

Univerzita Palackého v Olomouci  
Fakulta tělesné kultury

KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ ŽIJÍCÍCH V DOMOVĚ PRO SENIORY  
Diplomová práce  
(magisterská)

Autor: Bc. Roland Herzig, Aplikované pohybové aktivity

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

Olomouc 2017

**Jméno a příjmení autora:** Roland Herzig

**Název bakalářské práce:** Kvalita života seniorů žijících v domově pro seniory

**Pracoviště:** Katedra aplikovaných pohybových aktivit

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

**Rok obhajoby bakalářské práce:** 2018

**Abstrakt:**

Diplomová práce zkoumá kvalitu života 50 seniorů v domově pro seniory POHODA Chválkovice. V diplomové práci využívám standardizovaný dotazník SQUALA, který měří subjektivní kvalitu života. Výsledkem dotazníku je parciální skóre, celkové skóre a hrubé skóre (tzv. dimenze). Výsledky jednotlivých skóre byly porovnány z různých hledisek, které jsme si stanovili (mobilita, pohlaví, vzdělání, finanční situace, rodinný stav, pohybová aktivita, rehabilitace, zdravotní stav, subjektivní vnímání kvality života, nálada). Respondenti nejvýše hodnotí kvalitu života v dimenzi SQUALA 2 – zdraví, naopak nejnižší hodnotí dimenzi SQUALA 3 – blízké vztahy. Rozdíly v hodnocení kvality života jsme našli mezi osobami s různým vzděláním, subjektivním vnímáním kvality života, s různou frekvencí, rehabilitací a náladou. Provedl jsem také longitudinální výzkum na 23 seniorech po 3,5 letech. V longitudinálním výzkumu jsme našli statisticky významný rozdíl v dimenzi SQUALA 2 – zdraví, ostatní hodnocení nezaznamenala výrazných změn.

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

Souhlasím s půjčováním diplomové práce v rámci knihovních služeb.

**Autor's first name and surname:** Roland Herzig

**Title of bachelor's thesis:** Quality of life of elderly citizens in the home for elderly people

**Department:** Department of adapted physical activities

**Supervisor:** Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.

**The year of presentation:** 2018

**Abstract:**

The thesis research quality of life of 50 elderly citizens in the home for elderly people POHODA in Chválkovice. The thesis studies, by means of the questionnaire SQUALA, subjective quality of life, which measure subjective quality of life. The result is formulated in a total score and rough dimensions. The results were compared while perceiving the correlation between movability, gender, education, financial situation, marital status, frequency of physical activity, frequency of rehabilitation, state of health, subjective perceive QOL, frame of mind. Statistically important results were observed in different education, and subjective perceive quality of life, and frequency of rehabilitation, and frame of mind. Gender, frequency of physical exercise, subjective quality of life and financial situation do not seem to create a statistically significant difference. I also conducted longitudinal research of 23 seniors after 3.5 years. Statistically important results were observed in the dimension of SQUALA 2 in longitudinal research.

**Keywords:** old age, ageing, elderly citizen, quality of life, SQUALA

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

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

V Olomouci dne 15. 12. 2017

.....

Velmi děkuji Mgr. Julii Wittmannové Ph.D. za její cenné rady, připomínky a odborné vedení při vypracování diplomové práce. Děkuji také celému domovu seniorů za ochotu a pomoc při získávání dat.

ÚVOD.....	8
1. PŘEHLED POZNATKŮ .....	10
1.1 Vymezení pojmů .....	10
1.1.1 Stáří .....	10
1.1.2 Stárnutí .....	10
1.1.3 Pohybová aktivita .....	11
1.1.4 Kvalita života.....	12
1.2 Život seniora.....	13
1.2.1 Periodizace stáří.....	13
1.2.1.1 Kalendářní stáří.....	13
1.2.1.2 Biologické stáří .....	14
1.2.1.3 Sociální stáří .....	15
1.2.2 Změny ve stáří .....	15
1.2.2.1 Fyzické změny .....	15
1.2.2.2 Psychické změny.....	18
1.2.2.3 Socio-ekonomické změny.....	19
1.2.2 Příprava na stáří .....	19
1.2.3 Potřeby seniorů .....	20
1.2.3.1 Motivační teorie potřeb Abrahama Maslowa .....	21
1.3 SOUČASNÝ SYSTÉM PÉČE O SENIORY V ČR.....	22
1.3.1 Sociální péče o seniory.....	22
1.3.2 Zdravotní péče o seniory .....	27
1.3.2 Rodinná péče .....	28
1.3.3 Domov seniorů POHODA Chválkovice .....	30
1.4 Pohybová aktivita .....	32
1.4.1 Pohybová aktivita seniorů .....	33
1.4.2 Doporučení pro pohybovou aktivitu seniorů .....	34

1.4.3 Zásady pohybové aktivity .....	34
1.5 Kvalita života .....	35
1.5.1 Dimenze kvality života seniorů .....	37
1.5.2 Metody a nástroje měření kvality života .....	38
1.5.3 Jak zlepšit kvalitu života seniorů .....	39
3. METODIKA .....	47
3.1 Výzkumný soubor .....	47
3.2 Průběh a organizace výzkumu .....	53
3.3 Použité metody .....	54
3.4 Administrace a vyhodnocení dotazníku SQUALA .....	54
4. VÝSLEDKY .....	56
4.1 Longitudinální výzkum .....	56
4.2 Subjektivní kvalita života u celého souboru respondentů dle SQUALA .....	59
4.3 Základní charakteristiky vybraných proměnných a jejich vliv na výsledné hodnocení kvality života .....	60
6. ZÁVĚRY .....	71
7. SOUHRN .....	73
8. SUMMARY .....	74
9. REFERENČNÍ SEZNAM .....	75
11. PŘÍLOHY .....	8

## ÚVOD

Stáří – poslední etapa našeho života. Ať chceme nebo ne, je nedílnou součástí našeho žití. A nám nezbývá nic jiného, než se s tímto faktem smířit. Málokdo z nás si dovede představit, jaké to je být starý, nesoběstačný a odkázaný na pomoc druhých. Každý máme ve svoji blízkosti rodinného příslušníka, který se v této fázi nachází, a díky tomu máme možnost poznat, co všechno sebou stáří obnáší. Podle mého názoru, největší problematikou seniorů je snížená soběstačnost, v nejhorším případě úplná ztráta soběstačnosti. Celý život jsme zvyklí vykonávat běžné činnosti a najednou to nejde, to je pro mě hrozná představa. A proto je velmi důležité mít v této situaci někoho, kdo nám nabídne pomocnou ruku. Mít někoho, kdo nám pomůže v aktivitách, které neodmyslitelně patří k běžnému životu, abychom mohli uspokojovat své potřeby a žít tak plnohodnotným způsobem života. Je důležité nabídnout pomoc seniorům, kdykoliv to jde, jelikož i my jednou budeme v tomto věku a za každou nabídnutou pomoc budeme vděční.

