

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

DIPLOMOVÁ PRÁCE

(magisterská)

2014

Bc. Kateřina KONEČNÁ

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury

HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA SENIORŮ V OŠETŘOVATELSKÉM DOMOVĚ
VE ŠTERNBERKU

Diplomová práce
(magisterská)

Autor: Bc. Kateřina Konečná, Aplikované pohybové aktivity

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

Olomouc 2014

Jméno a příjmení autora: Bc. Kateřina Konečná

Název diplomové práce: Hodnocení kvality života seniorů v Ošetrovatelském domově ve Šternberku

Pracoviště: Katedra aplikovaných pohybových aktivit

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

Rok obhajoby diplomové práce: 2014

Abstrakt:

Diplomová práce se zabývá problematikou kvality života seniorů žijících v Ošetrovatelském domově pro seniory ve Šternberku. V teoretické části se zabývá obecnými poznatky ohledně stáří a stárnutí, systémem péče o seniory a kvalitou života seniorů. Hledá nástroje, které jsou vhodné pro zjištění kvality života. V praktické části pomocí dotazníků SQUALA a SEIQoL zjišťuje aspekty, které ovlivňují kvalitu života 10- ti seniorů žijících v Ošetrovatelském domově pro seniory. Toto dotazování probíhá ve dvou fázích s 6- ti měsíčním rozstupem, práce porovnává výsledky a zabývá se okolnostmi jejich stability a změn. Výsledky dotazování jsou prodiskutovány pomocí strukturovaného rozhovoru s jednotlivými klienty a doplněny o další informace. Nejčastěji zmiňovanou významnou oblastí života v metodě SEIQoL je rodina, zdraví, komunikace a blízké vztahy. V metodě SQUALA nejvyšších hodnot dosahuje oblast rodinné vztahy, děti a zdraví, což odpovídá i oblastem voleným v metodě SEIQoL. Pro svoji větší výpovědní subjektivitu doporučujeme jako vhodnější evaluační nástroj metodu SEIQoL, s poznámkou, že je potřeba při zadávání této metody klást větší důraz i na ty oblasti kvality života, které jsou subjektivně významné, ale nejsou uspokojovány. Mezi jednotlivými fázemi měření byly zaznamenány pouze malé změny v obou použitých metodách. Někteří klienti se účastní pravidelného organizovaného cvičení, jiní tráví svůj volný čas pobytem na čerstvém vzduchu, jiní si zajdou na návštěvu k ostatním klientům. Každému klientovi je poskytována pravidelná rehabilitační péče. Zpracované výsledky jsou poskytnuty vedení Ošetrovatelského domova ve Šternberku. Tyto výsledky mohou být využity při rozvoji a zvyšování kvality poskytovaných služeb.

Klíčová slova: stáří, stárnutí, senior, kvalita života, SEIQoL, SQUALA

Author's first name and surname: Bc. Kateřina Konečná

Title of the master thesis: Evaluation of the quality of life of seniors in the Nursing home in Šternberk.

Department: Department of applied physical activities

Supervisor: Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.

The year of presentation: 2014

Abstract:

The thesis deals with the issue of the quality of life of seniors living in the Nursing Home for seniors in Šternberk. The theoretical part deals with the general knowledge of the old age and ageing, care for the elderly and the quality of life of seniors. It tries to search the tools that are appropriate for the determination of the quality of life. The practical part uses the questionnaires SEIQoL and SQUALA and tries to depict the quality of life of 10 seniors living in the Nursing Home for the elderly. This questioning is conducted in two stages with a 6-month opening work, compares the results and deals with the circumstances of their stability and change. The results of it are discussed using the structured interview with individual clients and supplemented by other information. The most frequently mentioned important areas of life in the SEIQoL method are family, health, communication and close relationships. In SQUALA the highest rated areas are family relationships, children and health, which corresponds to areas of the elected in the SEIQoL. For your larger notice personality evaluation tool, we recommend the more appropriate method of SEIQoL, with a note that it is necessary to place greater emphasis on those areas of quality of life, which are subjectively significant, but they are not met. Between the various phases of the measurements were recorded only small changes in both the methods used. Some clients participate in regular organized exercises, others spend their free time outside, others visit other clients. Each client is provided regular rehabilitation care. The results were provided to the management of the nursing home. These results can be used in the development and improvement of the quality of the services provided.

Keywords: age, ageing, senior, quality of life, SEIQoL, SQUALA

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

V Olomouci dne 16. prosince 2013

Děkuji Mgr. Julii Wittmannové Ph. D. za pomoc a cenné rady, které mi poskytla při zpracování diplomové práce.

Obsah

Úvod.....	9
1 Přehled poznatků	11
1.1 Problematika stáří a stárnutí.....	11
1.1.1 Základní pojmy, definice.....	11
1.1.2 Periodizace stáří.....	12
1.1.3 Příčiny stárnutí.....	13
1.1.4 Změny způsobené stářím.....	14
1.1.5 Příprava na stáří.....	19
1.1.6 Potřeby seniorů.....	20
1.2 Zdraví a nemoc ve stáří.....	22
1.2.1 Tělesné zdraví.....	22
1.2.2 Psychické zdraví.....	22
1.2.3 Soběstačnost a stupně závislosti seniorů.....	23
1.2.4 Význam pohybu ve stáří.....	26
1.3 Systém péče o seniory.....	28
1.3.1 Rodinná péče.....	28
1.3.2 Sociální péče.....	29
1.3.3 Systém péče o seniory ve Šternberku.....	33
1.4 Kvalita života.....	36
1.4.1 Vymezení kvality života.....	36
1.4.2 Nástroje a metody měření kvality života.....	37
1.4.3 Kvalita života seniorů.....	40
2 Cíle a výzkumné otázky.....	41
3 Metodika výzkumu.....	43
3.1 Výzkumný soubor.....	43
3.2 Použité metody.....	43

3.2.1	Metoda SEIQoL.....	44
3.2.2	Metoda SQUALA.....	45
3.3	Průběh výzkumu.....	46
3.4	Zpracování dat.....	48
4	Výsledky výzkumu a diskuze.....	49
4.1	Výsledky metody SEIQoL a SQUALA	49
5	Závěry.....	82
6	Souhrn.....	85
7	Summary.....	88
8	Referenční seznam.....	91
9	Seznam příloh.....	95
	Příloha č. 1 – dotazník SEIQoL.....	1/1
	Příloha č. 2 – dotazník SQUALA.....	2/1
	Příloha č. 3 - Příloha č. 3 – Výsledné grafy metody SQUALA jednotlivých respondentů.....	3/1

Úvod

Tématem této práce je hodnocení kvality života seniorů. Kvalita života je v posledních letech velmi často zkoumaným prvkem z důvodu zlepšování a zkvalitňování služeb poskytovaných osobám se sociálním znevýhodněním. A protože populace stárne, je tato práce zaměřena právě na seniory, hodnocení kvality života a prostřednictvím jí je zkoumána spokojenost s poskytováním sociálních služeb.

Cílem práce je zjistit spokojenost a subjektivně hodnocenou úroveň kvality života uživatelů Ošetrovatelského domova ve Šternberku v rozmezí 6- ti měsíců. Vymežit vybrané aspekty kvality života seniorů a zjistit, které oblasti senioři ve svém životě pokládají za důležité pro kvalitní život. Úzce spojeným cílem je hledání vhodné sebeposuzovací metody měření kvality života, které by přispělo ke zkvalitňování služeb poskytovaných Ošetrovatelským domovem ve Šternberku. Dále práce zjišťuje, zda klienti tráví svůj volný čas aktivně (účast na pohybové aktivitě, rehabilitace, vhodná strava).

V teoretické části jsou vymezeny nejdůležitější pojmy týkající se stáří a stárnutí. Dále pak také problémy a potřeby, které provází život seniora. Kvalita života a aspekty, které ovlivňují úroveň kvality života seniorů. Teoretická část se také zabývá službami, které jsou seniorům poskytovány v rámci sociální a zdravotní péče.

Praktická část se zaměřuje na hledání pomocného diagnostického nástroje pro zkvalitnění poskytovaných služeb v Ošetrovatelském domově pro seniory ve Šternberku. Navazuje na teoretickou část a pomocí hodnotících metod (SEIQoL, SQUALA) zjišťuje aspekty, které ovlivňují úroveň kvality života seniorů. Úroveň kvality života je hodnocena v rozmezí 6- ti měsíců za použití stejných hodnotících metod. Výsledky obou měření jsou porovnány a následně vysloveny závěry, zda a k jakým změnám v úrovni kvality došlo a jaké aspekty kvality života se u seniorů v průběhu času změnily či zůstaly stabilní. Tyto výsledky jsou dále prodiskutovány pomocí částečně strukturovaného rozhovoru s jednotlivými klienty, kdy je jim sděleno, zda a v jakých oblastech došlo ke změnám a nadále prodiskutováno, co a jakým způsobem tyto změny ovlivnilo.

Tato práce by měla přispět ke zkvalitnění služeb poskytovaných v Ošetrovatelském domově pro seniory, který je součástí organizace Sociální služby Šternberk. Výsledky budou poskytnuty organizaci a ta na základě zjištěných informací a vyhodnocení výzkumu bude moci přizpůsobit poskytování služeb tak, aby jejich uživatelé byli co nejvíce spokojeni a jejich úroveň kvality života byla co nejvyšší.

1 Přehled poznatků

1.1 Problematika stáří a stárnutí

Stáří je přirozenou etapou lidského života. Na celém světě stále přibývá starých lidí, stejně tak je tomu i v České republice a předpokladem je, že počet seniorů bude stále narůstat. Pro seniory je nezbytné, aby jejich kvalita života a jeho smyslu v pokročilém stáří byla co nejvyšší. Ve vyspělých zemích jsou pro seniory zajištěny základní mediální podmínky a nezbytná zdravotní a sociální péče. „Populace současných seniorů se vyznačuje tím, že je velmi heterogenní. Zahrnuje jedince aktivní, tvořivé, zaměstnané, realizující své zájmy, žijící v rodině a v kontaktu s přáteli a známými, ale také ty, kteří postupně ztrácejí své životní role a nejbližší milé osoby“ (Ondrušková, 2011, 9). Kromě toho můžeme staré osoby rozlišit i dle jejich finanční situace či materiálních podmínek, ve kterých žijí. Můžeme sem zařadit osoby zdravé, ale i nemocné, osoby, které ztrácejí soběstačnost. Přičemž právě zdraví velikým způsobem ovlivňuje kvalitu života seniorů. Pro lepší orientaci v problematice stáří a stárnutí je potřeba si vymezit základní pojmy a důležité poznatky týkající se stáří a stárnutí.

1.1.1 Základní pojmy, definice

Pro vymezení pojmu stárnutí se uvádí mnoho definic. Křivohlavý (2011) poukazuje na to, že člověk vlastně stárne od chvíle, kdy se narodí. Podle definice Světové zdravotnické organizace (World Health Organization = WHO) je stařecký věk neboli senescence obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnávání s předešlými životními obdobími (Jesenský, 2000). Stáří může být kalendářní, sociální a biologické.

Kalendářní stáří je jednoznačně vymežitelné, ale nebere v úvahu individualitu člověka. V dnešní době je za počátek stáří považován věk 65 let, což je hranice vyšší, než bývala v minulosti. Prodlužuje se doba dožití, zlepšuje se zdravotní stav, zdravotní péče a tak se počátek stáří posouvá stále na vyšší věk.

Sociální stáří se projevuje změnou sociálních rolí a potřeb, změnou životního stylu a ekonomického zajištění. „Sociální periodizace života často užívá označení první věk (předproduktivní, období dětství a mládí, učení, profesní příprava, získávání sociálních zkušeností), druhý věk (produktivní, období dospělosti, produktivita

biologická i ekonomicko-sociální), třetí věk (postproduktivní, stáří), případně čtvrtý věk (období závislosti)“ (Kalvach, 2004, 47).

Biologické stáří určuje konkrétní změny jedince. U biologického věku se hodnotí funkční stav, výkonnost, kondice i patologie. Biologický věk je dán genetickým programem biologického stárnutí, různě rychle nastupujícím úbytkem funkcí jednotlivých orgánů, celoživotním působením prostředí, způsobem života a přítomností či nepřítomností nemocí (Pacovský, 1997).

Dalším důležitým pojmem, který je potřeba uvést je pojem gerontologie. Gerontologie je nauka o stárnutí a stáří. Zabývá se tedy problematikou starých lidí a životem ve stáří, příčinami a projevy stáří. Gerontologie se člení do tří okruhů:

- Gerontologie experimentální (teoretická) – zabývá se studiem procesů a příčin stárnutí, tím, proč a jak živé organismy stárnou. Je zaměřena převážně biologicky, chápe se jako přirozená součást biologie, ale její významnou součástí je výzkum psychických změn a schopností v průběhu stárnutí a ve stáří.
- Gerontologie klinická – zabývá se zvláštnostmi zdraví a jeho podpory ve stáří, především funkčním zdravím, involučním poklesem potenciálu zdraví, zdravotními problémy nad rámec biomedicínské orientace na choroby i zvláštnostmi chorob, diagnostiky, léčení, prevence a rehabilitace ve stáří, označuje se také jako geriatrie.
- Gerontologie sociální – zabývá se vzájemným vztahem starého člověka a společnosti. Základní oblasti, kterým se věnuje, jsou demografické stárnutí, nástup dlouhověké společnosti, sociálně ekonomická situace starých lidí, společenské prostředí. Hlavním cílem je předcházení předčasnému a patologickému stárnutí, usilovat o úspěšné zdravé stárnutí s aktivním produktivním stářím.

1.1.2 Periodizace stáří

I na to, kdy stáří nastává, se názory liší. Stáří a stárnutí je individuální proces a jeho průběh závisí na mnoha okolnostech, které ho mohou ovlivňovat. Nejčastěji se pro periodizaci stáří využívá kalendářní věk, který nevyovídá nic o involučních změnách,

ale je jednoznačně vymežitelný. Světová zdravotnická organizace (WHO) (in Jesenský, 2000) od šedesátých let minulého století klasifikuje vyšší věk na:

- 60-74 let: rané stáří (počínající stáří)
- 75-89 let: vlastní stáří (osoby pokročilého, vysokého věku)
- 90 a více let: období dlouhověkosti.

V odborné literatuře (Kalvach, 2004) se setkáváme s označením young old nebo jen old pro mladé seniory. Pro osoby starší 75 let se objevuje název old old (starý starý) a pro osoby, které překročili věk 85 let, se setkáváme s označením very old old (velmi staří staří), což odpovídá období dlouhověkosti.

1.1.3 Příčiny stárnutí

Stejně jako vymezení pojmů stáří a stárnutí, tak i na příčiny stárnutí lze pohlížet různě. Již v minulosti byly stanoveny různé teorie a hypotézy, které vysvětlovaly příčiny stárnutí. Jedna z nejznámějších je biologická teorie, která předpokládá, že stárnutí je geneticky zakódováno. Obecně můžeme říci, že stárnutí je komplexní děj, na kterém se podílejí jak faktory genetické, tak faktory z vnějšího prostředí.

Proces stárnutí můžeme zařadit do jedné z následujících kategorií, jejichž průběh charakterizoval Kalvach (1997, 51):

- Úspěšné stárnutí – zdravotní a funkční stav seniora je lepší než současný průměr, umožňuje nejen plnou soběstačnost, ale žádoucí tělesnou, psychickou i sociální aktivitu zhruba do 9. decenia.
- Obvyklé, normální stárnutí – zdravotní a funkční stav seniora, jeho sociální role, míra zdravotních obtíží a funkčních limitací odpovídá jeho vrstevníkům, současné „normě“ v dané společnosti.
- Neúspěšné, patologické stárnutí – zdravotní a funkční stav je horší než u vrstevníků, než odpovídá současné normě. Choroby vyššího věku, jejich projevy a důsledky jsou neobvykle výrazně vyjádřeny a/nebo nastupují neobvykle brzy, předčasně, jejich průběh je urychlený. Dominuje závislost na pomoci druhé osoby či progerie (předčasné stárnutí).

1.1.4 Změny způsobené stářím

S přibývajícím věkem dochází především ke změnám tělesným, psychickým, ale také ke změnám osobnostních vlastností a ke změnám v oblasti socializace. Změny u seniorů se projevují rozdílně, individuálně a nenastupují vždy ve stejný čas a to z důvodu genetických dispozic, životního stylu, zlovyků a mnoha dalších faktorů. Všechny změny jsou navzájem propojené, všechny spolu souvisí.

1.1.4.1 Biologické změny

U seniorů se biologické změny projevují velice individuálně. Změny závisí na genetických dispozicích, které jsou jedním z faktorů ovlivňujících rychlost a kvalitu stárnutí. Kromě genetických dispozic ovlivňují stárnutí také vnější faktory. V průběhu života na jednotlivé orgánové systémy a jejich fungování působí různé vnější zátěže a ty poté udávají stav seniora, který se může lišit od stavu, který byl očekáván působením genetických předpokladů. Stárnutí může být ovlivněno prožíváním během celého života člověka, kde se projevují zážitky z minulých fází. „Všechny morfologické a funkční změny mají vliv na vzhled i chování seniora. Začínají se objevovat pocity introvertního zaměření, nedůvěry a nejistoty. Člověk se čím dál více zaobírá sám sebou, svými tělesnými orgány a jejich funkcemi. S těmito tělesnými změnami úzce souvisí i změny v psychickém vývoji jedince“ (Dvořáčková, 2012, 12). Křivohlavý uvádí zjištění, že relativně nejlepšími ukazateli stárnutí jsou změny pružnosti pokožky a reakce na akustické podněty různé výšky a intenzity. Dále pak změny zrakové ostrosti, změny stavu kostí, zvláště pak páteře a krčku kosti stehenní (Křivohlavý, 2002).

Somatické změny ve stáří, které uvádí Kalvach (1997):

Pohybový aparát:

- zmenšení objemu svalstva, pokles svalové elasticity
- problém s udržení rovnováhy
- úbytek kostní hmoty
- opotřebování chrupavek, mění se chemická stavba kostí
- osteoartritické změny
- změny v celém lokomočním aparátu
- dochází často ke stařeckým zlomeninám a úrazům

Oběhový systém:

- srdce po 60. roce mění svůj objem a váhu i strukturu
- dochází k usazování vápníku, zmenšování pružnosti chlopní
- snížení průtoku krve všemi orgány,
- zvýšení systolického tlaku a snížení diastolického
- snížení elasticity tepen
- úprava hodnot krve při jejich ztrátách trvá mnohem déle

Nervový systém:

- zpomalení reakce na podněty a v rozhodování
- poruchy paměti
- poruchy spánku,
- úbytek počtu neuronů,

Mozek stárne pomaleji, než jiné orgány.

Trávicí systém:

- významné změny na chrupu, paradentóza, ztráta zubů
- snížení sekrece žaludečních šťáv
- snížení peristaltiky střev
- snížení detoxikační činnosti jater
- zpomalení procesu trávení

Metabolismus:

- snížení maximální spotřeby kyslíku
- bazálního metabolismus se snižuje až o 20%

Endokrinní systém:

- změna hladiny pohlavních hormonů
- snížení funkce štítné žlázy, hypofýzy, nadledvinek

Respirační systém:

- pokles vitální kapacity plic
- namáhavější dechové práce

Vylučovací systém:

- úbytek funkčních nefronů
- snížení filtrační schopnosti ledvin

Smyslové orgány

- zhoršení vnímání díky změnám ve smyslových orgánech
- snížení rychlosti přenosu informací z nich
- pokles citlivosti na podněty, snížení ostrosti vnímání
- nedostatečná rozlišovací schopnost

Zrak

- snížení zrakové ostrosti
- slábnutí očních svalů
- degenerativní změny na sítnici
- horší rozpoznávání barev
- mění se barva očí s důvodu blednutí rohovky
- snižování schopnosti akomodace čočky
- katarakta u 30% starších osob
- snížení adaptace na tmou a snížení ostrosti vidění v noci

Sluch

- poruchy sluchu velmi časté
- ztráta sluchu postihuje častěji muže
- nejprve poruchy slyšení tónů o vyšší frekvenci
- obtížnější naslouchání, problémy v sociální komunikaci

Čich a chuť

- atrofie čichových buněk, kvalita vjemů se příliš nemění.
- změny v chuťovém vnímání

Hmat

- změny v citlivosti hmatového vnímání – více na nohou než na rukou

Bolest

- zvýšení prahu citění bolesti

Termoregulace

- tělo produkuje méně tepla
- pomalejší a nepřiměřená reakce na chlad
- ztráta schopnosti přizpůsobení se klimatickým podmínkám
- ohrožení jak přehřátím, tak podchlazením
- pokles produkce tepla, pokles tělní teploty

Jiné

- řídnutí a šedivění vlasů
- snížená vitalita tkání a zpomalené hojení
- blednutí pokožky, pigmentové skvrny
- řeč je pomalejší, málo dynamická, polykání slabik
- ochabnutí hlasivek

Změny v pohybovém aparátu se projevují, jak už bylo výše zmíněno, úbytkem svalové síly a/nebo obtížemi v cílených pohybech (např. navlékání nití do jehly, apod.). Některé pohyby ale bývají zachovány v dobrém funkčním stavu do vysokého věku. Jedná se o pohyby, které byly osvojené nějakým cvikem (např. hra na klavír, psaní na stroji, apod.). U osob s vyšším věkem se mění i kostra, která ve stáří tvoří jen 10% celkové váhy seniora, kdežto v mládí kostra tvořila dvakrát více váhy člověka. Proto jsou velmi časté zlomeniny u seniorů, především následkem osteoporózy. Výrazné změny se také projevují na chrupu. Tyto změny se týkají řeči či ztížením žvýkání potravy. Mění se celkový vzhled starých lidí, na obličejích se jim prohlubují vrásky, vlasy začínají šedivět, u mužů se může objevovat pleš. S přibývajícím věkem se snižuje tělesná výška, z důvodu komprese obratlů. „Mimořádně významné jsou změny smyslového vnímání. U zraku se projevuje změnou zrakové ostrosti, sníženou schopností vnímání červené a modré barvy. U sluchu snížením ostrosti pro vysoké tóny a nedoslýchavostí. U čichu a chuti změnou ve vnímání vůní, pachů“ (Kalvach, 2004, 465).

1.1.4.2 Psychické změny

Také změny psychických funkcí se ve stáří projevují individuálně. Starší lidé na změny reagují jiným způsobem, jinou dynamikou, proto jsou tyto změny rozdílné. Křivohlavý (2011) uvádí, že jeden z nejčastějších příznaků psychiky u seniorů je atrofie mozku, tj. zmenšení normálně vyvinutého orgánu, na němž se podílí úbytek jeho buněk nebo zmenšení jejich velikosti. Mají tedy obtíže se zapamatováním a vybavováním si informací. Změny v kognitivní oblasti ukazují, že se schopnost přijímat nové podněty s rostoucím věkem snižuje.

Jedlička (1991, 14) uvádí charakteristický obraz psychiky seniorů:

- Psychické změny sestupné povahy – pokles elánu, vitality, zpomalení psychomotorického tempa, snížení výbavnosti, vstřípivosti a pozornosti, snížení schopnosti navazovat a udržovat vztahy
- Psychické změny vzestupné povahy – zvýšená tolerance k druhým, zvýšení vytrvalosti, trpělivosti
- Psychické funkce, které se s věkem nemění – např. jazykové znalosti, intelekt, slovní zásoba.

„S věkem se zvyšuje pravděpodobnost onemocnění demencí, což znamená celkový úpadek psychických funkcí způsobený atrofií centrálního nervového systému. Lidé trpící demencí nepoznávají někdy ani své vlastní partnery, své děti či blízké přátele. Často trpí inkontinencí (neudrží moč a stolicí), dostávají záchvaty vzteku a nepřiměřeného, nelogického chování“ (Stuart- Hamilton, 1999, 23).

1.1.4.3 Sociální změny

Nejvíce se sociální změny projevují odchodem z aktivního pracovního života do starobního důchodu. Tito lidé jsou většinou po odchodu do důchodu více izolováni od společenského dění, dochází ke změnám rolí, především v rodině. Odchodem do důchodu se snižují požadavky na sociální orientaci seniora a společenské chování. To vede ke stagnaci či dokonce úpadku sociálních dovedností a návyků.

Vágnerová (2007, 350) uvádí sociální skupiny, v rámci kterých senioři prožívají své stáří:

- Rodina je nejvýznamnější sociální skupinou, může zahrnovat nejenom soužití s partnerem, ale i kontakt s rodinami dětí a sourozenců.
- Přátelé a známí ze sousedství, popřípadě lidé, s nimiž senioři sdílejí nějaké aktivity, představují možnost dalších sociálních kontaktů a někdy i hlubších vztahů, které mohou mít užitečný kompenzační význam, zejména pokud by vlastní rodina neexistovala nebo neplnila své funkce. Starší člověk si může v rámci těchto kontaktů udržet mnohé sociální kompetence, které v rámci rodiny nepotřebuje, a tudíž nevyužívá.
- Společenství obyvatel určité instituce, jako např. nemocnice (zejména LDN) či domov důchodců, v jehož rámci starší člověk sdílí s ostatními totéž teritorium a určitý styl života, a může si tak i zde vytvořit hlubší vztahy.

1.1.5 Příprava na stáří

Každý člověk si během života uvědomí, že jednou bude starý, že jednou odejde do důchodu, že jednou bude potřebovat pomoc. Každý člověk si tuto situaci uvědomí v různém časovém období a také se na stáří každý člověk připravuje jinak. Tuto přípravu můžeme rozdělit dle jejího začátku na dlouhodobou (tedy celoživotní), střednědobou (asi od 45 let věku) a krátkodobou (2-3 roky před odchodem do důchodu). „Již ve středním věku se rozhoduje o tom, jaké stáří bude člověk prožívat. Kvalitu života a průběh stáří ovlivňují úspěchy v práci i v osobním životě, životní styl i zdravotní problémy, které jedince prožívá v produktivním věku“ (Zavázalová, 2001, 77). Přípravu na stáří je tedy nutné brát jako přirozenou součást života. Jedince může svým životním stylem ovlivnit život ve stáří, kromě toho se na stáří může připravovat i po stránce ekonomické, formou spoření, připojištění či ukládání financí právě na důchod. A nejen finanční zabezpečení ve stáří hraje důležitou roli. Velice důležitá pro kvalitní stáří je také kvalita života. I tuto oblast jedince může ovlivňovat již během přípravy na stáří. Vytváří si přátelské vztahy i mimo pracoviště, žije aktivním životem, věnuje se různým aktivitám a koníčkům, kterým se bude moci věnovat i ve stáří, popřípadě se bude schopen ve stáří přizpůsobit novým možnostem. S kvalitou života v seniorském věku jsou také spojeny různé organizace a sociální služby věnující se právě aktivizaci seniorů, které zajišťují aktivní stáří seniorů, nabízejí různé volnočasové aktivity, ale také nabízejí zdravotní a sociální péči a uspokojují potřeby seniorů.

