšší či nižší kvalitě života mimo doménu prožívání. Statistická významnost je zobrazena v krabicovém grafu kvality života domény prožívání z hlediska pohlaví v příloze 9.

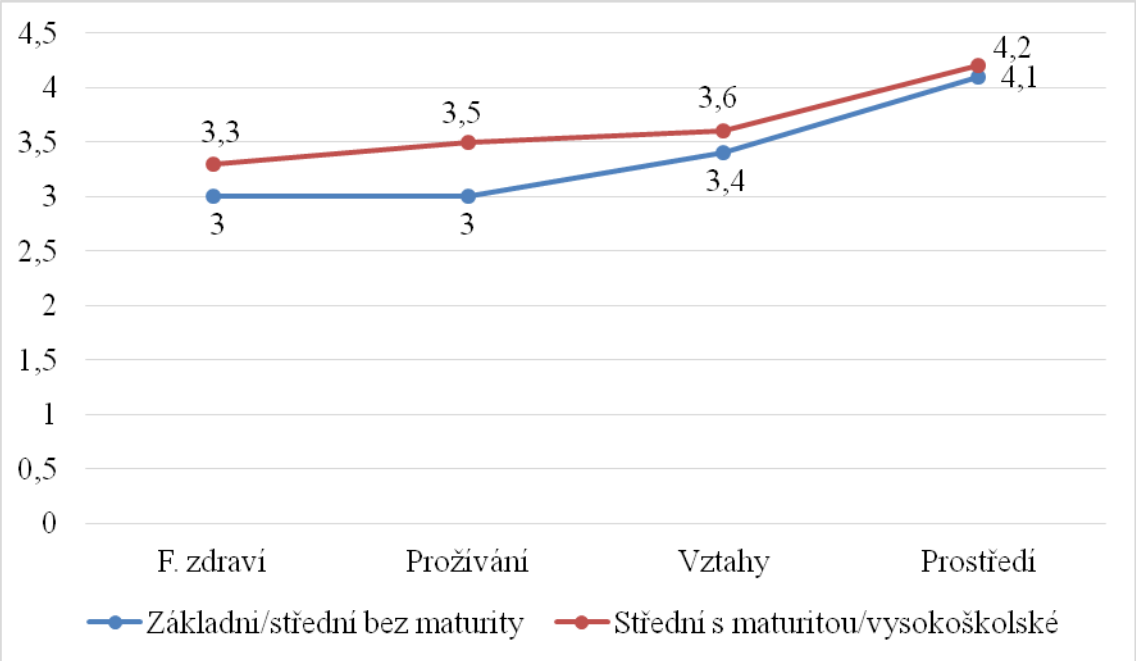
c) Ovlivňuje způsob bydlení výsledky kvality života WHOQOL-BREF?



Obrázek 6. Hodnocení kvality života dle způsobu bydlení – WHOQOL-BREF

Dle Mann-Whitneyova U testu ($p < 0,05$) je statistická významnost v doméně fyzické zdraví. Senioři, kteří žijí v domácím prostředí, mají vyšší kvalitu života v doméně fyzické zdraví, než lidé, kteří žijí v domovech pro seniory. Tato skutečnost je zřejmě dána tím, že lidé, kteří jsou soběstační a dokážou se o sebe sami postarat, žijí většinou v domácím prostředí a s přibývajícím věkem (pokud nemají rodinného příslušníka, který se o ně v domácím prostředí postará) jsou někteří senioři nuceni využívat sociální péče a přestěhují se kvůli zhoršenému zdravotnímu stavu či nesoběstačnosti do domova pro seniory. Není možné říci, že přechod do domova seniorů ovlivňuje kvalitu života negativním způsobem, nicméně lidé z domova seniorů se prezentovali jako méně spokojeni s kvalitou života a to dle mého názoru lze odůvodnit pokročilejším věkem a nižšími socioekonomickými možnostmi. Respondenti tohoto výzkumného šetření, žijící v domově seniorů, měli ve větší míře vyšší věk, než lidé žijící v domácím prostředí, což také může mít vliv na kvalitu života v doméně zdraví. Jak senioři žijící v domácím prostředí, tak v domově pro seniory, mají nejvyšší kvalitu života v doméně prostředí, tedy jsou spokojeni s místem, kde žijí a cítí se tam spokojeně. Statistická významnost je zobrazena v krabicovém grafu kvality života domény fyzické zdraví z hlediska bydlení v příloze 10.

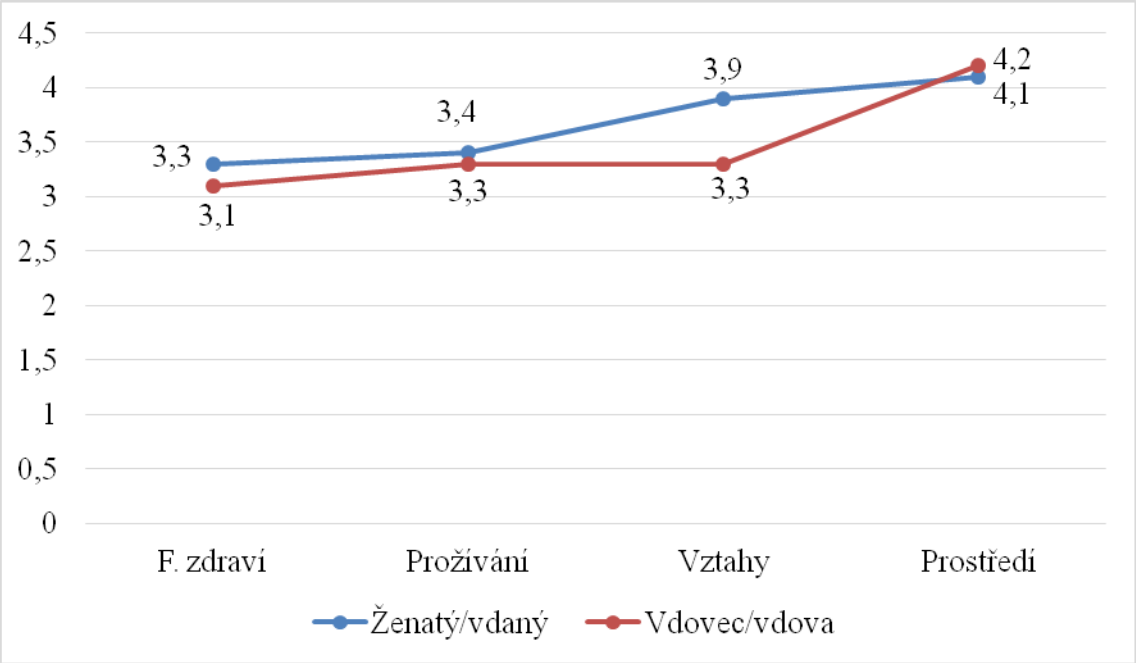
d) Ovlivňuje vzdělání výsledky kvality života WHOQOL-BREF?



Obrázek 7. Hodnocení kvality života dle vzdělání – WHOQOL-BREF

Z hlediska vzdělání byli sloučeni senioři se základním vzděláním a středním vzděláním bez maturity a senioři se středním vzděláním s maturitou a vysokoškolským vzděláním. Dle Mann-Whitneyova U testu ($p < 0,05$) je statistická významnost v doméně prožívání. Senioři s vyšším vzděláním vnímají kvalitu života v této doméně vyšší, vizuálně se jeví senioři s vyšším vzděláním jako spokojenější ve všech doménách, ale pouze v doméně prožívání je tento rozdíl významný. Statistická významnost je zobrazena v krabicovém grafu kvality života domény prožívání z hlediska vzdělání v příloze 11.

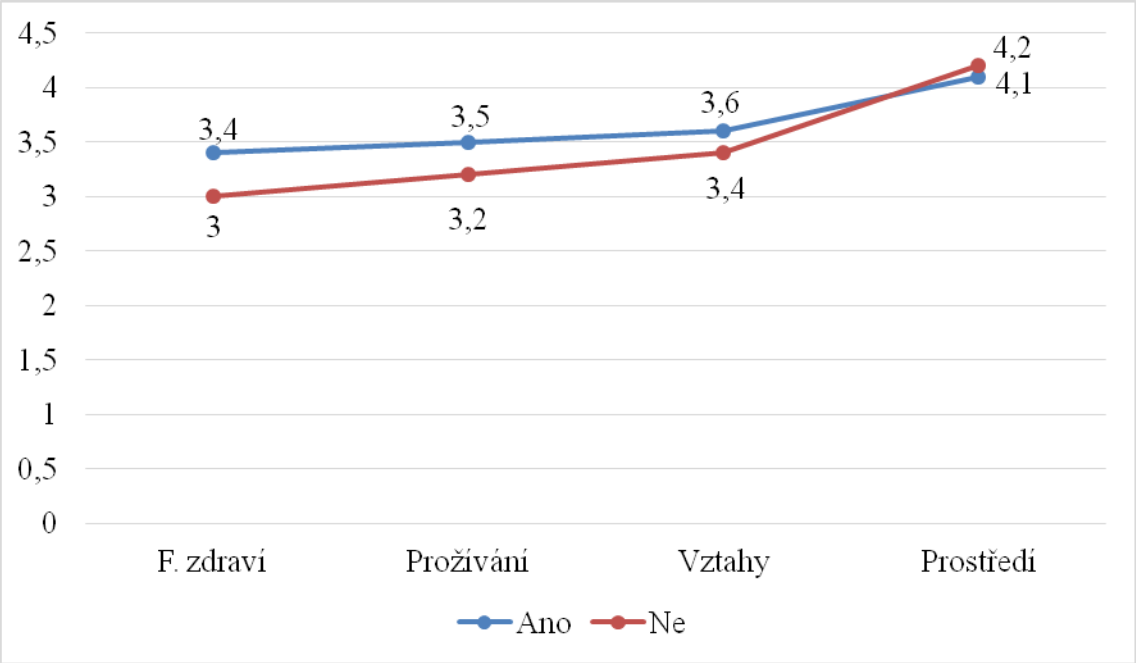
e) Ovlivňuje rodinný stav kvalitu života WHOQOL-BREF?



Obrázek 8. Hodnocení kvality života dle rodinného stavu – WHOQOL-BREF

Z důvodu malého zastoupení odpovědí svobodný a rozvedený v proměnné rodinný stav, byly tyto odpovědi vyloučeny. Dle Mann-Whitneyova U testu ($p < 0,05$) je statistická významnost v doméně vztahy mezi seniory, kteří jsou ženatí/vdaní a ovdovělí. Ovdovělí senioři hodnotí doménu vztahy velice nízko, hlavním důvodem může být ztráta životního partnera, jedinec se dostal do situace, kdy tráví víc času sám a stává se více osamělý a to se určitě promítne do kvality života v této doméně. Naopak jedinci, kteří žijí s životním partnerem, mají s kým sdílet své pocity, zážitky, ale i problémy apod. mají kvalitu života vyšší. Statistická významnost je zobrazena v krabicovém grafu kvality života domény vztahy z hlediska rodinného stavu v příloze 12.

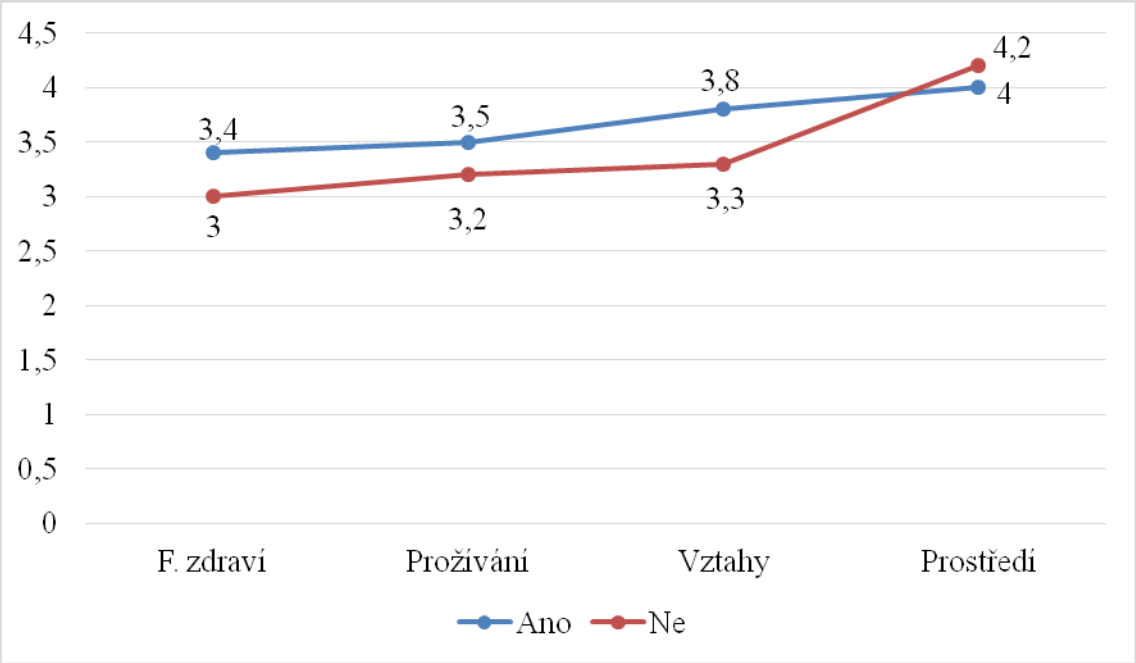
f) Ovlivňuje dispozice kola výsledky kvality života WHOQOL-BREF?



Obrázek 9. Hodnocení kvality života dle dispozice kola – WHOQOL-BREF

Dle Mann-Whitneyova U testu ($p < 0,05$) je statistická významnost v doméně fyzické zdraví u seniorů kteří vlastní či nevlastní kolo. Senioři, kteří vlastní kolo, mají vyšší kvalitu života v oblasti zdraví. To, zda respondenti žijí v domově pro seniory či doma ve velké míře ovlivňovalo zda vlastní či nevlastní kolo. Statistická významnost je zobrazena v krabicovém grafu kvality života domény fyzické zdraví z hlediska vlastnictví kola v příloze 13.

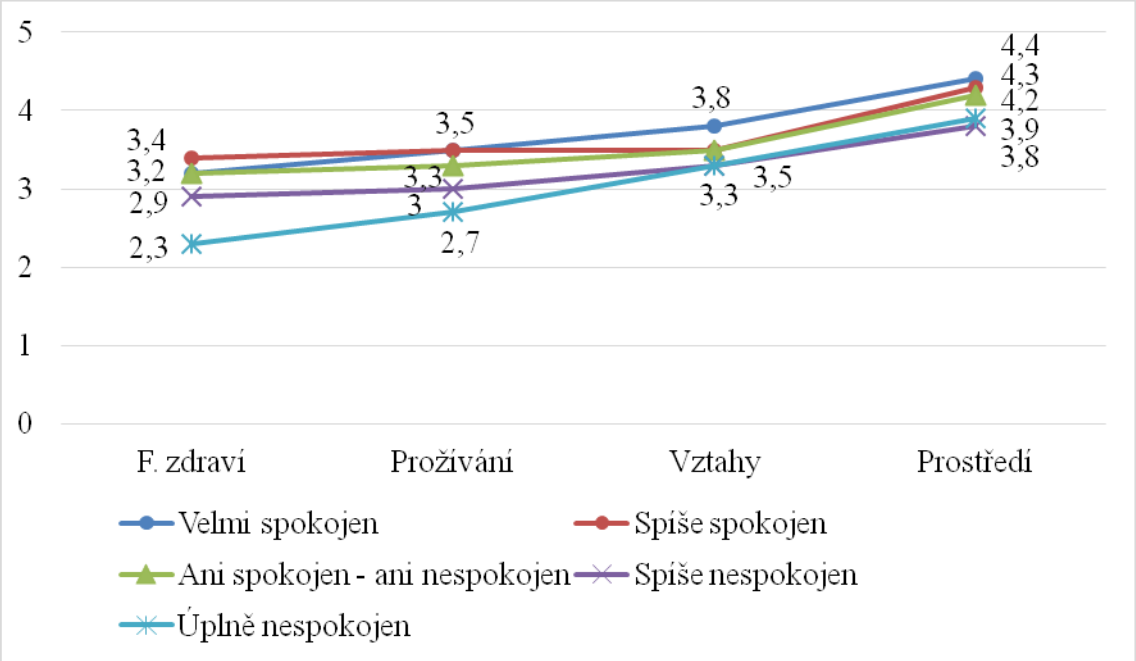
g) Ovlivňuje dispozice auta výsledky kvality života WHOQOL-BREF?



Obrázek 10. Hodnocení kvality života dle dispozice auta – WHOQOL-BREF

Dle Mann-Whitneyova U testu ($p < 0,05$) je statistická významnost v doménách fyzické zdraví a vztahy u seniorů, kteří vlastní či nevlastní auto. Senioři, kteří vlastní auto, mají vyšší kvalitu života v oblasti zdraví. Skutečnost, že lidé, kteří vlastní auto, využívají auto a mají vyšší kvalitu života v doméně zdraví, může být zapříčiněna tím, že lidé, kteří mají horší zdravotní stav a auto nevlastní z toho důvodu, že nemohou řídit. Opět to, zda respondenti žijí v domově pro seniory či doma ve velké míře ovlivňovalo zda vlastní či nevlastní auto. Statistická významnost je zobrazena v krabicovém grafu kvality života domény fyzické zdraví z hlediska vlastnictví auta v příloze 14 a druhá statistická významnost je zobrazena v krabicovém grafu kvality života domény vztahy z hlediska vlastnictví auta v příloze 15.

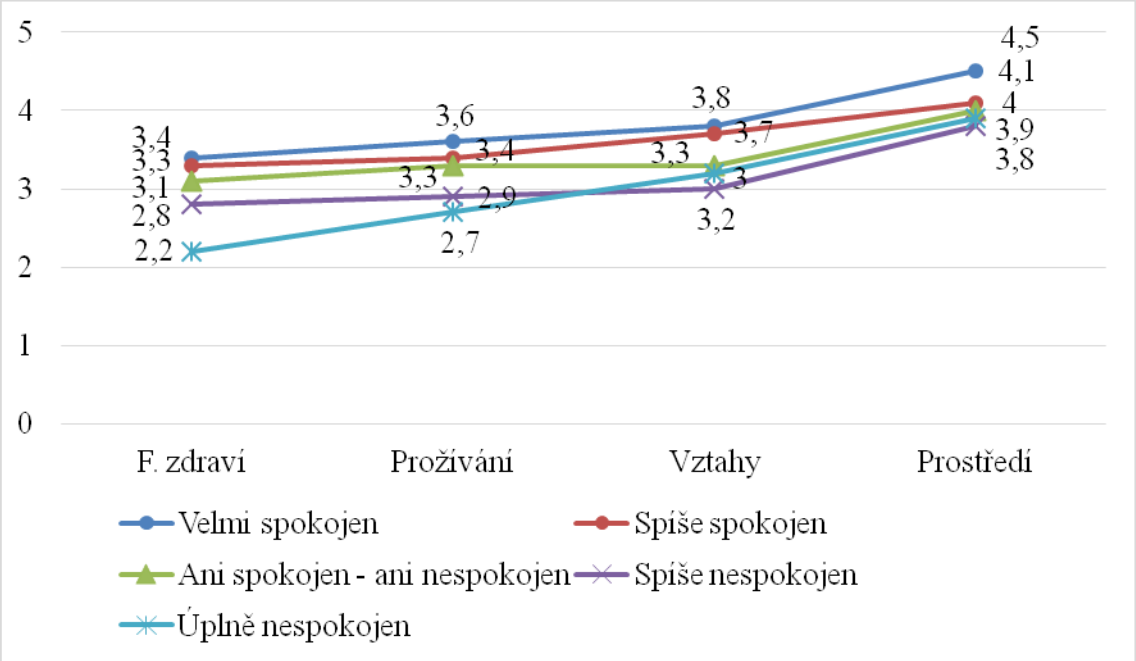
h) Ovlivňuje subjektivní vyjádření o vlastním zdravotním stavu (5 bodová škála) výsledky kvality života WHOQOL-BREF?