Dle mého názoru je důležité věnovat pozornost seniorům. Dříve tomu tak nebylo. Dnes si myslím, že je to mnohem lepší a seniorům je věnována mnohem větší pozornost. Nemělo by se zapomínat, že každý senior potřebuje jak fyzickou aktivitu, tak i tu psychickou. Mnoho seniorů, o které se bohužel nemůže postarat rodina, končí v domově pro seniory, kde se očekává, že jim bude poskytnuta kvalitní a komplexní péče. Senioři, kteří jsou plně soběstační a žijí ve svých domácnostech, mají mnohem větší možnost se věnovat aktivitám, které je baví a naplňují. V tomto zařízení jim je poskytnuta veškerá potřebná péče. V domově se pracovníci postarají o vše, co je potřeba.

Kromě pomoci v oblasti sebe péče, se zařízení věnuje i různým aktivitám, jako jsou například výlety, soutěže, plesy nebo sportovní aktivity. Samozřejmě všechny tyto činnosti probíhají v rámci možností každého seniora. Cílem domova pro seniory je zachovat kvalitní, aktivní a hlavně důstojný život.

Diplomovou práci, zaměřenou na seniory, jsem si vybral z mnoha důvodů. Svoji bakalářskou práci jsem zaměřil také na téma týkající se seniorů a v diplomové práci jsem chtěl na téma navázat. A dalším důvodem je i fakt, že moje maminka pracuje v domově pro seniory. Díky tomu jsem měl možnost pomáhat na různých akcích, pořádaných domovem pro seniory. Jednalo se o různé olympiády, plesy, soutěže. Tam jsem pochopil, že lidé, kteří jsou umístění do těchto zařízení, nejsou v žádném případě



odepsaní, pracovníci jim tam poskytují tu nejlepší péči a komfort. Neustále vymýšlejí aktivity tak, aby se senioři zapojili a zkrátili si tak chvíle, strávené v domově. Nejvíce mě na těchto akcích bavilo sledovat to, jak jsou senioři šťastní a hlavně, jak moc si to užívali.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části. V teoretické části se zabývám vymezením pojmů stáří a stárnutí a také pohybovou aktivitou seniorů. Dále se zde zmiňuji o změnách, které ve stáří nastávají, o tom, jak se na stáří připravit a také, jaké jsou potřeby ve stáří. Zaměřil jsem se i na sociální, zdravotní a rodinnou péči. Také zde popisuji pohybovou aktivitu a její význam a v neposlední řadě se zabývám kvalitou života.

Cílem praktické části je změřit kvalitu života seniorů v domově seniorů POHODA, který se nachází ve Chválkovicích. V praktické části porovnávám, jestli kvalitu života ovlivňují různé proměnné, které jsme si stanovili a dále také, jestli se kvalita života seniorů změnila od mého posledního měření, které jsem prováděl v bakalářské práci před 3,5 roky.

## **1. PŘEHLED POZNATKŮ**

### **1.1 Vymezení pojmů**

#### **1.1.1 Stáří**

Stáří je obecným označením pozdní fáze ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů, modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných sociálních změn (osamostatnění dětí, penzionování a jiné změny sociálních rolí). Všechny změny příčinné a následné se vzájemně prolínají, mnohé jsou protichůdné a jednotné vymezení i periodizace stáří se tak stávají velmi obtížnými. (Múhlpachr, 2004, s. 18).

Světová zdravotnická organizace (WHO) přijala v 60. letech minulého století patnáctiletou periodizaci lidského života a dále klasifikuje vyšší věk následovně:

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

#### **1.1.2 Stárnutí**

Stárnutí je klíčovou subjektivní zkušeností, se kterou se jednou setká každý z nás. Stárnutí a stáří ovšem nelze chápat jen jako průběh degradace, poklesu energie a opakujících se ztrát. Je to životní etapa, která má také svůj význam, uspokojení, žal, vyhlídky, zklamání, hodnoty, strádání. Kvalita života ve stáří a jeho smysl záleží na rozsahu stanoviska a postojích každého jednotlivce. Stárnutí je celoživotní proces, je součástí každého lidského života a na jeho samém konci stojí smrt. Stárnutí by mělo probíhat tak, že senior vede aktivní život, kvalita života je na dobré úrovni a v neposlední řadě by se mělo jednat o zdravé stárnutí. Stárnutí je souhrn změn, které ovlivňují jedince nejen ve výkonnosti (Ondrušová, 2011).

Stárnutí je přirozený a postupný proces, který začíná narozením, pokračuje po celý život v jednotlivých etapách a je ukončen smrtí. Jak lidé stárnou, postupně dochází k biologickým změnám projevující se v jednotlivých orgánech a systémech, které zvyšují zranitelnost těla (Şlicaru, 2017).

Rozlišujeme 2 typy stárnutí:

- 1) **stárnutí fyziologické**, které se projevuje přirozenou změnou jedince. Jde o zákonitý proces, který nazýváme ontogeneze. Ontogeneze je pojem, který označuje postupný vývoj jedince od oplození přes narození až po jeho zániknutí.
- 2) **stárnutí patologické**, které se projevuje několika různými způsoby. Například předčasné stárnutí či neúměrnost mezi věkem kalendářním a funkčním, kdy funkční věk je vyšší než věk kalendářní. Patologické stárnutí se také často projevuje ubýváním soběstačnosti (Vokurka, 1998).

### 1.1.3 Pohybová aktivita

Pohybová aktivita je definována jako veškerý tělesný pohyb způsobený kosterním svalstvem, který zvyšuje výdej energie nad klidovou úroveň. Pohybová neaktivita je řazena na čtvrtý nejrizikovější faktor v celosvětové úmrtnosti.

Pravidelná tělesná aktivita s mírnou intenzitou - například chůze, jízda na kole nebo účast na nějakém sportu - má pro zdraví jedince významný přínos. Například: snižuje riziko kardiovaskulárních onemocnění, cukrovky, rakoviny tlustého střeva, prsu a deprese. Navíc přiměřená úroveň pohybové aktivity snižuje riziko zlomenin, pomáhá udržet hmotnost člověka či zlepšuje stabilitu (WHO, 2015).