1.1.6 Potřeby seniorů

S přibývajícím věkem dochází ke změnám hodnotové orientace. Seniori potřebují v životě uspokojovat všechny své potřeby stejně jako kdokoliv jiný, přičemž jsou velmi často odkázáni na pomoc svého okolí. Potřeba péče však není primárně spojena s věkem, ale je spojena s poklesem funkčních schopností, soběstačnosti, které omezují člověka v jeho schopnosti uspokojovat své každodenní potřeby“ (Janečková, 2005, 163). Seniori potřebují mít především pocit bezpečí a jistoty, jak v rodině, tak i v ekonomickém zabezpečení. Stejně tak je pro ně důležité i sociální zabezpečení, dobrý zdravotní stav a sociální kontakty.

Vágnerová (2000, 456) uvádí strukturu vývojových potřeb rozdělenou do šesti oblastí:

- Potřeba stimulace správnými podněty – od početí až do smrti je pro celý lidský organizmus důležité dostávat správné podněty, na správném místě, ve správný čas a v přiměřeném množství i kvalitě. U seniorů je tato potřeba snížena. Ve stáří se zvyšuje četnost situací, které přinášejí nepříjemné podněty. Pro seniora působí mnohem větší zátěž podněty, které pro něj dřív bývaly běžné.
- Potřeba smysluplného světa – správné životní podněty vedou k tomu, abychom poznávali sami sebe i prostředí, ve kterém žijeme. Hledání smyslu života se z psychologického hlediska může projevovat jako tvorba osobní představy o nejvhodnějším uspořádání vlastního světa a projevuje se to např. tím, že si člověk neustále staví plány a cíle, kterých chce dosáhnout.
- Potřeba plánovat činnosti v denním rytmu a čase se sebou a s druhými. Tyto potřeby souvisejí s potřebou smysluplného světa.
- Potřeba jistoty sociální role a pozice ve společnosti – každý z nás potřebuje někam patřit, mít svou roli v rodině, v práci a ve společnosti. U seniorů přibývá mnoho sociálních změn a ztrát, které jsou často obtížně přijímány.
- Potřeba identity a uznání vlastního „já“ sebou samým i druhými – životní ztráty, nemoc i jistá sociální omezení velmi pozmění chápání vlastního životního obrazu. Může dojít ke ztrátě autonomie, ke ztrátě kontroly nad svým životem.

- Potřeba otevřené budoucnosti – naděje, perspektiva – i senior se potřebuje na něco těšit. Často může mít obavy z budoucnosti. Je třeba, aby měl víru ve vlastní schopnosti a naději, že má někoho, kdo ho bude provázet úskalím stáří a kdo mu pomůže nést tíhu jeho současných i budoucích omezení.

Potřeby u seniorů se liší od potřeb mladších osob, hodnoty se mění a postupně také ubývají. Některé potřeby jsou ale stále důležité a tak v životě seniora zůstávají. Jedná se o potřeby fyziologické a psychosociální. Tyto potřeby lze uspokojit v rámci rodiny, popřípadě v rámci poskytovaných sociálních služeb. Co se týká intelektuálních potřeb, jsou nabízeny univerzity třetího věku (U3V) a další vzdělávací programy a kurzy. Duchovní potřeby seniorů, a to především těch, kteří žijí v pobytových zařízeních, nejsou dostatečně uspokojovány. Senior v poslední fázi svého života bilancuje, hodnotí svůj dosavadní život, své úspěchy a neúspěchy a s těmito myšlenkovými procesy se potřebuje svěřit. V rámci pobytových zařízení je ale problém s nabídkou duchovního pro seniory, nicméně i rozhovor s personálem mnohdy seniorovi pomůže nalézt odpovědi na otázky (Klevelandová & Dlabalová, 2008).

1.2 Zdraví a nemoc ve stáří

Zdraví je podle Světové zdravotnické organizace „více než nepřítomnost nemoci“. WHO definuje zdraví jako „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze jako nepřítomnost nemoci“ (Špatenková, 2003, 9). Senioři své zdraví vnímají v kontextu kvality života, soběstačnosti a autonomie. Velký vliv na zdraví má životní styl člověka i životní prostředí, ve kterém žije. „U starších lidí se vyskytuje častější a závažnější nemocnost a s tím spojená snížená schopnost sebeobsluhy. S věkem se mění spektrum nemocnosti a ve stáří je zdůrazňována ve vztahu k zdravotnímu stavu dvojí problematika“ (Ondrušková, 2011, 27).

1.2.1 Tělesné zdraví

Tělesné zdraví se mění v průběhu celého života. Jedním z indikátorů tělesného zdraví je bolest. Ta je definována jako nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost (Ferrell, 2003). Bolest do života jedince vstupuje nečekaně a bere jedince radost ze života, ale především tak narušuje jeho denní aktivity a tím snižuje úroveň kvality života (Litomerický, 2000). U seniorů se bolest projevuje ve stejné míře jako u ostatní populace, s rostoucím věkem také roste míra tolerance bolesti. U seniorů dochází často k neřešení, přecházení bolesti a to především bolesti chronické. To vede ke komplikacím, které omezují fyzickou disabilitu i psychickou stránku osobnosti. S chronickou bolestí jsou u seniorů spojené i okolnosti jako je deprese, snížená socializace, poruchy pohyblivosti, poruchy spánku, zvýšená potřeba zdravotnické a sociální péče apod. (Litomerický, 2000). Bolest se může zvyšovat depresí, osamělostí, partnerskými či rodinnými konflikty. Pro úspěšné léčení bolesti je důležitá spolupráce seniora s ošetřujícím lékařem, kdy si lékař na základě rozhovoru udělá o seniorovi anamnézu a na jejím základě poté stanovuje léčbu. Je důležité, aby senior sdělil veškeré bolesti, které má a žádné nepotlačovat. V domovech pro seniory senioři komunikují především s ošetřujícím personálem, který jejich bolest nadále řeší.

1.2.2 Psychické zdraví

„Psychické zdraví je stav, kdy všechny psychické pochody probíhají harmonicky, umožňují správně odrážet vnější realitu, přiměřeně a pohotově reagovat na všechny podněty a řešit běžné a neočekávané úlohy, stále se zdokonalovat a prožívat upokojení ze své činnosti“ (Nemček, 2011, 16).

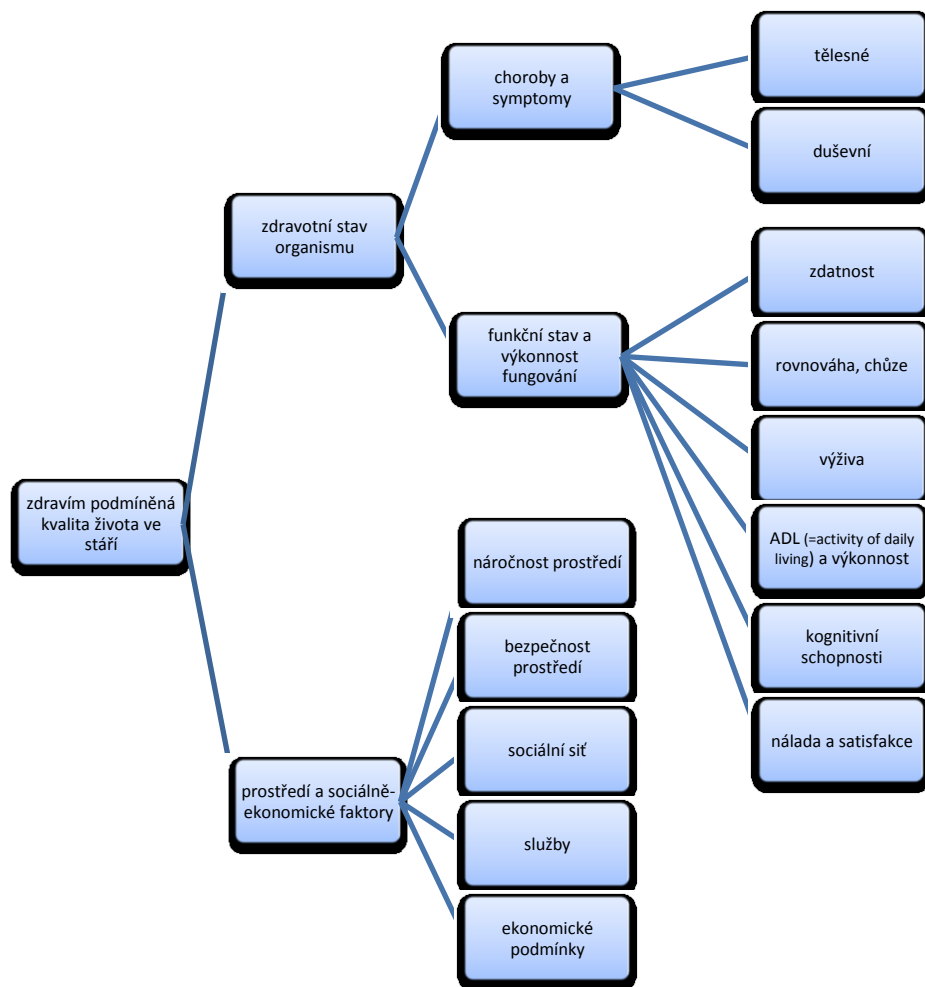
Psychické zdraví jedince je ovlivněno genetikou a prostředím, ve kterém žije a ve kterém vyrůstal. Nejrozšířenější psychickou chorobou je u seniorů deprese, která postihuje až okolo 5% lidí nad 65 let. Podle mnohých výzkumníků je toto procento ve skutečnosti vyšší, protože deprese se může zaměňovat s demencí. Někteří odborníci odhadují, že 10% pacientů s demencí ve skutečnosti trpí depresí (Stuart – Hamilton, 1999).

1.2.3 Soběstačnost a stupně závislosti seniorů

Nejdůležitějším a nejčastějším aspektem kvality života seniorů je dobrý zdravotní stav. Pokud je člověk zdravý fyzicky, cítí se zdravý i po stránce psychické. V posledních letech je zkvalitňování zdravotnická péče, která působí jako preventivní opatření a snižuje tak kardiovaskulární a cerebrovaskulární morbiditu i mortality a také zlepšuje prognózy z řad nádorových onemocnění.

Dobrý zdravotní stav udržuje seniora v dobré kondici a také mu umožňuje vést co nejvíce samostatný život, bez nutnosti pomoci jiné fyzické osoby. Míra soběstačnosti a péče o vlastní osobu mají také velký vliv na kvalitu života. Senior tak má pocit, že se o sebe dokáže postarat, že není na nikom závislý.

Následující schéma (Obrázek 1) ukazuje komplexní geriatrické hodnocení kvality života v závislosti na zdravotním stavu ve stáří.



Obrázek 1. Komplexní geriatrické hodnocení v kontextu struktury kvality života (podle Rubensteina, 1995, in; Mareš, Hodačová, & Býma, 2005)

U seniorů dochází k situaci, kdy jejich věk a zdravotní stav ovlivní jejich úroveň soběstačnosti natolik, že si nejsou schopni sami zajistit potřeby denního života a péči o sebe. Dochází tak ke ztrátě soběstačnosti, tj. „schopnosti vykonávat samostatně, pravidelně a bez pomoci druhé osoby běžné denní činnosti a uspokojovat přiměřené životní potřeby v konkrétních životních podmínkách prostřednictvím tzv. aktivit denního života, je determinována funkční zdatnost jedince a nároky prostředí, ve kterém se nachází“ (Sýkorová, 2004, 191).

Podle schopnosti osoby zvládat úkony v oblastech péče o vlastní osobu, se stanovuje stupeň její závislosti. Zákon o sociálních službách stanovuje čtyři stupně závislosti (Zákon č. 108/2006 Sb., v platném znění):

- I. **stupeň závislosti** (lehká závislost) – jestliže jedinec z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled

při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 4 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti

II. stupeň závislosti (středně těžká závislost) – jestliže jedinec z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti

III. stupeň závislosti (těžká závislost) – jestliže jedinec z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti

IV. stupeň závislosti (úplná závislost) - jestliže jedinec z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti

Při posuzování péče o vlastní osobu pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony (Zákon č. 108/2006 Sb., v platném znění):

- a) příprava stravy,
- b) podávání, porcování stravy,
- c) přijímání stravy, dodržování pitného režimu,
- d) mytí těla,
- e) koupání nebo sprchování,
- f) péče o ústa, vlasy, nehty, holení,
- g) výkon fyziologické potřeby včetně hygieny,
- h) vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh,
- i) sezení, schopnost vydržet v poloze „v sedě“,
- j) stání, schopnost vydržet stát,
- k) přemísťování předmětů denní potřeby,
- l) chůze po rovině,
- m) chůze po schodech nahoru a dolů,
- n) výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení,
- o) oblékání, svlékání, obouvání, zouvání,
- p) orientace v přirozeném prostředí,
- q) provedení si jednoduchého ošetření,
- r) dodržování léčebného režimu

1.2.4 Význam pohybu ve stáří

S pohybem se setkáváme během celého života. Ať už jde o chůzi, přemísťování se z místa na místo či manipulace s různými předměty. Pohyb nám může činit radost už jen díky tomu, že ho provádíme nebo díky tomu, jak na nás působí. A právě pohyb udržuje seniory v co největší samostatnosti, proto je potřeba pohyb cíleně a pravidelně aplikovat. Pravidelný pohyb a cvičení udržuje jedince v kondici, udržuje svaly a rozsah pohyblivosti kloubů. Kromě toho také pohyb působí jako prevence mnoha onemocnění a zpomaluje proces stárnutí. Avšak při pohybové aktivitě seniorů je potřeba dbát na změny, které ovlivňují jejich hybnost a s kterými je nutno počítat. S přibývajícím věkem ubývá svalová tělesná hmota a přibývá tuk a vazivo. Také klesá hmotnost kostry a vnitřních orgánů, mění se tělesné proporce, dochází k úbytku pohyblivosti a stability kloubů. Starším osobám se zkracuje páteř, s tím jsou spojené problémy rovnováhy, držení těla a ztrátou objemu na hrudním koši se snižuje dýchací kapacita plic. Setkáváme se se zhoršením motoriky, které se projevuje zpomalením chůze, zkracování kroku. Dochází ke zhoršení smyslového vnímání, což má vliv na koordinaci pohybů, chůzi a postoj těla.

Při hodnocení pohybových možností seniorů je třeba položit si otázky (Klevetová, 2008, 127):

- Jaké jsou změny koordinace pohybů paží a dolních končetin?
- Jaké změny stoje jsou v důsledku snížení pružnosti páteře?
- Jaký je rozsah pohybů kloubů v důsledku tuhosti vazů, šlach, chrupavek a vzpřimovacích svalů?
- Dochází ke zpomalení nervového vedení, které má vliv na snížení psychomotorického tempa?

Ve stáří je velmi důležité udržovat pravidelný režim pohybových aktivit a duševních cvičení, které mají pozitivní vliv na biologické děje v organismu a podporují kognitivní funkce. Díky pohybovým aktivitám posilujeme imunitní systém a bojujeme u seniorů proti osteoporóze. Proto je potřeba u seniorů dbát na dodržování denního pohybového režimu. Aby pohybová aktivita na seniora působila pozitivně, je třeba znát určité kontraindikace pohybové činnosti, které uvádí Kalvach (2004):

- Nestabilní angina pectoris a dušnost
- Chronické stavy oběhových poruch a poruch dýchání v akutních stádiích
- Akutní choroby a horečnaté stavy
- Akutní potíže pohybového aparátu.

Cviky prováděné se seniory by měly být zaměřeny především na:

- Podporu proprioreceptorů na plosce nohy a chodidle
- Pohyby hlezenního kloubu a kyčle
- Cvičení rovnováhy a udržení stability těla
- Koordinaci pohybů hlavy, očí a končetin
- Posilování fyzických svalů
- Protahování posturálních svalů
- Řízená dechová cvičení
- Posilování pánevního dna
- Nácvik sedu, vstávání a chůze

Roslawski (2005) uvádí důležité zásady pro cvičení:

- upravit a přizpůsobit prostor bez překážek a předmětů, správná teplota v místnost, necvičit v místnosti, kde je příliš vysoká nebo nízká teplota
- správný oděv ke cvičení – lehký, pohodlný, nezabraňující pohyb, obuv s neklouzavými podrážkami
- před cvičením vyvětrat pokoj, při teplém počasí cvičit u otevřeného okna
- každé cvičení začínat od vhodné pozice těla
- napětí svalstva musí vystřídat relaxace, uvolňující cviky
- opakování cviků závisí na naší fyzické kondici, tempo zpočátku pomalejší
- lehčí cviky opakovat 4-6 krát, těžší 3-5 krát
- cvičení nemá nikdy způsobit dlouhotrvající bolest ve svalech a kloubech
- druh cvičení, tempo a počet opakování by mělo být prokonzultováno s lékařem
- cvičící by měl chodit na pravidelné, doporučené prohlídky u lékaře
- každé cvičení by mělo být přerušeno při bolesti za hrudní kostí, při dušnosti, bolestech hlavy, závratích, při výrazném oslabení a nadměrné únavě

1.3 Systém péče o seniory

Ve stáří se člověk stává více závislý na pomoci jiných lidí. V prvních fázích vyhledává pomoc u rodiny a teprve později se obrací na služby poskytované na státní úrovni. Rodina není vždy schopna poskytnout nejlepší a nejefektivnější péči o seniora, proto je potřeba budovat širokou škálu poskytovaných služeb pro seniory, které rodině pomohou s péčí, popřípadě dočasně péči o seniora nahradí. Poskytne jim služby poradenské, odlehčovací tak, aby byl kladen důraz na co nejpřirozenější život jedince a na jeho individuální potřeby. Zdravotní a sociální péče o seniory nelze od sebe oddělovat, protože zdravotní problémy jsou často doprovázeny problémy sociálními a naopak. Institucionální i neinstitutcionální formy péče o seniora by měly vycházet z modifikace následujících principů, které byly deklarovány na Vídeňském sympoziu o stárnutí a stáří v roce 1982 (Kalvach, 1995, 10):

- demedicalizace – akcent na kvalitu života seniora, přirozenost prostředí, na autonomii
- deinstitucionalizace – priorita ošetřování a zabezpečení v domácím prostředí, prioritní rozvoj terénních zdravotních a sociálních služeb, podpora integrace seniora do společnosti
- desektorizace – akcentace multidimenzionální a multidisciplinární povahy potřeb a služeb, týmová práce, propojení zdravotních a sociálních služeb, propojení rodinné a profesionální péče
- deprofesionalizace – podpora rodiny, sousedské pomoci, seniorské svépomoci, dobrovolnictví

„V zájmu klientů i v zájmu společnosti by měla zdravotně-sociální politika usilovat o aktivní ambiciózní seniorskou populaci, která si zachovává zodpovědnost za sebe a která aktivně usiluje o udržení a zlepšování svého zdravotně funkčního stavu, o tzv. úspěšné stárnutí, zdravé stáří i o aktivní ovlivňování kompenzačních služeb, které jsou seniorům poskytovány“ (Kalvach, 2004, 465).

1.3.1 Rodinná péče

V dnešní době je snaha o co nejdéší žití seniorů v jejich přirozeném prostředí popřípadě v rodině. Na takovém místě má senior pocit bezpečí, je to místo, které velmi dobře zná, kde se orientuje a kde se cítí doma. S přibývajícím věkem ale senior

vyžaduje čím dál větší péči a očekává pomoc od svých dětí, popřípadě blízké rodiny. Je potřeba najít neideálnější řešení rodinné péče tak, aby senior i rodina nebyli nijak omezováni a aby byly uspokojovány jejich potřeby. Ne vždy je rodinná péče ideální volbou, především u seniorů, kteří už se bez pomoci jiné osoby neobejdou.

Mlýnková (2011, 63) uvádí překážky při poskytování péče rodinnými příslušníky:

- Nevyhovující bydlení – malý byt, dochází ke ztrátě soukromí, jestliže se senior nastěhuje do rodiny dospělých dětí
- Zaměstnanost střední generace – většina lidí produktivního věku si nemůže dovolit zůstat doma se svým rodičem a věnovat mu potřebnou celodenní péči
- Povinnosti vůči vlastní rodině – střední generace se věnuje péči o děti, domácnost
- Vzdálenost rodin – stárnoucí rodiče bydlí ve vlastním bytě, jejich děti také, bydliště obou rodin mohou být od sebe hodně vzdálená
- Vyčerpání a únava rodinných příslušníků při péči o seniora – zpravidla není možné, aby člověk ve středním věku zajišťoval provoz rodiny, chodil do zaměstnání a současně pečoval o stárnoucího rodiče a jeho domácnost, zejména bydlí-li od sebe daleko.

1.3.2 Sociální péče

Prostřednictvím sociálních služeb je zajištěna pomoc při péči o vlastní osoby, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajišťování chodu domácnosti, ošetřování, poskytování informací, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při prosazování práv a zájmů.

„Formy poskytovaných služeb lze rozdělit na služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází, nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování. Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném prostředí“ (Zákon 108/2006 Sb., v platném znění).

Každé zařízení, které poskytuje komplexní péči a služby, by mělo dodržovat určitá pravidla. Mezi základní principy patří:

- Dodržování a ochrana práv uživatelů – dodržování základní listiny lidských práv.
- Respekt k odlišnostem – každý občan má individuální zájmy a potřeby, které je nutné respektovat a brát v úvahu při poskytování služeb.
- Respektovat politické přesvědčení, náboženské vyznání a sexuální orientaci,
- Individuální přístup – s každým uživatelem pracuje jeho klíčový pracovník, který s klientem sestavuje individuální plán poskytování služeb. Plán je postupně vyhodnocován a upravován spolu s uživatelem.
- Odborná a profesionální péče – služby klientům poskytují kvalifikovaní odborníci, kteří splňují požadavky zákona o sociálních službách.
- Nestrannost – ke všem přistupujeme bez předsudků, nestranně a rovnoprávně.

Sociální služby v České republice jsou poskytovány na několika úrovních. Na úrovni obcí a krajů jsou vytvářeny vhodné podmínky pro rozvoj sociálních služeb a zřizují se organizace poskytující sociální služby. Dále sociální služby poskytují nestátní neziskové organizace a fyzické osoby, které nabízejí široké spektrum služeb a poskytují sociální služby. V neposlední řadě do oblasti sociálních služeb zasahuje Ministerstvo práce a sociálních věcí.

1.3.2.1 Ústavní péče o seniory

Do této oblasti spadají organizace, které poskytují dlouhodobou péči. Jsou to pobytová zařízení, kde je péče o seniory zajišťována v domovech s pečovatelskou službou. Tato služba je určena pro seniory, kteří jsou trvale odkázáni na pomoc druhé osoby. Do ústavní péče o seniory patří domovy pro seniory, kde je poskytována pobytová služba osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Další zařízení, která poskytují ústavní péče, jsou domovy se zvláštním režimem. Tyto domovy jsou určeny především pro osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách a osobám se stařeckou demencí, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které vyžadují pravidelnou pomoc jiné osoby. V domovech se zvláštním režimem je přístup ke klientům přizpůsoben každému jednotlivci dle jeho individuálních potřeb a problémů.

„Optimální je otevření ústavního zařízení vnějšmu světu, komunitě např. zřizování jiných služeb v rámci ústavního zařízení sociální péče pro seniory, podporovat činnost klubu seniorů nebo obdobné aktivity, které mohou navštěvovat i lidé z komunity, propojenost středisek denní péče a rezidentní péče, podpora dobrovolnické práce a studentských stáží“ (Jarošová, 2006, 48).

1.3.2.2 Terénní služby pro seniory

Terénní služby jsou poskytovány především v rámci stacionářů, kde probíhají denní pobyty a v rámci pečovatelské služby, což je jedna z nejrozšířenějších terénních služeb, která podporuje setrvání seniora co nejdelší dobu v jeho přirozeném prostředí.

Pečovatelská služba je poskytována seniorům a těžce zdravotně postiženým občanům, kteří si z důvodu zdravotního stavu, vysokého věku nebo ztráty soběstačnosti nejsou schopni obstarat nutné práce v domácnosti a další životní potřeby nebo kteří pro nepříznivý zdravotní stav potřebují ošetření jinou osobou nebo jinou osobní péčí, kterou jim nemohou poskytnout rodinní příslušníci. Hlavním cílem pečovatelských služeb je zajistit zejména základní životní potřeby seniorů, podporovat samostatný a nezávislý život v domácnostech, zachovat kontakt se sociálním prostředím a oddálit nutnost umístění do ústavní péče“ (Nešporová, 2008, 20-22). Osoba, která pečovatelskou službu provádí, tzn. pečovatel/ka, která dochází k seniorům do jejich přirozeného prostředí, pro seniory představuje i formu sociálního kontaktu. Senior se na pečovatele/ku fixuje, protože se stává součástí jeho života a kolikrát i osobou, kterou vidá nejčastěji. Na druhé straně jsou ale také senioři, kteří mají negativní vztah k pečovatelce, obviňují ji a podezírají ze špatných činů nebo úmyslů.

1.3.2.3 Zdravotnické služby

Základem zdravotnických služeb pro seniory je péče, která je poskytována praktickým lékařem pro dospělé. Praktický lékař v rámci prevence a péče o seniora by měl spolupracovat i s rodinou, tak s ostatními složkami primární péče, které se o seniora starají.

Senior může být v rámci zdravotnických služeb hospitalizován v nemocnici, kde je jeho pobyt pouze přechodný a počítá se s tím, že se jeho stav zlepší a vrátí se domů, popřípadě bude umístěn do zařízení, které poskytují pobytové služby.