Obrázek 11. Hodnocení kvality života dle zdravotního stavu – WHOQOL-BREF

Dle Kruskall-Wallis ANOVA testu je statistická významnost ($p < 0,05$) v doméně fyzické zdraví mezi seniory, kteří jsou spíše spokojeni a úplně nespokojeni. Potvrzuje, že když je člověk spíše spokojen/úplně nespokojen se svým zdravotním stavem, tak se to promítne do kvality života v doméně zdraví. Statistická významnost je zobrazena v krabicovém grafu kvality života domény fyzické zdraví z hlediska zdravotního stavu v příloze 16.

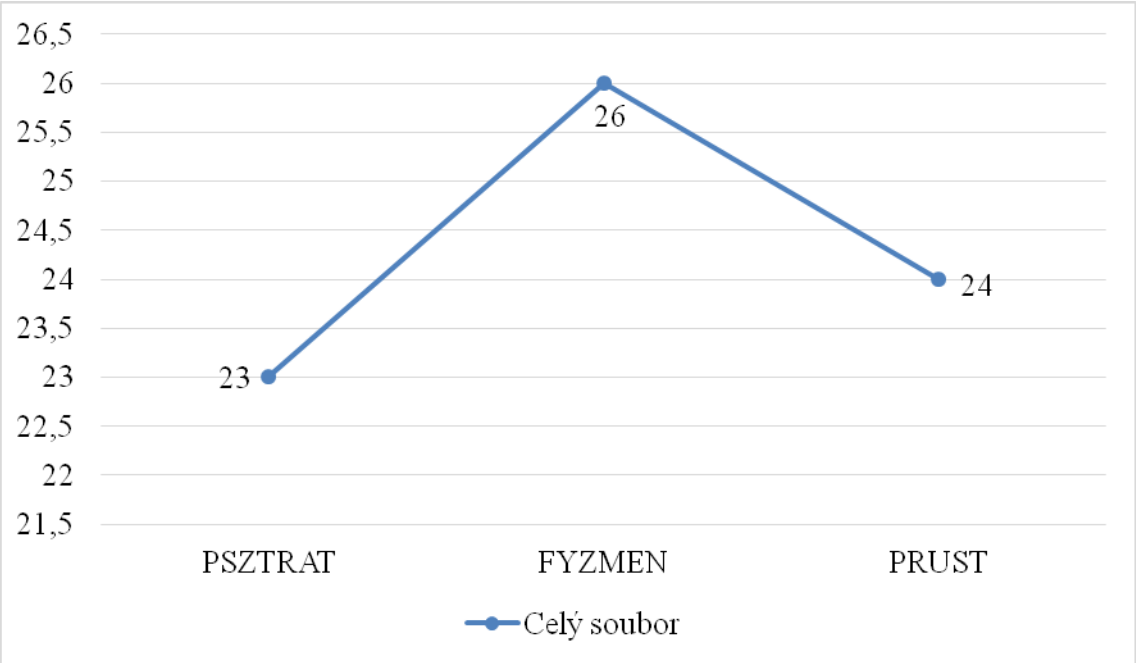
i) Ovlivňuje subjektivní vyjádření o vlastní kvalitě života (5 bodová škála) výsledky kvality života WHOQOL-BREF?



Obrázek 12. Hodnocení kvality života dle kvality života – WHOQOL-BREF

Dle Kruskall-Wallis ANOVA testu je statistická významnost ($p < 0,05$) v doménách fyzické zdraví a prožívání. V doméně fyzické zdraví je statistická významnost mezi seniory, kteří jsou velmi spokojeni/úplně nespokojeni a spíše spokojeni/úplně nespokojeni. V doméně prostředí je statistická významnost mezi seniory, kteří jsou velmi spokojeni a spíše nespokojeni. Dá se konstatovat, že subjektivní hodnocení kvality života odpovídá celkovému hodnocení kvality života dle dotazníku WHOQOL-BREF. Lidé, kteří hodnotí subjektivně svoji kvalitu života jako velmi spokojen, mají ve všech doménách kvalitu života nejvyšší. Tvrzení, že subjektivní hodnocení kvality života odpovídá celkovému hodnocení kvality života dotazníku WHOQOL-BREF, až na jednu výjimku, lze potvrdit i u ostatních odpovědí. Výjimka je u odpovědi spíše nespokojen/úplně nespokojen v doméně vztahy. Statistická významnost je zobrazena v krabicovém grafu kvality života domény fyzické zdraví z hlediska kvality života v příloze 17 a u domény prožívání v příloze 18.

4.3 Postoj ke stárnutí a stáří u celého souboru respondentů dle dotazníku AAQ.



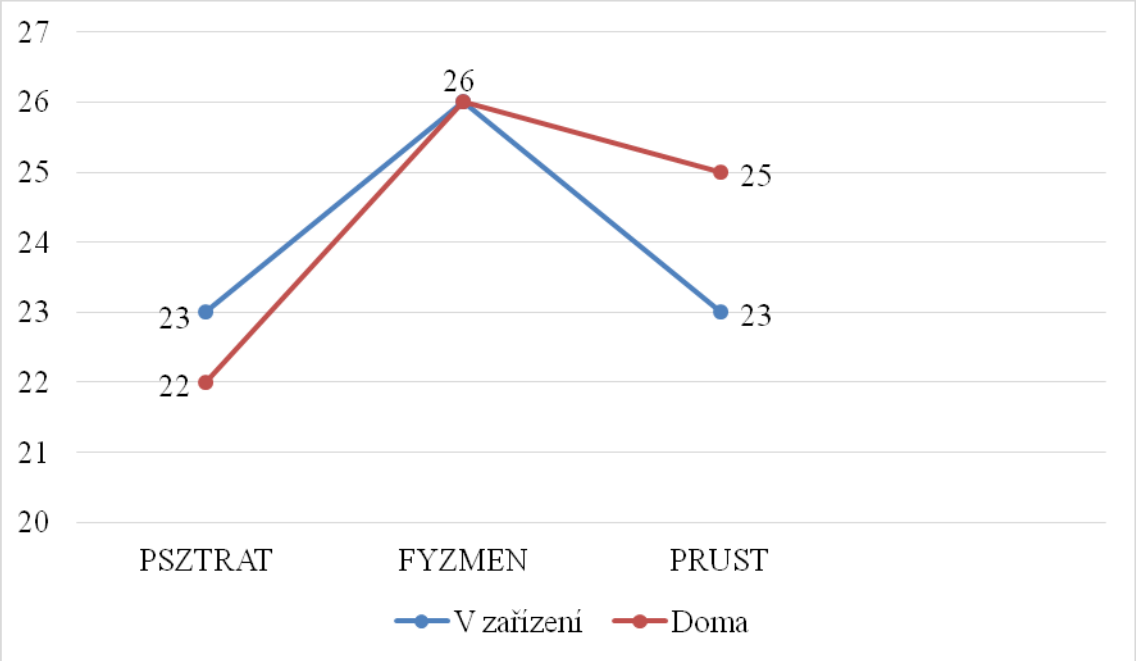
Vysvětlivky: PSZTRAR - psychosociální ztráty, FYZMEN - fyzické změny, PRUST - psychologický růst.

Obrázek 13. Postoj ke stárnutí a stáří u celého souboru respondentů dle dotazníku AAQ.

Čím vyšší skóre (8–40), tím se více respondent ztotožňoval s otázkami v jednotlivých doménách. U celého souboru se jedinci nejvíce ztotožňovali s doménou fyzické změny, s hodnotou skóre 26. To znamená, že se respondenti ztotožňovali s otázkami souvisejícími s fyzickým zdravím, kondicí, cvičením i celkovou reflexí stárnutí. Skoré 24 měla doména psychologický růst, v této doméně se respondenti ztotožňovali s otázkami souvisejícími s kladnými zkušenostmi, které lze označit jako „moudrost“ nebo „zralost“, týkající se především pozitivního vztahu k sobě a okolnímu světu. Nejnižší skóre 23, měla doména psychosociální ztráty. V této doméně se projevuje, v jaké míře se respondenti ztotožňují s prožitky samoty, sociálního vyloučení, uzavření se a postupné ztráty fyzické soběstačnosti (Dragomirecká, 2006).

4.4 Vybrané základní proměnné a jejich vliv na postoj ke stárnutí a stáří

a) Ovlivňuje způsob bydlení výsledky dotazníku AAQ?

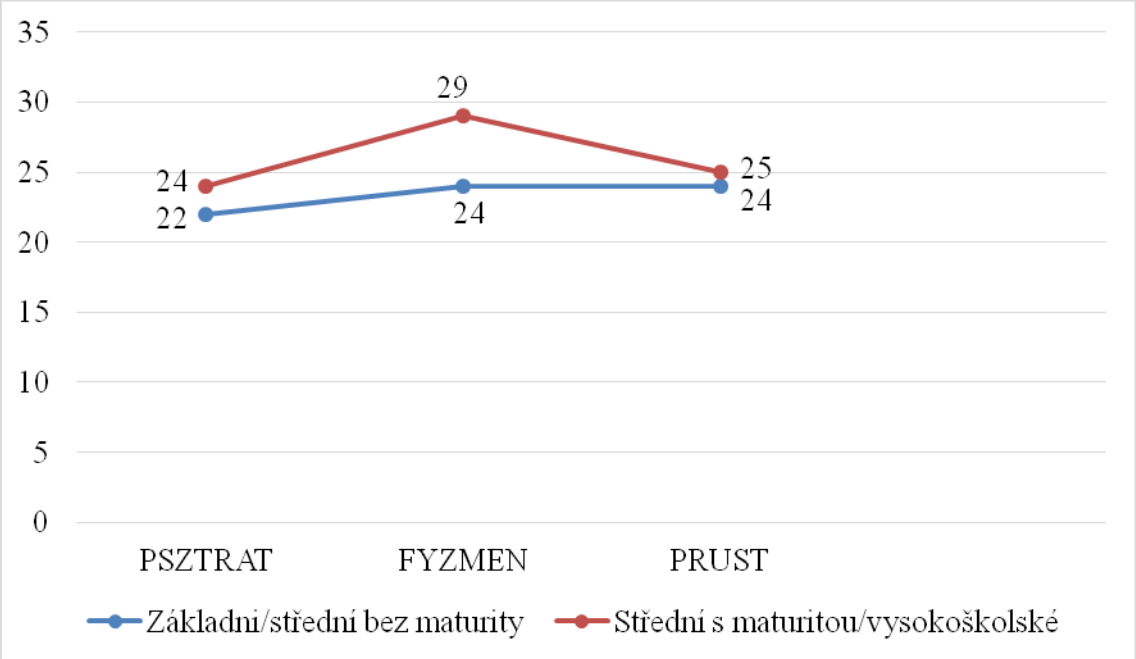


Vysvětlivky: PSZTRAR - psychosociální ztráty, FYZMEN - fyzické změny, PRUST - psychologický růst.

Obrázek 14. Hodnocení postojů ke stárnutí a stáří dle způsobu bydlení

Dle Mann-Whitneyova U testu ($p < 0,05$) je statistická významnost v doméně psychologický růst. Lze říci, že lidé, kteří žijí v domácím prostředí, mají vyšší pozitivní vztah k sobě a okolnímu světu než lidé, kteří žijí v domově seniorů. Doma, kde člověk žil převážnou část života, se cítí přece jen lépe a má větší možnosti, než člověk v zařízení. I to může mít vliv na lepší vztah k sobě a okolnímu světu. Statistická významnost je zobrazena v krabicovém grafu postojů ke stárnutí a stáří z hlediska způsobu bydlení v příloze 19.

b) Ovlivňuje vzdělání výsledky dotazníku AAQ?

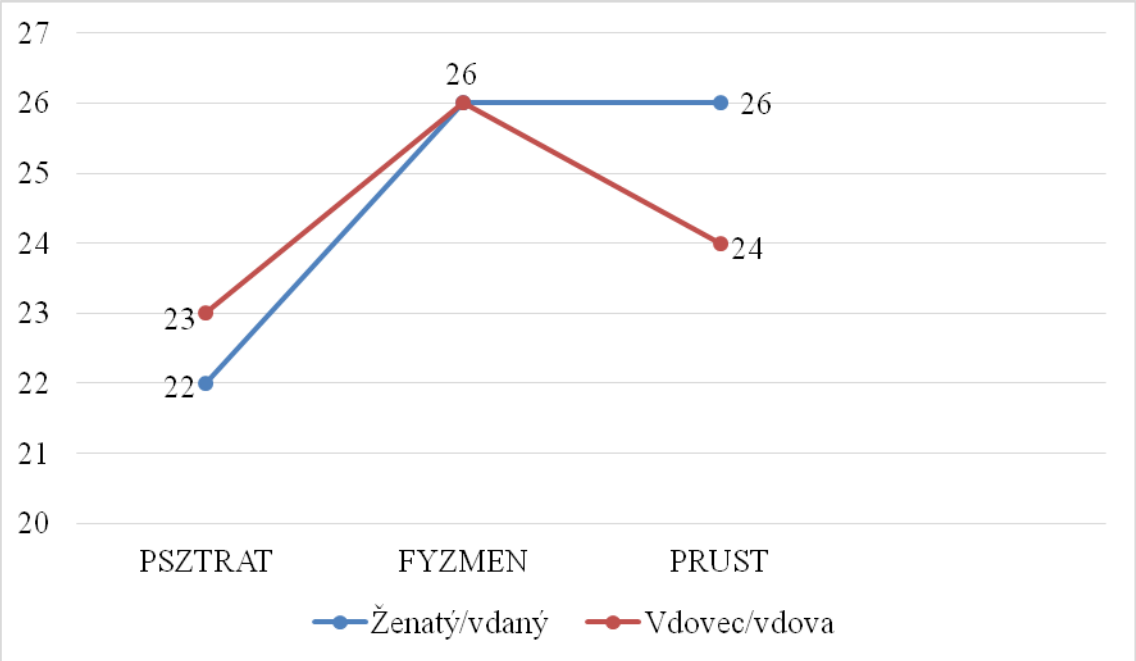


Vysvětlivky: PSZTRAR - psychosociální ztráty, FYZMEN - fyzické změny, PRUST - psychologický růst.

Obrázek 15. Hodnocení postojů ke stárnutí a stáří dle vzdělání

Dle Mann-Whitneyova U testu ($p < 0,05$) je statistická významnost v doméně fyzické změny. Lidé s vyšším vzděláním se více ztotožňují s otázkami týkající se fyzického zdraví, kondicí, cvičením i celkovou reflexí stárnutí. Můžeme se jen domnívat, že lidé, kteří jsou více vzdělaní, se v průběhu života více zajímali o svůj zdravotní stav a jejich náhled na stáří, zdravotní stav a důležitost cvičení je teď optimističtější. V doménách psychologický růst a psychosociální ztráty jsou odpovědi obou skupin téměř totožné. Statistická významnost je zobrazena v krabicovém grafu postojů ke stárnutí a stáří z hlediska vzdělání v příloze 20.

c) Ovlivňuje rodinný stav výsledky dotazníku AAQ?

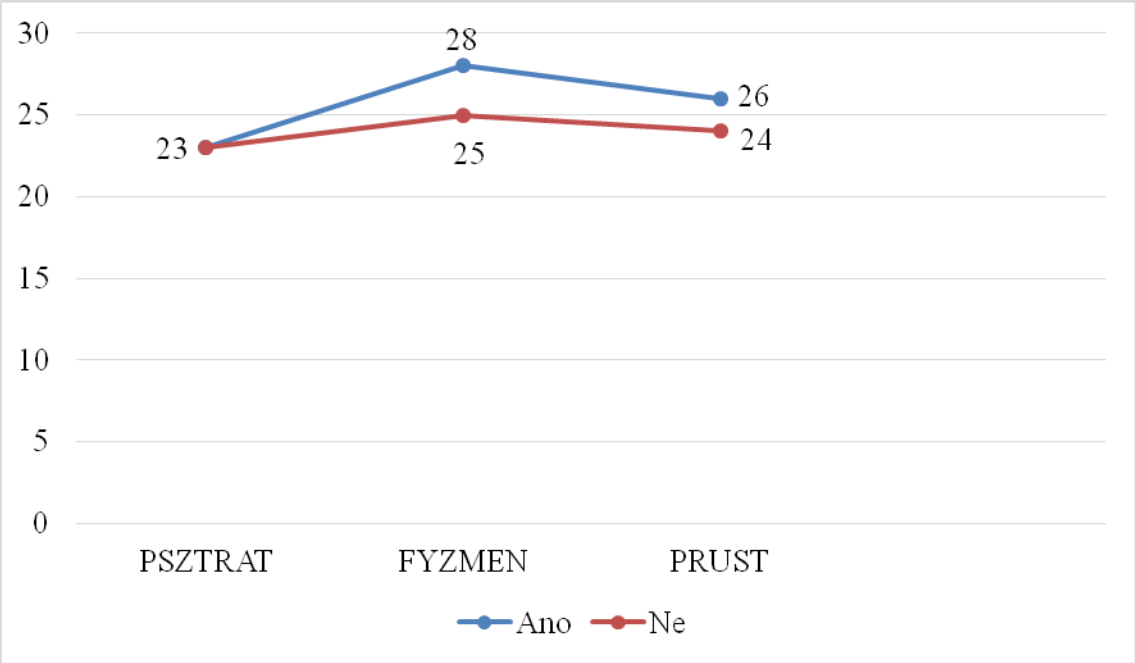


Vysvětlivky: PSZTRAR - psychosociální ztráty, FYZMEN - fyzické změny, PRUST - psychologický růst.