Pohybová aktivita se většinou definuje jako různý tělesný pohyb vedoucí ke svalové kontrakci, která zvyšuje energetický výdej nad klidovou úroveň. Tato obecná definice zahrnuje všechny souvislosti tělesné aktivity, to znamená jak pohybovou aktivitu ve volném čase, tak i o pohybovou aktivitu vykonanou v práci, doma nebo spojenou s dopravou. Je prokázáno, že každý, kdo zvýší úroveň své pohybové aktivity, může i po dlouhé době nečinnosti dosáhnout zlepšení svého zdraví, a to bez ohledu na svůj věk. Nikdy není příliš pozdě začít vykonávat pohybovou aktivitu (MŠMT, 2008).

Bohužel, přibližně 70% světové populace dnes nespĺňuje minimální požadavky pro pohybovou aktivitu. Fyzická aktivita patří mezi 5 nejrizikovějších faktorů u kardiovaskulárních onemocnění (dále tam patří kouření, vysoký krevní tlak či obezita). Pohybová aktivita napomáhá udržet zdravý životní styl, mírná úroveň pohybové aktivity výrazně snižuje přímé i nepřímé náklady na zdravotní péči. Národní strategie a kampaně by měli více podporovat organizace, které zvyšují povědomí o pohybové aktivitě a jejího významu pro populaci (Ostojic, 2013).

Pohybovou aktivitou rozumíme různé druhy pohybu, jako jsou tělesná cvičení, sportovně rekreační aktivity, pohybové hry, turistika, plavání a jiné. Pohyb působí příznivě na činnosti nervového systému a na veškeré mechanismy regulující oběh krve. Zlepšování takových vlastností jako je rychlost a výdrž, zručnost

a koordinace pohybů, rychlá reakce na změny situace je ve značné míře výsledkem pozitivního vlivu pohybových aktivit na nervový systém. Pohyb zmírňuje poruchy spánku, neurotické a depresivní stavy. Fyzická zátěž způsobuje zesílení vláken srdečního svalu, zlepšuje činnost dýchacího systému, pohybového ústrojí, snižování nadváhy apod. (Roslawski, 2005, s. 7).

#### **1.1.4 Kvalita života**

V dnešní době stále přetrvává nejednoznačná definice pojmu kvalita života a to znamená, že může docházet k rozličnému pochopení daného výrazu. Odborná literatura chápe pojem jako vlastnost, která může být sjednocována s pozitivními i negativními klasifikacemi. Laická veřejnost obvykle zná kvalitu jako něco, co je výhradně pozitivní. Je zde patrná snaha odborné veřejnosti o přesnější vymezení pojmu, přesto v této oblasti stále převládají rozdíly. Tento pojem je totiž obsahově chápán jako životní úroveň (objektivně měřitelný koncept) a spokojenost (subjektivně prožívaný dojem). Kvalita života je pojímána buď jako souhrn jednotlivých kvalit dílčích stránek a součástí života, nebo holisticky jako komplex s vlastní skladbou a významem (Heřmanová, 2012).

Dle Světové zdravotnické organizace je kvalita života to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životním stylu a zájmům (Shishkova, 2011).

Pojem kvalita života se používá ve čtyřech určeních:

- **kvalita života jako odborný pojem**, zaměřující se na kvalitativní stránky životních procesů a kritéria jejich hodnocení. Zde se vymezení kvality života nejvíce přibližuje vymezením z pohledu medicíny a ekonomie, neboť je posuzována podle indikátorů životního prostředí, ukazatelů zdraví a nemoci, úrovně bydlení, mezilidských vztahů, volného času, možnosti podílet se na řízení společnosti, dále podle osobní i kolektivní bezpečnosti, sociálních jistot a občanských svobod.

- **kvalita života jako programové politické heslo**, obracející pozornost široké veřejnosti k novým úkolům společnosti, přesahujícím materiální úroveň a vojenskou sílu. Do politiky jej zavedli v 60. letech J. F. Kennedy a L. B. Johnson.
- **kvalita života jako sociální hnutí** („za kvalitu života“) vznikající z iniciativy ekologických, protikonzumentů a protirasových hnutí.
- **kvalita života jako reklamní slogan**, nabízející pro spotřebitele nové oblasti konzumu, zejména volný čas, cestování, bydlení, vnímání umění a orientující spotřebitele na oblast prestižní, demonstrativní spotřeby (Maříková, 1996, s. 557).

## 1.2 Život seniora

### 1.2.1 Periodizace stáří

V souvislosti s věkem neexistuje pouze kalendářní věk, který je dán věkem osoby. Skutečnosti naznačují, že není možné přesně stanovit věk, ve kterém se jedinec stává starým. Někdo je vitální do vysokého věku, druhá osoba se musí kvůli zdravotnímu stavu vzdát svých koníčků, někdy i zaměstnání. Z toho vyplývá, že hranice stáří nejsou jednoznačně určeny a závisí na řadě faktorů, kterým bývá tato hranice určena. Nejčastěji mluvíme o stáří kalendářním, biologickém a sociálním (Čevela, 2012).

#### 1.2.1.1 Kalendářní stáří

Kalendářní stáří je posuzováno na základě měření času coby fyzikální jednotky. Je to nejjednodušší způsob jak se dá stáří určit. Výhodou je jeho objektivnost, využívá se k vymezení jednotlivých period života. Kalendářní věk se používá i v demografii a jiných poznacích o populaci. Je však třeba zdůraznit, že každý člověk stárne již od narození a každý stárne jinak (Slepička, 2015).

Je mnoho druhů rozdělení kalendářního věku. Nejznámější a nejpoužívanější členění vydala Světová zdravotnická organizace, která stáří dělí na tři období:

- Rané stáří – 60-74 let
- Vlastní stáří – 75-89 let

- Dlouhověkost – 90 let a více (Slepička, 2015).

V současné době se také velice často používá členění stáří podle desetiletých věkových cyklů, od 65 do 74 nazýváme osoby jako mladé seniory, kde je největší problematikou problematika penzionování, volný čas a aktivity. Od roku 75 do 84 jsou označováni jako staří senioři, v tomto období je charakteristická změna funkčních zdatností a různé nemoci. Senioři starší 85 let se označují jako velmi staří senioři, u kterých je největší problém se soběstačností a zabezpečeností (Mühlpachr, 2004).

### 1.2.1.2 Biologické stáří

Biologické stáří zahrnuje involuční změny a pokles potenciálu zdraví. Začínají se objevovat různé nemoci, nedostatečnosti a v poslední fázi smrt. Nejsou žádné přesné kritéria pro sestavení biologického stáří, jelikož závisí na mnoha faktorech. Je geneticky dané a ovlivněné způsobem života, jakým žijeme, životními podmínkami. Projevuje se poklesem výkonnosti a somatickými změnami těla a funkčnosti organismu (Slepička, 2015).