1.3.2.4 Vzdělávací a volnočasové služby

Senioři mají ke vzdělávání různé motivy. Většinou je motivem udržet se psychicky a sociálně aktivní, chtějí učením podporovat a uchovávat svoji soběstačnost a někteří si tak plní své celoživotní cíle, na které doposud neměli čas. Vzdělávání seniorů je prováděno pomocí různých kurzů a přednášek. Neznámější jsou:

- Univerzita třetího věku (U3V) – je forma celoživotního vzdělávání, která je nabízena na univerzitách. Poskytuje dospělým a osobám v pozdějším věku všeobecné, zájmové a neprofesní vzdělávání na vysokoškolské, univerzitní úrovni. Seniorům nabízí širokou škálu možností. Mezi hlavní cíle Univerzity třetího věku patří:
 - „bio-psycho-sociální” rozvoj člověka,
 - adaptace na měnící se životní a společenské podmínky (technologie),
 - mezigenerační dialog.
- Terapie – jsou způsoby odborné a cílené práce terapeuta s klientem, které směřují ke zmírnění nežádoucích potíží, napomáhají změnit prožívání, chování a jiné projevy potíží. Terapie jsou aplikovány terapeuty a využívají různých prostředků, metod, technik a forem práce. Při aplikaci terapie je nutné brát ohledy na schopnosti a především zdravotní stav seniora, na jeho osobní pocity, je třeba k terapii přistupovat individuálně a především tak, aby terapeut vždy poznal klienta a dokázal mu tak přizpůsobit terapii k co největšímu prospěchu. Mezi nejvíce využívané terapie u seniorů patří:
 - Činnostní a pracovní terapie
 - Psychomotorická terapie
 - Expresivní terapie
 - Dramaterapie, teatroterapie, psychodrama
 - Muzikoterapie
 - Arteterapie

1.3.3 Systém péče o seniory ve Šternberku

Ve Šternberku se seniorům věnují Sociální služby Šternberk, p.o. . Tato organizace se kromě seniorů věnuje také osobám se zdravotním postižením a tělesným postižením, které mají sníženou schopnost zajistit si své základní životní a osobní potřeby, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Napomáhá jim zvládat běžné věci při péči o svoji osobu a domácnost, podporuje je v soběstačnosti při péči o jejich zdraví, při kontaktu s místními institucemi, sociálním prostředím a okolím a umožňuje setrvat klientům v domácím prostředí co nejdéle. Organizace své služby poskytuje prostřednictvím pečovatelské služby, domova pro seniory, sociálně aktivizačních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením, domácí ošetrovatelské péče a bydlení pro matky/otce s dětmi v tísní.

Sociální služby Šternberk, zakládají svou činnost na těchto hodnotách:

- individuální přístup (respektujeme přání, požadavky a vůli klienta)
- spolehlivost (veškeré služby poskytujeme včas, kvalitně a za předem dohodnutou cenu)
- odbornost (zaměstnáváme pouze kvalifikované zaměstnance, kteří se průběžně vzdělávají)
- rovnost (zaručujeme stejný přístup ke všem klientům, nepodporujeme předsudky)
- pružnost (bezodkladně reagujeme na vzniklé situace a změny, které nastanou při poskytování sociálních a zdravotních služeb)
- dostupnost (služby poskytujeme na celém území města Šternberka včetně jeho okrajových částí, a to za stejných časových a finančních podmínek)
- mlčenlivost (zachováváme mlčenlivost o všech skutečnostech, které souvisejí s poskytováním péče)
- podpora zdraví klienta (nepodporujeme takové sociální a zdravotní služby a činnosti, které by mohly ohrozit zdravotní stav klienta nebo poškodit jeho zdraví)
- bezpečnost (poskytujeme služby s ohledem na bezpečnost klienta a na ochranu jeho majetku a zdraví)
- podpora ochrany práv klienta (podporujeme ochranu práv klienta v situacích, při kterých může docházet k jejich porušení)

1.3.3.1 Pečovatelská služba

Pečovatelská služba napomáhá zejména seniorům a osobám se zdravotním postižením zajistit jejich psychickou a fyzickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v co nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti. Pečovatelská služba zajišťuje možnost co nejdéle setrvat ve známém domácím prostředí.

Mezi hlavní cíle pečovatelské služby patří:

- poskytovat podporu a pomoc klientům při činnostech, které již samostatně nezvládnou
- podporovat schopnosti a možnosti klientů způsobem, jenž jim umožní zůstat co nejdéle v přirozeném prostředí
- pomoc a podpora v sociálním začleňování

1.3.3.2 Domov pro seniory ve Šternberku – Ošetřovatelský domov

Posláním domova pro seniory ve Šternberku je dopomoc seniorům, kteří mají sníženou schopnost zajistit si své základní životní a osobní potřeby, a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby, zvládat běžné věci při péči o svoji osobu a zdraví.

Nabízí pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Mezi základní činnosti Domova pro seniory patří poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

1.3.3.3 Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

Sociálně aktivizační služby napomáhají k rozvoji a udržení osobních a sociálních schopností a dovedností a podporuje jejich sociální začleňování. Služba nabízí příležitost k setkávání se, k získání potřebných a zajímavých informací a udržování dobré kondice prostřednictvím zájmových a vzdělávacích činností.

Mezi základní poskytované činnosti patří:

- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
 - klub práce s PC a internetem
 - podpora práce s internetem
 - klub kultury
 - klub angličtiny
- sociálně terapeutické činnosti
 - klub ručních dovedností
 - trénink paměti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
 - jedná se především o pomoc a poradenskou činnost sociálního pracovníka

1.3.3.4 Azylový dům - Bydlení pro matky/otce s dětmi v tísní

Posláním Azylového domu je pomáhat osamělým rodičům a jejich dětem překlenout nepříznivou sociální situaci spojenou se ztrátou bydlení a pomoci jim začlenit se zpět do společnosti. Nabízí dočasné ubytování a sociální poradenství. Služba je poskytována s cílem posilovat sociální začleňování uživatelů služeb.

1.3.3.5 Středisko ošetrovatelská péče o dospělé

Posláním domácí ošetrovatelské péče je zdravotní péče poskytovaná pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí. Domácí péče je zaměřena zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyлéčitelně nemocného člověka.

1.4 Kvalita života

Kvalita života je v dnešní době velice zkoumaným prvkem, co se týká života lidí ve společnosti. Zkoumá se to, jak jsou lidé spokojeni se životem, který vedou, jak jsou ovlivňováni prostředím, a které aspekty života jsou pro ně nejdůležitější. Ke zkoumání kvality života se využívá velké množství hodnotících metod.

1.4.1 Vymezení kvality života

Otázkou kvality života se lidé zabývali již v minulosti, ale to, co mi v dnešní době nazýváme kvalitou života, oni nazývali odlišně. Pro některé to byl duchovní život, spiritualita, kde řešili otázky dobrého či moudrého života v protikladu s životem řízeným vychytralostí či chytrostí. Jiní se zabývali otázkou kvality života cestou filosofickou, především etickou či antropologickou. Ti řešili otázky dobrého v protikladu ke špatnému životu. Otázky protikladu již byly formulovány v historii evropské filosofie. Již v antice se objevil směr hédonismus (= slast, ve smyslu ke kvalitě života i štěstí). Obecně tedy platilo, že šťastně a dobře žije ten, kdo si užívá v bohaté míře slastí, přicházejících smyslovými orgány. Blízko tomuto směru se projevovala škola Epikurova, která kladla důraz na pocit slasti, který však vycházel z klidu. Pojetí, které vypracoval Emanuel Kant, nevycházelo ze smyslů zprostředkovaných slastí, ale zprostředkovaných z rozumu. Zastával názor, že člověk není jen empirickou bytostí, ale též bytostí myslící. Tuto rovinu Emanuel Kant chápal jako rovinu duchovní. Vyjadřoval se v tomto smyslu o duši, z které vycházejí určité principy, dobré nebo špatné, které řídí jednání člověka ať k dobrému či špatnému životu (http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kv_ziv.html).

Teprve později se z pojmu kvalita života stává pojem vědecky. Nejprve se užívá v sociologii a následně i ve vědách o člověku. Jeho rozvíjení se ubíralo třemi směry. Objektivní směr je chápán jako souhrn objektivních názorů, subjektivní směr, kde je chápán jako souhrn subjektivních indikátorů a v kombinaci objektivních a subjektivních indikátorů (Mareš, 2005).

Podle Hnilicové (in Payne, 2005) je pojem kvality života v současnosti velmi frekventovaným pojmem. Požadavek na kvalitu života se stává symbolem moderních sociálních konceptů přístupu k jednotlivcům i sociálním skupinám. Je možné říci, že

podpora kvality života se stává smyslem všech sociálních a zdravotních zásahů v séniu. Širší pozornost otázkám kvality života a vzniku prvních konceptů podpory a měření aspektů kvality života přinesly až medicínské přístupy k pacientům v psychiatrii, onkologii a v geriatrii. V dnešním výzkumu kvality života dominují sociologové, psychologické a medicínsky orientované zaměření.

Podle Dragomirecké (2007) kvalita života může zahrnovat charakteristiku přírodního a sociálního prostředí člověka, jeho fyzický a psychický stav, otázky smyslu a užitečnosti života i subjektivní hodnocení života v pojmech osobní pohody a spokojenosti.

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je kvalita život definována tím, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu k cílům, očekávání, životnímu stylu a zájmům (Golecká, 2006).

Křivohlavý (2002, 162) vidí kvalitu života ve třech rovinách:

- Makro pojetí, kvalita života velkých celků, států atd.
- Mezo pojetí, kvalita života společenství, menších skupin, jako jsou domovy důchodců, ve škole, v nemocnici atd.
- Personální, individuální kvalita života.

1.4.2 Nástroje a metody měření kvality života

Metod, kterými se měří kvalita života, je velké množství. Křivohlavý (2002, 165) tyto metody rozděluje na tři skupiny:

- I. Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu života hodnotí druhá osoba
- II. Metody měření kvality života, kde hodnotitelem je sama daná osoba
- III. Metody smíšené, vzniklé kombinací metod typu I. a II.

1.4.2.1 Metoda APACHE II

Metoda APACHE (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation Systém, Kanus et al., 1985) je metoda nazvaná Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu. Metoda posuzuje závažnost onemocnění na základě odchylky stavu pacienta od stavu pacienta normálního.

1.4.2.2 Karnofskyho index

Karnofskyho index určuje celkový zdravotní stav pacienta. Tento stav určuje lékař pomocí tabulky (Tabulka 1).

Tabulka 1. *Karnofskyho index – PSI – Performance Status Index (Křivohlavý, 2002, 166)*

100%	Normální stav pacienta, neprojevují se žádné obtíže
90%	Normální výkonnost pacienta, minimální projevy choroby
80%	Normální výkonnost pacienta, avšak s vypětím, drobné příznaky nemoci
70%	Omezená výkonnost pacienta, samoobslužnou zachována, pracovní neschopnost pacienta
60%	Omezená výkonnost pacienta, ten však občas potřebuje cizí pomoc
50%	Omezená výkonnost pacienta, ten není trvale upoután na lůžko, potřebuje však ošetrovatelskou a lékařskou péči
40%	Pacient je trvale upoután na lůžko, potřebuje nutně lékařskou odbornou péči
30%	Pacient je vážně nemocen, je nutná odborná péče a podpůrná léčba, je indikována hospitalizace
20%	Pacient je těžce nemocný, potřeba urgentní hospitalizace, vyžaduje podpůrná opatření a léčbu
10%	Pacient je moribundní (pomalu umírá), nemoc rychle pokračuje a léčení nezaznamenává účinné zlepšení (nepomáhá)
0%	Pacient je mrtev

1.4.2.3 Symbolické vyjádření

Symbolické vyjádření kvality života je založeno na počtu křížků, které hodnotí samoobslužnou pacienta, jeho schopnost komunikace s obsluhujícím personálem a jeho celkový psychický stav. Čím více křížků (1-4) pacient měl, tím horší byla jeho kvalita života.

- + Pacient je po fyzické stránce v dobrém stavu, je zcela nezávislý na druhých lidech z hlediska sebeobsluhy, dobře se dá s ním hovořit i vyjít a přitom zaujímá realistický postoj k životu.
- ++ Pacient je psychicky alterován (vzrušen nebo naopak v depresi), v drobných úkonech sebeobsluhy potřebuje pomoc, případně se zdá, že jeho vztahy k druhým pacientům a jeho kontakt s nimi není nejlepší.
- +++ Pacient není zcela soběstačný, ale je třeba mu pomáhat v sebeobsluze, kontakt s ním dosti vážne a moc se s ním nedá mluvit, zdá se, že i styk pacienta s rodinou a přáteli není moc dobrý.
- ++++ Pacient je z hlediska sebeobsluhy zcela závislý na druhých lidech, dost dobře asi neví, co se s ním i kolem něho děje a celkově je v dosti těžké osobní situaci.

1.4.2.4 Metoda WHOQOL

WHOQOL (World Health Organization Duality of Life Group) je mezinárodní pracovní skupina, která vznikla na podnět Světové zdravotnické organizace (WHO) v devadesátých letech. Tato skupina vytvořila dotazníky pro měření kvality života. Jedním z dotazníků je WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life Assessment) - dotazník obsahuje celkem 100 položek rozdělených do šesti dimenzí – fyzické zdraví, nezávislost, mezilidské vztahy, prostředí a spiritualita (Dragomirecká & Bartoňová, 2006). Dále například dotazník WHOQOL – OLD - tento dotazník zjišťuje, jak senioři vnímají různé stránky kvality svého života, a zaměřuje se na oblasti, které pro ně mohou být důležité.

1.4.2.5 Metoda SQUALA

Dotazník na měření kvality života SQUALA (Subjective Quality of Life Analysis) je standardizovaný dotazník, který zahrnuje několik oblastí týkajících se vnější i vnitřní skutečnosti každodenního života (podrobněji o této metodě ve výzkumné části) (Dragomirecká, 2006).

1.4.2.6 Metoda SEIQoL

SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life) je program pro hodnocení individuální kvality života. Je založena na individuálnosti každého

zkoumaného jedince (O'Boyle, McGee, & Joyce 1994). Dotazník tak přistupuje k jedincům subjektivně (podrobněji o této metodě ve výzkumné části).

1.4.3 Kvalita života seniorů

Kvalita života ve stáří je dána celou škálou různých aspektů, které kvality života ovlivňují. Každý senior považuje za důležité jiné aspekty v závislosti na dosavadním životě, životním stylu a na očekávání smyslu života ve stáří.

V geriatrii a gerontologii je kvalita života považována za velmi důležitý ukazatel. Nehodnotí se pouze objektivní zdravotní stav, i když s ním kvalita života úzce souvisí. Dragomirecká (2007, 38) uvádí, že v sociální gerontologii se za důležité dimenze kvality života ve stáří považují celkový zdravotní stav, schopnost vykonávat běžné činnosti, hmotné zabezpečení a životní spokojenost.

V dnešní době se senioři musí dokázat vyrovnat s velkým množstvím pro ně významných ztrát, se zhoršováním zdravotního stavu a to často bez možnosti jeho nápravy. I přesto je možné, aby si senioři udrželi vysokou kvalitu života do vysokého věku, resp. do smrti (Farský, 2007). Kolektiv autorů identifikoval faktory, které ovlivňují kvalitu života žijících v komunitním zařízení (Nemček, 2011, 11):

- sebehodnocení – subjektivní hodnocení somatické, psychické, spirituální pohody a zdraví seniora
- funkční potenciál ve společnosti
- akceptace změněných životních podmínek
- efektivní zpracování ztráty

2 Cíle a výzkumné otázky

Diplomová práce se zabývá problematikou kvality života seniorů žijících v Ošetřovatelském domově pro seniory ve Šternberku. V diplomové práci jsme si stanovili dva stěžejní, úzce propojené cíle.

Pomocí využití dvou sebeposuzovacích metod měření kvality života, metody SEIQoL (Křivohlavý, 2002, 2009) a SQUALA (Dragomirecká et al., 2006), zjistit subjektivní úroveň kvality života seniorů a aspekty, které kvalitu ovlivňují. Měření subjektivní kvality života probíhá ve dvou fázích, s 6- ti měsíčním rozestupem, a práce porovnává výsledky obou šetření a zabývá se okolnostmi jejich stability či změn.

Druhým, úzce propojeným cílem, je, pomocí využití výstupů metod SEIQoL a SQUALA a jejich rozboru s následnými rozhovory s klienty, obohatit evaluaci péče o osoby v seniorském věku o vhodné sebeposuzovací metody měření kvality života.

Součástí hodnocení kvality života je i hodnocení možností klientů Ošetřovatelského domova pro seniory využívat služeb souvisejících s pohybovými aktivitami, aktivním využíváním volného času, fyzioterapií, zdravým životním stylem, vhodnou stravou apod.

Výzkumné cíle jsou řešeny prostřednictvím následujících výzkumných otázek:

1. Jaká je subjektivní úroveň kvality života seniorů (jednotlivých probandů) hodnocená pomocí metody SEIQoL a SQUALA? Jaké významné aspekty, určující kvalitu života, senioři uvádí?
2. Jsou výsledky prvního a druhého šetření (6- ti měsíční rozestup) subjektivního vnímání kvality života stabilní či podléhají změnám? Jaké jsou okolnosti stability či změn subjektivního vnímání kvality života?
3. Jsou zvolené dotazníky kvality života přínosné pro evaluaci péče o osoby v seniorském věku?
 - a) Jsou dotazníky schopny postihnout případné (subjektivně pozorované) změny v kvalitě života, které nastaly během šesti měsíčního rozestupu v měřeních?

- b) Přinášejí škály obohacující evaluační informace pro zkvalitnění programu ošetrovatelské péče?
4. Tráví klienti, vzhledem ke svému věku a stupni závislosti na pomoci druhých osob, svůj čas aktivně? Jaké jsou možnosti klientů Ošetrovatelského domova pro seniory využívat služeb souvisejících s pohybovými aktivitami, aktivním využíváním volného času, rehabilitací, vhodnou stravou apod.?

3 Metodika výzkumu

Metodika výzkumu se zabývá průběhem celého výzkumu, dále rozebírá výzkumný soubor a popisuje metody, které byly využity při výzkumu (SEIQoL, SQUALA).

3.1 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořilo 10 klientů Ošetrovatelského domova pro seniory ve Šternberku. Ošetrovatelský domov má kapacitu celkem 17 klientů, v době výzkumu jich v domově bylo celkem 13. Poskytnout jakékoliv údaje o své osobě odmítli dva klienti, a jeden klient byl natolik indisponován, že do výzkumného souboru nemohl být zařazen. Výzkumný soubor tvořili různorodí respondenti (Tabulka 2) – různá pohlaví, různý věk i stupeň závislosti (hodnocený dle Zákona č. 108/2006 Sb., v platném znění).

Tabulka 2. Výzkumný soubor

respondent č.	pohlaví	věk	stupeň závislosti
1	žena	83	I.
2	žena	91	II.
3	žena	76	II.
4	muž	85	III.
5	žena	90	II.
6	muž	87	I.
7	muž	77	I.
8	žena	74	I.
9	muž	89	II.
10	žena	86	I.

3.2 Použité metody

Metody, které byly v rámci výzkumu použity, jsou metody určené pro zkoumání kvality života. Jsou to metody SEIQoL (Křivohlavý, 2002, 2009) a SQUALA (Dragomirecká et al., 2006). Dále byl využit částečně strukturovaný rozhovor, jehož tématem byla kvalita života a oblasti, které si respondenti volili a jak dané oblasti hodnotili. Dále jsme se v rozhovoru zaměřili na otázku, zda respondenti vykonávají pohybovou aktivitu a jakým způsobem tráví svůj volný čas.

3.2.1 Metoda SEIQoL

Název metody SEIQoL je zkratka pro Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Program hodnocení individuální kvality života. Tato metoda využívá individualitu každého jedince, který je dotazován a tak k pojetí kvality života přistupuje subjektivně. Metoda SEIQoL zjišťuje pomocí rozhovoru nejdůležitější aspekty života zkoumaných jedinců. Kromě toho také zjišťuje důležitost těchto aspektů a míru spokojenosti s vyřčenými aspekty (O'Boyle, McGee, & Joyce 1994).

„Základem metodologie je rozhovor. Zkoumaná osoba je požádána, aby uvedla pět životních cílů, které považuje v dané situaci za nejdůležitější“ (Křivohlavý, 2009, 244). Tyto údaje jsou, včetně důležitosti a míry spokojenosti, zaznamenávány do tabulky (viz příloha č. 1, str. 1/1).

Při vedení rozhovoru je potřeba respondenty důkladně seznámit s postupem strukturovaného rozhovoru. Křivohlavý (2009, 247) shrnuje instrukce do čtyř základních kroků:

1. krok – uveďte celkem pět pro Vás nejdůležitějších životních témat, tzn. Vašich životních cílů, zájmů. Pro každou oblast zájmu patří v tabulce jeden řádek v prostředním sloupečku, kde napíšete hlavní téma heslovitě.
2. krok – u každého tématu uveďte, jak se vám podle vašeho zdání daří uskutečňovat to, jak jste s daným tématem spokojeni. Uveďte to v pravém sloupci, v procentech od 0 do 100%, kde 0% je nejnižší míra spokojenosti (vůbec nejsem spokojen/a) a 100% znamená, že jste zcela spokojen/a s daným zaměřením života.
3. krok – uveďte u každé oblasti zájmu, jak moc je tato oblast zájmu pro vás důležitá. To napíšete na levý okraj – a sice v procentech. Vaším úkolem je rozdělit 100% mezi Vámi uvedených pět témat podle toho, jak moc je pro Vás dané téma důležité. Součet všech uvedených čísel v levém sloupečku musí tedy dávat dohromady 100%.
4. krok – nakonec udělejte křížek na čáře, která je určitým druhem „teploměru Vaší životní spokojenosti“.

Vyhodnocení kvality života se provádí tak, že se u každého životního cíle násobí jeho důležitost (uvedena v procentech) mírou spokojenosti (uvedenou též

v procentech) (Křivohlavý, 2002). Výsledná hodnota je pak rovna součtu takto zjištěných součinů všech pěti oblastí. Tento výsledný součet se potom dělí 100, aby se výsledek pohyboval v rozmezí od 0 do 100. Výsledná hodnota se pak označuje jako index kvality života (QL).

3.2.2 Metoda SQUALA

Dotazník SQUALA měří kvalitu života, byl vytvořen v r. 1992 ve Francii. Autorem dotazníku je M. Zannotti (Zannotti, Pringuey, & Darcourt, 1994). Tento dotazník vychází z Maslowovy třístupňové teorie potřeb, kam patří aspekt života, jako je prožitek svobody, pravdy a spravedlnosti. Kvalita života je v dotazníku zjišťována pomocí důležitosti jednotlivých aspektů a jejich uspokojením z pohledu zkoumaného jedince. Dotazník zahrnuje 23 oblastí týkajících se vnější i vnitřní skutečnosti každodenního života. Novější verze dotazníku na základě validizace obsahuje 21 oblastí (vypuštěny byly oblasti víra a politika). My využíváme původní verzi s 23 oblastmi.

V dotazníku se tedy zjišťuje spokojenost respondenta s danými oblastmi života s ohledem na důležitost, kterou respondent jednotlivým oblastem přikládá. Verze dotazníku, která byla využita při výzkumu, obsahuje následující položky: zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, prostředí a bydlení, spánek, rodina, mezilidské vztahy, děti, péče o sebe, láska, sex, politika, víra, odpočinek, koníčky, bezpečí, práce, spravedlnost, svoboda, krása a umění, pravda, peníze a jídlo (Dragomirecká et al., 2006) (viz příloha č. 2, str. 2/1).

Výsledky dotazníku lze vyjádřit pomocí parciálních skóre jednotlivých oblastí kvality života a pomocí celkového skóre kvality života. Parciální skóre pro určitou oblast je dán součinem skóre důležitosti (nabývá hodnot 0 = bezvýznamné až 4 = nezbytné) a skóre spokojenosti (nabývá hodnot 1 = velmi zklamán až 5 = zcela spokojen). Celkový skóre kvality života je dán součtem všech parciálních skóre.

Na základě faktorové analýzy byly stanoveny dimenze kvality života, a to:

- squala1 = abstraktní hodnoty (pocit bezpečí, spravedlnost, svoboda, krása a umění, pravda),
- squala2 = zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama),
- squala3 = blízké vztahy (rodinné vztahy, láska, sexuální život),

- squala4 = volný čas (spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek koníčky),
- squala5 = základní potřeby (prostředí a bydlení, peníze, jídlo).

Průměrné hrubé skóry jednotlivých dimenzí jsou standardizovány tak, aby byla možná komparace. Rozpětí hrubého skóru se hodnotově pohybuje od 0 do 100, přičemž vyšší hodnota skóru poukazuje na lepší subjektivní kvalitu života (Dragomirecká et al., 2006).

Získaná data jsou zpracována v programu MS Excel a základní statistické charakteristiky jsou zpracovány v programu Statistica. Položky dotazníku SQUALA týkající se důležitosti jsou okódovány hodnotami 0-4 a položky týkající se spokojenosti hodnotami 1-5. Poté jsou vytvořeny parciální skóry pro jednotlivé položky, jsou dány součinem skóru důležitosti a skóru spokojenosti. Celková kvalita života je dána součtem všech parciálních skórů. Dále jsou vytvořeny průměrné hrubé skóry dimenzí, které jsou standardizovány tak, aby bylo možné jejich srovnání (rozpětí hrubého skóru u dimenze se pohybuje od 0 do 100, vyšší hodnota poukazuje na lepší subjektivní kvalitu života) (Dragomirecká, 2006).

Oba dotazníky byly statisticky zpracovány dle manuálu SQUALA (Dragomirecká, 2006) a dle manuálu SEIQoL (Křivohlavý, 2009).