Obrázek 16. Hodnocení postojů ke stárnutí a stáří dle rodinného stavu

Dle Mann-Whitneyova U testu ($p < 0,05$) je statistická významnost v doméně psychologický růst. Vyšší míru souhlasu s položkami v této doméně měli respondenti, kteří jsou ženatí/vdaní. Mají vyšší pozitivní vztah k sobě a okolnímu světu, než lidé, kteří jsou ovdovělí. V doméně fyzické zdraví se obě skupiny shodují na skóru 26. V doméně psychosociálních ztrát se lidé ovdovělí o něco více ztotožňují s položkami v dané doméně. Statistická významnost je zobrazena v krabicovém grafu postojů ke stárnutí a stáří z hlediska rodinného stavu v příloze 21.

d) Ovlivňuje dispozice kola výsledky dotazníku AAQ?

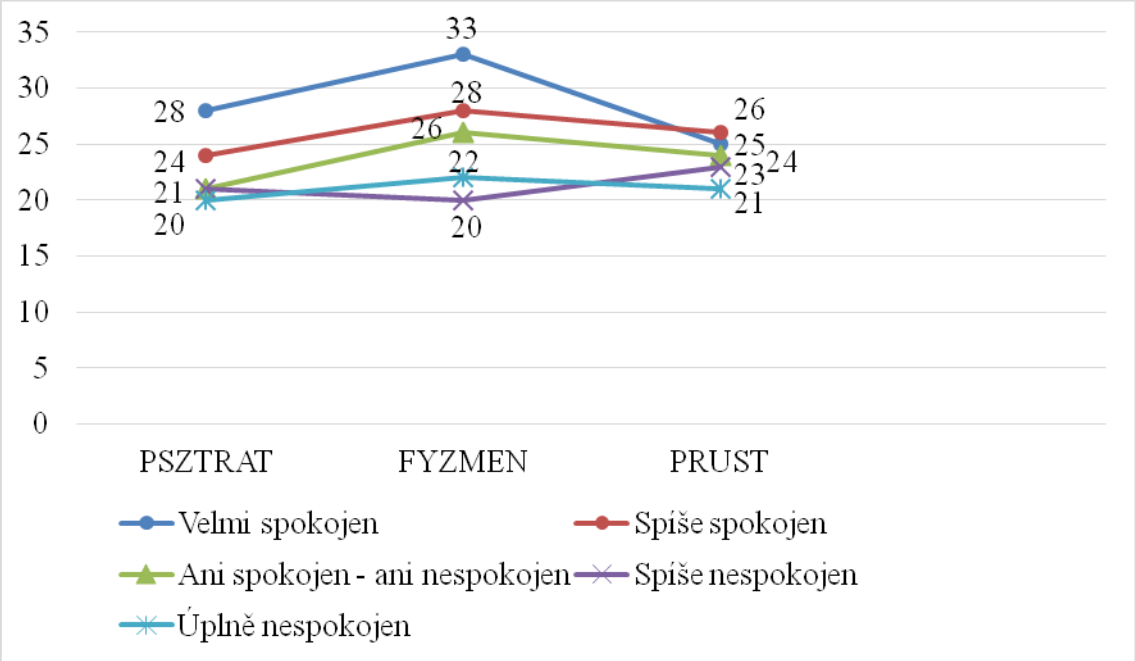


Vysvětlivky: PSZTRAR - psychosociální ztráty, FYZMEN - fyzické změny, PRUST - psychologický růst.

Obrázek 17. Hodnocení postojů ke stárnutí a stáří dle dispozice kola

Dle Mann-Whitneyova U testu ($p < 0,05$) je statistická významnost v doméně fyzických změn. Respondenti, kteří mají k dispozici kolo, mají vyšší skóre v doméně fyzických změn než respondenti, kteří kolo k dispozici nemají. Může to znamenat, že lidé, kteří vlastní kolo, mají pozitivnější vztah k pohybu, lepší zdravotní stav a to může zapříčinit pozitivnější pohled na fyzické změny. Zde je opět souvislost s věkem a tím, zda respondenti žijí v domově pro seniory z důvodu menší samostatnosti. Statistická významnost je zobrazena v krabicovém grafu postojů ke stárnutí a stáří z hlediska dispozice kola v příloze 22.

e) Ovlivňuje subjektivní vyjádření o vlastním zdravotním stavu (5 bodová škála) výsledky dotazníku AAQ?

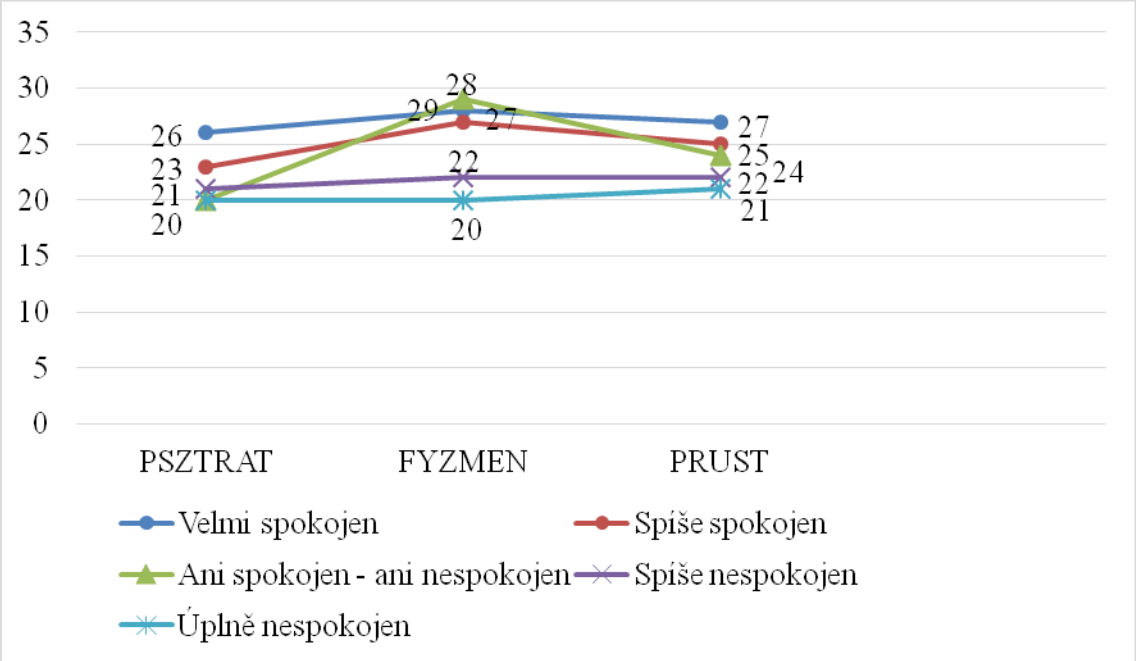


Vysvětlivky: PSZTRAR - psychosociální ztráty, FYZMEN - fyzické změny, PRUST - psychologický růst.

Obrázek 18. Hodnocení postojů ke stárnutí a stáří dle subjektivního vyjádření zdravotního stavu

Dle Mann-Whitneyova U testu ($p < 0,05$) je statistická významnost v doménách psychosociální ztráty a fyzické změny. Statistická významnost je v doméně psychosociální ztráty u seniorů, kteří jsou velmi spokojeni/ani spokojeni – ani nespokojeni, velmi spokojeni/spíše spokojeni a velmi spokojeni/úplně nespokojeni. Statistická významnost v doméně fyzických změn u seniorů, kteří jsou velmi spokojeni/spíše spokojeni, spíše spokojeni/spíše nespokojeni a ani spokojeni – ani nespokojeni/spíše spokojeni. Statistická významnost je zobrazena v krabicovém grafu postojů ke stárnutí a stáří z hlediska subjektivního vyjádření zdravotního stavu doméně psychosociální ztráty v příloze 23 a v doméně fyzické zdraví v příloze 24.

f) Ovlivňuje subjektivní vyjádření o vlastní kvalitě života (5 bodová škála) výsledky dotazníku AAQ?



Vysvětlivky: PSZTRAR - psychosociální ztráty, FYZMEN - fyzické změny, PRUST - psychologický růst.

Obrázek 19. Hodnocení postojů ke stárnutí a stáří dle subjektivního vyjádření kvality života

Dle Mann-Whitneyova U testu ($p < 0,05$) je statistická významnost v doménách psychosociální ztráty a fyzické změny. Statistická významnost v doméně psychosociální ztráty je u seniorů, kteří jsou velmi spokojeni/spíše nespokojeni. Další statistická významnost je v doméně fyzických změn u seniorů, kteří jsou velmi spokojeni/spíše nespokojeni. Statistická významnost je zobrazena v krabicovém grafu postojů ke stárnutí a stáří z hlediska subjektivního vyjádření kvality života v doméně psychosociálních ztrát v příloze 25 a v doméně fyzických změn v příloze 26.

4.5 Vztah mezi jednotlivými doménami mezi dotazníky WHOQOL-BREF a AAQ

Pro zjištění vzájemného vztahu mezi jednotlivými doménami jsme použili Spearmanovy korelace. Korelace znamená vzájemný vztah mezi dvěma procesy nebo veličinami. Pokud se jedna z nich mění, mění se korelativně i druhá a naopak. V našem souboru respondentů to platí mezi všemi doménami s výjimkou dvou, prvně mezi PSZTRAT (psychosociální ztráty) a vztahy (WHOQOL-BREF), ve druhém případě mezi FYZMEN (fyzické změny) a vztahy (WHOQOL-BREF). Na obrázku 20 jsou výsledky jednotlivých domén.

V dotazníku WHOQOL-BREF je korelace nejvyšší mezi doménami fyzické zdraví a prožívání. V dotazníku AAQ je korelace nejvyšší mezi doménami fyzické změny a psychologický růst. V tabulce 1 je zřejmé, že největší korelace mezi dotazníky jsou v doméně psychologického růstu.

Tabulka 1 Spearmanovy korelace jednotlivých domén

Proměnná	Spearmanovy korelace (Excel_Dotazníky_Hřebačková) ChD vynechány párově Označ. korelace jsou významné na hl. p < 0,05000						
	Psztrat	Fyzmen	Prust	Fzdraví	Prožívaní	Vztahy	Prostředí
PSZTRAT	1,00000	0,39141	0,30721	0,36513	0,41075	0,19569	0,31494
FYZMEN	0,39141	1,00000	0,40382	0,37789	0,43746	0,23542	0,34480
PRUST	0,30721	0,40382	1,00000	0,61499	0,53555	0,47478	0,44296
Fzdravi	0,36513	0,37789	0,61499	1,00000	0,64547	0,38278	0,39980
Prozivani	0,41075	0,43746	0,53555	0,64547	1,00000	0,22424	0,45468
Vztahy	0,19569	0,23542	0,47478	0,38278	0,22424	1,00000	0,33059
Prostredi	0,31494	0,34480	0,44296	0,39980	0,45468	0,33059	1,00000

Vysvětlivky: PSZTRAR - psychosociální ztráty, FYZMEN - fyzické změny, PRUST - psychologický růst, Fzdarví – fyzické zdraví.

5. DISKUZE

V této kapitole překládám diskuzi vztahující se k výzkumným otázkám a cílům, týkající se zkoumání kvality života seniorů a jejich postojů ke stárnutí a stáří. Teoretická část vymezuje aspekty stárnutí a stáří, postoje seniorů a společnosti ke stáří, kvalitu života a aspekty, které ji zvyšující a systém péče o seniory. Domény, které ovlivňují kvalitu života (dle WHOQOL-BREF) jsou rozděleny na oblast fyzického zdraví, prožívání, sociálních vztahů a prostředí. Domény, které ovlivňují postoje ke stárnutí a stáří jsou rozděleny do oblastí psychosociálních ztrát, fyzických změn a psychologického růstu. Výzkumného šetření se zúčastnilo 50 seniorů (31 žen a 19 mužů), polovinu souboru tvořili lidé žijící v domově pro seniory S - centrum Hodonín, druhou část lidé žijící v domácím prostředí. Kritériem pro výběr respondentů byl věk 64 let a více.

Vyhodnocením dat získaných z dotazníkového šetření WHOQOL-BREF bylo zjištěno, že senioři mají nejvyšší kvalitu života v doméně prostředí. Následuje doména vztahy, prožívání a naopak nejnižší je kvalita života v doméně fyzické zdraví. V našich výsledcích byla statistická významnost v oblasti fyzického zdraví z hlediska věku. Bylo vyhodnoceno, že senioři s nižším věkem (do 74 let) mají vyšší kvalitu života v doméně fyzického zdraví než osoby starší. Almeida Moreira et al. (2016) se odkazuje na výzkum Vitorino a kolektivu z roku 2013. Jejich výsledky zaznamenaly horší kvalitu života, zejména u nejstarších osob vzorku a to v doméně prožívání a vztahy. Autoři připisovali tyto poznatky pokročilejšímu věku a nižším socioekonomickým a zdravotním podmínkám u starších osob.

Celkově muži v našem souboru hodnotí kvalitu života vizuálně lépe než ženy, až na doménu vztahy, ačkoli rozdíly nebyly statisticky významné. Cruz et al. (2011) zjišťovala kvalitu života v Brazílii. Vzorek obsahoval 751 respondentů (38 % mužů, 62 % žen) u celého souboru byla zjištěna nižší kvalita života u žen. Shodné výsledky potvrzuje i výzkum Bodur & Dayanir (2009). Canković et al., (2016) zjišťovali kvalitu života srbských seniorů, kteří využívají služeb domova pro seniory. Jejich výzkumu se zúčastnilo na 200 seniorů. Nejvyšší procento respondentů čítaly ženy (70 %), zbytek muži (30 %). Dle Kruskall-Wallis ANOVA testu ($p < 0,05$) byla statistická významnost mezi pohlavím v doméně vztahy. V dalších třech oblastech (fyzické zdraví, prožívání a prostředí) nebyla nalezena statistická významnost. Celkově v doméně fyzické zdraví mají srbští senioři vyšší kvalitu života (5,2) než senioři z našeho výzkumu (3,2). Naopak v doméně prostředí mají srbští senioři nižší kvalitu života (2,2) než senioři

z našeho výzkumu (4,1). V doménách prožívání a vztahy je kvalita života stejná. Výzkumu Lin et al. (2016) se účastnilo 244 respondentu z Tchaj-wanu, věk účastníků byl v průměru 75 let. Více než polovina účastníků byli muži a téměř polovina účastníků měla nižší vzdělání. Výsledkem tohoto výzkumu je, že ženy mají vyšší kvalitu života než muži v oblasti prožívání a prostředí. Stejně jako v našem souboru, i v tomto výzkumu mají ženy nižší kvalitu života než muži v doméně fyzické zdraví. Naopak je tomu v doméně vztahy, kde v našem souboru mají vyšší kvalitu života ženy.

Almeida Moreira et al. (2016) se odkazuje na výzkum Oliveira a kolektivu z roku 2011. Ti využili pro studii 70 seniorů žijících v institucionálních zařízeních a 210 seniorů žijících v domácím prostředí. Bylo zjištěno, že lidé, kteří žijí v institucionálních zařízeních, mají nižší kvalitu života ve všech doménách. Autoři dospěli k výsledku, že přechod do institucionálních zařízení je rozhodujícím faktorem ve ztrátě kvality života u starších osob. To nelze potvrdit u našeho souboru, vyšší kvalitu života u seniorů žijících v domácím prostředí mají jen v doménách fyzické zdraví a vztahy. Shodují se v doménách prožívání a prostředí, kde mají vyšší kvalitu života lidé žijící v domově pro seniory. Ovšem také v již zmíněném výzkumu Oliveira a kolektivu z roku 2011 senioři žijící v institucionálním zařízení mají nejvyšší kvalitu života v doméně prostředí. Panday et al. (2015) měl výzkum na obdobné téma, studie se zúčastnilo 40 osob žijících v domácím prostředí a 40 osob z domova pro seniory. Zjištění této studie naznačují, že kvalita života byla lepší u osob, kteří žijí v domácím prostředí. Statistická významnost v jednotlivých doménách nebyla nalezena. Výzkum Bodur & Dayanir (2009) také potvrzuje, že kvalita života byla lepší u osob, kteří žijí v domácím prostředí. Statistická významnost u souboru byla nalezena v doménách sociální vztahy a prostředí. Almeida Moreira et al. (2016) se dále odkazuje na výzkum Diase a kolektivu z roku 2013, jejichž studie dospěla k závěru, že lidé, kteří žijí v institucionálním zařízení nemají horší kvalitu života ve srovnání s lidmi žijícími v domácím prostředí. Pouze v doméně fyzické zdraví mají institucionalizovaní lidé výrazně nižší kvalitu života ve srovnání s těmi, kteří žijí v domácím prostředí. Autoři přičítali tento výsledek skutečnosti, že u starších pacientů v institucionalizovaných zařízeních dochází k menší fyzické aktivitě, a proto nevnímají fyzické změny, které by mohly ovlivnit jejich úroveň spokojenosti v této oblasti. Taktéž je zajímavé zjištění Freitas a kolektivu z roku 2010 na kterého se odkazuje Almeida Moreira et al. (2016), že instituce, které nenabízely volnočasové aktivity, mají kvalitu života dle dotazníku WHOQOL-BREF horší.

Almeida Moreira et al. (2016) se dále odkazuje na výsledky Vitorino a kolektivu z roku 2012. Ve studii se 77 seniory z Rio de Janeiro zjistili, že lidé s vyšším vzděláním a vyšší pohybovou aktivitou mají průměrně lepší kvalitu života. Statistická významnost je v doméně vztahy. V našem výzkumu taktéž lidé s vyšším vzděláním měli vyšší kvalitu života a to ve všech doménách. Tento výzkum tedy může potvrdit souvislost mezi vzděláním a kvalitou života. I senioři z výzkumu Lin et al. (2016) a Cruz et al. (2011) s nižším vzděláním, měli nižší kvalitu života ve všech doménách kvality života.

Andersen (2000) uvádí, že je potvrzeno, že jízda na kole zlepšuje tělesnou zdatnost a je tak vhodnou prevencí proti obezitě, vysokému krevnímu tlaku či nadměrnému množství insulinu v krvi. Celopolulační studie z Kodaně prokázala, že úmrtnost lidí, kteří pravidelně jezdí do práce na kole je o 39 % nižší, než u lidí, kteří kolo nevyužívají. Výsledky tohoto výzkumu taktéž prokazují pozitivní vliv kola na kvalitu života v doméně zdraví. Dle doporučení světové zdravotnické organizace (2005), by měl člověk starší 65 let provádět aerobní pohybovou aktivitu alespoň 150 minut týdně, nebo 75 minut intenzivní aerobní aktivity. Je překvapující, že z našeho souboru respondentů vyplývá, že 96 % (48) seniorů nesplňuje toto doporučení. Z tohoto důvodu nebyla tato proměnná dále statisticky zpracována. Pouze 26 % seniorů není spokojeno se svým zdravotním stavem, což možná ovlivňuje frekvenci pohybové aktivity, zbylých 70 % seniorů neprovozuje pohybovou aktivitu, pro nás z neznámých důvodů.