Podle Kalvacha (1997, s. 20) bychom mohli lidský život zjednodušeně rozčlenit do čtyř období tzv. „věků“:

- **První věk** - označovaný jako předproduktivní - období dětství a mládí, charakterizované růstem, vývojem, vzděláváním, profesní přípravou, získáváním zkušeností a znalostí.
- **Druhý věk** - označovaný jako produktivní - období dospělosti, životní produktivity biologické (založení rodiny), sociální a především pracovní.
- **Třetí věk** - označovaný jako postproduktivní, což navozuje představu stáří nejen jako období poklesu zdatnosti a odpočinku, ale především jako představu fáze za zenitem a bez produktivní přínosnosti. To je však nebezpečné východisko k podceňování, diskriminování, minimalizaci potřeb, pauperizaci. Takové pojetí třetího věku příliš akcentuje pracovní, kolektivně výrobní roli jedince a potlačuje hledisko osobnostního rozvoje jako celoživotního procesu trvajících až do smrti v nejvyšším stáří.
- **Čtvrtý věk** - bývá někdy používán k označení fáze závislosti. Toto označení je nevhodné, vzniká totiž dojem, jako by nesoběstačnost byla stejně zákonitá jako obecně přijímaná stádia předchozí. To odporuje konceptu úspěšného stárnutí a představě, že zdravé stáří zůstává až do nejpokročilejšího věku samostatné.

### **1.2.1.3 Sociální stáří**

Sociální stáří je dáno počtem změn v průběhu stárnutí, spojených především s odchodem do důchodu, ztráta zaměstnání, změny v sociálních vztazích, ztráta životního způsobu, přijetí role důchodce, apod. Hranice sociálního stáří se v posledních letech zvyšuje a je to dáno mnoha faktory. Jde o to, jak se senior dokáže vypořádat s touto rolí (Slepička, 2015).

### **1.2.2 Změny ve stáří**

Každý z nás se rodí s určitými dispozicemi a to, jak bude reagovat na jednotlivé situace ve svém životě, je ovlivněno jeho genetickými předpoklady, zkušenostmi a prostředím ve kterém žije. Stejně tak jsou dané změny, které se projevují v průběhu stárnutí. Tyto změny jsou nevratné a postupně oslabují a omezují funkce člověka. Jak jsem již zmínil, tyto změny nejsou přesně dané, lidé nestárnou stejně, stárnutí je individuální proces, ovlivněný nejen genetikou, ale také životem, který člověk žil. Stárnutí zasahuje do stránky biologické, psychické a sociální (Petřková, 2004).

Jednotlivé změny ve stáří nejčastěji rozdělujeme do tří oblastí, které se vzájemně prolínají:

- fyzické změny,
- psychické změny,
- socio-ekonomické změny (Vágnerová, 2007).

#### **1.2.2.1 Fyzické změny**

Fyzické změny jsou pro většinu lidí, největším postrachem stáří. Fyzické změny se týkají veškerých orgánových soustav. Největší nápadnosti jsou na kůži nebo pohybovém aparátu člověka. Mezi další řadíme změny:

- kardiovaskulárního systému,
- pohybového systému,
- respiračního systému,
- trávicího systému,
- pohlavního a vylučovacího systému,

- nervového systému,
- smyslového vnímání a spánku (Mlýnková, 2011).

### **Kožní ústrojí**

V průběhu života, kůže postupně ztrácí aktivitu mazových žláz, schopnost zadržovat vodu, což vede k tomu, že kůže je suchá a svědí. Na obličeji a rukách se začínají objevovat tak zvané stařecké skvrny v důsledku nahromadění melanocytů. Ve výjimečných situacích se objevují bílé skvrny v důsledku ztráty pigmentu. Dále dochází ke změně elastických vláken, což se projeví v menší elasticitě a tvorbě vrásek. V podkoží dochází ke snižování tukové tkáně, což se projeví ztenčením kůže. Nesmíme, také zapomenout na změny u nehtů (ztluštění) a vlasů (řidnutí a šedivění) (Mlýnková, 2011).

### **Pohybový systém**

V pohybovém systému dochází ke změně meziobratlovými ploténkami a z toho důvodu dochází ke snížení celkové výšky. Někteří senioři začínají chodit v předklonu, protože kosterní svaly nejsou schopny udržet postavu zpříma. Dále dochází ke snížení hustoty kostí, což se projeví zvýšeným rizikem zlomenin a úrazů. Úbytek kloubních chrupavek doprovází zvýšenou bolestivost kloubů a omezenou schopnost pohybu. Kosterní svaly postupně ochabují, jejich pružnost a síla se snižuje, naopak hladká svalovina funguje až do vysokého věku bez větších problémů (Mlýnková, 2011).

### **Kardiovaskulární systém**

Klesá pracovní kapacita srdce, která se projevuje při zvýšené fyzické zátěži nebo při stresu. Srdeční chlopně, ztrácejí pružnost a snižuje se tak činnost srdce, to vede k tomu, že srdce pak není schopné přečerpávat tolik krve jako v předchozích etapách života. Dochází také k menšímu průtoku krve všemi orgány. Klesá elasticita cév (mezi hlavní příčiny patří, ukládání tukových látek a vápníku na stěny tepen a žil), spousta seniorů má také zvýšený krevní tlak (Mlýnková, 2011).

### **Respirační systém**

V průběhu stárnutí dochází ke snížení respirační schopnosti plic. Typický projev, který můžeme u seniorů vidat je zadýchávání při menší fyzické aktivitě. Senior



nadechne menší množství vzduchu, protože se zmenšuje objem hrudníku a ochabují také mezižeberní svaly. Dochází ke snížení vitální kapacity plic. Často dochází k zánětům dýchacím cest, protože plíce, konkrétně řasinkovitý epitel ztrácí čistící schopnosti. (Mlýnková, 2011).

### **Trávicí systém**

Trávicí systém nedoznává tak velkých změn jako výše zmíněné systémy. Ve stáří se objevují potíže s chrupem, snižuje se tvorba slin a trávicích enzymů. Je zpomalena pohyblivost hladkých svalů trávicí trubice, což se projeví v prodloužení trávení a někdy i k zácpám, vstřebání vitamínů, živin, léků a dalších látek. Vlivem změn ve slinivce břišní může dojít k výskytu cukrovky.