3.3 Průběh výzkumu

Samotný výzkum probíhal ve dvou fázích. První fáze výzkumu proběhla v květnu 2013. Paní ředitelka sociálních služeb mi umožnila sejít se s vedoucí Ošetřovatelského domova, kde výzkum probíhal. V Ošetřovatelském domově pro seniory žije celkem 17 klientů. V době výzkumu bylo v domově přítomno pouze 13 klientů. Ostatní klienti byli v tuto dobu u svých rodin nebo hospitalizováni v nemocnici. Z 13 klientů 2 odmítli o své osobě poskytnout jakékoliv údaje, a tudíž se výzkumu účastnit nechtěli a 1 klient domova byl natolik indisponován, že do výzkumu nemohl být zařazen. Vedoucí Ošetřovatelského domova informovala klienty, že bude probíhat dotazování a vysvětlila jim důvod mé přítomnosti a také to, že jejich odpovědi jsou zcela anonymní a účast na výzkumu dobrovolná, což ztvrdili svým podpisem. Poté jsem jednotlivě docházela za klienty. S některými jsme se sešli v prostorách, kde tráví svůj volný čas, za jinými jsem docházela do jejich pokojů, kde jsem postupně zadala námi zvolené 2 dotazníky kvality života. Jako první jsem jim připomněla, že odpovědi jsou anonymní, poté jsem se

dotázala na osobní informace, jako věk, vzdělání apod., následně jsme se přešli k dotazníkům hodnocení kvality života. Jako první jsem zvolila dotazník SEIQoL z důvodu, že umožňuje volné vyjádření respondentů, až poté jsme vyplňovali dotazník SQUALA. Při práci s respondenty jsem se setkala se širokou škálou typologie osobností. Někteří z respondentů jen stroze odpovídali na otázky, aniž by nějak svoji odpověď odůvodnili. Po zodpovězení jsem se s nimi snažila ještě dále rozvést jejich odpovědi, nicméně, setkala jsem se s nezájmem. Naproti tomu se většina respondentů, především žen velice rozpovídalo a z jejich vyprávění bylo znatelné, že jsou velice rádi, že si mohou popovídat s nějakou novou tváří, sdělit zážitky z celého života, vše, co je těší a baví. S některými jsem tedy při vyplňování dotazníků strávila velmi dlouhou dobu, kdy jsme nezůstali jen u témat dotazníku.

Už výstupy z prvního šetření byly využity pracovníky Ošetřovatelského domova pro seniory pro zkvalitňování poskytovaných služeb seniorům a pro tvorbu individuálních plánů. Pracovníci se snažili zvyšovat úroveň kvality života seniorů využívajících služeb Ošetřovatelského domova pro seniory.

V druhé fázi výzkumu byly znovu využity dotazníky SEIQoL a SQUALA. Tato fáze probíhala v listopadu 2013. Dotazování se zúčastnilo všech 10 klientů, jako v první fázi měření. Všem respondentům byl znovu vysvětlen důvod dotazování, bylo jim připomenuto, že jejich účast je zcela dobrovolná a anonymní.

Po zpracování výsledků obou dotazníků jsem provedla rozhovor s pracovníky domova, ale také se samotnými respondenty, seznámila jsem je s výsledky a prodiskutovala s nimi minimální změny mezi 1. a 2. měřením, popřípadě zdůvodnila změny, ke kterým došlo (pouze u některých respondentů). Co bylo příčinou změn a zda se během 6- ti měsíců udála nějaká příhoda, která výsledek ovlivnila.

Následně byly výsledky vyhodnoceny, dány do tabulek a grafů a porovnány výstupy prvního a druhého měření. Tyto výsledky byly poskytnuty vedení Ošetřovatelského domově pro seniory ve Šternberku, kde na jejich základě budou dále zkvalitňovat práci a péči o své klienty.

3.4 Zpracování dat

Data byla tříděna, porovnávána a vkládána do grafů v programu MS Excel, základní statistické charakteristiky byly zpracovány v programu Statistica (ve spolupráci s RNDr. M. Elfmarkem).

Zpracování dat proběhlo v oblastech:

1. Skórování dotazníku SEIQoL a SQUALA – skórování obou metod SEIQoL a SQUALA je popsáno v kapitole o použitých metodách výše.

I. Výstupem z dotazníku SEIQoL je tzv. SEIQoL Index (nabývá hodnot od 0-100)

II. Výstupem metody SQUALA je parciální skóre jednotlivých položek, hrubé skóre jednotlivých dimenzí a celkové skóre (celkové skóre může nabývat hodnot od 0-460)

2. Rozdíl mezi vstupními a výstupními daty klientů

Při zjišťování rozdílu mezi vstupními a výstupními daty klientů jsme pracovali s daty klientů jako jednotlivců, tzn., že jsme pracovali „klinicky“.

3. Vztahy mezi SEIQoL a SQUALA

Při hledání vztahů mezi výstupy v metodě SEIQoL a SQUALA jsme obecně hodnotili obsahovou stránku a úroveň subjektivně významných oblastí (SEIQoL) a jednotlivých dimenzí (SQUALA) u jednotlivých respondentů.

4 Výsledky výzkumu a diskuze

Výzkumu se zúčastnilo celkem 10 klientů Ošetrovatelského domova ve Šternberku. Dle osobních dotazníků bylo z 10 klientů 6 žen a 4 muži. Průměrný věk respondentů je 83,8 let. U žen je průměrný věk 83,3 let. U mužů je průměrný věk 84,5 let (Tabulka 3). Středního vzdělání s maturitou dosáhli 2 klienti, středního vzdělání bez maturity dosáhli klienti 3 a základního vzdělání 5 klientů. Pouze 4 klienti z dotazovaných pravidelně 1x týdně cvičí, zbylých šest necvičí vůbec (do pravidelného cvičení není započítána rehabilitace prováděna v rámci poskytování sociálních služeb pravidelně každému klientu). Téměř všichni jsou spokojeni se svým zdravotním stavem. 6 klientů uvedlo, že jsou spíše spokojeni a 4 ani spokojeni, ani nespokojeni. 7 klientů uvedlo, že je jejich kvalita života dobrá, 2 uvedli ani dobrá, ani špatná a jeden uvedl, že jeho kvalita života je slabá. Kvalitou života se nadále zabývaly dotazníky SQUALA a SEIQoL, jejichž výsledky jsou zpracovány dále do jednotlivých tabulek a grafů.

Tabulka 3. Věkové složení výzkumného souboru

	průměrný věk	nejnižší věk	nejvyšší věk
celý soubor	83,8	74	91
ženy	83,3	74	91
muži	84,5	77	89

4.1 Výsledky metody SEIQoL a SQUALA

U metody SEIQoL, která kvalitu života hodnotí subjektivně, jsem nejprve porovnávala celkovou hodnotu QL při prvním měření s celkovou hodnotou QL při druhém měření (Tabulka 4). Dále jsem porovnávala, jaké hodnoty byly pro jednotlivé respondenty důležité při prvním měření, které hodnoty volili při měření druhém a jaká je jejich míra spokojenosti se zvolenou životní oblastí.

Tabulka 4. Srovnání výsledků SEIQoL

Resp. číslo	Pohlaví	Věk	Celková hodnota QL	
			1. měření	2. měření
1	žena	83	97	98
2	žena	91	87	86
3	žena	76	86	85
4	muž	85	72	66
5	žena	90	94	93
6	muž	87	70	77
7	muž	77	84	84
8	žena	74	93	93
9	muž	89	84	84
10	žena	86	72	80

Z tabulky vyplývá, že u většiny respondentů se celková hodnota QL příliš nezměnila. Největší změnu znamenal respondent č. 10, a to o 8, kdy se hodnota zvýšila v druhém měření. Tato změna však není nijak statisticky významná. Podrobněji se výsledky zabývám níže u jednotlivých respondentů.

„U metody SQUALA se výsledky vyjadřují formou parciálních skóre a celkového skóre kvality života. Parciální skóre pro určitou oblast života se rovná součinu skóre důležitosti (hodnoceno na pětibodové škále od 0= bezvýznamné po 4= nezbytné) a skóre spokojenosti (hodnoceno na pětibodové škále od 1 = velmi zklamán po 5 = zcela spokojen) a nabývá tedy hodnot od 0 do 20“ (Dragomirecká, 2006, 11).

V Tabulce 5 uvádím přehled jednotlivých dimenzí a položek SQUALY.

Tabulka 5. Dimenze a položky SQUALY (Dragomirecká, 2006, 29)

dimenze		položky		dimenze		položky	
squala 1	abstraktní hodnoty	qol 16	pocit bezpečnosti	squala 4	volný čas	qol 05	spánek
		qol 18	spravedlnost			qol 07	vztahy s ostatními lidmi
		qol 19	svoboda			qol 14	odpočinek
		qol 20	krása a umění			qol 15	koničky
		qol 21	pravda				
squala 2	zdraví	qol 01	zdraví	squala 5	základní potřeby	qol 04	prostředí a bydlení
		qol 02	fyzická soběstačnost			qol 22	peníze
		qol 03	psychická pohoda			qol 23	jídlo
		qol 09	péče o sebe sama				
squala 3	blízké vztahy	qol 06	rodinné vztahy				
		qol 10	láska				
		qol 11	sexuální život				

Nejdříve jsem u metody SQUALA porovnávala celkový skóre při prvním měření s celkovým skórem při druhém měření (Tabulka 6).

Tabulka 6. Srovnání výsledků SQUALA – celkové skóre

Resp. číslo	Pohlaví	Věk	Celkový skóre	
			1. měření	2. měření
1	žena	83	197	191
2	žena	91	179	189
3	žena	76	183	163
4	muž	85	162	165
5	žena	90	188	178
6	muž	87	132	158
7	muž	77	163	186
8	žena	74	199	192
9	muž	89	150	184
10	žena	86	158	165

V subjektivním hodnocení kvality života, v průběhu 6 - ti měsíců došlo u respondentů k posunům oběma směry (nárůst, pokles celkového skóre kvality života). U žádného respondenta se neobjevily významné rozdíly. Pouze u respondenta č. 9 se celkový skóre při druhém měření zvýšil o 34. Podrobnější zpracování a zdůvodnění rozdílu hodnot bude pomocí „klinického“ zpracování uvedeno ve výsledcích jednotlivých respondentů (viz Respondent č. 9, str. 76).

Dále budou výsledky pro větší přehlednost prezentovány formou individuálních výstupů jednotlivých respondentů z obou použitých metod (SEIQoL, SQUALA) a to následovně:

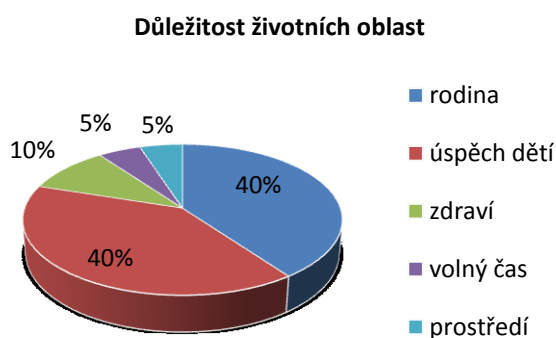
Respondent č. 1:

- metoda SEIQoL - výsledky z 1. a 2. měření + diskuze
- metoda SQUALA – dimenze kvality života -výsledky z 1. a 2. měření + diskuze (hodnoty jednotlivých oblastí metody SQUALA jsou uvedeny v tabulkách a grafech – příloha č. 3)
- porovnání výstupů metod

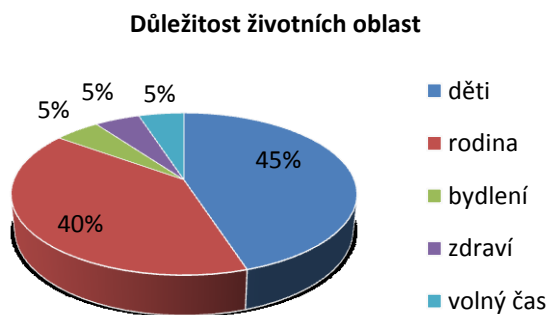
Respondent č. 1

Metoda SEIQoL - výsledky 1. a 2. měření

Respondent č. 1, žena ve věku 83 si při prvním dotazování jako nejdůležitější hodnoty svého života zvolila – rodinu, úspěch dětí, zdraví, volný čas a prostředí (Obrázek 2). Při druhém měření se její hodnoty života téměř nelišily. Pouze místo hodnoty - prostředí uvedla hodnotu – bydlení (Obrázek 3). Ani v hodnocení důležitosti těchto oblastí se uvedené hodnoty příliš nelišily.

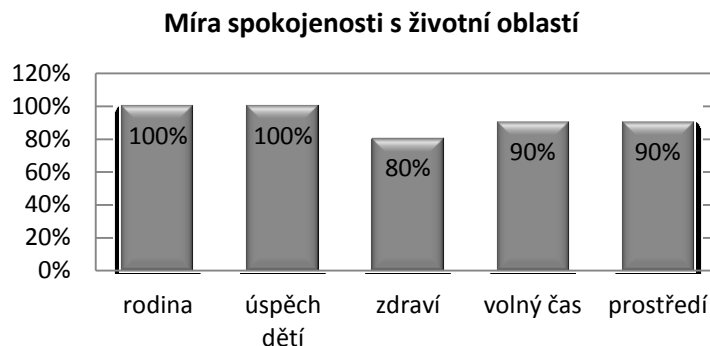


Obrázek 2. Hodnocení důležitosti životních oblastí u respondenta č. 1 - 1. měření



Obrázek 3. Výšečový graf: Hodnocení důležitosti životních oblastí u respondenta č. 1 - 2. měření

Při hodnocení míry spokojenosti s oblastmi života, které si respondentka zvolila, se vyjádření spokojenosti v procentech pohybovalo ve vysokých hodnotách, jak při prvním měření, tak při měření druhém (Obrázek 4, Obrázek 5).



Obrázek 4. Hodnocení míry spokojenosti u respondenta č. 1 - 1. měření



Obrázek 5. Hodnocení míry spokojenosti u respondenta č. 1 - 2. měření

Respondentka při vyplňování dotazníku působila velmi vyrovnaně, čemuž také odpovídají naměřené hodnoty a vysoké procento spokojenosti s kvalitou života. Hodnotu bydlení uvedla z důvodu, že se jí prostředí, ve kterém žije, tedy Ošetrovatelský domov ve Šternberku, líbí a je v něm spokojenější mnohem více, než ve svém domě, kde žila před tím a především sama. U rodiny a dětí v obou případech respondentka uvedla 100% spokojenost. Její rodina ji pravidelně navštěvuje, je úspěšná ve všem co dělá a její děti, mají hodná a vzorná vnoučata, s čímž je respondentka velice spokojena a činí ji to šťastnou a spokojenou.

Celková míra spokojenosti (QL) se životem respondentce vyšla při prvním měření na hodnotu 97 a při měření druhém na hodnotu 98.

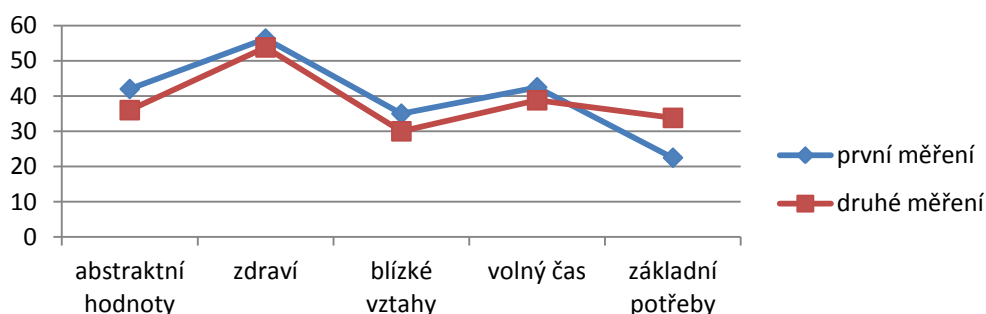
Metoda SQUALA - výsledky 1. a 2. měření

Nejvyšší hodnoty nabývá dimenze zdraví, kam spadají oblasti zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda a péče o sebe sama. Nejnížší hodnotu má dimenze

základní potřeby v prvním měření, kam patří oblasti – prostředí bydlení, peníze a jídlo. U této dimenze je také vidět největší rozdíl při prvním a druhém měření (Tabulka 5 a Obrázek 6).

Tabulka 5. Hodnoty dimenzí kvality života

	abstraktní hodnoty	zdraví	blízké vztahy	volný čas	základní potřeby
první měření	42	56,3	35	42,5	22,5
druhé měření	36	53,8	30	38,8	33,8



Obrázek 6. Porovnání dimenzí kvality života 1. a 2. měření

Celková skóre, tedy součet všech parciálních skóreů byl v prvním měření 197 a v druhém měření 191. U respondentky nedošlo k výrazným změnám. Nejvyšších hodnot dosahovala oblast děti. Tato oblast ale dimenzi blízké vztahy nijak neovlivnila, protože není k žádné dimenzi přiřazena.

Porovnání výstupů metod

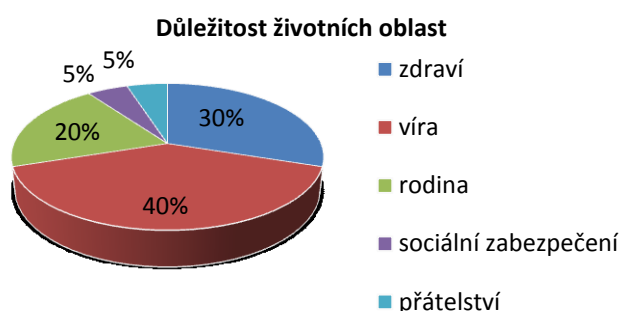
Pro respondentku je při porovnání obou metod dotazování nejdůležitější zdraví, které nabývá vysokých hodnot. Dále je pro respondentku důležitá rodina a děti, jak uvedla při vyplňování metody SEIQoL. U metody SQUALA oblast rodina spadá do dimenze blízké vztahy, které ale na rozdíl od předchozí metody ve výsledcích nenabývají vysoké hodnoty.

Respondentka pravidelně jednou týdně cvičí společně s ostatními klienty domova. Uvědomuje si, že to má velice pozitivní vliv na její psychiku i zdraví. Mimo pravidelného cvičení za respondentkou dochází 2x týdně rehabilitační sestra.

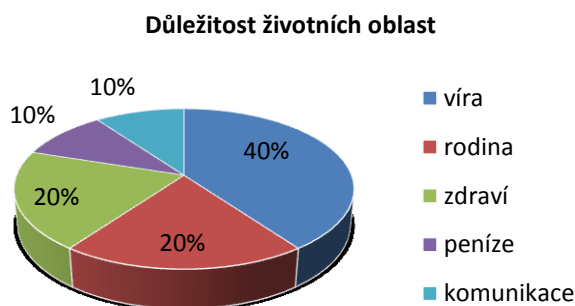
Respondent č. 2

Metoda SEIQoL - výsledky 1. a 2. měření

Respondent č. 2, žena ve věku 91 let, uvedla při prvním dotazování tyto oblasti života- zdraví, víra, rodina, sociální zabezpečení, přátelství. Nejdůležitější oblastí pro respondentku je víra, dále zdraví a rodina (Obrázek 7). Při druhém dotazování opět jako nejdůležitější oblast zvolila víru, dále rodina, zdraví, peníze a komunikace (Obrázek 8). Je vidět, že i zde se oblasti života příliš nelišily.



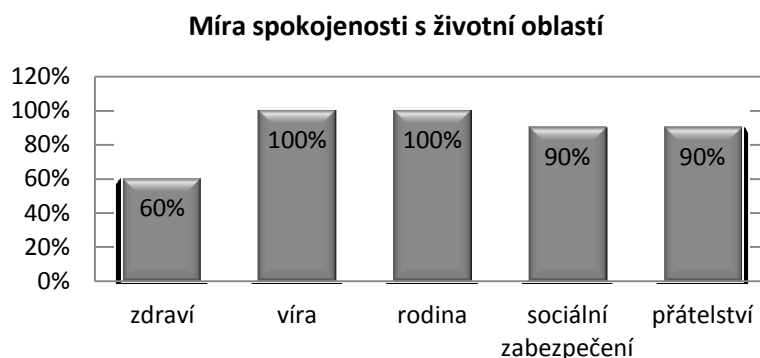
Obrázek 7. Hodnocení důležitosti životních oblastí u respondenta č. 2 - 1. měření



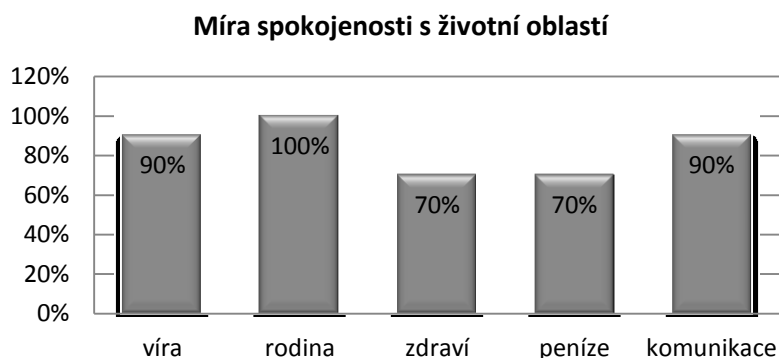
Obrázek 8. Hodnocení důležitosti životních oblastí u respondenta č. 2 - 2. měření

Respondentka při hodnocení míry spokojenosti uváděla vysoké hodnoty. V prvním měření klesla pouze hodnota zdraví k 60% (Obrázek 9) a to z toho důvodu, že v době měření měla respondentka menší zdravotní potíže a to se odrazilo na jejím každodenním životě, kdy se nemohla pohybovat tak, jak byla doposud zvyklá. Tento stav byl ale pouze dočasný a respondentka se během pár dní vrátila k běžnému dennímu režimu, což se projevuje i při druhém měření, kdy se míra spokojenosti se zdravím

zvýšila na 70% (Obrázek 10). Celkově se v druhém měření hodnoty také pohybovaly vysoko.



Obrázek 9. Hodnocení míry spokojenosti u respondenta č. 2 - 1. měření



Obrázek 10. Hodnocení míry spokojenosti u respondenta č. 2 - 2. měření

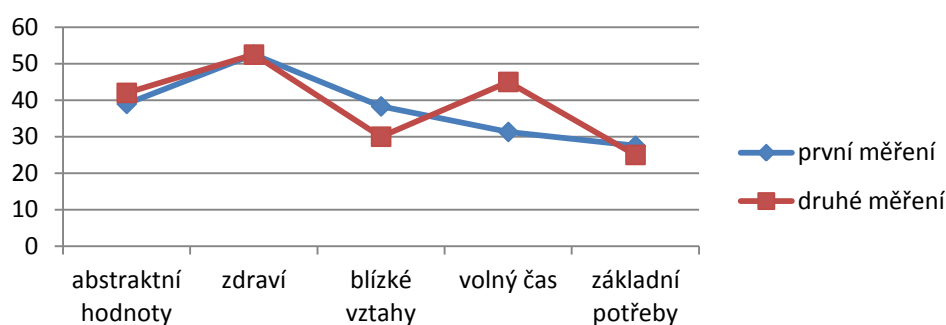
Celková míra spokojenosti (QL) při prvním měření vyšla na hodnotu 87 a při druhém měření na hodnotu 86.

Metoda SQUALA - výsledky 1. a 2. měření

Nejvyšší hodnoty nabývá dimenze zdraví, stejně jako u prvního respondenta. Nejnižší hodnotu má dimenze základní potřeby v prvním i druhém měření. Největší rozdíl mezi prvním a druhým měřením je u respondentky v dimenzi volný čas. Ostatní dimenze nezaznamenaly žádný velký rozdíl (Tabulka 7, Obrázek 11).

Tabulka 7. Hodnoty dimenzí kvality života – 1. a 2. měření

	abstraktní hodnoty	zdraví	blízké vztahy	volný čas	základní potřeby
první měření	39	52,5	38,3	31,3	27,5
druhé měření	42	52,5	30	45	25



Obrázek 11. Porovnání dimenzí kvality života 1. a 2. měření

Celkové skóre, tedy součet všech parciálních skóre bylo v prvním měření 179 a v druhém měření 189. Rozdíl byl způsoben hodnocením oblasti rodinné vztahy, kdy respondentka uvedla v prvním měření vyšší hodnoty. Při diskusi to odůvodnila tím, že první měření probíhalo chvíli poté, co ji rodina navštívila a tak byla v příjemném rozpoložení a uvedla vysoké hodnoty.

Porovnání výstupů metod

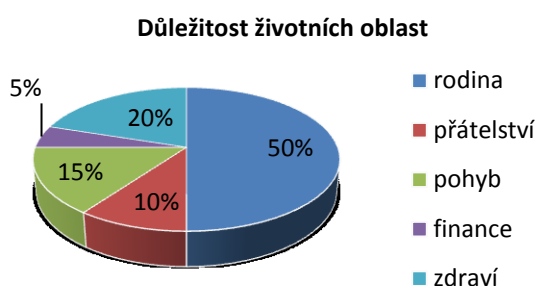
V první metodě uváděla respondentka vysoké hodnoty v oblasti rodiny a zdraví, v druhé metodě tyto oblasti tak vysokých hodnot nenabývaly. Naopak zdraví v druhé metodě nabývalo nejvyšší hodnoty, v metodě první respondentka zdraví uvedla s téměř nejnižším procentem spokojenosti, ale i tak byla hodnota vysoká (80 a 90%).

Navzdory tomu, že respondentka uvedla, že vůbec necvičí a její věk je nejvyšší ze všech respondentů, je se svým zdravotním stavem spokojená a vypadá na svůj věk velice čile a vyrovnaně. Pozitivně na ni působí prostředí, ve kterém žije, stravovací návyky a také osoby se kterými žije, tedy ostatní klienti, ale také personál, který o respondentku pečuje.

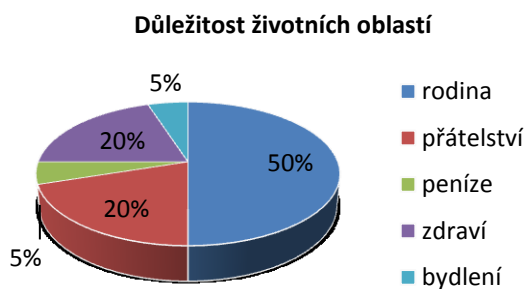
Respondent č. 3

Metoda SEIQoL - výsledky 1. a 2. měření

Respondent č. 3, žena ve věku 76 při prvním měření vybrala za nejdůležitější aspekty svého života rodinu, přátelství, pohyb, finance a zdraví. Vysokou převahu při hodnocení důležitosti měla rodina (Obrázek 12). Při druhém dotazování respondentka uvedla opět s největší důležitostí rodinu, dále pak přátelství, peníze, zdraví a bydlení (Obrázek 13).