Dle Kruskall-Wallis ANOVA testu je statistická významnost z hlediska subjektivního hodnocení zdraví ($p < 0,05$) v doméně fyzické zdraví. Statistická významnost je mezi seniory, kteří jsou spíše spokojeni a úplně nespokojeni. Trentini et al. (2012) provedli výzkum kvality života seniorů, z hlediska subjektivního vnímaní zdraví. Senioři se označili buďto jako zdraví (41) nebo nezdraví (49). Autoři využili k porovnání kvality života dotazník WHOQOL-100, ze kterého vznikla zkrácená verze WHOQOL-BREF, kterou jsme pro náš výzkum v diplomové práci použili. Senioři, kteří sami sebe vnímají jako zdravé, mají vyšší kvalitu života v 5 doménách dotazníku WHOQOL-100 (fyzické zdraví, prožívání, fyzická nezávislost, sociální vztahy, prostředí), pouze v doméně duchovní oblast byly výsledky opačné. Dle Studentova t-testu byla nalezena statistická významnost ($p < 0,05$) v doménách fyzické zdraví a fyzická nezávislost. Také v porovnání celkové kvality života byla nalezena statistická významnost mezi zdravými a nezdravými seniory. Zdraví senioři mají celkovou kvalitu vyšší než senioři nezdraví.

U dotazníku AAQ, čím bylo vyšší skóre v jednotlivých doménách (8–40), tím se více respondent ztotožňoval s otázkami v jednotlivých doménách. Vyhodnocením dat z dotazníku AAQ bylo u celého souboru zjištěno, že se jedinci nejvíce ztotožňovali s doménou fyzické změny, s hodnotou skóre 26. Celý soubor se tedy dle intervalu normy pohybuje v horní hranici (viz příloha 7). Skóre 24 měla doména psychologický růst. V této doméně se celý soubor dle intervalu normy pohybuje ve spodní hranici (viz příloha 7). Nejnižší skóre 23, měla doména psychosociální ztráty. Celý soubor v této doméně se dle intervalu normy přibližuje ke spodní hranici (viz příloha 7) (Dragomirecká, 2006).

Bužgová & Klechová (2011) měřili postoje seniorů ke stáří v okresu Bruntál. Celkový soubor tvořilo 151 respondentů, kteří museli splňovat 3 podmínky (věk nad 65 let; schopnost porozumět otázkám a souhlas se zařazením do studie). Respondenti byli rozděleni do čtyř skupin (studenti Univerzity třetího věku, n=40; aktivní sportovci, n=36; senioři z domova pro seniory Pohoda v Bruntále, n=35 a senioři žijící doma, kteří aktivně nesportují, ani se nevzdělávají n=40). V porovnání celého souboru respondentů s našimi výsledky můžeme konstatovat, že rozdíl je pouze v doméně psychosociálních ztrát, náš soubor má nižší hodnocení o 3. Výsledky domény fyzické změny a psychologický růst je téměř stejné.

Vliv pohlaví na postoje seniorů ke stáří neprokázal signifikantní závislost. Průměrné skóre jednotlivých domén se statisticky významně neliší. Naopak vliv rodinného stavu na postoje seniorů ke stáří byla nalezena statistická významnost pouze v doméně psychosociální ztráty. Doménové skóre u ovdovělých seniorů bylo významně nižší (24,2) než u seniorů ženatých/vdaných (27,1).

Ve výzkumu Bryanta et al (2012) celkově byly pozitivní postoje ke stárnutí. Vyšší stupeň spokojenosti kvality života byl spojen s pozitivnějším postojem ke stárnutí a stáří a to zejména v doménách fyzických změn a psychologického růstu. Toto tvrzení, že je souvislost subjektivního hodnocení kvality života a pozitivnějším postojem ke stárnutí, se shoduje i s naším výzkumem.

Low et al (2013) zkoumali postoje ke stáří, kvalitu života a jejich závislost, pomocí dotazníků AAQ a WHOQOL-BREF. Nashromáždili 4593 seniorů z dvaceti různých zemí. V příloze 27 jsou uvedeny jednotlivé země, celkové skóre dotazníku WHOQOL-BREF a skóre v jednotlivých doménách dotazníku AAQ. Průměrný věk celé souboru byl 72,1. Výsledky studie jednoznačně potvrzují, že kvalita života významně ovlivňuje hodnocení postojů ke stárnutí a stáří. Senioři, kteří nebyli spokojeni se svým

zdravotním stavem, měli více negativních postojů k vlastnímu stárnutí v doméně fyzické změny. Toto zjištění je v souladu s dalšími studiemi starších lidí, kde se zjistilo, že klesající zdravotní stav může vést k horšímu očekávání týkajících se fyzických změn v průběhu stárnutí (Furstenberg, 2002). Naopak dobré vnímání zdravotního stavu přináší seniorům pocity naděje do budoucna.

Korelace byly nalezeny ve všech doménách dotazníku AAQ. Korelace také byly mezi dotazníky WHOQOL-BREF a AAQ ve všech doménách, nejvyšší korelace byla v doméně fyzické zdraví, naopak nejnižší korelace byla v doméně psychologický růst.

6. ZÁVĚRY

Cílem diplomové práce bylo zjištění kvality života seniorů, jejich postojů ke stárnutí a stáří a jejich vzájemný vztah. Pro zjištění kvality života seniorů jsme využili standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF, který se hodnotí ve čtyřech doménách – fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Pro zjištění postojů ke stárnutí a stáří jsme využili standardizovaného dotazníku AAQ. Jednotlivé výsledky jsme porovnávali z různých hledisek.

V hodnocení kvality života celého souboru, senioři mají nejvyšší kvalitu života v doméně prostředí, nejnižší kvalitu života mají v doméně fyzické zdraví. V hodnocení kvality života z hlediska věku nacházíme statistickou významnost ($p < 0,05$) v doméně fyzické zdraví, z hlediska pohlaví v doméně prožívání, z hlediska způsobu bydlení v doméně fyzické zdraví, z hlediska vzdělání v doméně prožívání, z hlediska rodinného stavu v doméně sociální vztahy, z hlediska dispozice kola v doméně fyzické zdraví, z hlediska dispozice auta v doménách fyzické zdraví a sociální vztahy, z hlediska subjektivního vnímání zdravotního stavu v doméně fyzické zdraví mezi seniory, kteří jsou spíše spokojeni a úplně nespokojeni, z hlediska subjektivního vnímání kvality života v doméně fyzické zdraví mezi velmi spokojen/úplně nespokojen a spíše spokojen/úplně nespokojen a v doméně prostředí mezi seniory, kteří jsou velmi spokojeni a spíše nespokojeni.

V dotazníku AAQ se senioři nejvíce ztotožňovali s doménou fyzické změny a nejméně v doméně psychosociální ztráty. Statistická významnost ($p < 0,05$) z hlediska pohlaví byla nalezena v doméně psychologický růst, z hlediska vzdělání v doméně fyziologických změn, z hlediska rodinného stavu v doméně psychologický růst, z hlediska dispozice kola v doméně fyzické změny, z hlediska subjektivního vnímání zdravotního stavu v doménách psychosociální ztráty mezi seniory, kteří jsou velmi spokojeni/ani spokojeni – ani nespokojeni, velmi spokojeni/spíše spokojeni, velmi spokojeni/úplně nespokojeni a v doméně fyzické změny mezi seniory, kteří jsou velmi spokojeni/spíše spokojeni, spíše spokojeni/spíše nespokojeni, ani spokojeni – ani nespokojeni/spíše spokojeni, z hlediska subjektivního vnímání kvality života v doménách psychosociální ztráty a fyzické změny mezi seniory, kteří jsou velmi spokojeni/spíše nespokojeni. Mezi neuvedenými proměnnými nebyla nalezena žádná statistická významnost.

Pro zjištění vzájemného vztahu mezi jednotlivými doménami jsme použili Spearmanovy korelace. Korelace jsou mezi všemi doménami s výjimkou dvou, v prvním případě mezi doménami psychosociální ztráty a sociální vztahy, ve druhém případě mezi doménami fyzické změny a sociální vztahy.

7. SOUHRN

Cílem diplomové práce bylo zjistit kvalitu života seniorů a jejich postojů ke stárnutí a stáří. Teoretická část vymezuje aspekty stárnutí a stáří, postoje seniorů a společnosti ke stáří, kvalitu života a aspekty, které ji zvyšující a systém péče o seniory.

Pro zjištění kvality života byl zvolen dotazník WHOQOL-BREF, který je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100. Tento dotazník hodnotí kvalitu života seniorů v doménách fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Pro zjištění postojů ke stárnutí a stáří byl zvolen dotazník AAQ. Tento dotazník hodnotí postoje ke stárnutí a stáří v doménách psychosociální vztahy, fyzické změny a psychologický růst.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 50 seniorů (25 respondentů žijících v S - centru Hodonín, 25 respondentů žijících v domácím prostředí). Výsledky dotazníků byly porovnány z různých hledisek – věk, pohlaví, způsob bydlení, vzdělání, velikost místa, kde respondenti žijí, finanční situace, rodinný stav, dispozice kola, auta, chaty, psa, frekvence pohybové aktivity, zdravotní stav, kvalita života. Po sjednocení dat z dotazníku nebyly proměnné – velikost místa žití, subjektivní posouzení finanční situace, frekvence pohybové aktivity, vlastnictví chaty a psa dále statisticky zpracovány z důvodu převažujícího zastoupení jedné odpovědi.

Dle dotazníku WHOQOL-BREF mají senioři z našeho souboru nejvyšší kvalitu života v doméně prostředí a nejnižší v doméně fyzické zdraví. Statistické významnosti byly nalezeny mezi věkem, pohlavím, způsobem bydlení, vzděláním, rodinným stavem, dispozice kola i auta, zdravotním stavem a kvalitou života. V dotazníku AAQ se senioři nejvíce ztotožňovali s doménou fyzické změny a nejméně v doméně psychosociální ztráty. Statistické významnosti byly nalezeny mezi způsobem bydlení, vzděláním, rodinným stavem, dispozice kola, zdravotním stavem a kvalitou života. Zkoumali jsme vztah mezi postoji (dle dotazníku AAQ) a kvalitou života (dle dotazníku WHOQOL-BREF) a korelace nejsou mezi doménami psychosociální ztráty a vztahy, fyzické změny a vztahy.

8. SUMMARY

The aim of this thesis is to examine the quality of life of elderly citizens and their attitude towards old age and the process of aging. The theoretical part defines the aspects of aging, the attitude of seniors and the old age society, the quality of life and the aspects which increase quality of life, and lastly, the care system for the elderly.

To determine the quality of life, questionnaire WHOQOL-BREF was chosen, which is a short version of the questionnaire WHOQOL-100. This questionnaire evaluates the quality of life of seniors in domains of physical health, experiencing, social relationships and the environment. To determine the attitudes towards old age and aging questionnaire AAQ was chosen. This questionnaire evaluates the attitudes towards old age and aging in domains psychosocial relationships, physical changes and psychological growth.

The questionnaire survey was applicable to a sample size pool of fifty seniors (25 of respondents live in S - centrum Hodonín, 25 of respondents live in home environment). The results of the questionnaires were compared from different perspectives – age, gender, housing lifestyle, education, size of the place where the respondents live, financial situation, marital status, bicycle, car, cottage and dog ownership, frequency of physical activity, health status, and subjective perceive quality of life. After unification of the data from the questionnaire there were not any variables statistically processed due to predominanted representation of one response – It were variables financial situation, frequency of physical activity, cottage and dog ownership.

According to the WHOQOL-BREF questionnaire, seniors in our life have the highest quality of life in the field of the environment and the lowest in the domain of physical health. Statistically important results were observed in age, different gender, education, way of housing, marital status, own bicycle and car, state of health, and subjective perceive quality of life. In the AAQ questionnaire, seniors most identified with the domain of physical change and the least in the domain of psychosocial loss. Statistically important results were observed in different education, housing lifestyle, marital status, own bicycle, state of health, and subjective perceive quality of life. We examined the relationship between the attitudes (according to the questionnaire AAQ) and quality of life (according to the questionnaire WHOQOL-BREF), whereas correlations were not between psychosocial loss and social relationships, nor physical changes and social relationships.

9. REFERENČNÍ SEZNAM

Albuquerque, A. P. A., Borges-Silva, F., da Silva Borges, E. G., Pereira, A. P., & Dantas, E. H. M. (2016). Review: Physical activity [Online]. *Science*. https://doi.org/10.1016/j.scispo.2016.09.006.

Almeida Moreira, P., Roriz, A., Mello, A., & Ramos, L. (2016). Quality of Life of Institutionalized Elderly in Brazil [Online]. *Social Indicators Research*, *126*(1), 187-197. https://doi.org/10.1007/s11205-015-0888-7

Andersen LB, Schnohr P, Schroll M, & Hein HO. (2000). All-cause mortality associated with physical activity during leisure time, work, sports, and cycling to work [Online]. *Archives Of Internal Medicine*, *160*(11), 1621-8.

Bodur S, & Dayanir Cingil D. (2009). Using WHOQOL-BREF to evaluate quality of life among Turkish elders in different residential environments [Online]. *The Journal Of Nutrition, Health*, 13(7), 652-6. Retrieved from https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12603-009-0177-8

Bryant C, Bei B, Gilson K, Komiti A, Jackson H, & Judd F. (2012). The relationship between attitudes to aging and physical and mental health in older adults [Online]. *International Psychogeriatrics*, *24*(10), 1674-83. https://doi.org/10.1017/S1041610212000774

Bužgová, R., & Klechová, H. (2011). Měření postojů seniorů ke stáří [Online]. *General Practitioner / Prakticky Lekar,* 91(7), 396-401. Retrieved from http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=6ff3f73c-f86e-4254-b231-e2b41acaf794%40sessionmgr4006

Canković S, Nikolić EA, Jovanović VM, Kvrgić S, Harhaji S, & Radić I. (2016). Quality of life of elderly people living in a retirement home [Online]. *Vojnosanitetski Pregled*, 73(1), 42-6. Retrieved from http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=4ac2aea9-b785-491f-a30c-fe15a8cffa5b%40sessionmgr4006

Cruz, L., Polanczyk, C., Camey, S., Hoffmann, J., & Fleck, M. (2011). Quality of life in Brazil: normative values for the Whoqol-bref in a southern general population sample [Online]. *Quality Of Life Research*, *20*(7), 1123-1129. https://doi.org/10.1007/s11136-011-9845-3

Cummins, R. A. (1997). *Comprehensive quality of life scale: adult: manual* (5th ed. (ComQol-A5).). Burwood Vic.: Deakin University School of Psychology.

Retrieved from http://www.deakin.edu.au/research/acqol/instruments/comqol-scale/comqol-a5.pdf.

Čevela, R., Kalvach, Z., & Čeledová, L. (2012). *Sociální gerontologie, úvod do problematiky.* Praha: Grada Publishing.

Dacica, L. (2014). Study regarding the health coefficients for the citizens who practice free time sport activities for the increase of life quality [Online]. *Timisoara Physical Education*, *6*(12), 7-12. Retrieved from http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=2394d242-e42e-4866-85c3-583528eea769%40sessionmgr4010.

Dragomirecká, E. & Bartoňová, J. (2006). *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku.* Psychiatrické centrum Praha.

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

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

Furstenberg, A. -L. (2002). Trajectories of Aging: Imagined Pathways in Later Life [Online]. *International Journal Of Aging And Human Development*, *55*(1), 1-24. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890406516303905?

Hájek, B., Hofbauer, B., & Pávková, J. (2003). *Pedagogika volného času*. Univerzita Karlova v Praze: Pedagogická fakulta.

Hartl, P., & Hartlová, H. (2009). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.

Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team.

Haškovcová, H. (2010). *Sociální gerontologie*. Praha: Galén.

Hnilicová, H. (2003). *Kvalita života*. *K vymezení pojmu a jeho aplikaci v medicíně a ve zdravotnictví*. Lékařské listy.

Hofbauer, B. (2004). *Děti, mládež a volný čas*. Praha: Portál.

Holmerová, I., Rokosová, M., & Vaňková, H. (2006). Pohled na pacienta vyššího věku. [online]. *Medicína pro praxi*, 3 (4), 180-183. Retrieved from: http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2006/04/07.pdf

Hudáková, A., & Majerníková, Ľ. (2013). *Kvalita života seniorů v kontextu ošetřovatelství*. Praha: Grada Publishing.

Janečková, H. (2005). *Bydlení seniorů-kvalita domova jako podmínka kvality života*. Gerontologické aktuality.

Janečková, H., Dragomirecká, E., Holmerová, I., & Vaňková, H. (2013). The attitudes of older adults living in institutions and their caregivers to ageing [Online]. *Central European Journal Of Public Health*, *21*(2), 63-71.

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

Jarošová, D. (2006). *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta.

Kalvach, Z. (2004) *Tělesné projevy stáří. In Geriatrie a gerontologie.* Praha Publishing.

Kalvach, Z. (2005). *Senior a já - já a senior?* Praha: Společnost přátelská všem generacím.

Klevetová, D., & Dlabalová, I. (2008). *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing.

Kotýnková, M., & Červenková, A. (2001). *Začlenění seniorů v sociální struktuře soudobé společnosti*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí.

Kozáková, Z., & Müller, O. (2006). *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku.* Olomouc: Univerzita Palackého.

Krejčířová, O., & Treznerová, I. (2011). *Malý lexikon sociálních služeb.* Olomouc: Univerzita Palackého.

Krzepota, J., Florkiewicz, B., & Biernat, E. (2015). The Relationship between Levels of Physical Activity and Quality of Life among Students of the University of the Third Age [Online]. *Central European Journal Of Public Health*, *23*(4), 335-339. Retrieved from http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=25&sid=ef83d8e9-d99c-47ac-a495-0df833673b9f%40sessionmgr103.

Langmeier, J., & Krejčířová, D. (1998) *Vývojová psychologie.* Praha: Grada.

Lin, C. -Y., Li, Y. -P., Lin, S. -I., & Chen, C. -H. (2016). Measurement equivalence across gender and education in the WHOQOL-BREF for community-dwelling elderly Taiwanese [Online]. *International Psychogeriatrics*, *28*(8), 1375-1382. https://doi.org/10.1017/S1041610216000594

Low G, Molzahn AE, & Schopflocher D. (2013). Attitudes to aging mediate the relationship between older peoples' subjective health and quality of life in 20 countries [Online]. *Health And Quality Of Life Outcomes*, 11, 146. https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-146

Malíková, E. (2011). *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních.* Praha: Grada Publishing.

Malíková, E. (2011). *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing.

Malíková, E. (2011). *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing.

Marques, S., Swift, H. J., Vauclair, C. -M., Lima, M. L., Bratt, C., & Abrams, D. (2015). 'Being old and ill' across different countries: Social status, age identification and older people's subjective health [Online]. *Psychology*, *30*(6), 699-714. Retrieved from http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=7bef249b-aa2d-4abd-a73b-0eec727b0922%40sessionmgr4008.

Maříková, H., Petrusek, M., & Vodáková, A. et all. (1996). *Velký sociologický slovník I.* Praha: Karolinum.

Matoušek, O. (2007). *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál.

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

MPSV. (2008).*Quality of life in old age: national programme of preparation for ageing for 2008-2012*. (2008). Prague: Ministry of Labour and Social Affairs.