### **Pohlavní a vylučovací systém**

Změny v pohlavním a vylučovacím systému jsou značně individuální. U mužů dochází k degenerativním změnám pohlavních žláz výrazně pomaleji než u žen. Varlata jsou schopna tvořit spermie do vysokého věku, i když se snižuje celkové množství vyprodukovaných spermií. U žen jsou degenerativní změny výraznější a objevují se po menopauze. U žen je ukončena sekrece pohlavních hormonů, zmenšuje se mléčná žláza a snižuje se zvlhčující schopnost pochvy. Ve vyšším věku klesá schopnost tvořit a vylučovat moč, klesá kapacita močového měchýře. Někteří starší lidé nemusí být schopní udržet moč. Je také snížena schopnost kompletního vyprázdnění močového měchýře což vede k častější potřebě chodit na záchod (Mlýnková, 2011).

### **Nervový systém**

U nervového systému dochází ke snížení rychlosti vedení vzruchů v periferním nervovém systému, a proto senioři potřebují více času pro příjem a zpracování informace (Mlýnková, 2011).

### **Smyslové vnímání a spánek**

Výrazné změny mohou být u zrakové a sluchové soustavy. K poškození zraku pozvolna dochází již ve středním věku, kdy se snižuje zraková ostrost, schopnost

adaptace oka na světlo a tmu, snižuje se akomodační schopnost oka, zúžení zorného pole apod. Zhoršení sluchové soustavy je poměrně časté, vzniká důsledkem změn ve sluchové dráze. Nejčastěji toto poškození bývá u lidí, kteří pracovali v hlučném prostředí, tyto poruchy jsou častější u mužů. V důsledku degenerace sluchové soustavy mají starší lidé problém v komunikaci. Dále dochází ke snížení citlivosti chuti a čichu (Mlýnková, 2011).

### 1.2.2.2 Psychické změny

Stárnutí zahrnuje různé psychické změny, které se s rostoucím věkem objevují u každého člověka individuálně. I mezi psychickými změnami a projevy během stárnutí existují značné rozdíly. Ke změnám nedochází ve slovní zásobě, jazykových dovednostech a způsobu vyjadřování myšlenek. Někdy dochází ke zlepšení ve vytrvalosti, trpělivosti, schopnost úsudku i rozvahy. Nejčastěji dochází k:

- zhoršení kognitivních funkcí,
- klesá pružnost myšlení,
- psychická vitalita,
- myšlení,
- zhoršuje se přizpůsobivost k životním změnám,
- intelekt (Jarošová, 2006).

I citová oblast života je změněna. Staří lidé mohou být více plačtiví, emočně labilní, úzkostliví a mít větší pocit strachu. Velkou psychickou až traumatizující změnou je ztráta životního partnera. Po jeho smrti má člověk pocit samoty, prázdnoty a ztráty. Někteří senioři se s tím po čase naučí žít, ale někteří situaci neunesou, nesmíří se s ní, což může urychlit i jejich vlastní úmrtí. Často se situace vyvine v depresi, která může vést až v sebevraždě (Říčan, 2006).

Jedlička (1991) shrnuje psychické změny do tří bodů:

- psychické změny sestupné povahy, do které řadíme pokles elánu, vitality, zpomalení psychomotorického tempa, snížení výbavnosti, snížení schopnosti navazovat vztahy a udržovat je,
- psychické změny vzestupné povahy – zvýšená tolerance k druhým, zvýšení vytrvalosti, trpělivost,

- psychické funkce, které se s věkem nemění – například jazykové znalosti, intelekt, slovní zásoba.

### 1.2.2.3 Socio-ekonomické změny

Změny v této oblasti (sociální a ekonomické) jsou přirozenou stránkou stárnutí. I tyto změny jsou provázané se změnami psychickými a fyzickými. Senioři jsou řazeni do skupiny obyvatel, kteří jsou ohroženi sociální exkluzí, někteří relativní chudobou. Tyto změny jsou převážně důsledkem odchodu do důchodu, ale i z dalších příčin. Popisované změny si zpravidla dlouho nepřipouštíme a tím si výrazně snižujeme kvalitu života (Janiš, 2016).

V oblasti sociálních změn se zpravidla musíme vyrovnat se dvěma výraznými změnami. Jak jsem již psal výše, první je odchod do důchodu, kdy dochází k omezení kontaktu se svými pracovníky, druhou změnou je změna finančních příjmů. V této souvislosti můžeme zmínit termín desocializace seniorů. Tento pojem vyjadřuje chorobnou společenskou izolovanost seniora nebo omezení či úplnou ztrátu sociálních vztahů (Janiš, 2016).

### 1.2.2 Příprava na stáří

Každý si dříve či později začne uvědomovat, že jednou bude starý. Již ve střední etapě lidského života se z velké části rozhoduje o tom, jaké stáří bude člověk prožívat a proto je důležité, připravovat se na stáří již po 45. roku života. Je to etapa, kdy jeden člověk zažívá krizi středního věku a naopak druhý člověk je na vrcholu své pracovní kariéry. Pro většinu lidí je v tomto období práce na prvním místě a odchod do důchodu je tak jedno z nejtěžších a největších psychických traumat, člověk ztratí identitu, profesi, smysl života, kontakty, změní se mu sociální role apod. (Zavázalová, 2001).

Přípravu na život, většina autorů rozlišuje na:

- **Dlouhodobou** (celoživotní) – dlouhodobá příprava na stáří zahrnuje působení na společnost a na její vztahy a přístupy ke stáří. Začíná ve školním věku, kdy děti učíme k úctě ke stáří a k tomu jak by se společnost měla chovat k seniorům. Děti také sledují svoje rodiče, jak se chovají ke svým rodičům, starým lidem, jak o nich hovoří, jak s nimi komunikují apod. Doménou dlouhodobé přípravy by také mělo být poradenství spolu s primární prevencí. Příprava na této bázi se týká všech tří oblastí, ve kterých změny nastávají. Jedná se o změny spojené s ukončením

ekonomické aktivity (sjednocení důchodového pojištění), bydlení a jeho financování (úvěry, náklady na bydlení) a vhodné využívání volného času. Primární prevence je důležitá v oblasti zdraví, jejím působením můžeme eliminovat nebo zmírnit zdravotní potíže, které se projevují postupně v průběhu stárnutí (Poláchová, 2007).