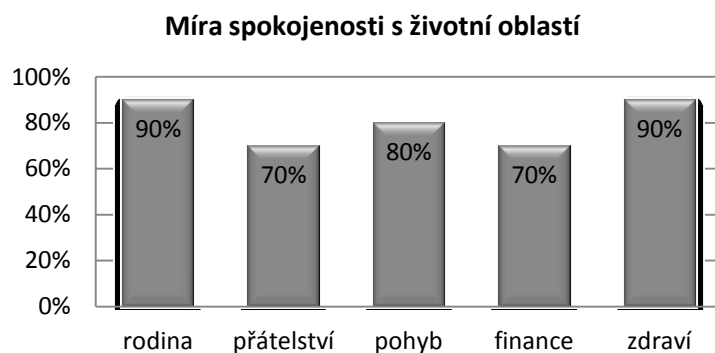


Obrázek 12. Hodnocení důležitosti životních oblastí u respondenta č. 3 - 1. měření

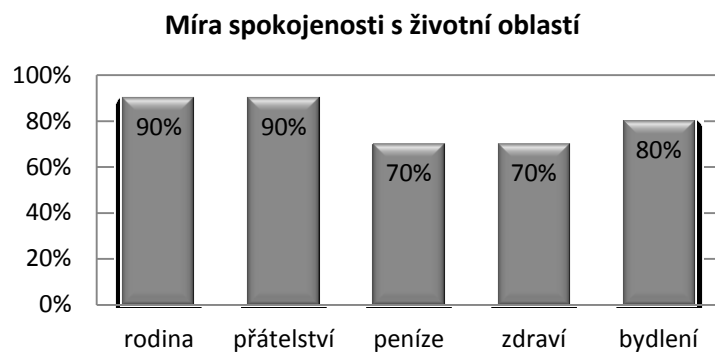


Obrázek 13. Hodnocení důležitosti životních oblastí u respondenta č. 3 - 2. měření

Při hodnocení byla pro respondentku nejdůležitější rodina. To se projevilo jak při prvním tak i při druhém dotazování. Kromě toho při hodnocení míry spokojenosti s uvedenými oblastmi v obou měřeních měla hodnota rodiny vysoké číslo (Obrázek 14, Obrázek 15). Respondentka také při rozhovoru velice často o své rodině mluvila a opravdu bylo znát, že pro ni velice moc znamená.



Obrázek 15. Hodnocení míry spokojenosti u respondenta č. 3 - 1. měření



Obrázek 16. Hodnocení míry spokojenosti u respondenta č. 3 - 2. měření

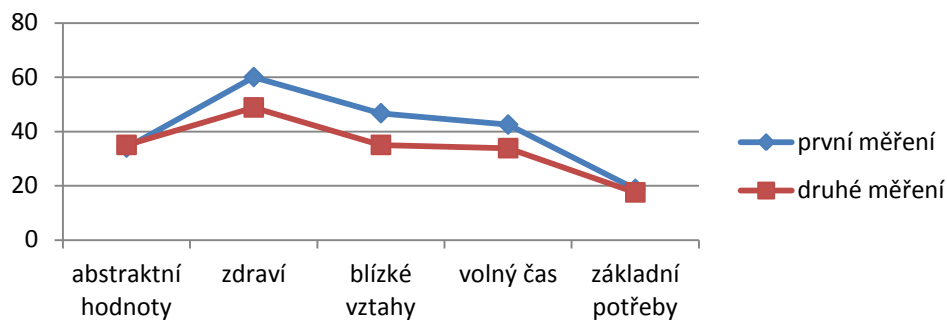
Celková hodnota QL při prvním měření činí 86, při druhém měření 85.

Metoda SQUALA - výsledky 1. a 2. měření

V prvním měření nabývají hodnoty vyšších hodnot než v měření druhém. Největší rozdíl zaznamenává dimenze zdraví a blízké vztahy, naopak nejmenší rozdíl je u dimenze abstraktní hodnoty (Tabulka 8, Obrázek 16).

Tabulka 8. Hodnoty dimenzí kvality života – 1. a 2. měření

	abstraktní hodnoty	zdraví	blízké vztahy	volný čas	základní potřeby
první měření	34	60	46,7	42,5	18,8
druhé měření	35	48,8	35	33,8	17,5



Obrázek 16. Porovnání dimenzí kvality života 1. a 2. měření

Celková skóre, tedy součet všech parciálních skóreů byl v prvním měření 183 a v druhém měření 163. Tento rozdíl byl způsoben především oblastí spravedlnost, kde se hodnocení mezi prvním a druhým měřením lišilo nejvíce. Respondentka ale uvedla, že spravedlnost cítí stále stejně. V druhém měření u ní zvolila vyšší důležitost.

Porovnání výstupů metod

V první metodě má nejvyšší hodnotu rodina a zdraví. Dimenze zdraví má nejvyšší hodnotu i v druhé metodě. Co se jednotlivých oblastí v metodě SQUALA týká, nejvyšší hodnoty zaznamenaly rodinné vztahy, což odpovídá výsledkům i v metodě SEIQoL.

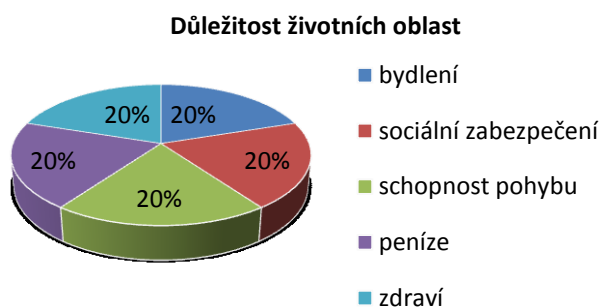
Respondentka uvedla, že pravidelně jedenkrát týdně cvičí a obecně je se svým zdravotním stavem spíše spokojena. Také při rozhovoru uvedla, že když cvičení vynechala ze zdravotních důvodů, při další hodině cvičení se rychle zadýchávala a nestačila ostatním, tak jako dříve. Ale velice rychle znovu přivykla tempu jejich cvičení a je ráda, že se ho účastní, protože se po něm cítí mnohem více fit a má pocit, že je více soběstačná, než kdyby necvičila. Respondentka by také uvítala, kdyby cvičení mohla navštěvovat vícekrát týdně. Na životě v ošetrovatelském domově se jí líbí, že může ve volném čase navštěvovat altánek postavený před domovem pro seniory, kde v teplých dnech tráví spoustu času. Dále si rychle přivykla pravidelné vyvážené stravě a zaznamenává příznivé změny na svých stravovacích návycích.

Respondent č. 4

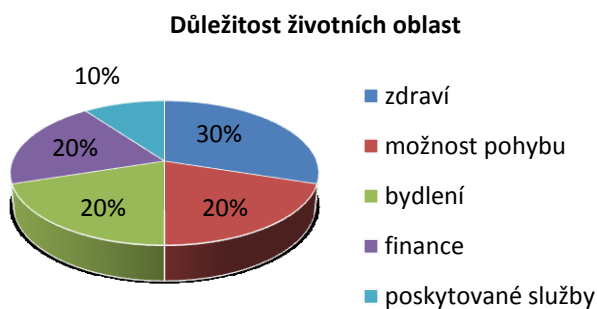
Metoda SEIQoL - výsledky 1. a 2. měření

Respondent č. 4 je muž ve věku 85 let, který má omezenou možnost pohybu a v domově využívá zapůjčený elektrický vozík, s kterým jezdí ven a má tak přiměřenou možnost pohybu, kterou také uvádí jako jednu z důležitých oblastí svého života. Při prvním dotazování uvedl tyto oblasti- bydlení, sociální zabezpečení, schopnost pohybu, peníze, zdraví. Důležitost těchto oblastí rozložil rovnoměrně (Obrázek 17) a odůvodnil to tím, že vše je pro něj stejně důležité a vše má v jeho životě stejně důležitou roli. V druhém měření pak uvedl zdraví, možnost pohybu, bydlení, finance, poskytované služby. Zde mělo nejvyšší procentuální zastoupení v důležitosti zdraví (Obrázek 18).

Zajímavostí u tohoto probanda je to, že jako jediný ze všech dotazovaných nevedl ani v jednom případě oblast rodina. Proband má pouze syna. S tím neudrhuje kontakt od té doby, co ho umístil do ošetrovatelského domova pro seniory z důvodu možnosti pohybu.

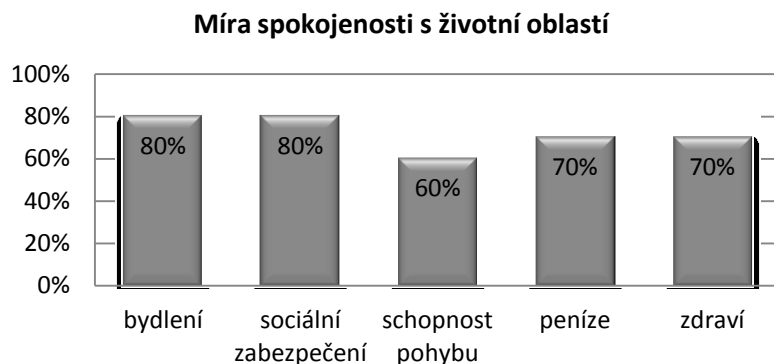


Obrázek 17. Hodnocení důležitosti životních oblastí u respondenta č. 4 - 1. měření

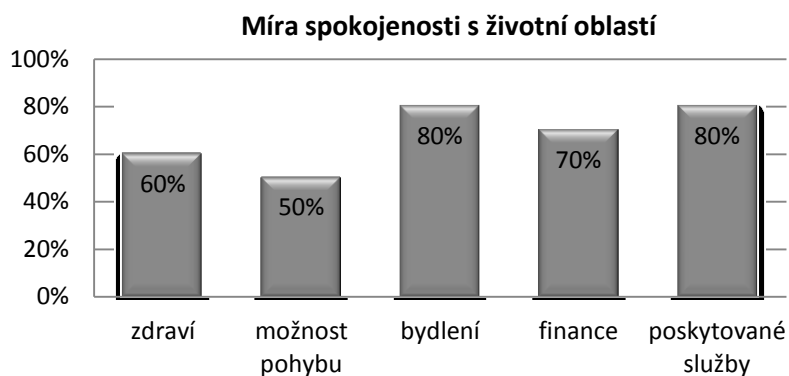


Obrázek 18. Hodnocení důležitosti životních oblastí u respondenta č. 4 - 2. měření

Míra spokojenosti s životní oblastí u respondenta č. 4 se pohybuje v horní části procentuální škály. Pouze v případě zdraví se při druhém měření míra spokojenosti snížila na 60% (Obrázek 20). Respondent to odůvodnil tím, že se při prvním měření (Obrázek 19) cítil mnohem více fit a to především z toho důvodu, že díky teplému počasí mohl častěji jezdit ven a pozorovat přírodu.



Obrázek 19. Hodnocení míry spokojenosti u respondenta č. 4 - 1. měření



Obrázek 20. Hodnocení míry spokojenosti u respondenta č. 4 - 2. měření

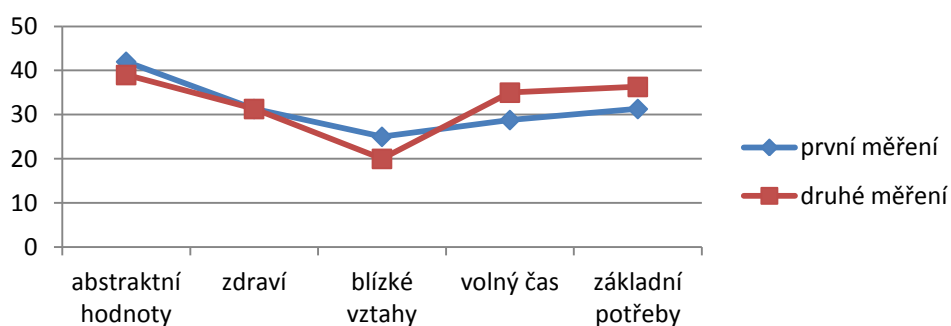
Celková hodnota QL byla při prvním měření 72 a při měření druhém 66.

Metoda SQUALA - výsledky 1. a 2. měření

U respondenta nabývají nejvyšší hodnoty v dimenzi abstraktní hodnoty, naopak nejnižší hodnoty zaznamenala dimenze blízké vztahy a to v obou měřeních. Naprosto stejnou hodnotu jak v prvním měření, tak v měření druhém, má dimenze zdraví (Tabulka 9, Obrázek 21).

Tabulka 9. Hodnoty dimenzí kvality života 1. a 2. měření

	abstraktní hodnoty	zdraví	blízké vztahy	volný čas	základní potřeby
první měření	42	31,3	25	28,8	31,3
druhé měření	39	31,3	20	35	36,3



Obrázek 21. Porovnání dimenzí kvality života 1. a 2. měření

Celkový skór, tedy součet všech parciálních skórů byl v prvním měření 162 a v druhém měření 165.

Porovnání výstupů metod

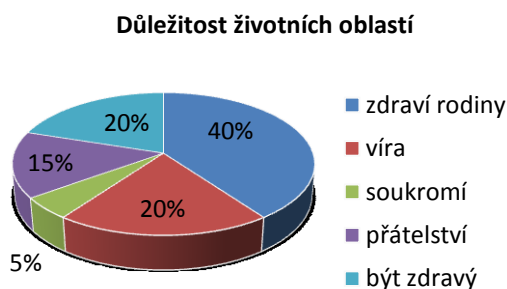
V první metodě SEIQoL se respondent vůbec nezmiňoval o rodině. V metodě SQUALA a rodinných vztahů uváděl nízká čísla, což se objevilo i ve výsledcích. Znamená to tedy, že pro respondenta rodina není důležitá, jak již bylo výše zmíněno, s nikým z rodiny se nestýká a neudrhuje žádný kontakt. Dokonce i vztahy s ostatními lidmi pro něj nejsou nijak důležité a není v této oblasti příliš spokojen.

Respondent při rozhovoru působil spíše samotářským dojmem. Což ale podle vyprávění je záležitostí až posledních let, kdy žije v domově pro seniory. V domově sdílí pokoj ještě s jedním klientem, toho jsem ale během šetření ani jednou neviděla, údajně bývá často u své rodiny. Po konzultaci s personálem jsme dospěli k závěru, že vzhledem k rodinné situaci respondenta není vhodné, aby byl umístěn v pokoji s tímto klientem. Co si respondent pochvaluje je pravidelná strava a vypočítává si, za kolik hodin bude podáván, která strava.

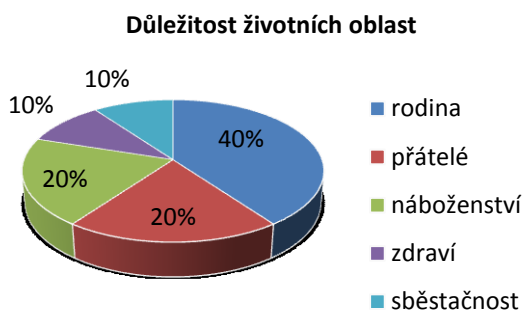
Respondent č. 5

Metoda SEIQoL - výsledky 1. a 2. měření

Při prvním měření si respondent č. 5, žena ve věku 90 let zvolila tyto oblasti ovlivňující kvalitu života- zdraví rodiny, víra, soukromí, přátelství, být zdravý. Procentuální rozdělení důležitosti těchto oblastí se v některých případech rozcházelo o 35% (Obrázek 22). U druhého měření již takový rozdíl v důležitosti nebyl (Obrázek 23) a respondentka uvedla téměř stejná témata – rodina, přátelé, náboženství, zdraví, soběstačnost. Dalo by se říci, že jediný rozdíl oproti měření prvnímu byla záměna soukromí za soběstačnost. Jinak všechny ostatní oblasti zůstaly stejné, i když trochu jinak nazvané.

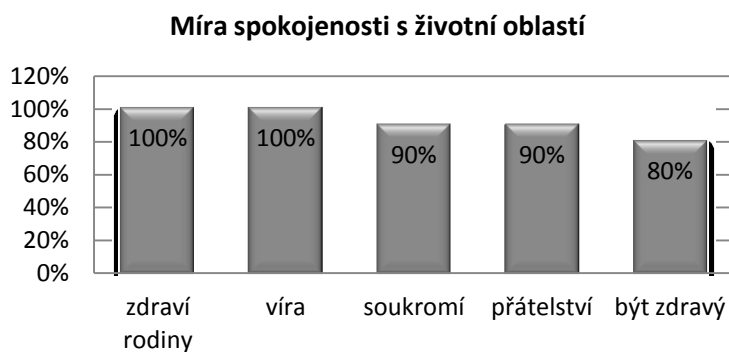


Obrázek 22. Hodnocení důležitosti životních oblastí u respondenta č. 5 - 1. měření

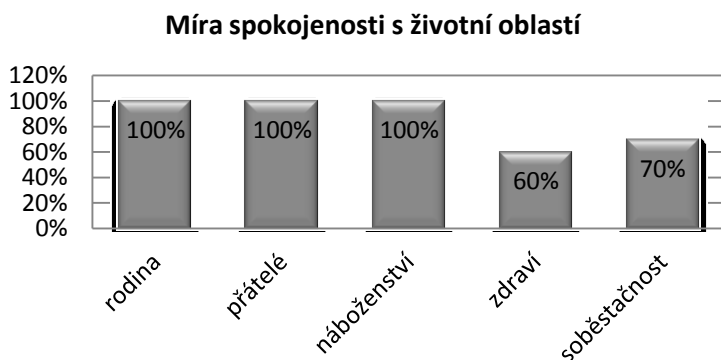


Obrázek 23. Hodnocení důležitosti životních oblastí u respondenta č. 5 - 2. měření

V hodnocení spokojenosti se respondentka pohybovala na vysokých číslech, především, co se rodiny a víry týká, tam v obou dvou měřeních uvedla celých 100% (Obrázek 24, Obrázek 25). Pouze u oblasti zdraví, v druhém případě uvedla respondentka o 20% méně. Tuto výchylku odůvodnila tím, že se při druhém měření necítila moc dobře a tudíž nemohla uvést, že je se svým zdravím plně spokojena.



Obrázek 24. Hodnocení míry spokojenosti u respondenta č. 5 - 1. měření



Obrázek 25. Hodnocení míry spokojenosti u respondenta č. 5 - 2. měření

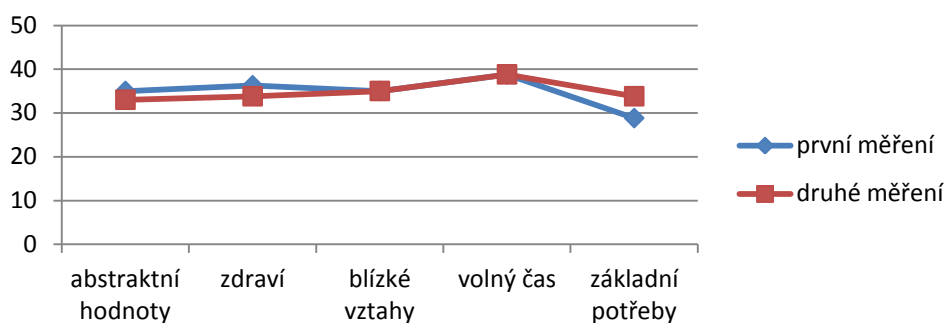
Celková míra spokojenosti (QL) při prvním měření měla hodnotu 94 a při druhém měření hodnota klesla na 93.

Metoda SQUALA - výsledky 1. a 2. měření

U respondentky se hodnoty jednotlivých dimenzí příliš nelišily v prvním a druhém měření. Blízké vztahy a volný čas nabývají stejných hodnot a u zdraví a abstraktních hodnot jsou jen minimální rozdíly. Pouze u základních potřeb je rozdíl o něco větší, ale v porovnání s ostatními je odchylka zanedbatelná (Tabulka 10, Obrázek 26).

Tabulka 10. Hodnoty dimenzí kvality života 1. a 2. měření

	abstraktní hodnoty	zdraví	blízké vztahy	volný čas	základní potřeby
první měření	35	36,3	35	38,8	28,8
druhé měření	33	33,8	35	38,8	33,8



Obrázek 26. Porovnání dimenzí kvality života 1. a 2. měření

Celkový skór, tedy součet všech parciálních skórů byl v prvním měření 188 a v druhém měření 178. Rozdíl u respondentky mezi prvním a druhým měření nebyl nijak významný. Největší změnu zaznamenala oblast víra, kdy její hodnota v druhém měření klesla. Respondentka si ale při diskuzi neuvědomovala, že by cítila nějaký rozdíl.

Porovnání výstupů metod

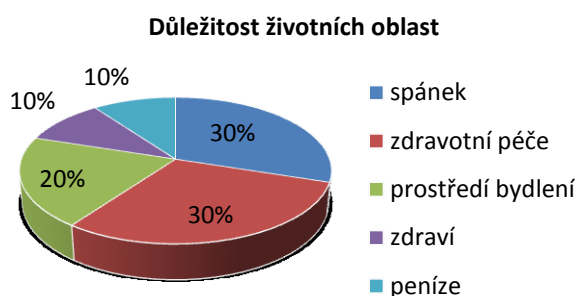
Obě metody, jak SEIQoL, tak SQUALA zaznamenávají vysoké hodnoty u všech oblastí (dimenzí) kvality života. Jak vyplývá z obou metod, pro respondentku je nejdůležitější víra, konkrétně uvedla, že náboženství. I rodinné vztahy a děti nabývají v metodě SQUALA vysokých čísel, což se potvrzuje i při hodnocení metody SEIQoL, kde u rodiny respondentka uvedla 100% spokojenost.

Respondentka uvedla, že se neúčastní žádné pohybové aktivity, že se na cvičení cítí příliš stará. Přitom v oblasti zdraví neuváděla příliš vysoké hodnoty. Proto bylo personálu doporučeno, aby respondentku více motivovali a byly jim navrženy možnosti, které by byly pro respondentku vhodné, aby byla co nejdéle soběstačná a samostatná, aby se stále procvičovala její jemná i hrubá motorika. Respondentku pravidelně navštěvuje rehabilitační sestra, tudíž má alespoň touto formou zajištěn pohyb. V obecném hodnocení uvedla, že je její kvalita života dobrá. Velice si libuje v pravidelném stravování. Uvedla, že co žije v ošetrovatelském domově, její stravovací návyky se zlepšily a díky tomu cítí, že má více energie.

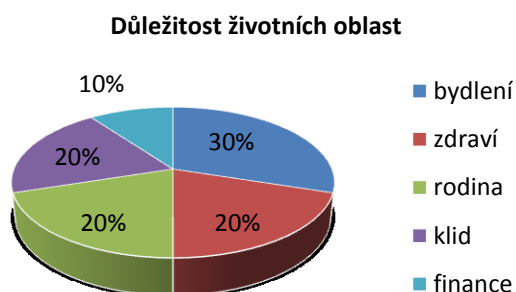
Respondent č. 6

Metoda SEIQoL - výsledky 1. a 2. měření

Respondent č. 6 je muž ve věku 87 let. Jako nejdůležitější oblasti života, které nejvíce ovlivňují jeho kvalitu života, uvedl spánek, zdravotní péči, prostředí bydlení, zdraví a peníze (Obrázek 27). Nejdůležitější oblastí pro respondenta byl spánek a zdravotní péče. Při druhém měření bylo pro respondenta nejdůležitější bydlení, dále zdraví, rodina, klid a finance (Obrázek 28). Rodinu v druhém případě uvedl z toho důvodu, že se týden před měřením dověděl, že se mu narodil pravnuček a měl z této zprávy velikou radost. V prvním měření uvedl oblast spánek, v druhém měření ho zaměnil za klid, ale při rozhovoru se jednalo v podstatě o stejnou oblast, kterou pouze jinak nazval. Respondent má rád svůj vlastní klid, především v noci, jinak se mu velice špatně spí, dále má rád svůj klid při jídle i při rehabilitační péči. Z tohoto důvodu má respondent svůj vlastní pokoj, na kterém je sám a alespoň z menší části je zachován jeho osobní klid.

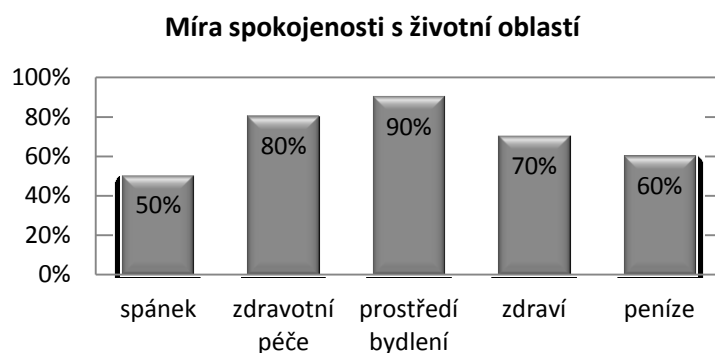


Obrázek 27. Hodnocení důležitosti životních oblastí u respondenta č. 6 - 1. měření

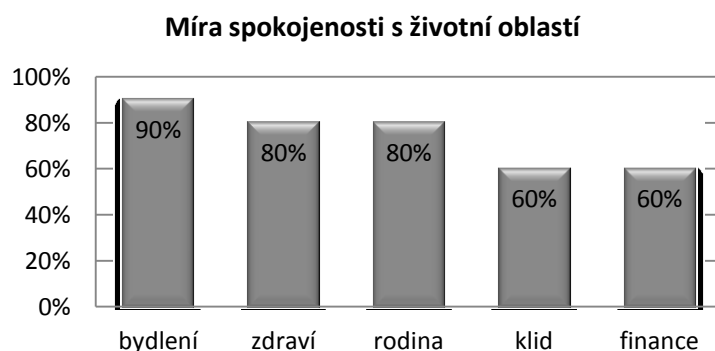


Obrázek 28. Hodnocení důležitosti životních oblastí u respondenta č. 6 - 2. měření

V prvním měření byl respondent při hodnocení míry spokojenosti nejméně spokojen s klidem, respektive s oblastí nazvanou spánek (Obrázek 29). V druhém měření tuto oblast ohodnotil o 10% výše (Obrázek 30).



Obrázek 29. Hodnocení míry spokojenosti u respondenta č. 6 - 1. měření



Obrázek 30. Hodnocení míry spokojenosti u respondenta č. 6 - 2. měření

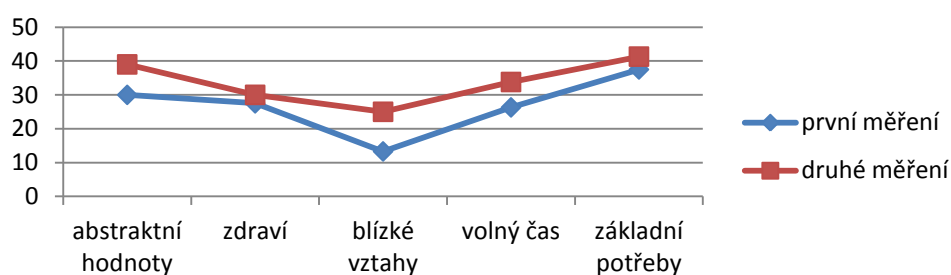
Celková hodnota míry spokojenosti (QL) při prvním měření byla 70 a při druhém měření byla 77.