MPSV. (2012). *Národní strategie podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017.* Retrieved 31.10.2017 from the World Wide Web: https://www.mpsv.cz/files/clanky/13099/Teze_NS.pdf.

Mühlpachr, P. (2004). *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita.

Mühlpachr, P. (2004). *Gerontopedagogika.* Brno: Masarykova univerzita.

Mühlpachr, P., & Staníček, P. (2001). *Geragogika pro speciální pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita.

Nakonečný, M. (1999). *Sociální psychologie*. Praha: Academia.

Ondrušová, J. (2011). *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum.

Pacovský, V. (1990). *O stárnutí a stáří*. 1.vyd. Praha: Avicenum.

Pacovský, V. (1997). *Proti věku není léku? Úvahy o stárnutí a stáří.* 1. vyd. Praha: Karolinum.

Panday, R., Kiran, M., Srivastava, P., & Kumar, S. (2015). A study on quality of life between elderly people living in old age home and within family setup

[Online]. *Dysphrenia*, *6*(2), 127-131. https://doi.org/10.5958/2394-2061.2015.00010.5

Pávková, J. (2014). *Pedagogika volného času*. Praha: Univerzita Karlova.

Payne, J. et al. (2005). *Kvalita života a zdraví*. Vyd. 1. V Praze: Triton.

Petřková, A., & Čornaničová, R. (2004). *Gerontagogika: úvod do teorie a praxe edukace seniorů*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého.

Physical Activity and Older Adults [Online]. (2005). Retrieved December 15, 2017, from http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/en/

Pidrman, V., & Kolibáš, E. (2005). *Změny jednání seniorů.* Praha: Galén.

Řehan, V. (2007). *Sociální psychologie 2.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

S - centrum Hodonín [Online]. (2017). Retrieved November 04, 2017, from http://www.s-centrum-hodonin.eu/zivot-v-domove/?menu=6.

Sak, P., & Kolesárová, K. (2012). *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada Publishing.

Slepičková, I. (2005*). Sport a volný čas*. Praha: Karolinum.

Sýkorová, D. Chytil, O. Loučková, I., Popelková, R., & Příhodová, A. (2003). *Senioři ve společnosti strategie zachování osobní autonomie*. 1. vyd. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity.

Thornton, R. (1981). Demographic antecedents of a revitalization movement: population change, population size, and the 1890 Ghost Dance [Online]. *American Sociological Review*, *46*(1), 88. Retrieved from http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=3&sid=7897d5f8-4f85-44fc-8ff7-dabc7ff6f3f9%40sessionmgr4010&bdata=JnNpdGU9ZWRzLWxpdmU%3d#AN=edsupe.9439&db=edsupe.

Trentini, C., Wagner, G., Chachamovich, E., Figueiredo, M., da Silva, L., Hirakata, V., & Fleck, M. (2012). Subjective perception of health in elderly inpatients [Online]. *International Journal Of Psychology*, 47(4), 279-286. Retrieved from http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=ece32a45-d16e-47e2-9c7c-a4e7765bd0e4%40sessionmgr4006

Vaďurová, H., & Mühlpachr, P. (2005). *Kvalita života, teoretická a metodologická východiska.* Brno: MZK-UK.

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

Vágnerová, M. (2008). *Vývojová psychologie dospělosti II*. Praha: Karolinum.

Venglářová, M. (2007). *Problematické situace v péči o seniory.* 1. Vydání. Praha: Grada Publishing.

Weber, K., Canuto, A., Giannakopoulos, P., Mouchian, A., Meiler-Mititelu, C., Meiler, A., et al. (2015). Personality, psychosocial and health-related predictors of quality of life in old age [Online]. *Aging*, *19*(2), 151-158. https://doi.org/10.1080/13607863.2014.920295.

WHO. (1997). *Measuring Quality of Life*. World Health Organisation. Retrieved from www.who.int/mental_health/media/68.pdf.

Yoo J, Kim Y, Cho ER, & Jee SH. (2017). Biological age as a useful index to predict seventeen-year survival and mortality in Koreans [Online]. *Bmc Geriatrics*, *17*(1), 7. https://doi.org/10.1186/s12877-016-0407-y.

Zavázalová, H. (2001). *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum.

Zavázalová, H. (2001). *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum.

10. PŘÍLOHY

Seznam příloh:

Příloha 1 Žádost o umožnění provedení šetření
Příloha 2 Informovaný souhlas
Příloha 3 Dotazník o osobních údajích
Příloha 4 Dotazník kvality života WHOQOL-BREF
Příloha 5 Dotazník postoje ke stárnutí a stáří AAQ
Příloha 6 Zastoupení výzkumného souboru v četnosti a procentech (n=50)
Příloha 7 Intervaly populačních norem domén AAQ (z průměrných hodnot skórů)
Příloha 8 Krabicový graf kvality života domény fyzické zdraví z hlediska věku
Příloha 9 Krabicový graf kvality života domény prožívání z hlediska pohlaví
Příloha 10 Krabicový graf kvality života domény fyzické zdraví z hlediska bydlení
Příloha 11 Krabicový graf kvality života domény prožívání z hlediska vzdělání
Příloha 12 Krabicový graf kvality života domény vztahy z hlediska rodinného stavu
Příloha 13 Krab. graf kvality života domény fyzické zdraví z hlediska vlastnictví kola
Příloha 14 Krab. graf kvality života domény fyzické zdraví z hlediska vlastnictví auta
Příloha 15 Krabicový graf kvality života domény vztahy z hlediska vlastnictví auta
Příloha 16 Krab. graf kvality života domény fyzické zdraví z hlediska zdravotního stavu
Příloha 17 Krab. graf kvality života domény fyzické zdraví z hlediska kvality života
Příloha 18 Krabicový graf kvality života domény prožívání z hlediska kvality života
Příloha 19 Krabicový graf postojů ke stárnutí a stáří z hlediska způsobu bydlení
Příloha 20 Krabicový graf postojů ke stárnutí a stáří z hlediska vzdělání
Příloha 21 Krabicový graf postojů ke stárnutí a stáří z hlediska rodinného stavu
Příloha 22 Krabicový graf postojů ke stárnutí a stáří z hlediska dispozice kola
Příloha 23 Krabicový graf postojů ke stárnutí a stáří z hlediska subjektivního vyjádření zdravotního stavu doméně psychosociální ztráty
Příloha 24 Krabicový graf postojů ke stárnutí a stáří z hlediska subjektivního vyjádření zdravotního stavu v doméně fyzické zdraví
Příloha 25 Krabicový graf postojů ke stárnutí a stáří z hlediska subjektivního vyjádření kvality života v doméně psychosociálních ztrát
Příloha 26 Krabicový graf postojů ke stárnutí a stáří z hlediska subjektivního vyjádření kvality života v doméně fyzických změn
Příloha 27 Celkové skóre jednotlivých zemí dotazníku WHOQOL-BREF a skóre v jednotlivých doménách dotazníku AAQ

Příloha 1

Vážený pane řediteli,

Bc. Václav Polách

S - centrum Hodonín

Na Pískách 4037/11

Hodonín

69501

Věc: Žádost o umožnění provedení šetření pro bakalářskou práci

Vážení,

chtěli bychom Vás požádat o možnost uskutečnit šetření v rámci zpracování diplomové práce. Student 3. ročníku Radka Hřebačková by se ve své práci chtěl zabývat hodnocením kvality života uživatelů Vašeho domova seniorů. Poskytnuté informace využije pouze pro bakalářskou práci. Student se potřebuje spojit s uživateli Vaší služby, ty požádá o vyplnění dotazníků. Klienti se sami rozhodnou, na základě dobrovolnosti, zda se šetření účastní či nikoliv.

Student potřebuje ke své práci Váš souhlas s pohybem po domově seniorů a šetřením. Získané informace budou prezentovány v práci bez osobních dat.

Za umožnění šetření předem děkujeme.

Vedoucí práce: Mgr. Julie Wittmannová, Ph. D.

Katedra APA, FTK UP Olomouc

……..

V Olomouci dne 18. 10. 2017

Příloha 2

Informovaný souhlas

Studie: Kvalita života seniorů v domově seniorů (pracovní název).

Jméno:

Datum narození:

Účastník(ce) byl(a) do studie zařazen(a) pod číslem:

1. Já, níže podepsaný(á) souhlasím s mou účastí ve studii. Je mi více než 18 let.
2. Byl(a) jsem podrobně instruován(a) o cíli studie, o jejích postupech a o tom, co se ode mě očekává. Beru na vědomí, že prováděná studie je výzkumnou činností.
3. Porozuměl(a) jsem tomu, že svou účast ve studii mohu kdykoliv přerušit či odstoupit. Moje účast ve studii je dobrovolná.
4. Při zařazení do studie budou moje osobní data uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle platných zákonů ČR. Je zaručena ochrana důvěrnosti mých osobních dat. Při vlastním provádění studie mohou být osobní údaje poskytnuty jiným než výše uvedeným subjektům pouze bez identifikačních údajů, tzn. anonymní data pod číselným kódem. Rovněž pro výzkumné a vědecké účely mohou být moje osobní údaje poskytnuty pouze bez identifikačních údajů (anonymní data) nebo s mým výslovným souhlasem.
5. S mojí účastí ve studii není spojeno poskytnutí žádné odměny.
6. Porozuměl(a) jsem tomu, že mé jméno se nebude nikdy vyskytovat v referátech o této studii. Já naopak nebudu proti použití výsledků z této studie.

Datum: Datum:

Podpis účastníka(ce) Podpis osoby pověřené touto studií:

Příloha 3

OSOBNÍ ÚDAJE – doplňte či zaškrtněte

VĚK: ……

POHLAVÍ: □ MUŽ □ ŽENA

ZPŮSOB BYDLENÍ: □ V ZAŘÍZENÍ □ DOMA

NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ:

□ základní

□ střední bez maturity

□ střední s maturitou

□ vysokoškolské

Kam zařadíte místo, kde žijete?

□ velké město (> 100 000 obyvatel)

□ středně velké město (30 000 - 100 000 obyvatel)

□ menší město (1000 - 29 999 obyvatel)

□ malá obec/vesnice (< 1000 obyvatel)

Jak byste v porovnání s ostatními rodinami (popř. jednotlivci v případě, že žijete sám/sama) hodnotil/a svou finanční situaci a hmotné zabezpečení:

□ výrazně podprůměrné

□ mírně podprůměrné

□ průměrné

□ mírně nadprůměrné

□ výrazně nadprůměrné

Rodinný stav:

□ svobodný/á

□ ženatý/vdaná, s druhem

□ rozvedený/á

□ vdovec/vdova

Máte k dispozici

- kolo □ ANO □ NE

- auto □ ANO □ NE

- chatu, chalupu □ ANO □ NE

Máte psa?

□ ANO

□ NE

Účastníte se pravidelně organizovaného cvičení ve skupině cvičenců, které trvá alespoň 30 minut?

□ NE kolikrát týdně: □ 1krát □ 2krát □ 3krát a víc

Jak jste spokojená/ý se svým zdravotním stavem?

□ velmi spokojený/á

□ spíše spokojený/á

□ ani spokojený/á – ani nespokojený/á

□ spíše nespokojený/á

□ úplně nespokojený/á

Jak hodnotíte kvalitu svého života?

□ velmi dobrá

□ dobrá

□ ani dobrá ani slabá

□ slabá

□ velmi slabá

Příloha 4

KVALITA ŽIVOTA
DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

WHOQOL-BREF (krátká verze)

INSTRUKCE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximál-ně
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

Příloha 5

Postoje ke stárnutí a stáří (WHO) AAQ - česká verze

Instrukce

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

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

Bojím se stárnutí.

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

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

Děkujeme Vám za spolupráci

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

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

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

2. Je výsadou dožít se vyššího věku.

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

3. Stáří je čas samoty.

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

5. Stáří s sebou přináší mnoho příjemných věcí.

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

6. Stáří je čas depresí.

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

7. Cvičení je důležité v každém věku.

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

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

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

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

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

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

10. Jak stárnu, jsem vůči sobě tolerantnější.

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

11. Necítím se starý/á.

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

12. Stáří vidím hlavně jako období ztrát.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

18. Je velmi důležité předat své zkušenosti mladým lidem.

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

19. Věřím, že můj život má význam.

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

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

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

21. Chci dávat dobrý příklad mladým lidem.

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

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

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

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

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

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

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

Děkujeme vám za spolupráci

Příloha 6 Zastoupení souboru v četnosti a procentech (n=50)

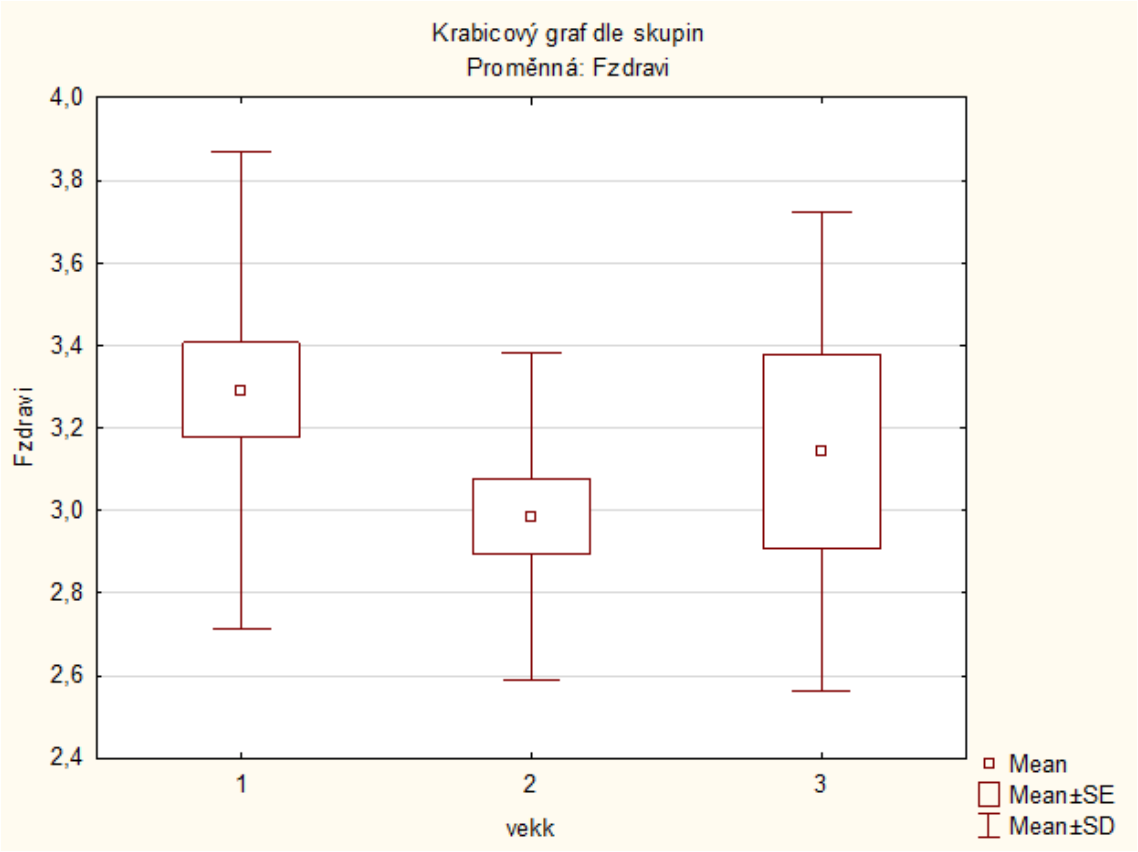
	Charakteristika	n	%
Pohlaví	muž	19	38 %
	žena	31	62 %
Věk	rané stáří – 60–74 let	24	48 %
	vlastní stáří – 75–89 let	20	40 %
	dlouhověkost stáří – 90 let a více	6	12 %
Bydlení	v zařízení	25	50 %
	doma	25	50 %
Vzdělání	základní	20	40 %
	střední bez maturity	9	18 %
	střední s maturitou	17	34 %
	vysokoškolské	4	8 %
Místo, kde žijete	velké město	0	0 %
	středně velké město	0	0 %
	menší město	43	86 %
	malá obec/vesnice	7	14 %
Finanční situace	výrazně podprůměrné	1	2 %
	mírně podprůměrné	5	10 %
	průměrné	32	64 %
	mírně nadprůměrné	12	24 %
	výrazně nadprůměrné	0	0 %
Rodinný stav	svobodný	1	2 %
	ženatý/vdaný	17	34 %
	rozvedený/á	7	14 %
	vdovec/vdova	25	50 %
Kolo	ano	19	38 %
	ne	31	62 %
Auto	ano	17	34 %
	ne	33	66 %
Chata/chalupa	ano	9	18 %
	ne	41	82 %

Pes	ano	9	18 %
	ne	41	82 %
Pohybová aktivita	ne	41	82 %
	1krát	7	14 %
	2krát	1	2 %
	3krát a víc	1	2 %
Zdravotní stav	velmi spokojený/á	6	12 %
	spíše spokojený/á	19	38 %
	ani spokojený/á – ani nespokojený/á	12	24 %
	spíše nespokojený/á	8	16 %
	úplně nespokojený/á	5	10 %
Kvalita života	velmi spokojený/á	11	22 %
	spíše spokojený/á	21	42 %
	ani spokojený/á – ani nespokojený/á	7	14 %
	spíše nespokojený/á	8	16 %
	úplně nespokojený/á	3	6 %