- **Střednědobou** (asi od 45. roku života) – střednědobá příprava na stáří začíná v průběhu 45. roku života, kdy postupně začíná docházet k prvním změnám, které ovlivňují život ve stáří. Máme tím na mysli odchod dětí z domova nebo zakládání vlastních rodin svých dětí. To bývá důvodem ke změnám využívání volného času. Člověk v této etapě by měl začít s cílenou přípravou na stáří. Tím máme na mysli zvolení takových aktivit, které nám budou v budoucnu uspokojovat potřeby sociálních kontaktů, seberealizace, stimulace a aktivity v seniorském věku. Nezbytným krokem je i sociální příprava zahrnující ekonomické zajištění ve stáří (Poláchová, 2007).
- **Krátkodobou** (2-3 roky před odchodem do důchodu) – V životě člověka je odchod do důchodu velkou změnou. Člověk ztratí svůj dosavadní režim dne, změní svoje sociální postavení. Krátkodobá příprava se týká zhruba dvou až tří let před odchodem do důchodu. Tato příprava má být převážně praktického charakteru. Člověk před důchodem by si měl stanovit a určit různé aktivity, které mu pomohou vyplnit volný čas, kterého budou mít přebytek (Vágnerová, 2007).

### 1.2.3 Potřeby seniorů

Nakonečný (1995) vysvětluje pojem potřeba jako základní formu motivu, a to ve smyslu nějakého deficitu (nedostatku) v biologické či sociální dimenzi bytí.

Potřeba je motiv k jednání, jakmile nedochází k uspokojování potřeb, dochází k deprivaci a také ke strádání. Většina teorií lidských potřeb se dělí na okruhy vztahující se k psychické rovnováze a bezpečí, tělesné pohodě, vztah k blízkým lidem, společenské uplatnění a spirituální potřeby (Matoušek, 2008).

Senioři v průběhu svého stárnutí potřebují uspokojovat všechny svoje potřeby jako kdokoliv jiný, přičemž v některých případech jsou velmi často odkázáni na pomoc svého okolí. Pokud budeme mluvit o potřebách seniorů, tak máme na mysli především potřebu jistoty a bezpečí, touhu po spolehlivosti, důvěře, jistotě a stabilitě. S potřebou bezpečí hovoříme o potřebě nejen fyzického bezpečí, ale také psychického

a ekonomického zabezpečení. Někdy se zaměstnanci v domově seniorů snaží pomáhat seniorům takovým způsobem, že jejich snahy mohou vést k přílišnému ochraňování a k rozvoji nežádoucích závislostí seniora na okolí. Z tohoto důvodu je důležité, aby si zaměstnanci domova seniorů uvědomili, zda jejich snaha ochraňovat, neomezuje vůli seniora rozhodovat o sobě a svých činnostech ve svém životě (Dvořáčková, 2012).

### **1.2.3.1 Motivační teorie potřeb Abrahama Maslowa**

Podle Mühlpachra „Lze obecně konstatovat, že i ve starším věku je nejdůležitějším kritériem kvality života různorodost potřeb a možnost jejich uspokojování, ať už jde o potřeby fyziologické, psychické nebo sociální. Psychologická teorie aktivního stárnutí předpokládá, že ve stáří jsou v podstatě zachovány potřeby středního dospělého věku – především potřeba být nadále aktivní a mít pocit užitečnosti“ (Mühlpachr, 2004, s. 138).

Jak se lidé rozhodují, které chování mají upřednostňovat nebo kterému se mají vyhnout? Co motivuje člověka k tomu, aby se postavil proti názoru druhého člověka? Abraham Maslow, americký sociolog a psycholog zkoumal, jaké lidské potřeby ovlivňují chování člověka, a tím dal za vznik Maslowově pyramidě lidských potřeb. Podle této teorie má člověk 5 základních potřeb:

1. fyziologické potřeby (potřeba dýchání, vody, spánky, přijímání potravy, vylučování a vyměšování, fyzické aktivity, rozmnožování, tělesné integrity, atd.)
2. potřeba bezpečí a jistoty (jistota příjmu a přístupu ke zdrojům, bezpečnosti, rodiny, zdraví, zaměstnání, atd.)
3. potřeba lásky, přijetí, sounáležitosti (přátelství, potřeba mít rodinu, partnerský vztah, atd.)
4. potřeba uznání, úcty (potřeba být respektován, být přijímán, oceňován, sláva, uznání, prestiž, atd.)
5. potřeba seberealizace (přijímání sebe sama, tvořivost, řešení problémů, atd.) (Thielke, 2012).

Potřeby se v jednotlivých životních etapách mění. Jiné potřeby mají děti předškolního věku a jiné potřeby mají osoby staršího věku. U osob nad 70 let dochází k určitým změnám životních potřeb, do popředí se dostávají potřeby zdraví, bezpečí, klidu a spokojenosti. Senioři jako by se vraceli z nejvyšších pater Maslowovy pyramidy

do jejich základních pater. U seniorů se stávají nejdůležitějšími potřebami potřeby fyziologické, biologické, potřeba bezpečí a jistoty (Mlýnková, 2011).

### **1.3 SOUČASNÝ SYSTÉM PÉČE O SENIORY V ČR**

Současný systém péče o seniory v ČR zaznamenal velké změny po roce 1989. Došlo ke změně struktury péče a postupně se začal měnit také postoj k člověku, jako k individu. Snahou je zlepšení kvality života v zařízeních pečující o seniory. Důraz v těchto zařízeních je kladem především na tyto aspekty:

- individuální přístup ke každému senioru,
- rozeznání jeho potřeb a snaha o jejich uspokojení, zajištění jistoty a bezpečí,
- poznání člověka jako celku, jeho historie, zájmy, schopnosti, podpora jeho kvalit, zvýšení důstojnosti, sebeurčení a sebejistoty,
- podpora nezávislosti a soběstačnosti, pomoc v tom, co člověk nezvládne,
- dodržování soukromí a intimity,
- podpora individuálního rozhodování, zodpovědnosti a kontroly nad svým životem,
- prohlubování mezilidských vztahů a spolupráce rodiny (Janečková, 2005).

#### **1.3.1 Sociální péče o seniory**

V širším pojetí jsou sociální služby poskytovány osobám, které jsou společensky znevýhodněny, s cílem zlepšit jejich kvalitu života, či maximálním možným způsobem začlenit do společnosti. Prostřednictvím sociálních služeb je člověku zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění ubytování, stravy, pomoc v domácnosti, ošetřování, poskytnutí informací, které člověk potřebuje, podpora při prosazování vlastních zájmů a práv, či zprostředkování kontaktu se svými vrstevníky. Nesmíme, také zapomenout, že mezi hlavní cíle patří podpora soběstačnosti seniora (Matoušek, 2007).

Sociální péče o seniory upravuje především zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který rozeznává tyto sociální služby zaměřené na seniorskou populaci:

- osobní asistence,
- pečovatelská služba,
- tísňová péče,
- průvodcovské a předčitatelské služby,
- podpora samostatného bydlení,

- odlehčovací služby,
- centra denních služeb,
- denní stacionáře,
- týdenní stacionáře,
- domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- domovy pro seniory,
- domovy se zvláštním režimem,
- chráněné bydlení,
- sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.