Metoda SQUALA - výsledky 1. a 2. měření

U respondenta můžeme vidět, že všechny dimenze jsou vyšší v druhém měření. Celkově nejnižší hodnotu mají rodinné vztahy a nejvyšší hodnota má dimenze základní potřeby. U dimenze zdraví respondent uvádí téměř shodná čísla jak v prvním, tak i v druhém měření (Tabulka 11, Obrázek 31).

Tabulka 11. Hodnoty dimenzí kvality života 1. a 2. měření

	abstraktní hodnoty	zdraví	blízké vztahy	volný čas	základní potřeby
první měření	30	27,5	13,3	26,3	37,5
druhé měření	39	30	25	33,8	41,3



Obrázek 31. Porovnání dimenzí kvality života 1. a 2. měření

Celkový skór, tedy součet všech parciálních skórů byl v prvním měření 132 a v druhém měření 158. Tento rozdíl vznikl z důvodu menších rozdílů u většiny oblastí. Tyto rozdíly ovšem nebyly nijak významné.

Porovnání výstupů metod

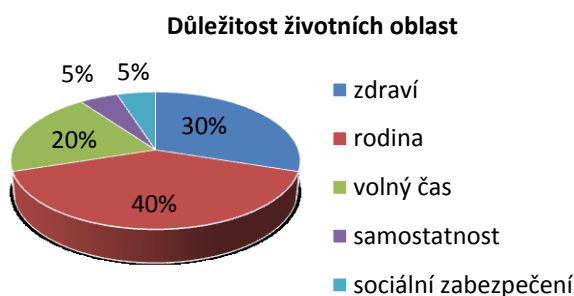
Při srovnání obou metod byl respondent nejvíce spokojen s oblastí (dimenzí) nazvanou prostředí bydlení. V obou případech uváděl vysoké hodnoty. V oblasti spánku, odpočinku, klidu se hodnoty v obou metodách nevyšplhaly na vysoké hodnoty a respondent je hodnotil spíše negativně.

Respondentova psychická pohoda ani zdraví nenabývají vysokých hodnot. Uvedl také, že se neúčastní žádné pohybové aktivity. Ale sám udává, že to údajně nemá žádný vliv na jeho kondici a psychiku. Při diskusi s respondentem jsme se já i personál snažili dospět k tomu, aby si uvědomil, že pohybová aktivita neslouží pouze k tomu, aby měl větší sílu (jak sám uvedl: „Nepotřebuji cvičit, já mám síly dost“), ale také k tomu, aby si udržel dobrý zdravotní stav a cítil se mnohem lépe po stránce psychické. Ve svém volném čase nejraději luští křížovky, jak uvedl.

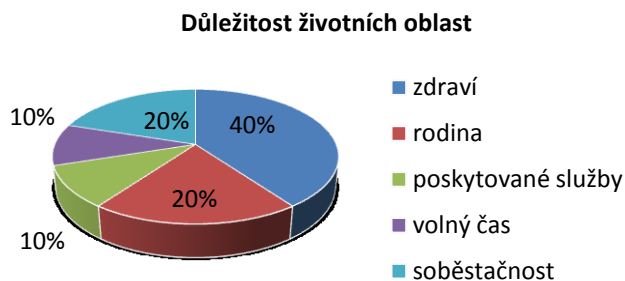
Respondent č. 7

Metoda SEIQoL - výsledky 1. a 2. měření

Respondent č. 7 je muž ve věku 77 let. Při prvním měření pro něj byla nejdůležitější oblastí rodina, dále pak zdraví, volný čas a se stejnou důležitostí samostatnost a sociální zabezpečení (Obrázek 32). Při druhém měření jako nejdůležitější oblast uvedl zdraví, dále rodinu, soběstačnost, poskytované služby a volný čas (Obrázek 33).

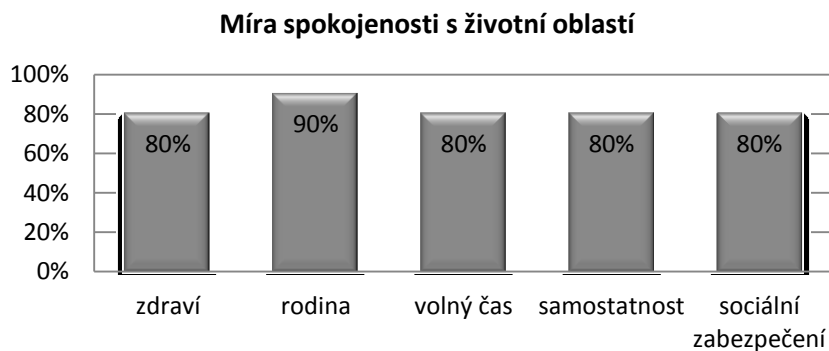


Obrázek 32. Hodnocení důležitosti životních oblastí u respondenta č. 7 - 1. měření

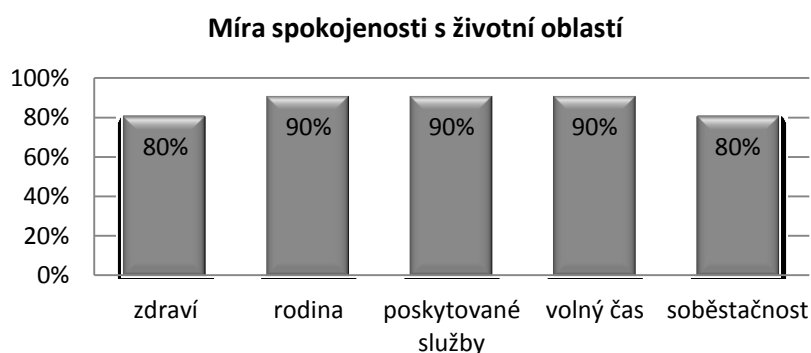


Obrázek 33. Hodnocení důležitosti životních oblastí u respondenta č. 7 - 2. měření

V hodnocení míry spokojenosti uváděl stejně jako většina respondentů vysoká čísla. Respondent využil pouze dvě hodnoty 80% a 90% a tyto dvě hodnoty využil při hodnocení jak při prvním měření, tak i při měření druhém (Obrázek 34, Obrázek 35).



Obrázek 34: Hodnocení míry spokojenosti u respondenta č. 7 - 1. měření



Obrázek 35: Hodnocení míry spokojenosti u respondenta č. 7 - 2. měření

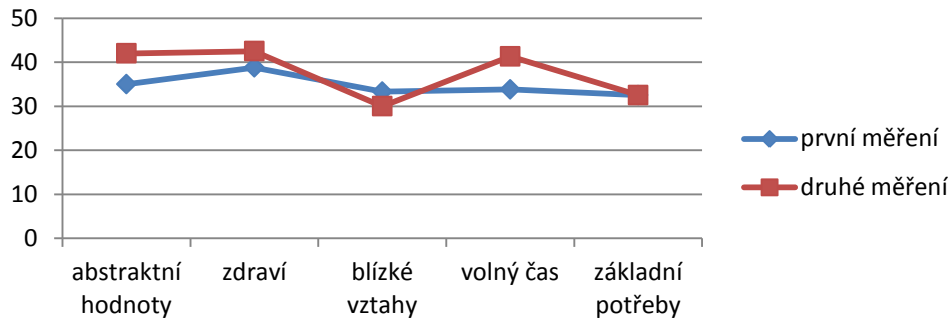
Celková hodnota míry spokojenosti (QL) při prvním měření byla 84 a při druhém měření byla shodně 84.

Metoda SQUALA - výsledky 1. a 2. měření

U respondenta nabývá nejvyšší hodnoty dimenze zdraví, naopak nejnižší hodnotu má dimenze blízké vztahy. Rozdíl mezi prvním měřením a druhým měřením má nejvyšší u dimenze abstraktní hodnoty (Tabulka 12, Obrázek 36).

Tabulka 12. Hodnoty dimenzí kvality života 1. a 2. měření

	abstraktní hodnoty	zdraví	blízké vztahy	volný čas	základní potřeby
první měření	35	38,8	33,3	33,8	32,5
druhé měření	42	42,5	30	41,3	32,5



Obrázek 36. Porovnání dimenzí kvality života 1. a 2. měření

Celkový skór, tedy součet všech parciálních skórů byl v prvním měření 163 a v druhém měření 186. Stejně jako u předchozího respondenta, i respondent č. 7 zaznamenává menší rozdíly mezi prvním a druhým měřením ve většině oblastí, což způsobuje rozdíl v celkovém skóre mezi prvním a druhým měřením.

Porovnání výstupů metod

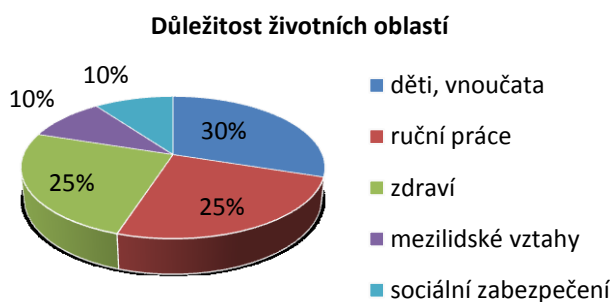
Pro respondenta je nejdůležitější rodina (děti), kde jak v metodě SEIQoL, tak i v metodě SQUALA uvádí vysoké hodnoty. Oblast zdraví v metodě SEIQoL nabývá vysokých metod, kdežto v metodě SQUALA zdraví patří k dimenzím s průměrným hodnocením spokojenosti.

Respondent neprovádí žádnou pohybovou aktivitu, se svým zdravotním stavem je spokojen a nestěžuje si ani na problémy se samoobsluhou nebo zhoršenými motorickými schopnostmi. Uvádí ale také, že se nebrání účasti na pravidelném cvičení, pokud na sobě ucítí, že mu cvičení prospívá. Pravidelně za ním dochází rehabilitační sestra. Ve volném čase nejraději posedává ve svém vlastním křesle nad knihou či denním tiskem.

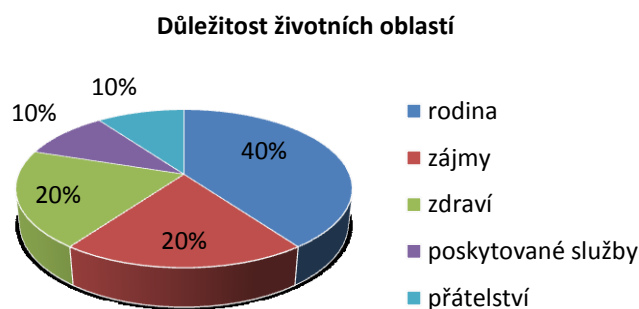
Respondent č. 8

Metoda SEIQoL - výsledky 1. a 2. měření

Respondent č. 8, pohlaví ženského ve věku 74 let. Tato žena se jak při prvním měření tak i při měření druhém velice rozovídala o své rodině o tom, co ráda dělá ve svém volném čase a o tom, co dělávala za mlada a co dělávala do té doby, než přišla do ošetrovatelského domova pro seniory. Dále vyprávěla, co dělá dnes a jaké vztahy má s ostatními obyvateli domova. Všechna tato témata se také objevila v oblastech, které nejvíce ovlivňují kvalitu jejího života. V prvním měření to byly vnoučata s dětmi, ruční práce, zdraví, mezilidské vztahy, sociální zabezpečení (Obrázek 37). V druhém měření uvedla rodinu, zájmy, zdraví, poskytované služby a přátelství (Obrázek 38).

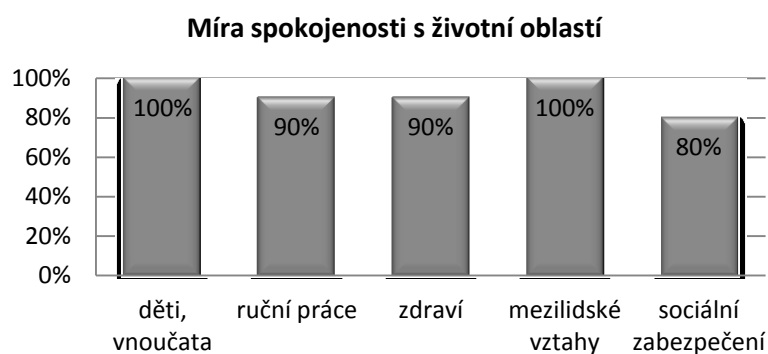


Obrázek 37. Hodnocení důležitosti životních oblastí u respondenta č. 8 - 1. měření

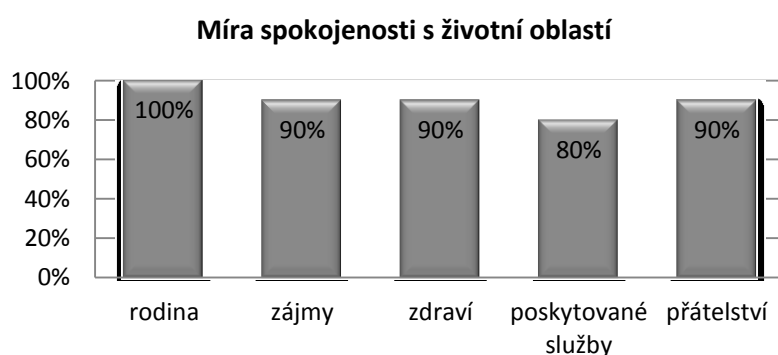


Obrázek 38. Hodnocení důležitosti životních oblastí u respondenta č. 8 - 2. měření

Nejvíce spokojená je respondentka jak při prvním měření, tak při měření druhém s rodinou. Tedy s dětmi a s vnoučaty, kde v obou případech uvedla plných 100%. I v ostatních oblastech respondentka uváděla vysoká procenta (Obrázek 39, Obrázek 40).



Obrázek 39. Hodnocení míry spokojenosti u respondenta č. 8 - 1. měření



Obrázek 40. Hodnocení míry spokojenosti u respondenta č. 8 - 2. měření

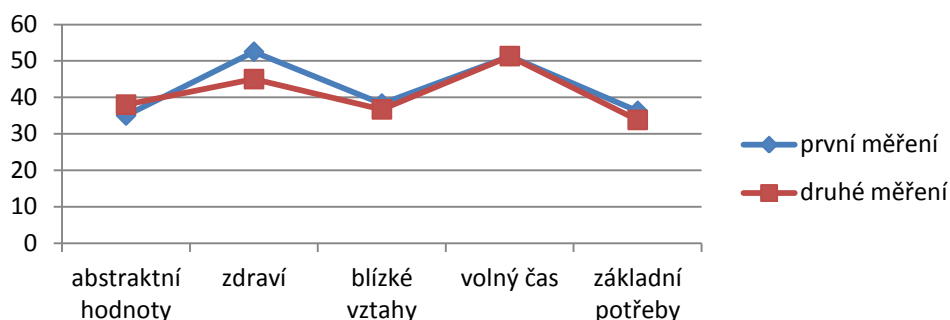
Celková míra spokojenosti (QL) při prvním měření byla 93 a při druhém měření byla shodně 93.

Metoda SQUALA - výsledky 1. a 2. měření

Hodnoty u respondentky se v prvním a druhém měření téměř nelišily. Jediný větší rozdíl zaznamenala dimenze zdraví, kdy se respondentka v prvním měření cítila lépe, než v měření druhém. Ostatní dimenze – abstraktní hodnoty, blízké vztahy, volný čas a základní potřeby se vůbec nebo minimálně liší (Tabulka 13, Obrázek 41).

Tabulka 13. Hodnoty dimenzí kvality života 1. a 2. měření

	abstraktní hodnoty	zdraví	blízké vztahy	volný čas	základní potřeby
první měření	35	52,5	38,3	51,3	36,3
druhé měření	38	45,0	36,7	51,3	33,8



Obrázek 41. Porovnání dimenzí kvality života 1. a 2. měření

Celkový skór, tedy součet všech parciálních skórů byl v prvním měření 199 a v druhém měření 192. U respondentky nebyl zaznamenán významný rozdíl.

Porovnání výstupů metod

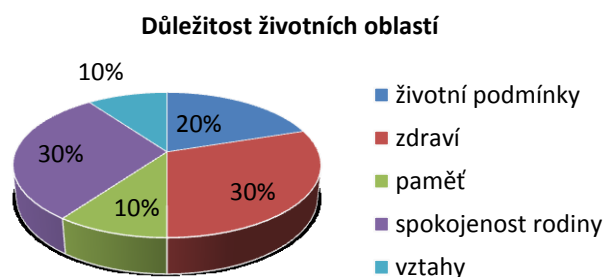
V metodě SEIQoL respondentka uvádí jako důležité oblasti ruční práce, zájmy, což by se dalo v metodě SQUALA zahrnout do dimenze volný čas. V obou metodách tyto oblasti nabývají vysokých hodnot. Naopak blízké vztahy nabývají v metodě SEIQoL nejvyšší hodnoty, kdežto v metodě SQUALA nabývají hodnot téměř nejnižších.

Respondentka se pravidelně účastní organizovaného cvičení a velice si pochvaluje náplň jednotlivých lekcí. Cítí se po cvičení nabitá pozitivní energií a velice ji těší, že spoustu cviků si může procvičovat i sama při vykonávání běžných denních činností. Uvítala by, kdyby pravidelné cvičení probíhalo i vícekrát týdně. Velice ráda chodí ke svým kamarádkám (klientkám domova) do pokoje, kde společně probírají své rodiny, dívají se na seriály či hrají karty. Společně chodí na obědy či se setkávají u snídaně, kde se domlouvají, u koho se v daný den sejdou. Respondentka si pochvaluje stravu, která jí je přidělena. Uvádí, že jako diabetička dostává chutnou a zdravou stravu, což připívá ke snižování hladiny cukru a výsledky při kontrole u doktora jsou pro ni vždy povzbuzující.

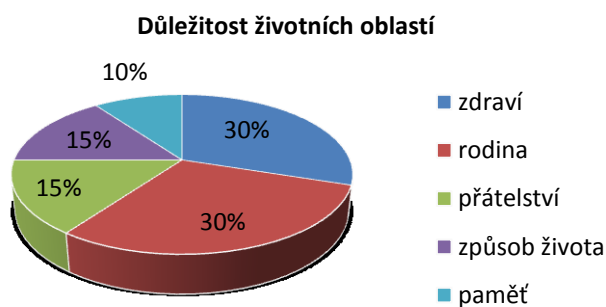
Respondent č. 9

Metoda SEIQoL - výsledky 1. a 2. měření

Respondent č. 9, poslední muž mezi respondenty ve věku 89 let. Při jeho výběru oblastí mě velice zaujala paměť, z jakého důvodu zvolil tuto položku. Respondent uvedl, že si začal všimnout toho, že častěji zapomíná a proto byla paměť pro něj v daný okamžik důležitá. Také ale neopomněl dodat, že je s pamětí ale stále spokojen. V prvním měření tedy uvedl nejdůležitější oblasti – životní podmínky, zdraví, paměť, spokojenost rodiny, vztahy (Obrázek 42). V druhém měření byly nejdůležitější oblasti zdraví, rodina, přátelství, způsob života a paměť (Obrázek 43).

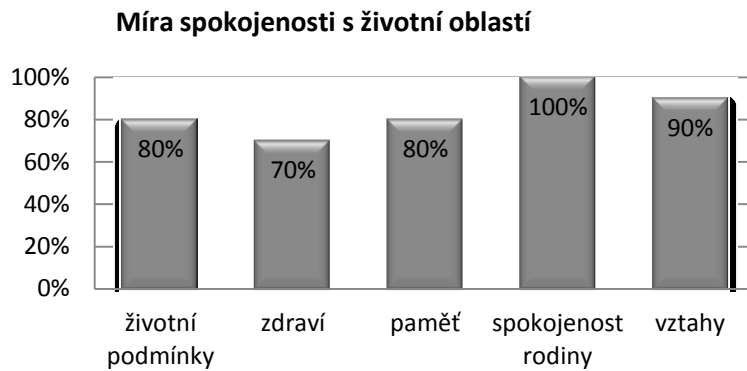


Obrázek 42. Hodnocení důležitosti životních oblastí u respondenta č. 9 - 1. měření

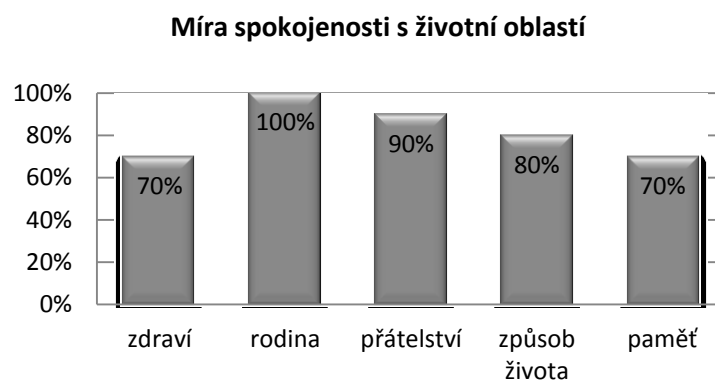


Obrázek 43. Hodnocení důležitosti životních oblastí u respondenta č. 9 - 2. měření

Při hodnocení míry spokojenosti nejvíce procent respondent uvedl u rodiny. Při prvním i druhém měření uvedl plných 100%. Nejnižší ohodnocení uvedl u zdraví a to 70%, také v obou případech (Obrázek 44, Obrázek 45).



Obrázek 44. Hodnocení míry spokojenosti u respondenta č. 9 - 1. měření



Obrázek 45. Hodnocení míry spokojenosti u respondenta č. 9 - 2. měření

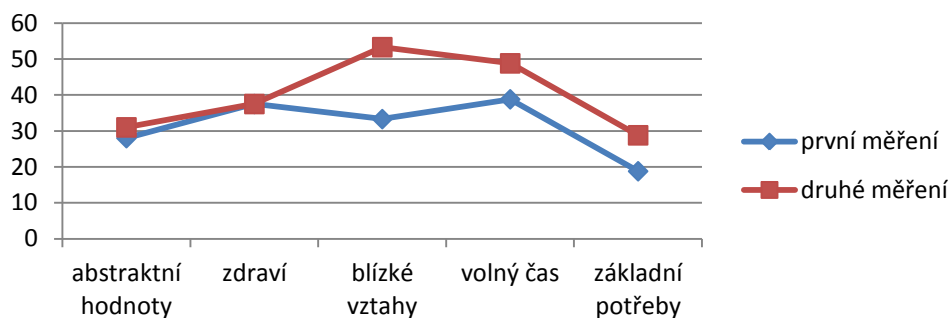
Celková míra spokojenosti (QL) při prvním měření byla 84 a při druhém měření byla shodně 84.

Metoda SQUALA - výsledky 1. a 2. měření

Nejvyšší hodnotu a to s velkým rozdíle zaznamenala oblast rodinné vztahy, což spadá do dimenze blízké vztahy. Blízké vztahy také zaznamenávají veliký rozdíl mezi prvním a druhým měřením. Další nejvyšší hodnotu má dimenze volný čas, naopak nejnižší hodnotu má dimenze základní potřeby (Tabulka 14, Obrázek 46).

Tabulka 14. Hodnoty dimenzí kvality života 1. a 2. měření

	abstraktní hodnoty	zdraví	blízké vztahy	volný čas	základní potřeby
první měření	28	37,5	33,3	38,8	18,8
druhé měření	31	37,5	53,3	48,8	28,8



Obrázek 46. Porovnání dimenzí kvality života 1. a 2. měření

Celkový skór, tedy součet všech parciálních skórů byl v prvním měření 150 a v druhém měření 184. U tohoto respondenta byla zaznamenána největší změna a to v oblasti rodinné vztahy. Tento rozdíl byl s respondentem prodiskutován a došli jsme k závěru, že sám necítí žádnou změnu v rodinných vztazích mezi prvním a druhým měřením, tudíž k rozdílu nejspíše došlo pouze tím, že respondent měl při prvním hodnocení stanovené jiné měřítko než při hodnocení druhém.

Porovnání výstupů metod

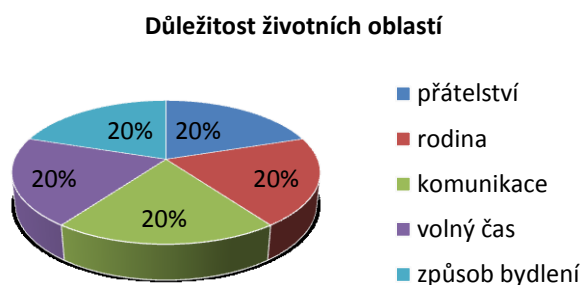
V obou metodách se setkáváme s vysokými hodnotami v oblasti rodiny. Pro respondenta je velice důležitý úspěch dětí a vnoučat, jejich zdraví a spokojenost se životem. Uvádí, že když jsou spokojeny děti, je spokojen i on. V metodě SEIQoL uvádí spokojenost s přátelstvím a vztahy, což odpovídá i vysoké hodnotě dimenze blízké vztahy v metodě SQUALA.

Respondent uvedl, že necvičí pravidelně, ale že si sám občas procvičí jemnou motoriku a paměť (pomocí křížovek), aby byl dle jeho slov co nejdéle v dobré psychické kondici a vše si dobře pamatoval. Uvítal by nějakou službu, díky které by si i nadále procvičoval svoji motoriku a paměť.

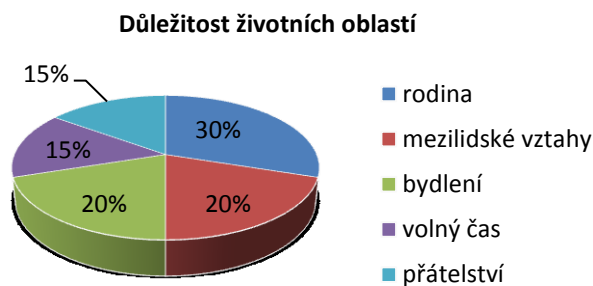
Respondent č. 10

Metoda SEIQoL - výsledky 1. a 2. měření

Posledním respondentem je žena ve věku 86 let. Mezi oblasti, které ovlivňují kvalitu jejího života, při prvním měření uvedla přátelství, rodinu, komunikaci, volný čas a způsob bydlení (Obrázek 47). U důležitosti respondentka uvedla pro všechny oblasti 20%. Ve druhém měření uvedla shodně s prvním měřením rodinu, mezilidské vztahy, bydlení, volný čas a přátelství. (Obrázek 48).