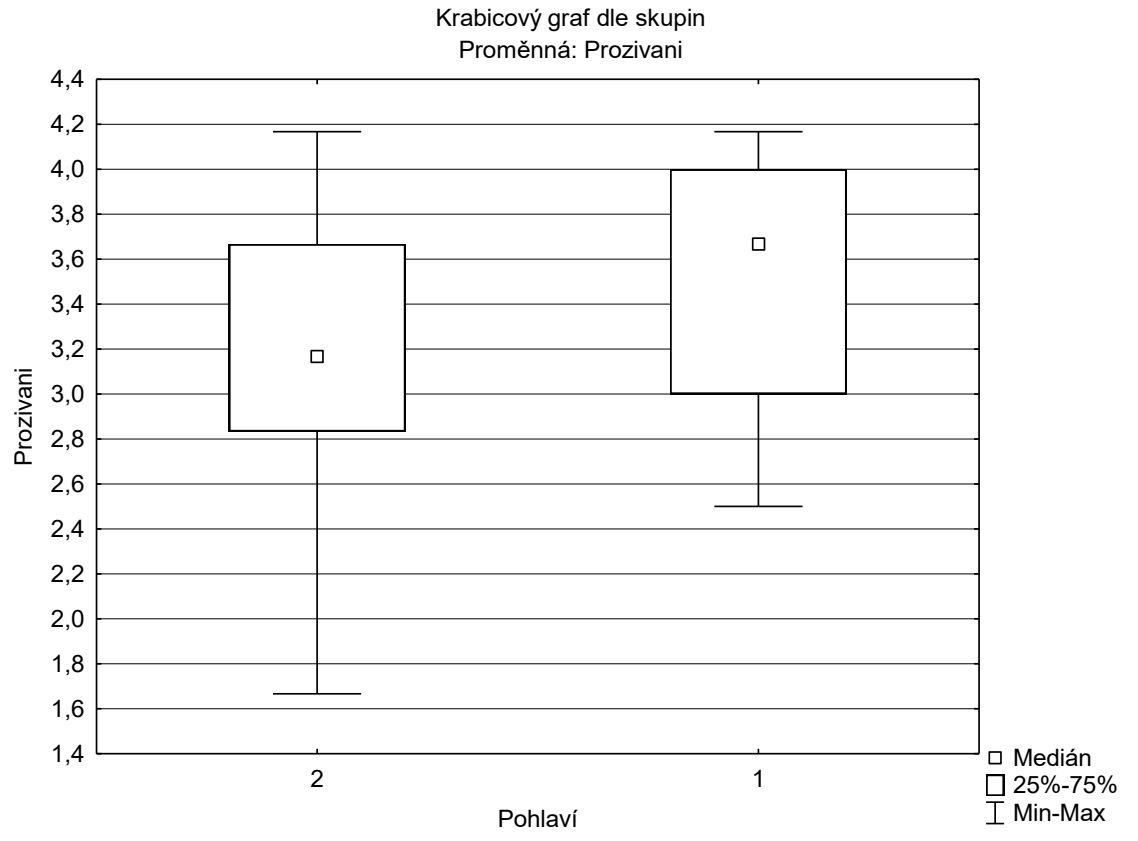
Příloha 7
Intervaly populačních norem domén AAQ (z průměrných hodnot skórů)

domény		rozšířený	interval NORMY			rozšířený
		nižší míra souhlasu	spodní hranice	průměr	horní hranice	vyšší míra souhlasu
PSZTRAT	psychosociální ztráty	19,8	22,7	25,58	28,5	31,4
FYZZMEN	fyzické změny	18,4	21,1	23,83	26,6	29,3
PRUST	psychologický růst	22,1	24,1	26,17	28,2	30,3