V následujících odstavcích se zaměřím pouze na některé sociální služby.

### **Domov pro seniory**

Domovy pro seniory jsou určeny pro osoby, které dosáhli důchodového věku a pro ty, kteří potřebují komplexní péči kvůli svému zdravotnímu stavu. Občani, kteří potřebují léčbu a ošetřování v lůžkovém zdravotním zařízení, nemohou být přijati do domova pro seniory. Pobyt v domově seniorů si senior hradí sám.

Senioři bydlící v domovech pro seniory se nazývají uživatelé sociálních služeb. Aby mohl být senior přijat do domova pro seniory, nejprve musí sám nebo za pomoci nějaké osoby (rodina, sociální pracovnice, lékař) vyplnit žádost. Pro seniora, který byl přijat do domova pro seniory, je nástup zahájením zcela nové kapitoly života. Jedinci se ze dne na den změni domov, každý jedinec se s touthle změnou vyrovnává po svém, někdo rychleji, někdo pomaleji, někdo se dokonce nevyrovná nikdy. Cílem personálu v domově pro seniory je vytvořit takové podmínky, aby umožnili jedincovi co nejsnazší a nejrychlejší adaptaci na nové prostředí (Malíková, 2011).

Cílem poskytovaných služeb je podpora rozvoje nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho případný návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo alespoň zachování původního životního stylu. Jedním z dalších cílů domova seniorů by mělo být přiblížení podmínek běžného života (Glosová, 2006).

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,

- c) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) aktivizační činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (MPSV, 2006).

### **Domov se zvláštním režimem**

Jedná se o celoroční pobytovou službu, která je podobná domovům pro seniory. Posláním domova se zvláštním režimem je poskytnutí profesionální sociální služby, která je zaměřená na rozvoj schopností, podporu a udržení sociálních kontaktů. Jsou zde přijímány osoby, které mají stařeckou demenci, Alzheimerovu demenci, osoby závislé na návykových látkách, mentálně postižené, a další typy demencí (Mlýnková, 2011).

Cílem domovů se zvláštním režimem je udržení soběstačnosti uživatele, podpora vztahů mezi seniorem a rodinou, aktivizace seniorů, zapojení do kulturního a společenského života (Haškovcová, 2010).

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- d) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) aktivizační činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (MPSV, 2006).

### **Denní stacionáře**

Denní stacionář je ambulantní služba, která pomáhá a podporuje seniory se sníženou soběstačností, s chronickým onemocněním či zdravotním postižením. Senioři,



dojíždí do center denních stacionářů, jejich hlavním posláním je poskytnout a zajistit potřebnou péči seniorům, které jsou ve většině případů v rodinné péči.

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- c) poskytnutí stravy,
- d) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (MPSV, 2006).

### **Týdenní stacionáře**

Týdenní stacionář je podobný dennímu stacionáři, s tím rozdílem, že nabízí možnost pobytu pro seniory se sníženou soběstačností, s chronickým onemocněním či zdravotním postižením, od pondělí do pátku. Na víkend senior jezdí domů či za rodinou.

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- d) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- g) sociálně terapeutické činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (MPSV, 2006).

### **Pečovatelská služba**

Pečovatelská služba je jedna s nejrozšířenějších služeb sociální péče a může být jak ambulantní, tak i terénní služba poskytována seniorům, kteří mají sníženou soběstačnost, chronické onemocnění nebo zdravotní postižení. Pečovatelské služby jsou

placené (plně nebo částečně, to záleží na věku, zdravotním stavu, příjmu) a jsou zřizovány obcemi nebo okresními úřady (Králová, 2001).

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (MPSV, 2006).

### **Chráněné bydlení**

Chráněné bydlení je pobytová služba určena pro seniory, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Tento druh bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení. Součástí služby je poskytnutí ubytování, které představuje pro seniora domov. Cílem je podpora soběstačnosti seniora, případný návrat seniora do domácího prostředí nebo alespoň udržení původního životního stylu (MPSV, 2006).

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- b) poskytnutí ubytování,
- c) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- g) sociálně terapeutické činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (MPSV, 2006).

### **Osobní asistence**

I osobní asistence je určena osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Osobní asistence je terénní služba, jejímž cílem je

pomoc seniorovi zvládnout činnosti, které senior nedokáže zvládnout. Výhodou osobní asistence je poskytování služeb v takovém prostředí, které senior dobře zná, je mu přirozené. Služba je poskytována bez časového omezení.

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně,
- c) pomoc při zajištění stravy,
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (MPSV, 2006).

### **1.3.2 Zdravotní péče o seniory**

Základním prvkem zdravotní péče je primární prevence, kterou poskytuje v průběhu života praktický lékař. V průběhu péče by měl praktický lékař spolupracovat s rodinou, a když je potřeba, tak i s domácí ošetrovatelskou péčí, pečovatelskou péčí a jinými. Například domácí ošetrovatelská péče je poskytována na doporučení od praktického lékaře. Praktický lékař ve své práci se seniory provádí primární, sekundární i terciální prevenci (Zavázalová, 2004).

#### **Nemocnice**

Zdravotní péče bývá zpravidla poskytována ve zdravotnickém zařízení ambulantního nebo lůžkového typu. Menší nemocnice mají k dispozici jen nejdůležitější oddělení jako je interní, chirurgická či gynekologická. Některá města mají v dispozici i psychiatrické oddělení. Mezi oddělení následné péče patří rehabilitační či doléčovací oddělení pro seniory v dobrém zdravotním stavu, u nichž je potřeba zajistit profesionální rehabilitaci. Většinou se jedná o nácvik chůze, soběstačnosti. Další typy speciálních oddělení, většinou ve fakultních nemocnicích sloužících k vyléčení akutních onemocnění, návratu do původního stavu (Mlýnková, 2011).

#### **Hospice**

Do zdravotnické péče také řadíme hospice. To jsou zařízení, která poskytují péči pacientům, kteří jsou nevléčitelně nemocní, onkologickými nemocemi, pečují o rodinné příslušníky formou respitní péče. Repitní péče spočívá v tom, že zařízení nabízí rodinám tak zvaný odlehčovací pobyt pro seniora, který se využívá k tomu, když si rodina potřebuje odpočinout, jede na dovolenou, a tak podobně. Během této situace je senior umístěn do hospice, kde je mu věnována profesionální péče od zaměstnanců hospice. Další výrazná pomoc od hospiců je péče o pozůstalé.