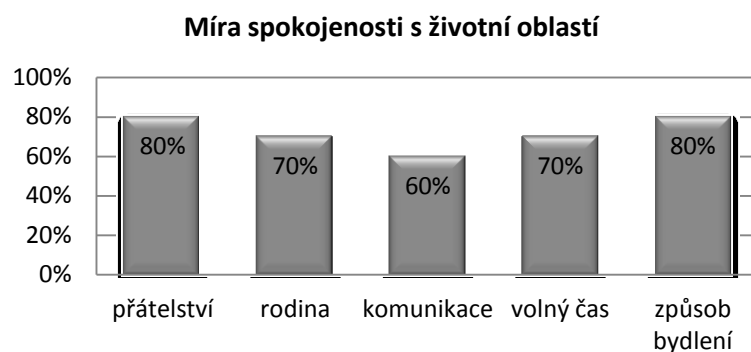


Obrázek 47. Hodnocení důležitosti životních oblastí u respondenta č. 10 - 1. měření

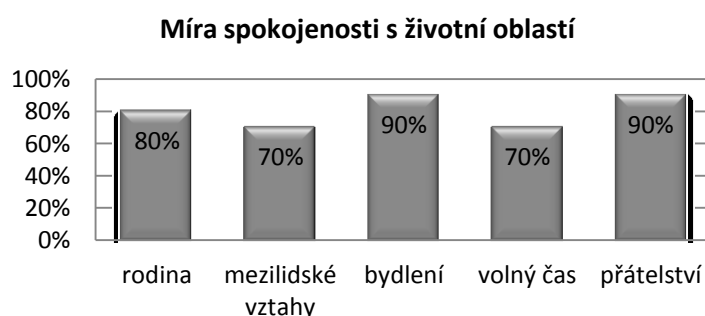


Obrázek 48. Hodnocení důležitosti životních oblastí u respondenta č. 10 - 2. měření

V hodnocení spokojenosti nejméně procent uvedla respondentka při prvním měření v oblasti komunikace (Obrázek 49). Respondentka není příliš spokojená s tím, jakým způsobem jsou klientům podávány informace o jejich možnostech využívání volného času, o chystaných akcích. V druhém měření již komunikaci neuvedla. Zde respondentka uváděla procenta v rozmezí 70% - 90% (Obrázek 50).



Obrázek 49. Hodnocení míry spokojenosti u respondenta č. 10 - 1. měření



Obrázek 50. Hodnocení míry spokojenosti u respondenta č. 10 - 2. měření

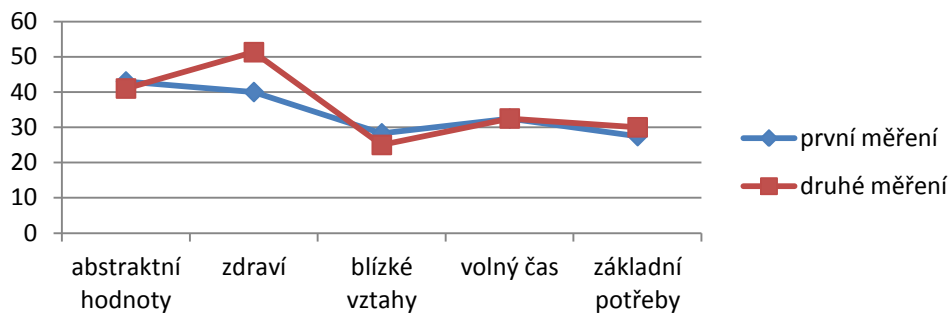
Celková míra spokojenosti (QL) při prvním měření byla 72 a při druhém měření byla 80.

Metoda SQUALA - výsledky 1. a 2. měření

Respondentka zaznamenává nejvyšší hodnotu v dimenzi zdraví. Kromě toho, také v této dimenzi zaznamenává největší rozdíl mezi prvním a druhým měřením, kdy se hodnota zvýšila při měření druhém. V dalších dimenzích není znát žádný velký rozdíl mezi prvním a druhým měřením. Nejnížší hodnoty pak zaznamenává dimenze blízké vztahy (Tabulka 15, Obrázek 51).

Tabulka 15. Hodnoty dimenzí kvality života 1. a 2. měření

	abstraktní hodnoty	zdraví	blízké vztahy	volný čas	základní potřeby
první měření	43	40,0	28,3	32,5	27,5
druhé měření	41	51,3	25	32,5	30



Obrázek 51. Porovnání dimenzí kvality života 1. a 2. měření

Celkový skór, tedy součet všech parciálních skórů byl v prvním měření 158 a v druhém měření 165. U tohoto respondenta nebyl zaznamenán výrazný rozdíl.

Porovnání výstupů metod

V metodě SEIQoL respondentka uvádí jako důležité oblasti přátelství, rodinu, mezilidské vztahy. Také u všech těchto oblastí uvádí vysoké hodnoty. Na rozdíl od metody SQUALA, kde blízké vztahy mají hodnotu nejnižší. Zajímavostí je, že v metodě SQUALA respondentka uvádí nejvyšší čísla v dimenzi zdraví, kdežto v metodě SEIQoL se o zdraví vůbec nezmiňuje.

Respondentka pravidelně cvičí, cítí se díky tomu v dobré fyzické kondici, nicméně při výběru nejdůležitějších oblastí života si zdraví nevybrala a nepovažuje ho za něco velmi důležitého ve svém životě. V rozhovoru uvedla, že se na jejím zdraví podepisují především vztahy s rodinou a s přáteli. Pokud je v této oblasti vše v pořádku, pak se může cítit velmi zdravá. Ráda navštěvuje ostatní klienty domova a tráví s nimi volný čas při čaji, televizi či jen tak při odpočinku.

5 Závěry

V závěrech práce odpovídáme na námi zvolené výzkumné otázky.

1. Jaká je subjektivní úroveň kvality života seniorů (jednotlivých respondentů) hodnocená pomocí metody SEIQoL a SQUALA? Jaké významné aspekty, určující kvalitu života, seniori uvádí?

Při využití metody SEIQoL vycházela u všech respondentů vysoká úroveň kvality života – výsledky se pohybovaly v rozmezí od 70 do 98, přičemž nejvyšší možná hodnota, která lze metodou SEIQoL naměřit je 100. Respondenti si při vyplňování vybírali pouze ty oblasti, které jsou pro ně důležité a se kterými jsou spokojeni. Při dalším využívání této metody, je potřeba dbát na to, aby respondenti volily i ty oblasti kvality života, které jsou pro ně důležité, ale ve kterých nejsou až tak plně spokojeni. Z tohoto důvodu respondentům vycházely vysoké hodnoty. Nejčastěji uváděnou oblastí, byla téměř u všech respondentů rodina či děti. Pouze u jednoho respondenta (respondent č. 4) se rodina neobjevila vůbec a to z důvodu, že neudržují žádný blízký kontakt. Další často vyskytovanou oblastí bylo zdraví, přátelství a komunikace.

Výsledky metody SQUALA vycházejí v průměrných až nižších hodnotách. Celkové skóre se u respondentů pohybovalo mezi hodnotami 132 – 199. Přičemž nejvyšší možné skóre, kterého lze dosáhnout je 460. Je to způsobeno tím, že metoda SQUALA se respondentů ptala i na oblasti života, které již v jejich věku a umístění v domově pro seniory nejsou nijak aktuální (např. sexuální aktivita, práce). Také se zde objevovala spousta oblastí, ve kterých se necítili klienti spokojeni, což také snížilo výslednou hodnotu celkového skóre. Nejvyšších hodnot nabývala oblast rodinné vztahy, vztahy s ostatními lidmi, oblast prostředí bydlení a také zdraví. Což se také projevovalo na výsledcích jednotlivých dimenzí, kde dimenze zdraví u většiny respondentů nabývala nejvyšších hodnot. Naopak dimenze blízké vztahy u většiny respondentů nabývala nejnižších hodnot, což je způsobené tím, že do dimenze blízké vztahy patří oblast sexuální život, který pro respondenty nabýval většinou hodnoty 0 a tudíž tak celou hodnotu dimenzi snižoval, dále pak do této dimenze není zařazena oblast děti, která by hodnotu dimenze jistě zvýšila.

2. Jsou výsledky prvního a druhého šetření (6 - ti měsíční rozestup) subjektivního vnímání kvality života stabilní či podléhají změnám? Jaké jsou okolnosti stability či změn subjektivního vnímání kvality života?

Ve výsledcích metody SEIQoL jsme nezaznamenali žádný velký rozdíl subjektivního vnímání kvality života mezi prvním a druhým měřením. Respondenti si v obou etapách měření volili stejné či podobné oblasti života a jejich důležitost i míru spokojenosti hodnotili stejnými či podobnými procenty. U metody SQUALA jsme mohli zaznamenat menší výkyvy u jednotlivých oblastí u některých respondentů (např. respondent č. 9 – viz přílohy str. 3/9). Respondent zaznamenal největší změnu v oblasti rodinné vztahy, což ale při následném částečně strukturovaném rozhovoru vysvětlil tím, že si v prvním měření nastavil nižší hodnoty spokojenosti. K žádné významné změně v rodině či rodinných vztazích u něj nedošlo, tudíž tento rozdíl nepovažujeme za nijak veliký.

Respondenti během 6 – ti měsíčního rozestupu v měřeních nezaznamenali žádné velké změny v pobytu, ve vztazích či ve zdraví, což se také projevuje na minimálních či žádných rozdílech mezi prvním a druhým měřením.

3. Jsou zvolené dotazníky kvality života přínosné pro evaluaci péče o osoby v seniorském věku?

a) Jsou dotazníky schopny postihnout případné (subjektivně pozorované) změny v kvalitě života, které nastaly během šesti měsíčního rozestupu v měřeních?

b) Přinášejí škály obohacující evaluační informace pro zkvalitnění programu ošetrovatelské péče?

Jak jsme uvedli již výše, u respondentů mezi prvním a druhým měřením nedošlo k žádným výrazným změnám. U respondentů během 6- ti měsíců nedošlo k žádným výrazným změnám, které by se podepsaly na úrovni kvality jejich života. Vzhledem k jejich věku a umístění do ošetrovatelského domova pro seniory se jejich hodnoty ani životní situace během 6- ti měsíců nestihla změnit (např. nedošlo ke ztrátě partnera či přátel). Jejich denní režim, stravovací návyky zůstávají stále stejné. U respondentů jsme

mohli pozorovat pouze individuálně aktuální změny (např. díky počasí více pobytu venku, nedávná návštěva rodiny, přírůstek do rodiny apod.).

Po konzultaci s vedením a personálem Ošetrovatelského domova jsme došli k závěru, že by jistě rádi v budoucnu některou z metod využili k opětovnému zjištění úrovně kvality života seniorů žijících v Ošetrovatelském domově pro seniory, a také ke zkvalitnění poskytovaných služeb. Spíše jsme se přikláněli k volbě metody SEIQoL a to z toho důvodu, že je více subjektivně zaměřená, hodnotí pouze ty oblasti kvality života, které jsou pro klienty důležité. V případě využívání této metody je ale třeba klást důraz na to, aby si respondenti nevolili pouze ty oblasti života, ve kterých jsou spokojeni, ale aby uváděli také ty oblasti života, které pro ně jsou důležité, ale spokojeni s nimi nejsou. Tyto výsledky by poté mohly být lépe využity ke zkvalitňování poskytovaných služeb.

4. Tráví klienti, vzhledem ke svému věku a stupni závislosti na pomoci druhých osob, svůj čas aktivně? Jaké jsou možnosti klientů Ošetrovatelského domova pro seniory využívat služeb souvisejících s pohybovými aktivitami, aktivním využíváním volného času, rehabilitací, vhodnou stravou apod.?

Z dotazovaných klientů pravidelné organizované cvičení 1x týdně navštěvují pouze 4 ženy. Uvádějí, že se po cvičení cítí mnohem více nabitě energií a většina by uvítala, kdyby cvičení probíhalo vícekrát týdně. Kromě pravidelného organizovaného cvičení je klientům poskytována rehabilitační péče. Za každým klientem 2x týdně dochází rehabilitační sestra a provádí s nimi rehabilitační cvičení zaměřené na problémové partie. U každého klienta je tedy toto cvičení zcela individuální, dle jeho potřeb. Dále je klientům nabízena možnost trávení volného času formou společenského setkávání všech klientů, kde si mohou společně shlédnout film, zahrát karty nebo si jen tak společně povídat. V době příznivého počasí je klientům umožněn pobyt venku, kde velice rádi sedávají v altánku a užívají si krásných teplých dnů a přírody. Klientům je poskytována pravidelná vyvážená strava, kdy většina klientů uvedla, že pravidelný přísun energie ve formě stravy má na ně pozitivní účinky.

6 Souhrn

Tato diplomová práce se zabývá aktuálním problémem kvality života seniorů. Zaměřuje se na kvalitu života seniorů žijících v Ošetrovatelském domově pro seniory ve Šternberku. V dnešní době se neustále řeší problematika toho, jak se seniory pracovat, aby se cítili co nejdéle v dobré psychické i zdravotní pohodě. Aby byli co nejdéle samostatní a dokázali žít co nejdéle ve svém přirozeném prostředí a co nejvíce se obešli bez pomoci druhé osoby. Jsou ale i tací senioři, kteří se již bez pomoci jiných neobejdou, rodina nemá tolik volného času, aby se jim mohla každodenně věnovat a tak využívají služeb ošetrovatelských domovů či domovů pro seniory. I zde se neustále řeší, jak nejlépe o seniory pečovat, aby se v domově cítili jako doma, aby jim byla poskytnuta veškerá péče a aby jejich kvalita života byla stále co nejvyšší.

Problematika kvality života se prolíná celou touto prací. Teoretická část se zaměřuje na poznatky z oblasti problematiky stáří a stárnutí, kde uvádí rozdělení stáří, příčiny stárnutí a jaké změny jsou způsobené stárnutím. Dále se zabývá zdravím a nemocemi ve stáří. Protože právě zdraví souvisí s dobrým psychickým i fyzickým stavem člověka a má vliv na kvalitu života. V teoretické části se také setkáme se systémem péče o seniory. Jaké jsou jim nabízeny služby obecně a pak konkrétně služby pro seniory ve Šternberku. V neposlední řadě je potřeba se zmínit o kvalitě života, čemuž se také věnuje jedna celá kapitola. Popisuje obecně pojem kvality života, poté kvalitu života seniorů a uvádí metody, které se při měření kvality života využívají. Mezi metodami jsou popsány i metody, které jsou v této práci využity v praktické části.

V praktické části jsou využity hodnotící metody SEIQoL (Křivohlavý, 2009) a SQUALA (Dragomirecká, 2006). Pomocí těchto metod jsme zjišťovali, jaká je subjektivně hodnocená úroveň kvality života seniorů žijících v Ošetrovatelském domově pro seniory ve Šternberku. Dále jsme zjišťovali, která z výše uvedených metod se jeví jako vhodnější nástroj pro hodnocení kvality života u seniorů. Výzkum probíhal ve dvou etapách s 6- ti měsíčním rozestupem. Výzkumu se účastnilo 10 respondentů ve věku od 74 do 91 let. Z těchto 10- ti respondentů byli 4 muži a 6 žen.

Při hledání vhodného nástroje pro zjišťování kvality života jsme došli k závěru, že vhodnější pro aplikaci na starší populaci občanů a využitelnější v konkrétním případě

Ošetřovatelského domova je metoda SEIQoL, tedy metoda, která umožňuje volit a hodnotit vlastní subjektivně významné oblasti života seniorů. U této metody se ale také ukázalo, že si respondenti volili pouze ty oblasti, s kterými byli spokojeni a tak výsledky vycházely ve vysokých hodnotách (70 – 98 bodů ze 100 možných). Nejčastěji uváděnou oblastí života byla rodina, dále zdraví, komunikace a blízké vztahy. Při dalším využívání metody SEIQoL je nutné dbát na to, aby si respondenti nevolili jen oblasti, ve kterých jsou spokojeni, ale také zmínili ty oblasti, které jsou pro ně důležité a spokojeni s nimi nejsou. Tyto oblasti pak mohou být např. předmětem zkvalitňování péče.

Celkové skóre ve výsledcích metody SQUALA vycházela u jednotlivých respondentů na úrovni průměrných až nižších hodnot (132 – 199). Maximální celkové skóre může nabývat hodnoty 460. Hodnoty a tudíž subjektivní hodnocení kvality života pomocí této metody je nižší, než hodnocení pomocí metody SEIQoL. Metoda SQUALA obsahuje oblasti kvality života, které se jeví jako méně důležité v seniorském věku (např. sexuální život, práce, účast v politice) a ty mohou vést k celkově nižšímu skóre, než u hodnocení pomocí metody SEIQoL i populačních norem pro metody SQUALA dle Dragomirecká a kol. (2006). Nejvyšších hodnot nabývaly oblasti rodinné vztahy, vztahy s ostatními lidmi a prostředí bydlení.

U obou použitých metod se objevovaly malé rozdíly mezi prvním a druhým měřením. U respondentů během 6 – ti měsíců nedošlo k žádným vážným změnám. Respondenti, dle rozhovorů uvádějí, že se jejich denní režim nijak nezměnil, jejich základní potřeby jsou stále stejně uspokojovány – jsou spokojeni s pravidelným poskytováním stravy, s ubytováním, se službami personálu. Rozdíly nejsou nijak významné také vzhledem k jejich vyššímu věku a nižší potřebě změny, nedochází u nich ke ztrátě partnera či přátel, které by mohlo vysoce ovlivnit kvalitu života. V rozdílech se odráží individuálně aktuální změny (např. díky počasí více pobytu venku, nedávná návštěva rodiny). Většina klientů uvedla, že svůj volný čas tráví pobytem na čerstvém vzduchu, návštěvou ostatních klientů či relaxací nad knihou. Pravidelného organizovaného cvičení se účastní 4 klienti z 10 – ti dotazovaných. Za ostatními klienty dochází rehabilitační sestra, aby s nimi procvičila jemnou i hrubou motoriku. Všem klientům je pravidelně podávána vyvážená strava ošetřujícím personálem, který se také stará o pravidelný klid po jídle či pravidelnou hygienu.

Výsledky, které byly touto prací získány, byly poskytnuty jak klientům, při rozhovoru s nimi, tak vedení a pracovníkům Ošetrovatelského domova pro seniory ve Šternberku. Výsledky budou využity při rozvoji a zvyšování kvality poskytovaných služeb, při tvorbě individuálních plánů tak, aby kvalita života klientů byla co nejvyšší a klienti byli v nejvyšší možné míře spokojeni s poskytovanými službami.

7 Summary

This diploma thesis deals with the current problem of the quality of life of seniors. It focuses on the quality of life of seniors living in Nursing Home for the elderly in Šternberk. Nowadays, there is a constant discussion about the issue of how to work with the elderly to make them feel comfortable as long as possible in good mental health, to be as independent and able to live as long as possible in its natural environment and what most of them do without the assistance of a second person. But there are also those seniors, who can no longer live without the help of other people, the family does not have much free time to devote on a daily basis and so they could use the services of nursing homes or homes for elderly citizens. Here it is also very often issued how to take the best care of the elderly, in order to make them feel comfortable in the home and to provide the best care so that their quality of life keeps the highest.

The quality of life is intertwined throughout the whole of this work.

The theoretical part focuses on the knowledge from the area of old age and ageing. It states the division of old age, the causes of ageing and what changes are caused by this phenomena. It also deals with health and diseases in old age, because health is associated with good mental and physical condition of man and has an inevitable impact on the quality of life. The theoretical part also deals with the system of care for the elderly. Namely it adresses the services offered to them in general, and then specifically the services for seniors in Šternberk. One chapter of the theoretical part also deals with the quality of life. It describes the concept of quality of life in general, the quality of life of seniors and provides the methods used for measuring of the quality of life. Some of the methods are later used in the practical part of this project.

The practical part uses the assessment methods SEIQoL (Křivohlavý, 2009) and SQUALA (Dragomirecká, 2006). Using these methods, we are exploring what is subjectively rated the level of quality of life of seniors living in Nursing Home for the elderly in Šternberk. Furthermore, it identifies which of the above mentioned methods appear as a more appropriate tool for the assessment of the quality of life for seniors. The research was conducted in two stages with a 6-month opening, with the participation of 10 respondents, aged from 74 to 91. 4 of them were men and 6 were women.

After searching for a suitable instrument for the detection of the quality of life we concluded that more suitable for the application on the older population, citizens and usable in the specific case of the nursing home's SEIQoL method, i.e. the method, which allows you to choose and evaluate their own subjectively significant areas of the life of the elderly.

This method, however, also showed that the respondents chose only those areas with which they were satisfied and there were high -figure results (70-98 points out of 100). The most commonly reported areas of life was the family, health, communication and close relationships. For the following use of the SEIQoL method, it is necessary to make sure that the respondents do not chose just the area in which they are satisfied, but also mention those areas that are important to them and they are not satisfied with them. These areas can then be eg. the subject of improving the quality of care.

The total score in the results of the method for each of the respondents was based on SQUALA at the level of the average to lower values (132-199). The maximum total score can reach up to 460. The values as well as the subjective rating of the quality of life used by this method is lower than the scoring of the method SEIQoL. SQUALA method contains the areas of the quality of life, which seem to be less important in the senior age (e.g., sexual life, work, participation in politics), and may lead to an overall lower scores than the rating of SEIQoL and the population of the standards for methods according to Dragomirecká and other authors (2006). The highest values can be seen in the area of family relations, relationships with other people and the environment.

In both of the methods there were small differences between the first and second measurement. The respondents did not seem to go through any serious changes during the 6 months. According to the interviews, respondents reported that their daily regime did not change, their basic needs were still being met - they were satisfied with the regular supply of food, accommodation, and the staff services. The differences were not significant also because of their higher age and lower the need for change, not for them to lose a partner or friends, that could affect the quality of life high. The difference reflect the individual and current changes (e.g. weather, a recent visit of the family). Most clients indicated that residents spend their free time outside, visit other clients or relax with a book. 4 out of 10 clients regularly participate in organized exercises. Other

clients are visited by a rehabilitation nurse to practise motor skills with them. All clients are regularly served a balanced diet and the staff also cares about the regular serenity after a meal, or about their regular hygiene.

The results which were obtained by this work, were later orally provided to clients, and also to the management and workers of the nursing home for the elderly in Šternberk. The results will be used for the development and improvement of the quality of provided services, for the creation of individual plans, so that the quality of life of clients keeps the highest and to make the clients satisfied with the provided services to the highest possible extent.

8 Referenční seznam

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

Dragomirecká, E. (2006). *SQUALA: Subjective quality of life analysis : příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA*. Praha: Psychiatrické centrum.

Dragomirecká, E. & Bartoňová, J. (2006). *Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF, WHOQOL-100*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.

Dragomirecká, E., Bartoňová, J., Motlová, L., Papežová, H., Kožnarová, R., & Šrámková, T. (2006). *SQUALA: Příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA*. Praha: 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*. Praha: Psychiatrické centrum.

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

Farský, I. et al. (2007). *Problematika kvality života v séniu*. Martin: Profa.

Ferrel, B. A. (2003). Acute and chronic pain. In: Cassel, Ch. K., *Geriatric Medicine: An evidence-Based Approach*. (pp. 323 – 342). New York - Berlin - Heidelberg: Springer.

Golecká, L. (2005). *Zvládání každodenní reality ve vztahu ku kvalitě života seniorů*. In Blatný, M., Vobořil, D., Květon, P., Jelínek, M. & Sobotková, V., *Sociální procesy a osobnost*. Brno: Psychologický ústav AV ČR.

Gruss, P. (2009). *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Portál.

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

Jarošová, D. (2006). *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.

Jedlička, V. (1991). *Praktická gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.

Jesenský, J. (2000). *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum.

Kalvach, Z. (1997). *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: Karolinum.

Kalvach, Z. (2004). *Geriatrie a gerontologie*. Praha: Grada Publishing.

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

Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing.

Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.

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

Křivohlavý, J. (2013). *Kvalita života*. Retrieved 11. 12. 2013 from the World Wide Web: http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kv_ziv

Kvalita života ve stáří: národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012. (2008). Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Litomerický, Š. (2000). *Manažement chronickej nemalígnej bolesti u starých ľudí*. Slov Lek.

Lukáš, K. & Žák, A. (2010). *Chorobné znaky a príznaky: 76 vybraných znakov, príznakov a niektorých dôležitých laboratorných ukazateľů v 62 kapitolách s prologem a epilogem*. Praha: Grada Publishing.

Mareš, J, Hodačová, L., & Býma, S. (2005). *Vybrané kapitoly ze sociálneho lékařství*. Praha: Karolinum.

Mlýnková, J. (2011). *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing.

Nemček, D. et al. (2011). *Kvalita života seniorovo a pohybová aktivita ako jej súčasť*. Prešov: Michal Vaška.

O'Boyle, C. A., McGee, H. & Joyce, C. R. B. (1994). *Quality of life*. Assesing the individual Advances in Medical Sociology.

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

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

Payne, J. (2005). *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton.

Sociální služby Šternberk. (2013). Retrieved 11. 12. 2013 from the World Wide Web: <http://www.socialnisluzby.cz/>

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

Sýkorová, D. (2007). *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Slon.

Sýkorová, D. & Chytil, O. (2004). *Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity.

Špatenková, H. (2003). *Problematika zdraví a nemoci*. Olomouc: univerzita Palackého.

Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál.

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

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. (2013). Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Retrieved 11. 12. 2013 from the World Wide Web: http://www.mpsv.cz/files/clanky/6195/zakon_108_2006.pdf

Zannotti, M., Pringuey, D. & Darcourt, G (1994). *Construction d'une echele de qualite de vie: la S.QUA.LA et application la schizophrenie*. Paris: Grande koles medicine.

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

9 Seznam příloh

Příloha č. 1 – Dotazník SEIQoL

Příloha č. 2 – Dotazník SQUALA

Příloha č. 3 – Výsledné grafy metody SQUALA jednotlivých respondentů

Příloha č. 1 – dotazník SEIQoL

Metoda SEIQoL

SEIQoL - Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life

Program hodnocení individuální kvality života

Do rukou se Vám dostal dotazník, který slouží k vyhodnocení kvality života. Dotazník je zcela anonymní. Kvůli zajištění úspěšnosti výzkumu Vás prosím, abyste odpovídal a podle pravdy.