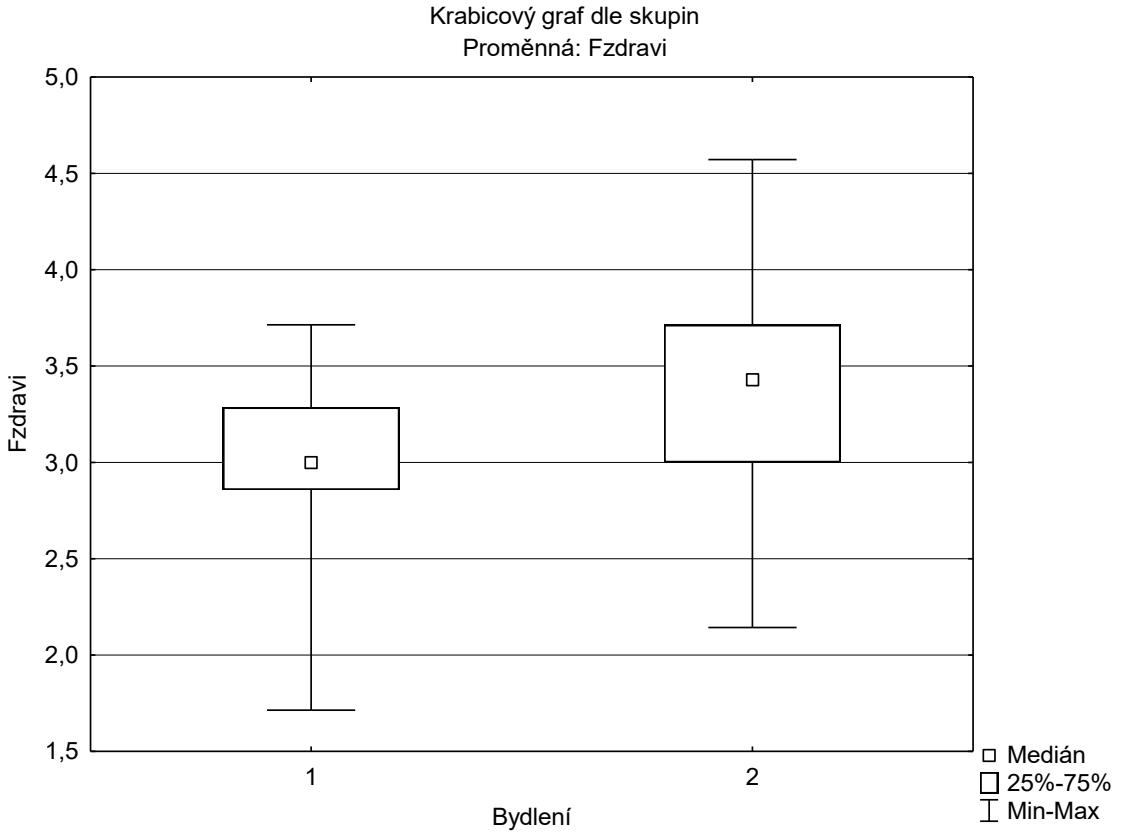
Příloha 8



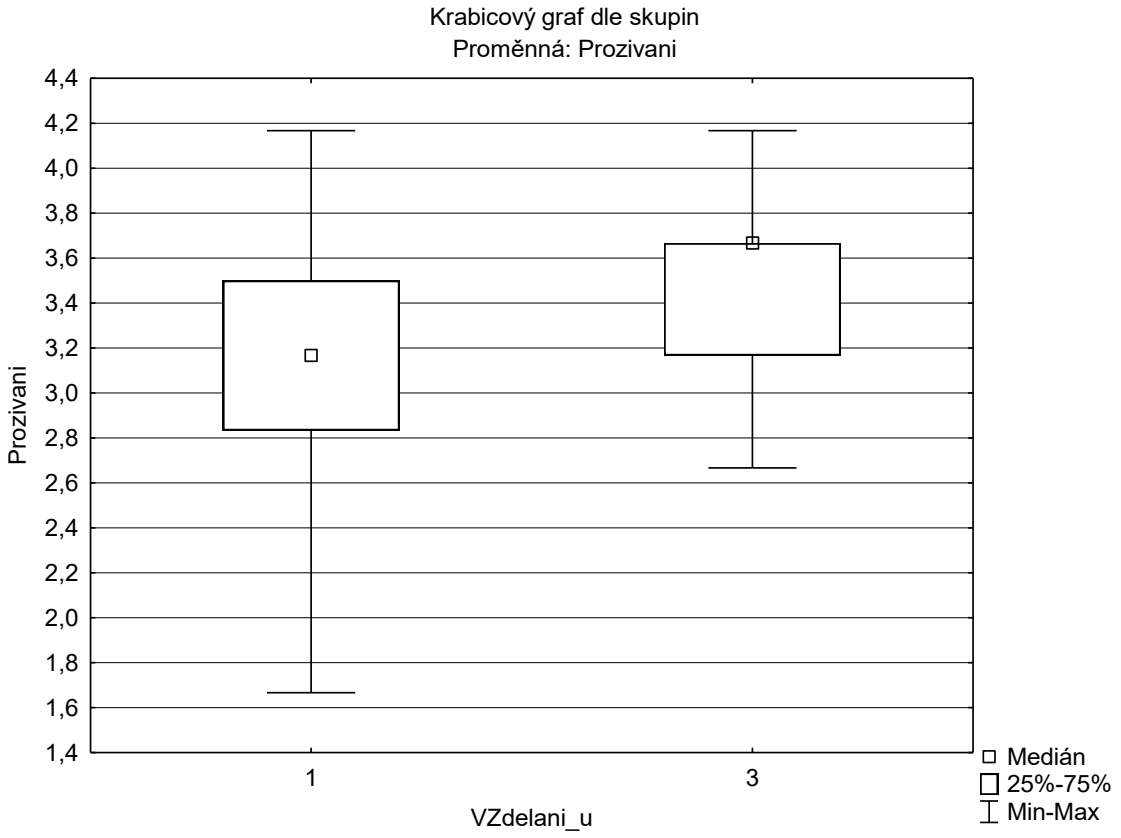
Příloha 9



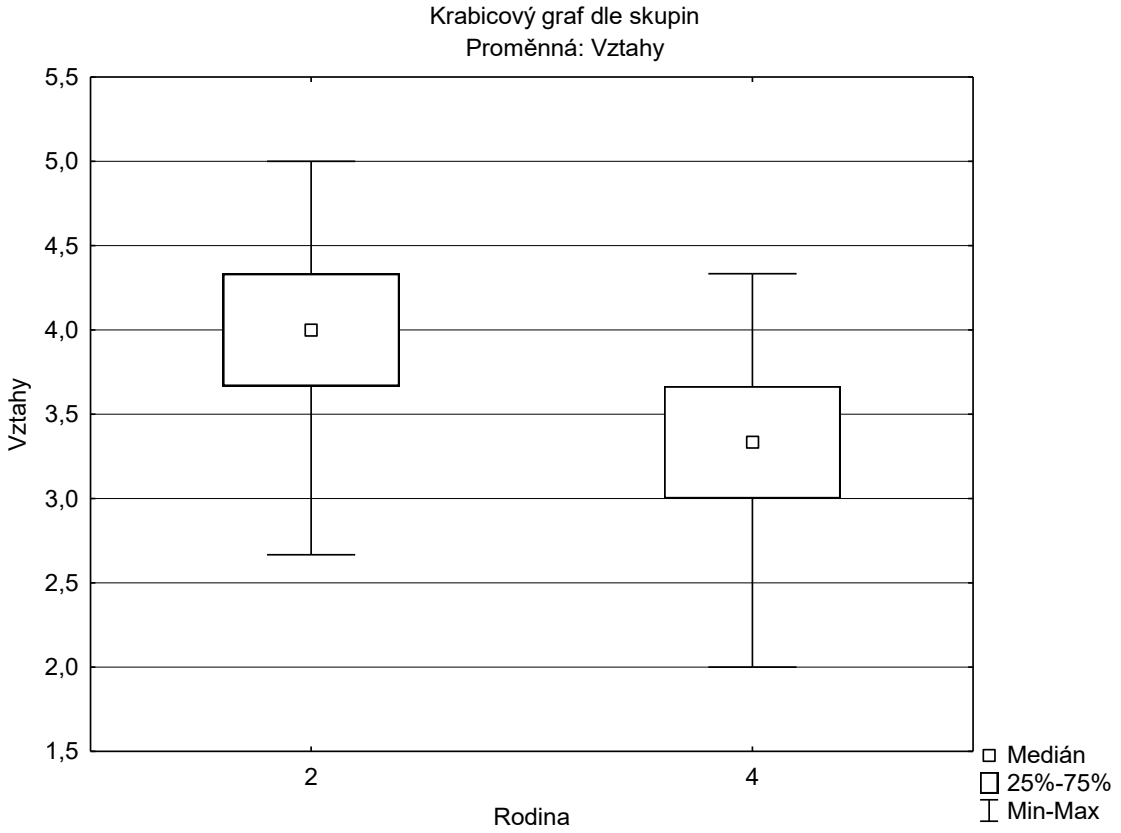
Příloha 10



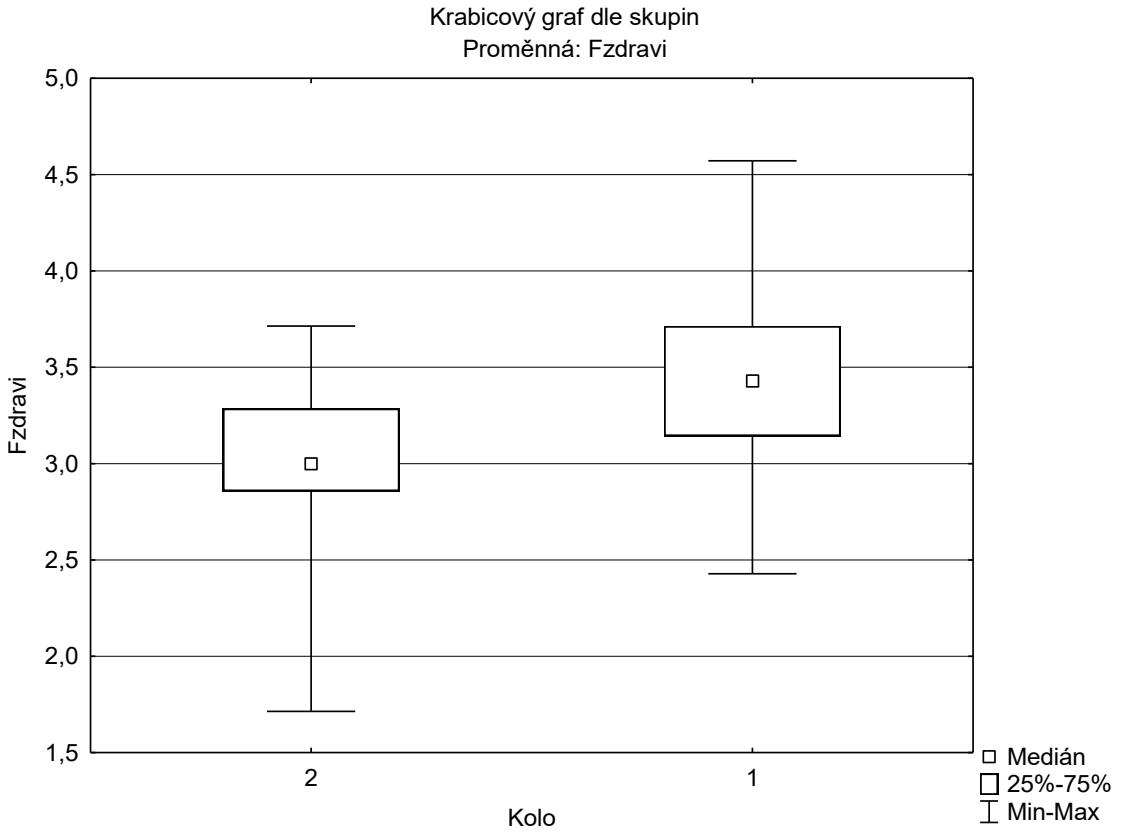
Příloha 11



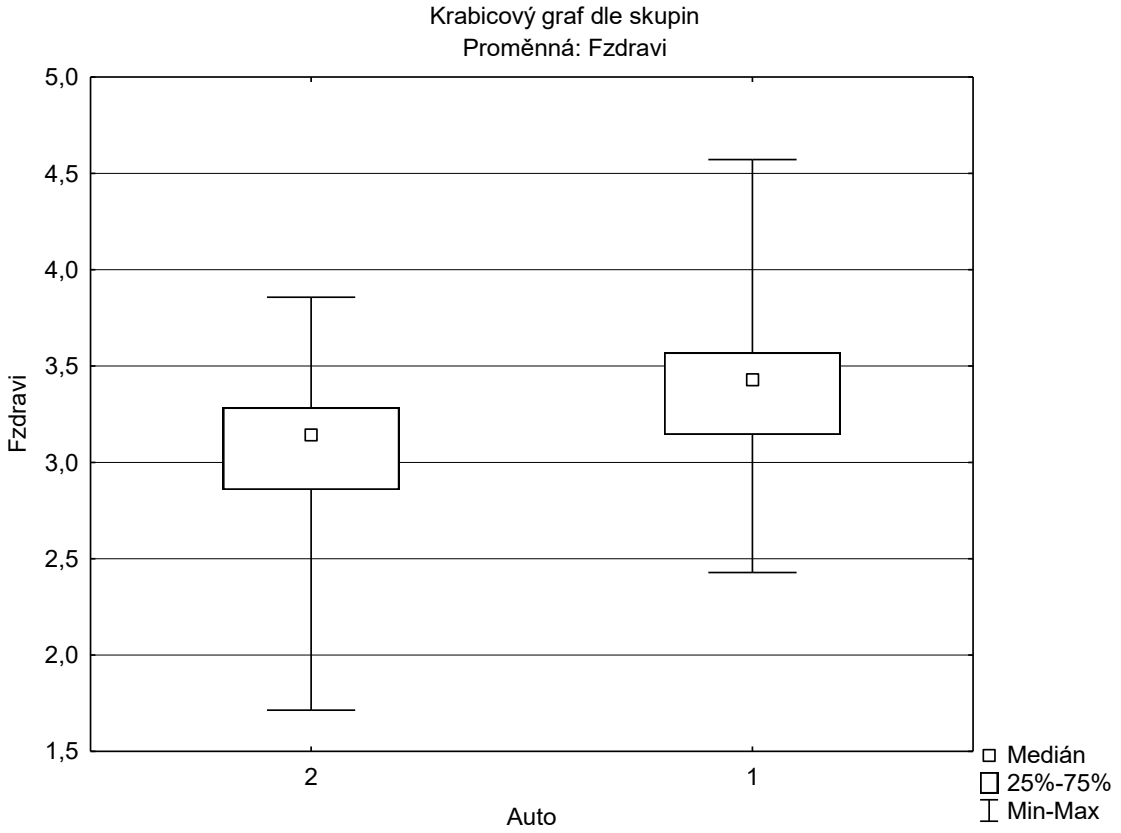
Příloha 12



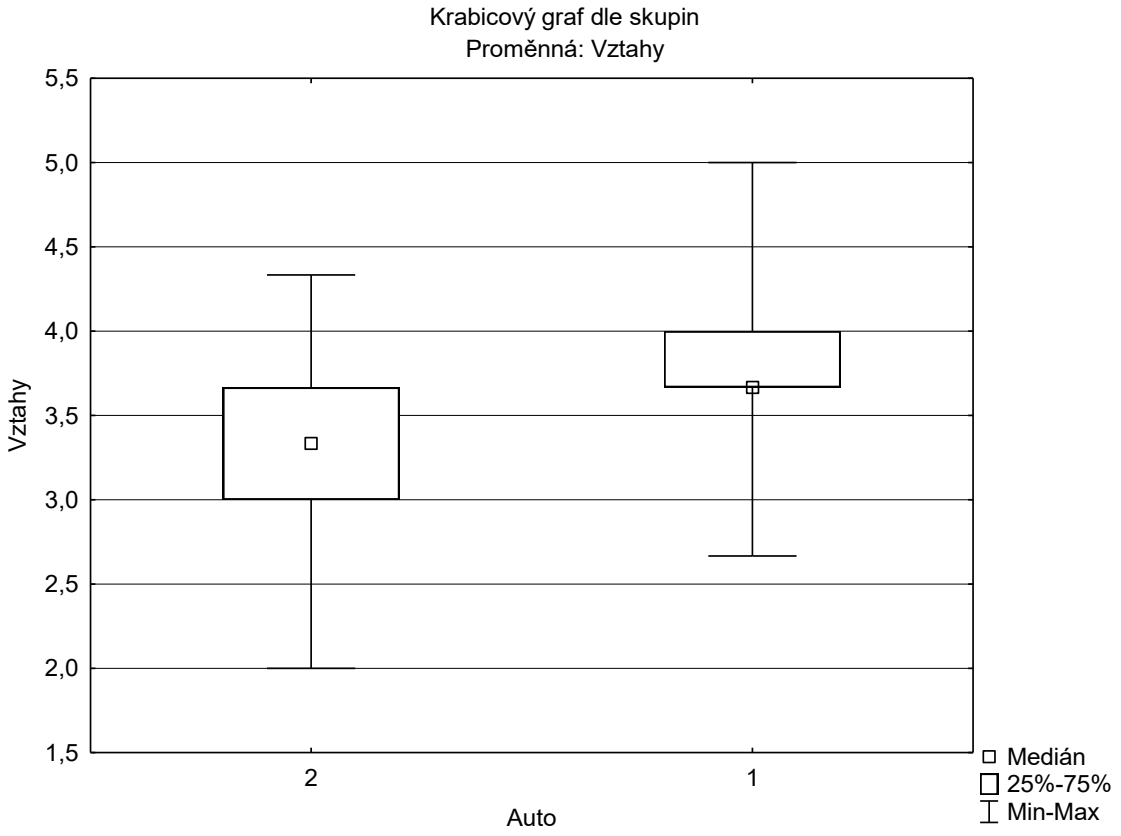
Příloha 13



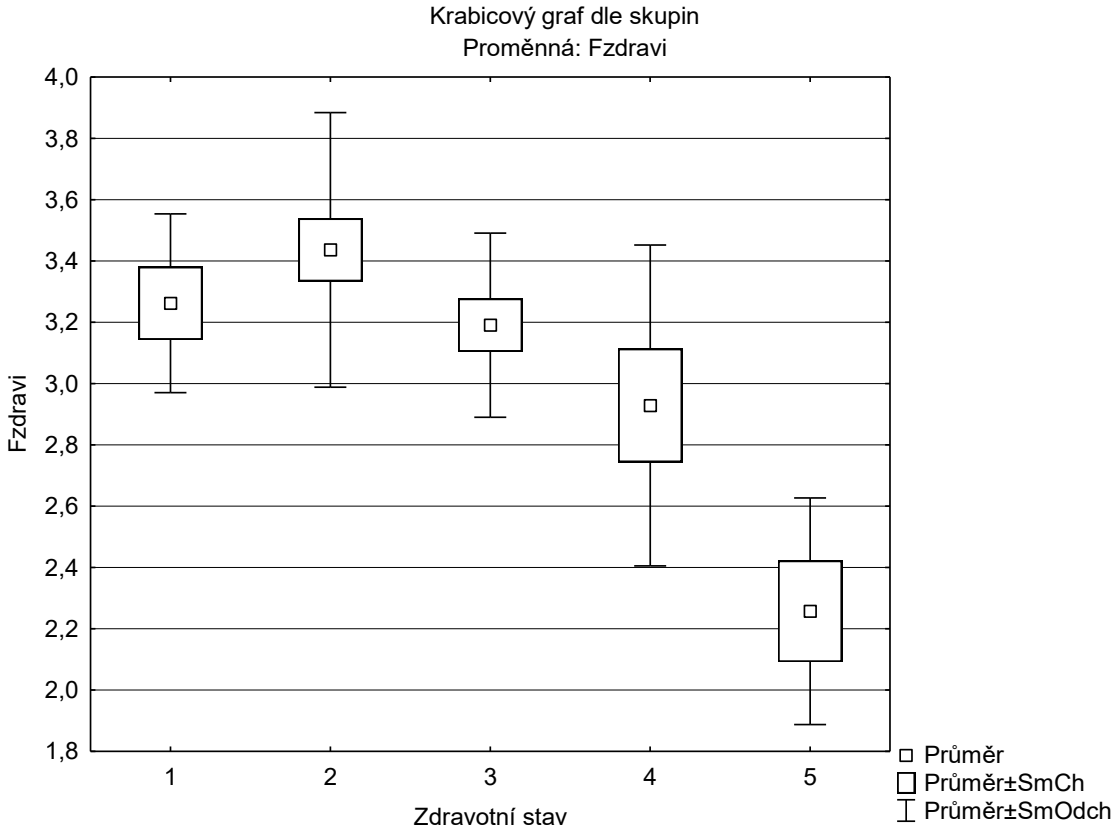
Příloha 14



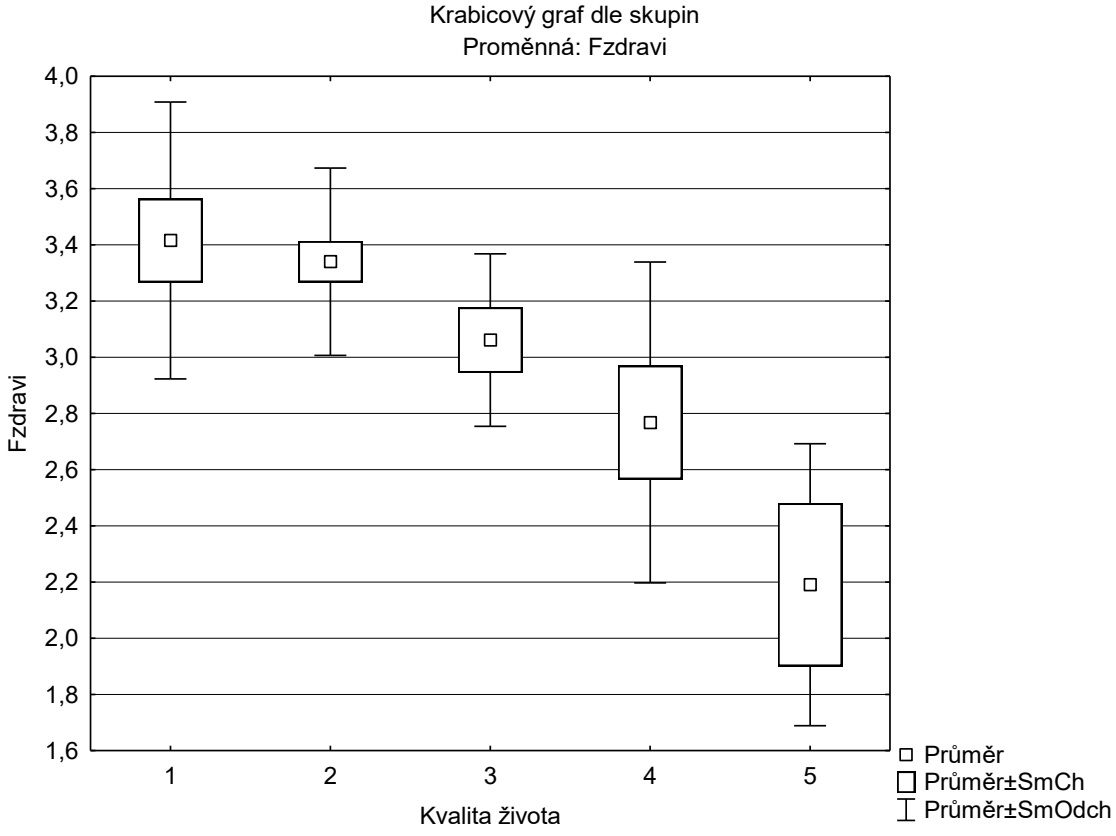
Příloha 15



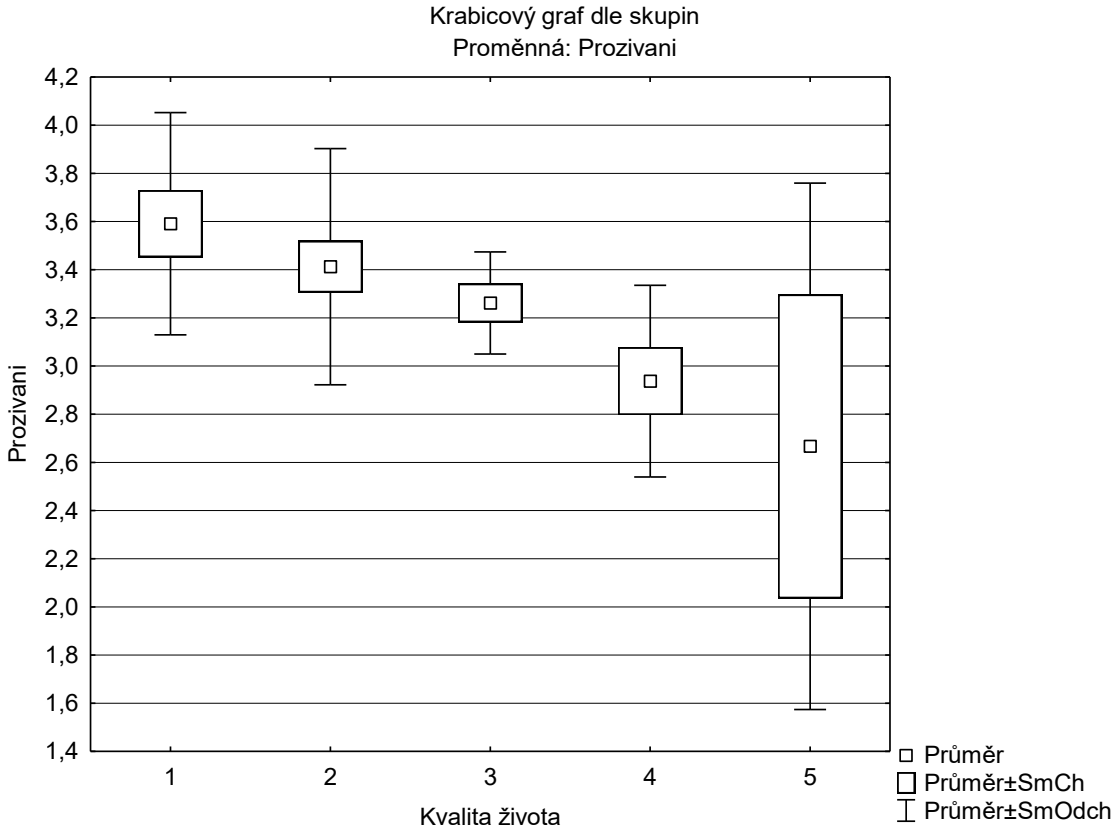
Příloha 16



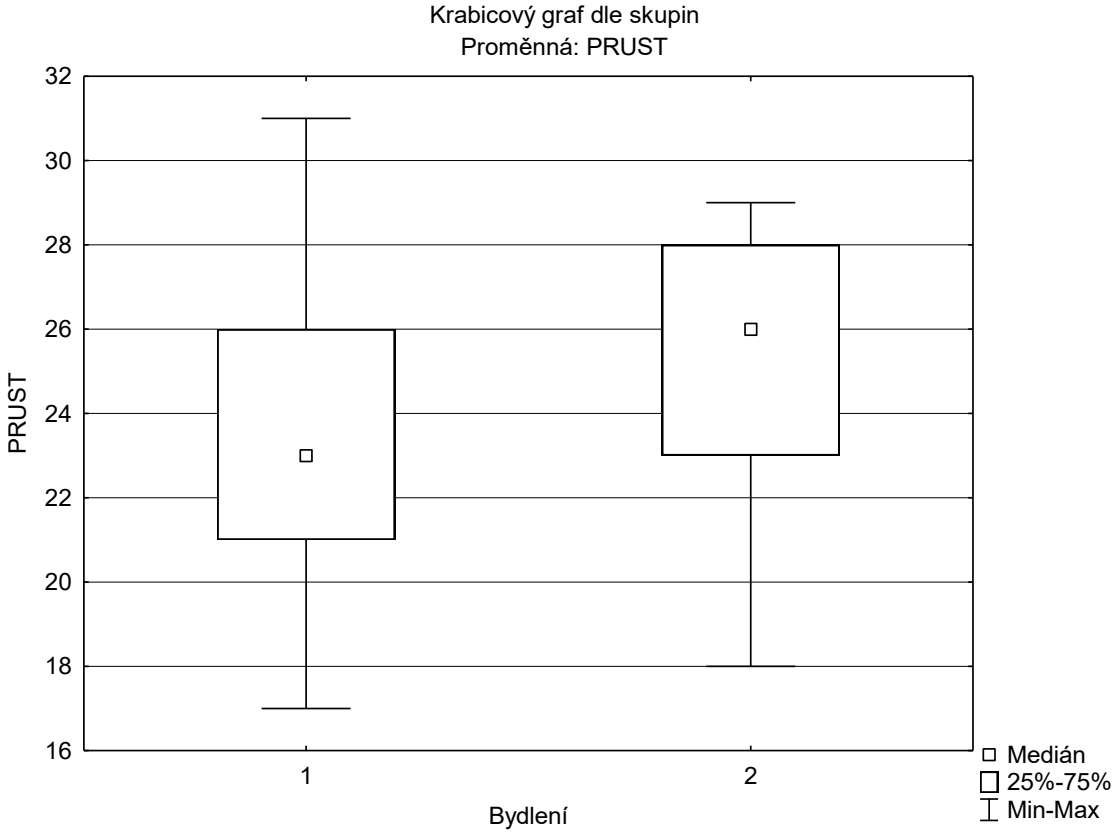
Příloha 17



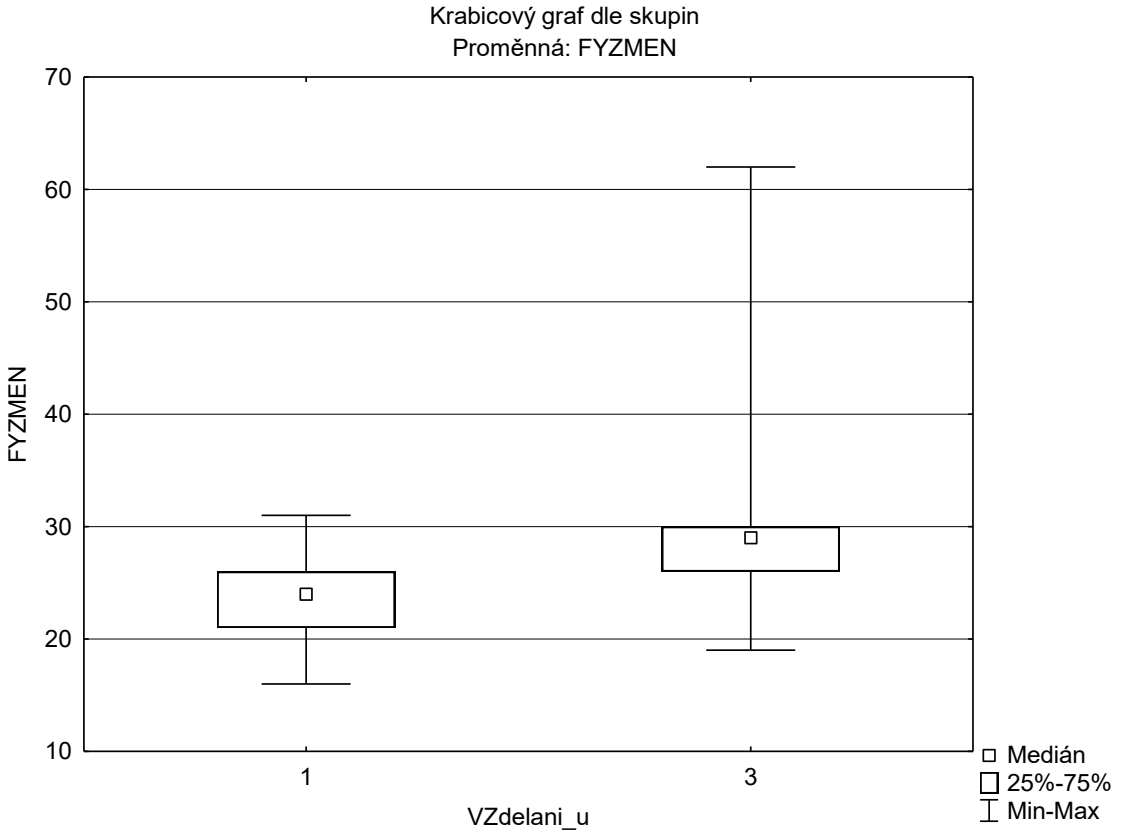
Příloha 18



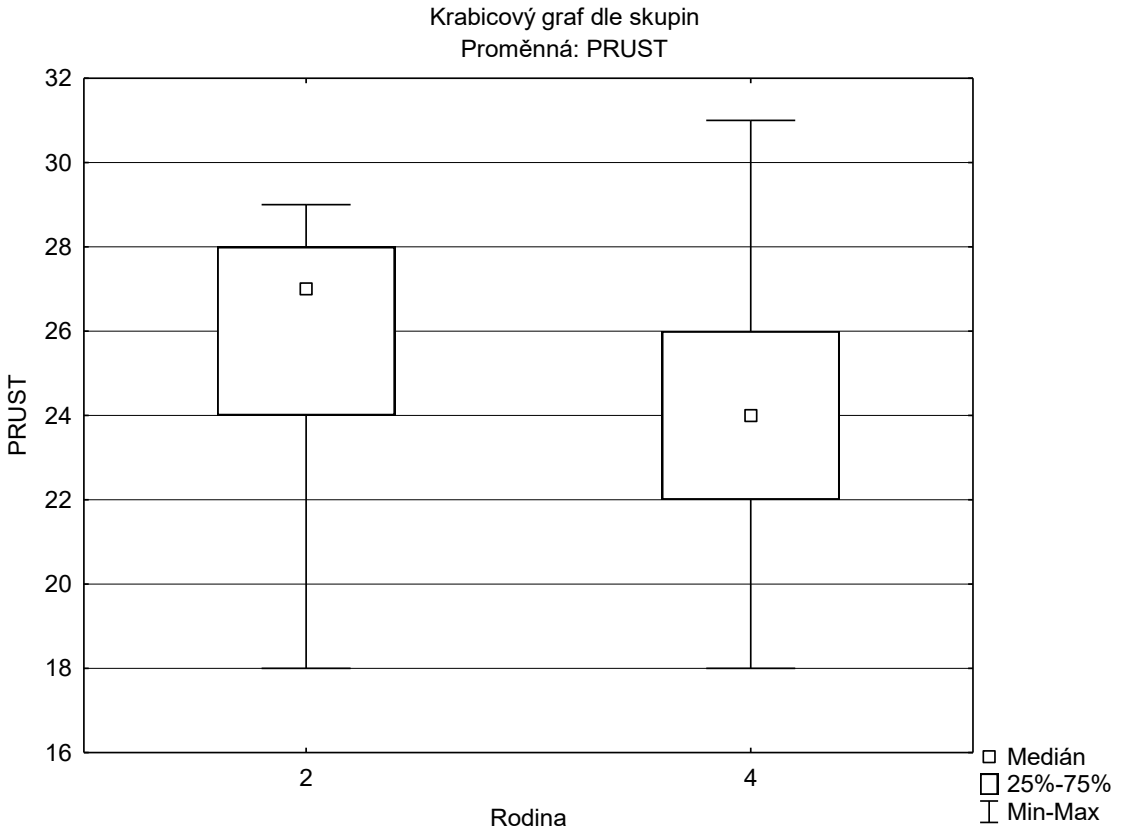
Příloha 19



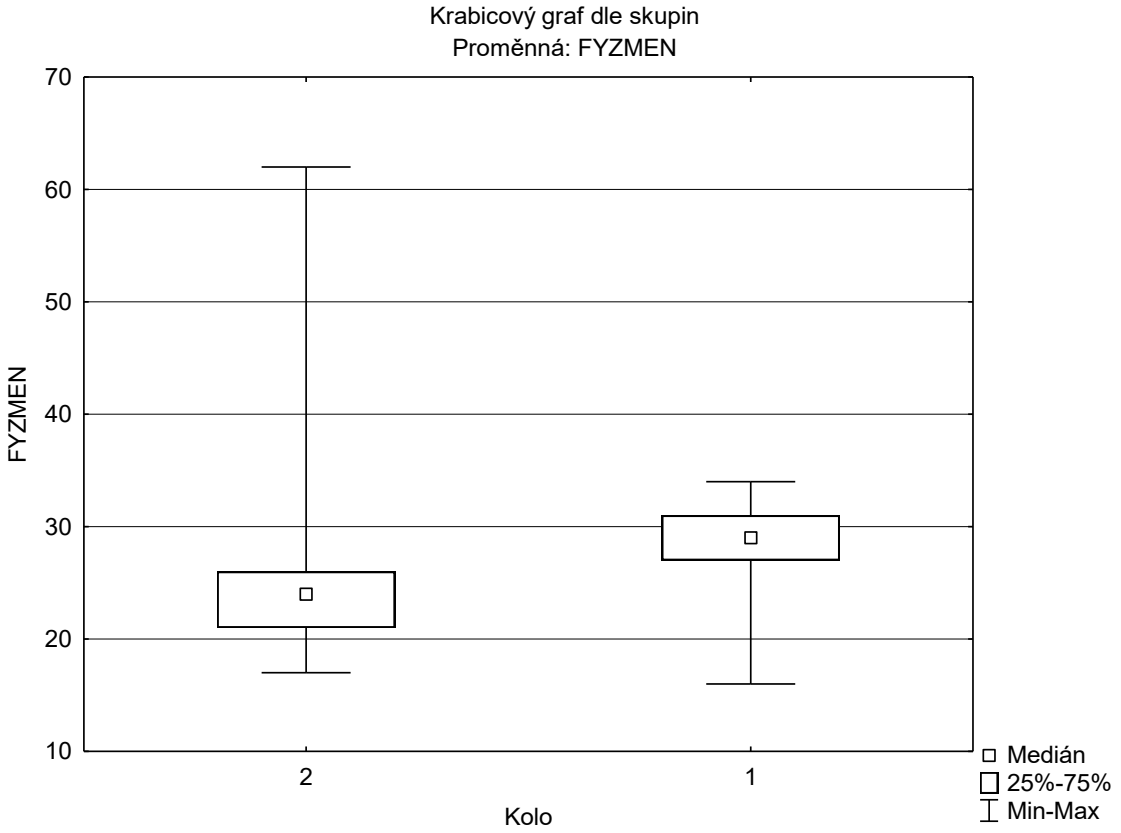
Příloha 20



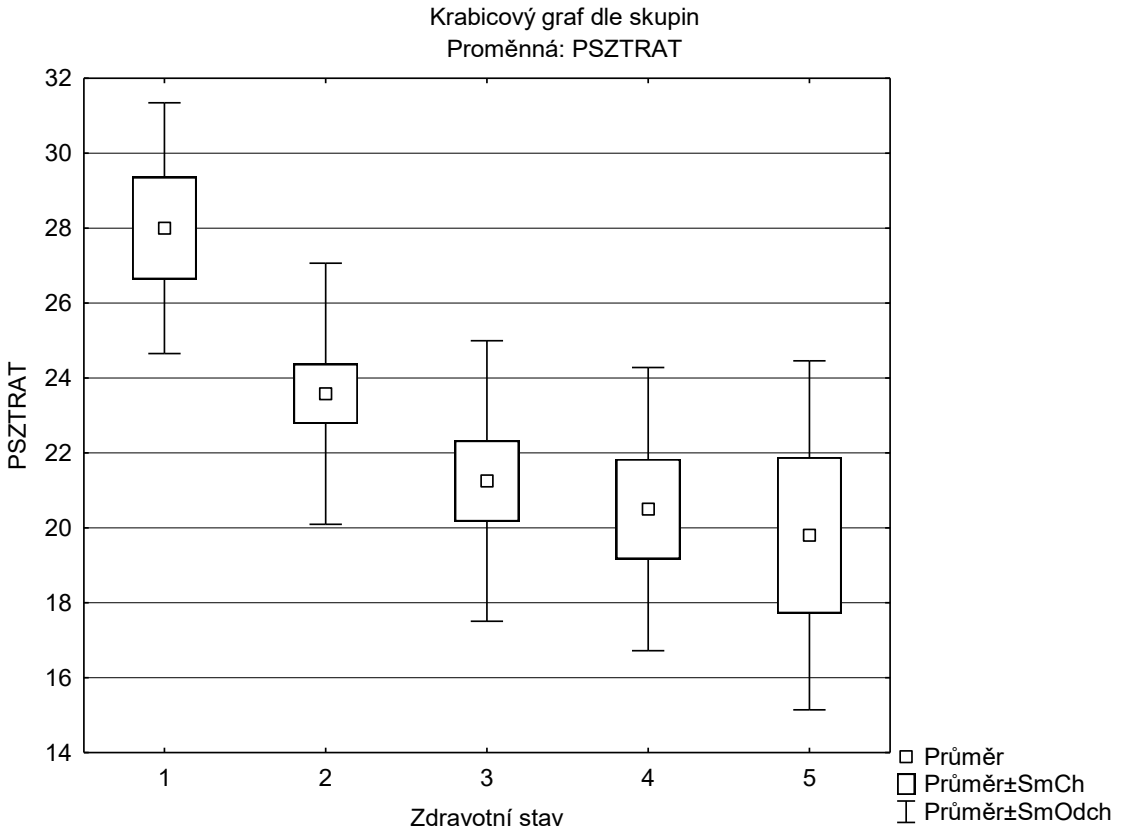
Příloha 21



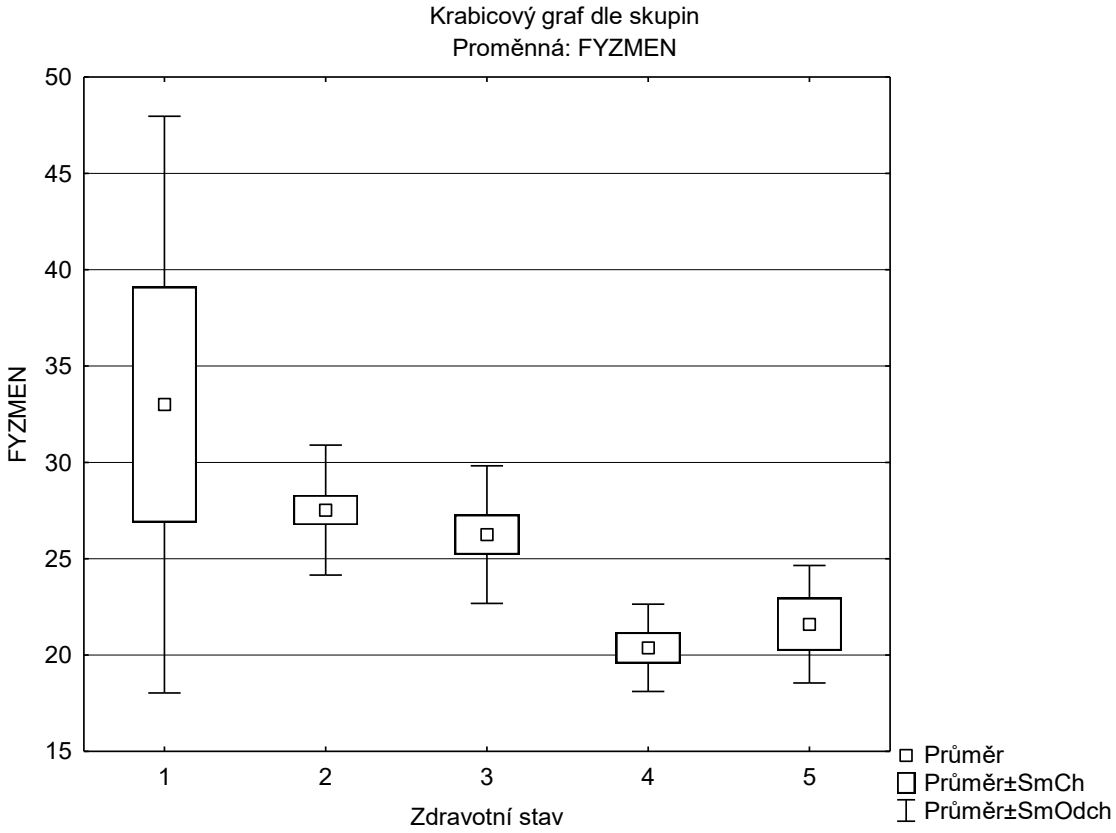
Příloha 22



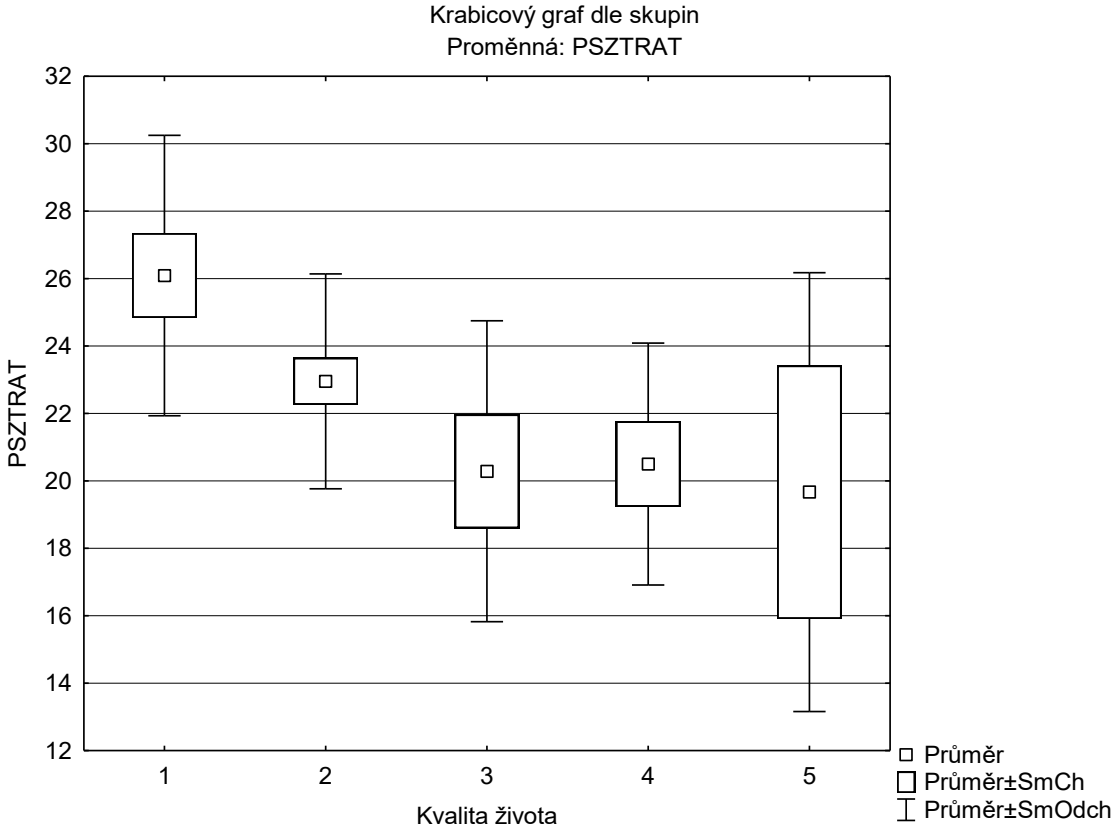
Příloha 23



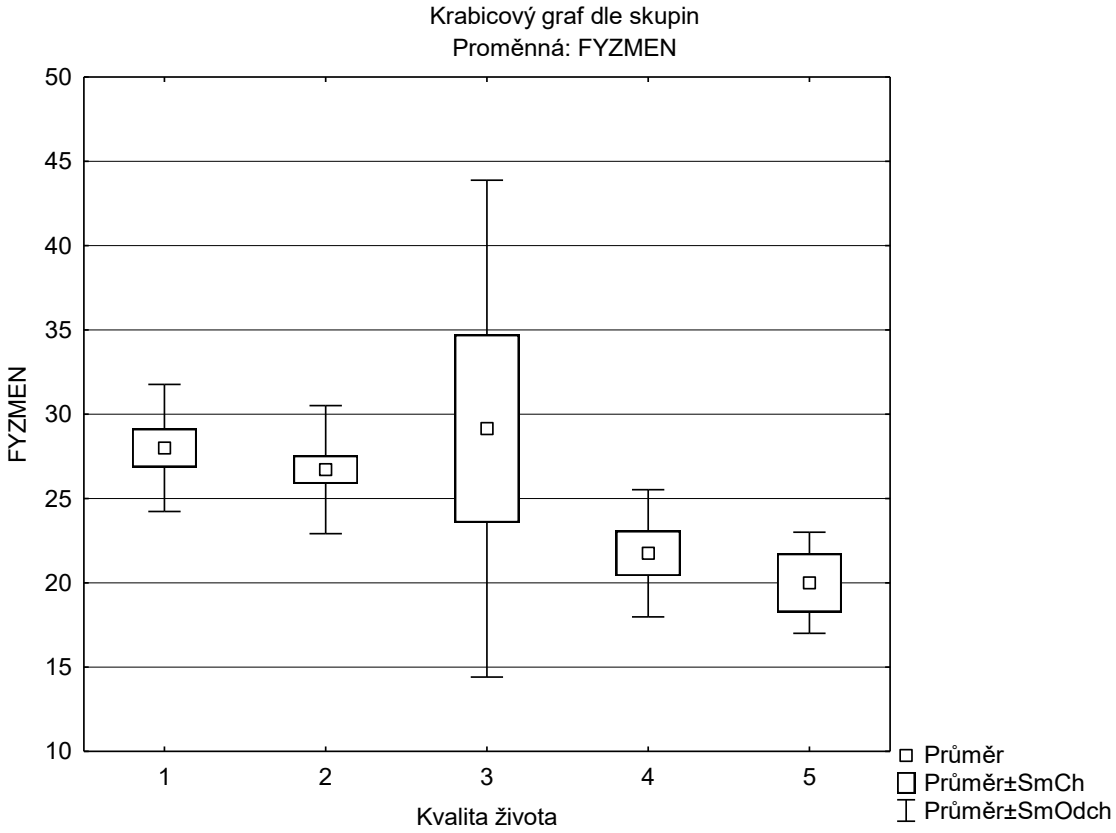
Příloha 24



Příloha 25



Příloha 26


Krabicový graf dle skupin
Proměnná: FYZMEN
FYZMEN
50
45
40
35
30
25
20
15
10
1
2
3
4
5
Kvalita života
Průměr
Průměr±SmCh
Průměr±SmOdch

Příloha 27

Table 1 Study variable descriptive statistics across 20 country samples

Country	Gender	Age	Satisfaction with health	Psychosocial loss	Physical change	Psychosocial growth	BREF	
	Male	*M*	*M*	*M*	*M*	*M*	*M*	*N*
		(SE)	*(SE)*	*(SE)*	*(SE)*	*(SE)*	*(SE)*	
Edinburgh	34%	77.35	3.7	30.39	25.23	26.34	277.85	97
		(1.07)	(.11)	(.51)	(.53)	(.50)	(5.51)	
Bath	38.2%	69.16	3.8	32.12	27.82	25.84	286.99	128
		(.61)	(.08)	(.41)	(.47)	(.45)	(3.98)	
Leipzig	54.8%	72.32	3.3	29.16	27.99	25.3	278.09	310