Důležitost v %	Které oblasti života nejvíce ovlivňují kvalitu Vašeho života?	Míra spokojenosti v % (v každé řádce od 0 do 100%)

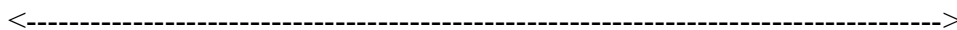
Σ 100

od 1 do 100%

Míra spokojenosti se životem

Velmi špatné

Velmi dobré



Uved'te u každé oblasti zájmu, jak moc je pro Vás důležitá. Vyjádřete v procentech. Představte si, že pro všech pět témat, máte k dispozici celkem 100 %. Vaším úkolem je rozdělit těchto 100% mezi uvedená témata podle toho, jak moc je to či ono téma pro Vás důležité. Součet všech čísel v levém sloupečku musí dávat součet 100 %.

Uved'te u každého tématu, jak se Vám podle Vašeho zdání daří uskutečňovat to, čeho jste chtěli dosáhnout. Tj. jak jste s daným tématem spokojeni. Uved'te to v procentech od 0 % - 100 % kde 0 % je nejnižší míra spokojenosti a 100 % znamená, že jsem zcela spokojen/á s daným zaměřením života. (Daří se mi to dokonale)

Nakonec udělejte křížek na čáře, která je určitým druhem „teploměru vaší životní spokojenosti“

Děkujeme Vám.

Příloha č. 2 – dotazník SQUALA

Dotazník kvality života (SQUALA)

Pořadové číslo _____

ID. Číslo _____

Vážená paní, vážený pane,
cílem tohoto dotazníku je hodnocení kvality života.

V první části dotazníku Vás prosíme, abyste odpověděli, jaké hodnoty považuje v životě za důležité, jak si jich ceníte. Ve druhé části zjišťujeme, nakolik jste Vy osobně spokojen(a) v různých oblastech života.

Odpovědi jsou anonymní a důvěrné. Následné počítačové zpracování bude omezeno jen na vyhodnocení získaných údajů, v žádném případě nebudou data použita k jakýmkoli komerčním účelům.

Děkujeme za spolupráci na naší výzkumné práci.

DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Zaškrtněte, prosím, odpovídající položky

1) Pohlaví

Muž.....1
Žena.....2

2) Věk _____

3) Bydlíte v:

Obci do 10 000 obyvatel.....1
Měště nad 10 000 do 50 000 obyvatel.....2
Měště nad 50 00 do 100 000 obyvatel.....3
Velkoměště nad 100 000 obyvatel.....4

- 4) Ukončené vzdělání
- Neukončené základní.....1
- Základní.....2
- Střední bez maturity.....3
- Střední s maturitou.....4
- Vysokoškolské.....5

5) Zaměstnání

- a) Jste soukromník?..... ano – ne
- b) Zaměstnáváte další osoby?..ano – ne
- c) Pokud pracujete, uveďte své hlavní zaměstnání:

-
- d) Pokud nepracujete uveďte jeden z důvodů:
- studující.....1
- mateřská dovolená.....2
- v domácnosti.....3
- důchodce (neprac.).....4
- v invalidním důchodu.....5
- t.č. nezaměstnaný(á)
hledající práci.....6
- voják zákl. služby.....7
- jiné.....8

6) Hmotné zabezpečení

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

výrazně mírně průměrné mírně výrazně
podprůměrné podprůměrné nadprůměrné nadprůměrné

7) Rodinný stav

- svobodný/á1
- ženatý/vdaná, s druhem.....2
- rozvedený/á.....3
- vdovec/vdova.....4

8) Máte děti?

ano – ne

pokud ano, pak počet dětí žijících s vámi _____

Hodnocení důležitosti

V této tabulce zaznamenejte důležitost, kterou ve svém životě přisuzujete zde uvedeným oblastem.

	nezbytné	velmi důležité	středně důležité	málo důležité	bezvýznamné
1)být zdravý					
2)být fyzicky soběstačný					
3)cítit se psychicky dobře					
4)příjemné prostředí a bydlení					
5)dobře spát					
6)rodinné vztahy					
7)vztahy s ostatními lidmi					
8)mít a vychovávat děti					
9)postarat se o sebe					
10)milovat a být milován					
11)mít sexuální život					
12)zajímat se o politiku					
13)mít víru(např. náboženství)					
14)odpočívat ve volném čase					
15)mít koníčky ve volném čase					
16)být v bezpečí					
17)práce					
18)spravedlnost					
19)svoboda					
20)krása					
21)pravda					
22)peníze					
23)dobré jídlo					

Hodnocení spokojenosti

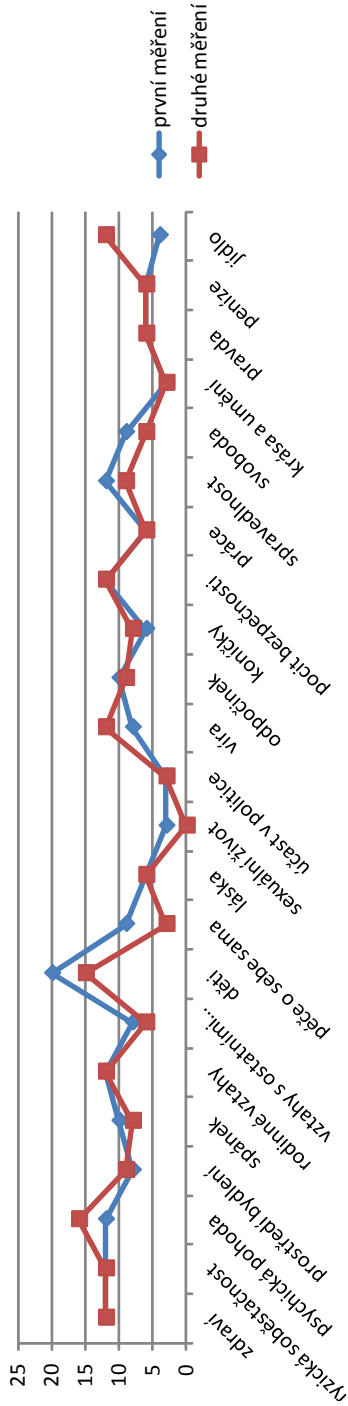
Posudte, do jaké míry se cítíte v uvedených oblastech života-spokojen/a a zaškrtněte

	zcela spokojen	velmi spokojen	spíše spo	nespok	velmi zklamán
24)zdraví					
25)fyzická soběstačnost					
26)psychická pohoda					
27)prostředí bydlení					
28)spánek					
29)rodinné vztahy					
30)vztahy s ostatními lidmi					
31)děti					
32)péče o sebe sama					
33)láska					
34)sexuální život					
35)účast v politice					
36)víra					
37)odpočinek					
38)koníčky					
39)pocit bezpečnosti					
40)práce					
41)spravedlnost					
42)svoboda					
43)krása a umění					
44)pravda					
45)peníze					
46)jídlo					

Příloha č. 3 - Příloha č. 3 - Výsledné grafy metody SQUALA jednotlivých respondentů

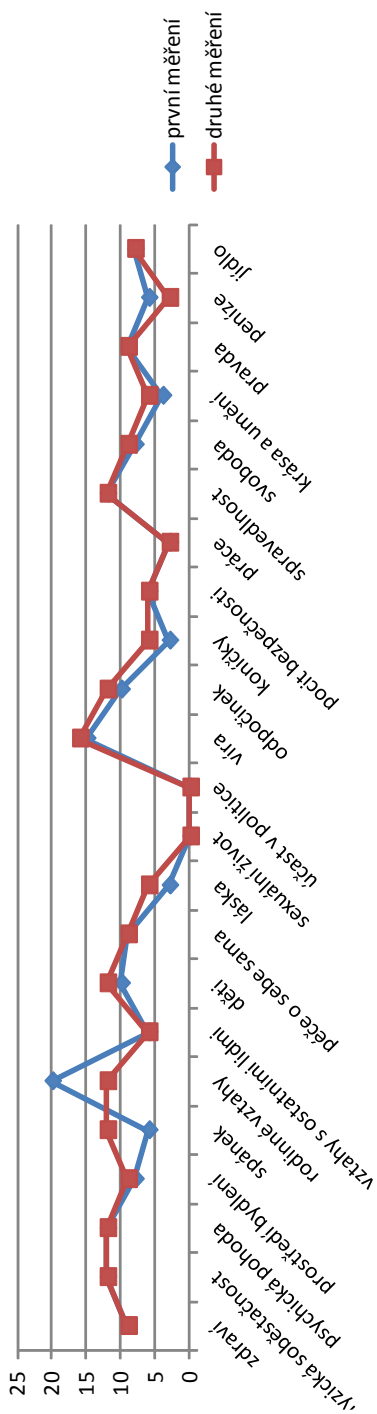
PROBAND 1

	zdraví	fyzická soběstačnost	psychická pohoda	prostředí bydlení	spánek	rodinné vztahy	vztahy s ostatními lidmi	děti	péče o sebe sama	láska	sexuální život	účast v politice	víra	odpočinek	konflikty	počet bezpečnosti	práce	spravedlnost	svoboda	krása a umění	pravda	peníze	jídlo
první měření	12	12	12	8	10	12	8	20	9	6	3	3	8	10	6	12	6	12	9	3	6	6	4
druhé měření	12	12	16	9	8	12	6	15	3	6	0	3	12	9	8	12	6	9	6	3	6	6	12



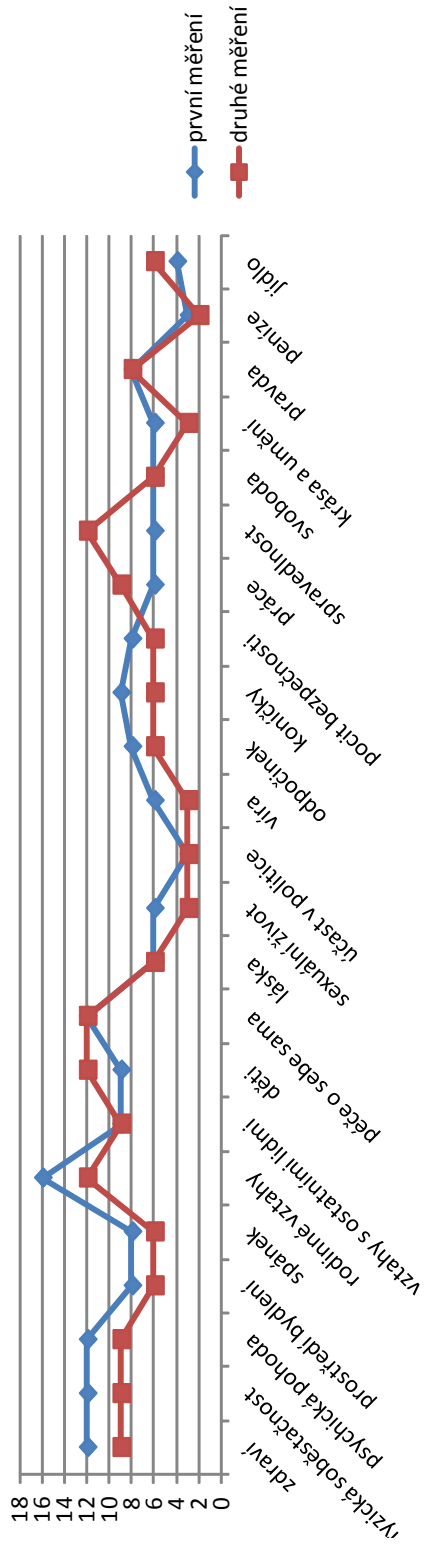
PROBAND 2

	zdraví	fyziická soběstačnost	psychická pohoda	prostředí bydlení	spánek	rodinné vztahy	vztahy s ostatními lidmi	děti	péče o sebe sama	láska	sexuální život	účast v politice	víra	odpočinek	koníčky	pocit bezpečnosti	práce	spravedlnost	svoboda	krása a umění	pravda	peníze	jídlo
první měření	9	12	12	8	6	20	6	10	9	3	0	0	15	10	3	6	3	12	8	4	9	6	8
druhé měření	9	12	12	9	12	12	6	12	9	6	0	0	16	12	6	6	3	12	9	6	9	3	8



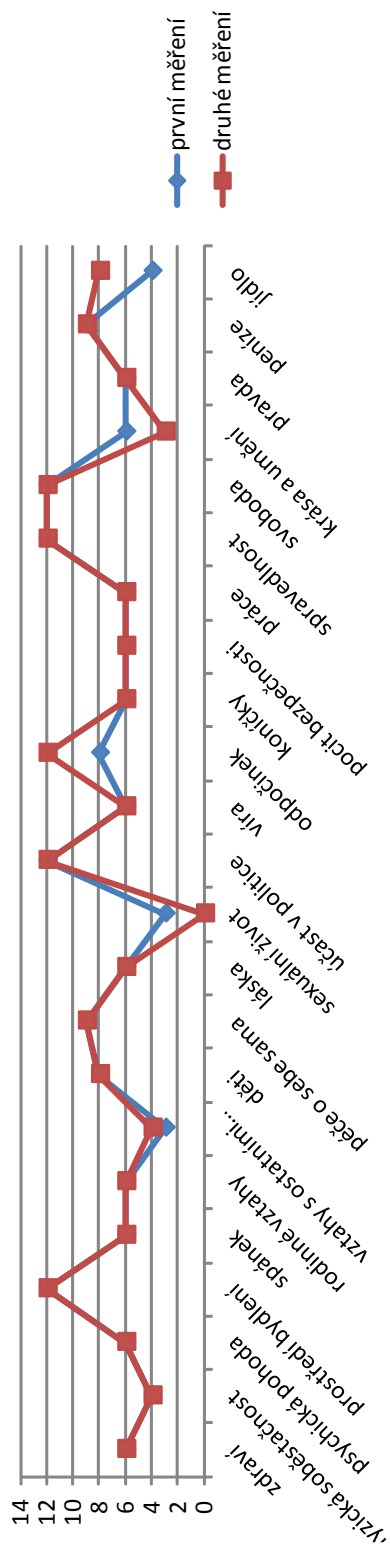
PROBAND 3

	zdraví	fyzická soběstačnost	psychická pohoda	prostředí bydlení	spánek	rodinné vztahy	vztahy s ostatními lidmi	děti	péče o sebe sama	láska	sexuální život	účast v politice	víra	odpočinek	koníčky	pocit bezpečnosti	práce	spravedlnost	svoboda	krása a umění	pravda	peníze	jídlo	
první měření	12	12	12	8	8	16	9	9	12	6	6	3	6	8	9	8	6	6	6	6	6	8	3	4
druhé měření	9	9	9	6	6	12	9	12	12	6	6	3	3	6	6	6	9	12	6	3	8	2	6	



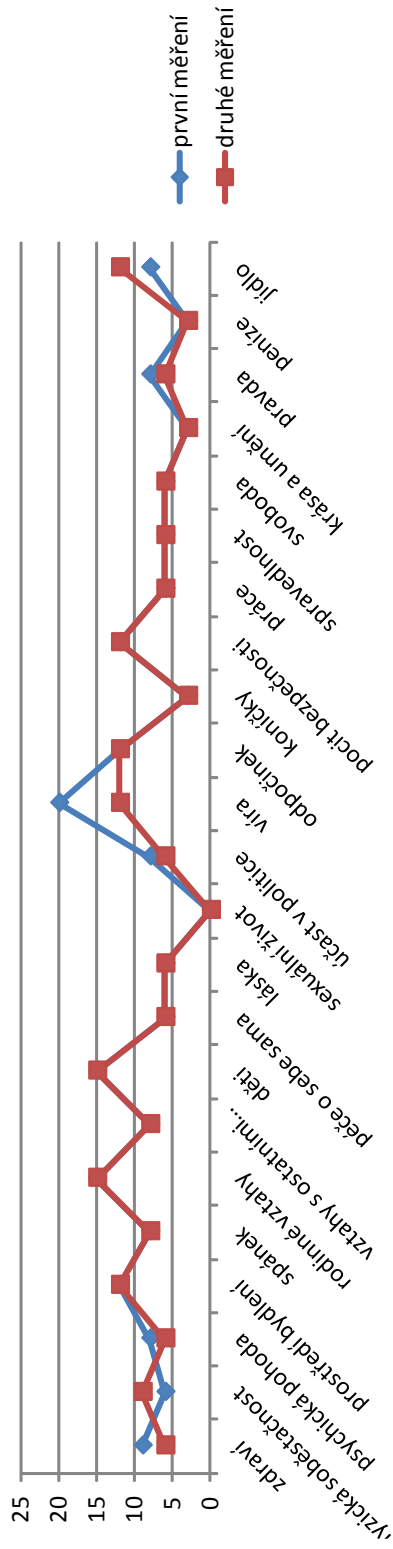
PROBAND 4

		zdraví	fyzická soběstačnost	psychická pohoda	prostředí bydlení	spánek	rodinné vztahy	vztahy s ostatními lidmi	děti	péče o sebe sama	láska	sexuální život	účast v politice	víra	odpočinek	konflikty	pocit bezpečnosti	práce	spravedlnost	svoboda	krása a umění	pravda	peníze	jídlo	
první měření	6	4	6	6	12	6	6	3	8	9	6	3	12	6	8	6	6	6	6	12	12	6	6	9	4
druhé měření	6	4	6	6	12	6	6	4	8	9	6	0	12	6	12	6	6	6	12	12	3	6	9	8	



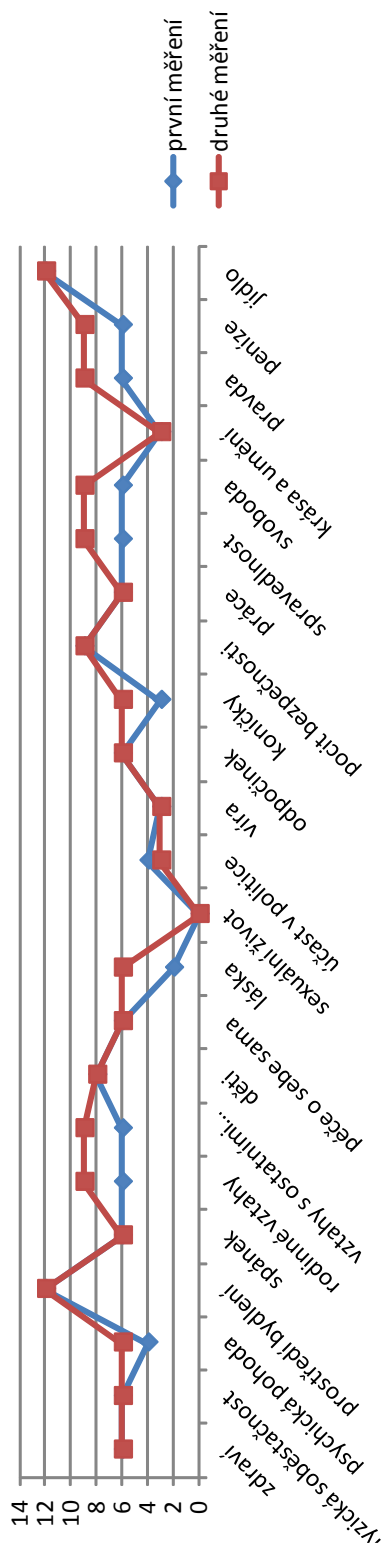
PROBAND 5

	zdraví	fyziická soběstačnost	psychická pohoda	prostředí bydlení	spánek	rodinné vztahy	vztahy s ostatními lidmi	děti	péče o sebe sama	láska	sexuální život	účast v politice	víra	odpočinek	koníčky	pocit bezpečnosti	práce	spravedlnost	svoboda	krása a umění	pravda	peníze	jídlo
první měření	9	6	8	12	8	15	8	15	6	6	0	8	20	12	3	12	6	6	6	3	8	3	8
druhé měření	6	9	6	12	8	15	8	15	6	6	0	6	12	12	3	12	6	6	6	3	6	3	12



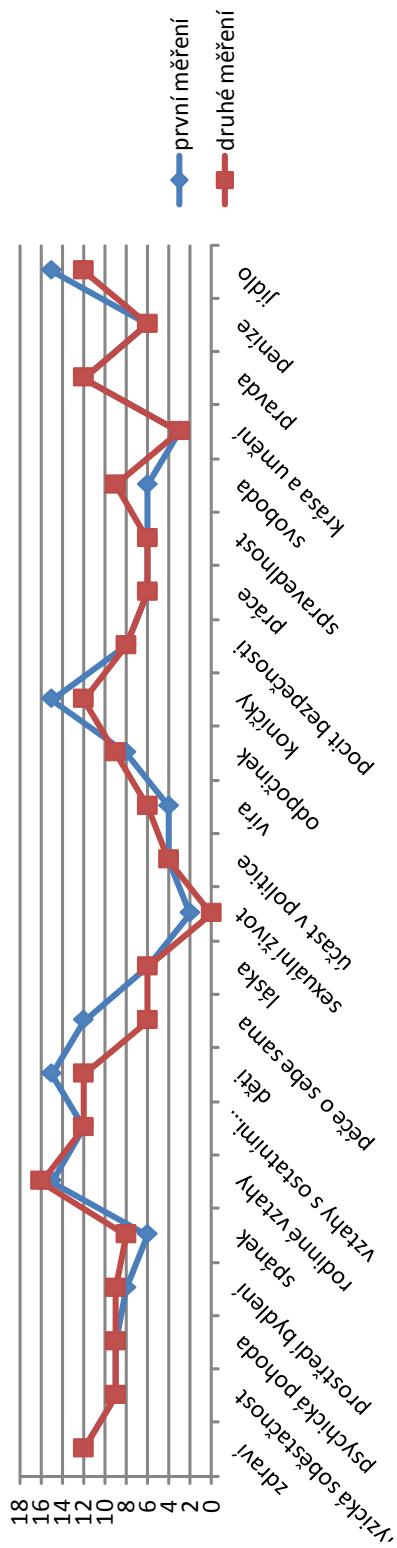
PROBAND 6

	zdraví	fyziická soběstačnost	psychická pohoda	prostředí bydlení	spánek	rodinné vztahy	vztahy s ostatními lidmi	děti	péče o sebe sama	láska	sexuální život	účast v politice	víra	odpočinek	koníčky	pocit bezpečnosti	práce	spravedlnost	svoboda	krása a umění	pravda	peníze	jídlo
první měření	6	6	4	12	6	6	6	8	6	2	0	4	3	6	3	9	6	6	6	3	6	6	12
druhé měření	6	6	6	12	6	9	9	8	6	6	0	3	3	6	6	9	6	9	9	3	9	9	12



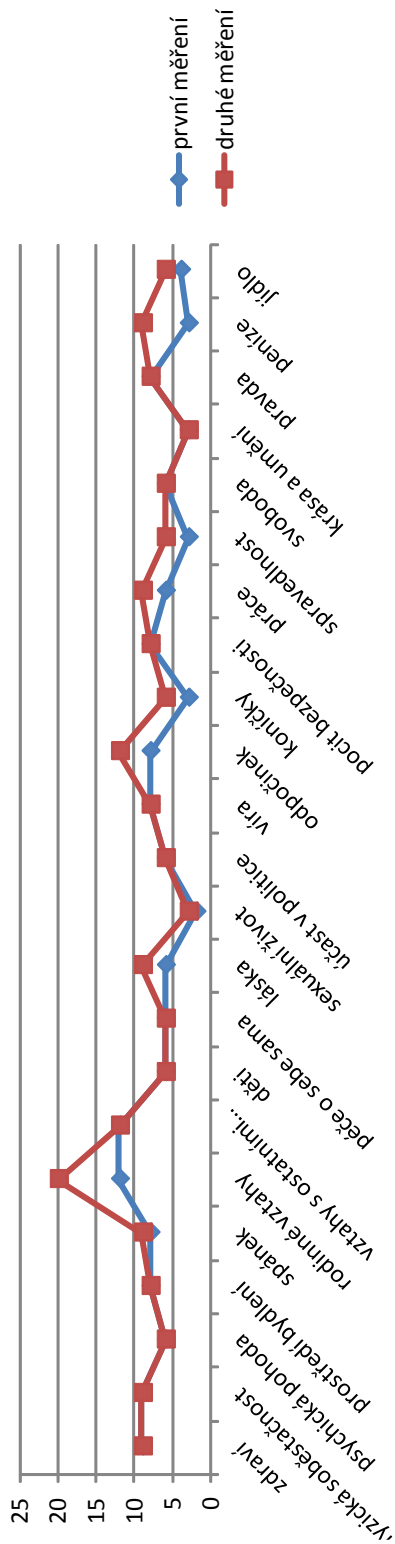
PROBAND 8

	zdraví	fyzická soběstačnost	psychická pohoda	prostředí bydlení	spánek	rodinné vztahy	vztahy s ostatními lidmi	děti	péče o sebe sama	láska	sexuální život	účast v politice	víra	odpočinek	koníčky	pocit bezpečnosti	práce	spravedlnost	svoboda	krása a umění	pravda	peníze	jídlo
první měření	12	9	9	8	6	15	12	15	12	6	2	4	4	8	15	8	6	6	6	3	12	6	15
druhé měření	12	9	9	9	8	16	12	12	6	6	0	4	6	9	12	8	6	6	9	3	12	6	12



PROBAND 9

	zdraví	fyzická soběstačnost	psychická pohoda	prostředí bydlení	spánek	rodinné vztahy	vztahy s ostatními lidmi	děti	péče o sebe sama	láska	sexuální život	účast v politice	víra	odpočinek	koníčky	pocit bezpečnosti	práce	spravedlnost	svoboda	krása a umění	pravda	peníze	jídlo
první měření	9	9	6	8	8	12	12	6	6	6	2	6	8	8	3	8	6	6	6	3	8	3	4
druhé měření	9	9	6	8	9	20	12	6	6	9	3	6	8	12	6	8	9	6	6	3	8	9	6



PROBAND 10

	zdraví	fyzická soběstačnost	psychická pohoda	prostředí bydlení	spánek	rodinné vztahy	vztahy s ostatními lidmi	děti	péče o sebe sama	láska	sexuální život	účast v politice	víra	odpočinek	koníčky	pocit bezpečnosti	práce	spravedlnost	svoboda	krása a umění	pravda	peníze	jídlo
první měření	9	9	6	12	4	9	6	9	8	6	2	3	3	8	8	8	3	8	6	12	9	4	6
druhé měření	12	12	9	12	6	9	8	9	8	6	0	3	3	8	4	8	3	6	6	12	9	6	6