		(.49)	(.05)	(.31)	(.30)	(.23)	(2.84)	
Barcelona	44.5%	71.6	3.1	26.9	26.44	27.5	240.48	218
		(.49)	(.06)	(.34)	(.33)	(.29)	(3.62)	
Copenhagen	49.7%	71.19	3.8	30.15	28.79	27.95	297.66	298
		(.47)	(.05)	(.29)	(.32)	(.27)	(2.74)	
Paris	50%	78.3	2.8	25.08	21.41	22.69	235.93	86
		(.79)	(.10)	(.67)	(.60)	(.55)	(5.32)	
Prague	40.4%	71.18	3.1	25.73	23.89	26.16	245.91	309
		(.44)	(.05)	(.33)	(.31)	(.23)	(2.74)	
Budapest	34%	73.47	3.1	26.4	24.3	26.29	239.43	279
		(.53)	(.05)	(.36)	(.31)	(.26)	(3.19)	
Oslo	48.4%	74.22	3.7	29.91	27.15	28.24	280.84	254
		(.51)	(.06)	(.30)	(.34)	(.28)	(2.81)	
Victoria	46.0%	72.93	3.81	31.91	28.17	28.93	304.7	202
		(.60)	(.07)	(.36)	(.41)	(.31)	(3.73)	
Melbourne	41.7%	75.62	3.6	30.46	26.5	28.33	280.29	331
		(.39)	(.06)	(.31)	(.29)	(.22)	(2.86)	
Seattle	42.5%	71.69	3.6	31.68	27.21	29.76	298.97	268
		(.51)	(.06)	(.34)	(.34)	(.23)	(3.27)	
Beer-Sheva	32.6%	70.16	3.5	29.4	27.94	28.16	273.67	196
		(.54)	(.07)	(.43)	(.39)	(.36)	(3.88)	
Tokyo	47.9%	68.53	3.4	28.38	28.32	25.49	265.30	144
		(.50)	(.08)	(.45)	(.43)	(.34)	(4.23)	
Umea	48.6%	72.15	3.6	29.55	26.82	28.23	275.26	393
		(.41)	(.05)	(.27)	(.28)	(.23)	(2.33)	
Porto Alegre	32.6%	71.69	3.7	30.07	28.3	30.46	283.09	319
		(.43)	(.05)	(.32)	(.26)	(.20)	(2.66)	
Montevideo	26.6%	72.90	3.8	27.04	29.79	30.50	281.37	184
		(.65)	(.07)	(.48)	(.34)	(.28)	(3.8)	
Izmir	47.7%	70.92	2.9	24.22	22.4	26.84	225.13	327
		(.29)	(.06)	(.33)	(.33)	(.24)	(3.12)	
Geneva	46.7%	73.84	3.7	30.93	27.20	24.35	292.67	122
		(.64)	(.08)	(.49)	(.32)	(.47)	(4.26)	
Vilnius	32.3%	68.45	3.0	25.45	26.07	27.40	234.09	282
		(.38)	(.05)	(.34)	(.31)	(.23)	(2.9)	