V České Republice existuje také domácí hospic, což je forma péče v domácím prostředí, jejímž účelem je umožnit seniorům důstojné prožití závěrečné etapy svého života. Speciální tým odborníků, lékařů, onkologů, všeobecných sester dochází do klientova domácího prostředí, kde mu poskytují potřebnou péči (Mlýnková, 2011).

### **Ambulantní a terénní služba**

Jde o odbornou zdravotní péči, která je poskytována seniorům v domácí péči, kteří nemusí být hospitalizováni v nemocnici či hospicích. Poskytovatelem ambulantní a terénní služby jsou převážně agentury, které se na tuto formu péče zaměřují. Zdravotní péči poskytuje všeobecná sestra, která má dostatečnou kvalifikaci. Její úkolem může být, aplikování inzulínu, podání léků, ošetření ran, apod. Smyslem této péče je umožnit nemocnému péči v jeho domácím prostředí, kde se člověk cítí bezpečně a spokojeně. Ambulantní a terénní služba je hrazena ze zdravotního pojištění (Mlýnková, 2011).

### **Geriatrická denní centra**

Geriatrická denní centra nabízí péči o seniora přes den, některá i přes noc. Mezi hlavní úkoly těchto center řadíme:

- léčebná a ošetrovatelská péče,
- fyzioterapeutická péče,
- ergoterapie,
- psychická aktivizace a kognitivní trénink (Mlýnková, 2011).

### **1.3.2 Rodinná péče**

Všichni určitě známe věty typu „všude dobře, doma nejlíp,“ „Už abychom byli doma“ říkají děti, když se vrací ze školy v přírodě či nějakého výletu. „Už se těším

domů“ říkají děti nebo pacienti v nemocnici. Většina lidí se cítí nejlépe v domácím prostředí, v rodině. Doma, je místo, kde prožíváme pocit jistoty, bezpečí, je to zkrátka místo, které dobře známe. Dnešní rodiny ve většině případů žijí samostatně, v jiných bytových jednotkách než sami rodiče. Je, ale nutno podotknout, že rodina zůstává základem pro poskytování péče seniorovi.

Ve většině případů je zřejmé, které dospělé děti budou věnovat péči o své rodiče. Někdy dochází k přestěhování stárnoucích rodičů do společného bytu. Tento krok může vést k určitým pozitivům, ale nesmíme, zapomenou, že tento krok má jistě i své negativa (Mlýnková, 2011).

Mezi největší překážky při poskytování rodinné péče řadíme:

- **Nevyhovující bydlení** – nedostatečně velký byt, čímž dojde ke ztrátě soukromí.
- **Zaměstnání pečujících dětí** – většina lidí ve středním věku si nemůže dovolit zůstat doma se svými rodiči, aby jim mohla poskytovat celodenní péči.
- **Povinnosti k vlastní rodině** – střední generace se věnuje péči o děti i domácnost.
- **Vzdálenost rodin** – stárnoucí rodiče bydlí daleko od svých dětí a nechtějí se přestěhovat ke svým dětem.
- **Vyčerpání a únava rodinných příslušníků během péče o rodiče** – zpravidla není možné, aby průměrně pracující člověk zajišťoval chod domácnosti, chodil do zaměstnání a současně pečoval o stárnoucího rodiče a jeho domácnost, zvláště pokud nebydlí ve stejném domě či vesnici (Mlýnková, 2011).

Rodinnou péči, můžeme rozdělit podle intenzity a naléhavosti potřeb, které rodič potřebuje:

- **Podpůrnou péči** - jedná se o finanční podporu, zajištění oprav v domácnosti, dopravu k lékaři, obstarání úřadů apod., což je třeba zajišťovat jen občas, nepravidelně a podle potřeby, nevyžaduje to společné bydlení ani přemíru vynaloženého času.
- **Neosobní péče** – jde o péči o domácnost (vaření, praní, úklid), což je časově náročnější a zpravidla je vyžadována cykličnost, tato činnost je obtížněji postradatelná.

- **Osobní péče** – vyžaduje nepřetržitou přítomnost pečující osoby a zahrnuje osobní hygienu (včetně toalety), podání léků, podání jídla, přenášení, ukládání, polohování, převádění nebo převážení starého člověka v bytě. Je prováděna cyklicky a opakovaně. Starý člověk je na ní závislý (Jeřábek, 2005).

### 1.3.3 Domov seniorů POHODA Chválkovice

První název domova seniorů, kde budu výzkum provádět, byl Domov důchodců a penzion Chválkovice p. o. K velmi podstatným změnám došlo k 1. 1. 2007. Přijetím nového zákona o sociálních službách číslo 108/2006 Sb., dochází ke změně názvu i obsahu služby. Domov důchodců se přejmenoval na Domov pro seniory a Domov – penzion pro důchodce na Chráněné bydlení. Od února roku 2009 se organizace jmenuje Domov seniorů POHODA Chválkovice příspěvková organizace. Jak vyplývá z předchozích vět, Domov seniorů POHODA Chválkovice (dále jen Domov seniorů) slučuje domov pro seniory a chráněné bydlení.

#### **Domov pro seniory:**

Poslání:

- Podporovat samostatnost uživatele dle možností
- Ošetřovat nemocné uživatele
- Humanizovat péči
- Odbornost zaměstnanců
- Dostupnost žadatelům služby
- Aktivizovat uživatele

Cíl:

- Cílem poskytované služby je podpořit soběstačnost uživatele, který z důvodu věku nebo svého zdravotního stavu není schopen se sám o sebe postarat bez pomoci jiné osoby a péči není možno zajistit v domácím prostředí.
- Zabezpečit kvalitní ošetřovatelství uživatele.
- Zvyšovat odbornou úroveň zaměstnanců prostřednictvím pravidelného cíleného vzdělávání.
- Zajistit podmínky pro důstojný a aktivní život.

- Umožnit uživateli zachování samostatnosti a nezávislosti v co nejvyšší míře, dle jeho schopností.
- Sledovat geografickou i finanční dostupnost služby.

#### Zásady:

- Dle možností budovat nebo alespoň co nejdéle udržet nezávislost uživatele služeb.
- Dle možností podporovat začlenění uživatele.
- Respektování potřeb – služba je určována individuálními potřebami uživatele a potřebami společnosti.
- Partnerství – pracovat společně, ne odděleně
- Kvalita – záruka kvality poskytuje ochranu zranitelným lidem
- Rovnost bez diskriminace

#### Cílová skupina:

- Senioři se ztrátou soběstačnosti způsobenou věkem, změnou zdravotního stavu, případně se syndromem poruch intelektu získaným v průběhu stáří, kteří z těchto důvodů nemohou žít ve své vlastní domácnosti a potřebují podporu a pomoc druhé osoby.

Kapacita je 314 uživatelů služeb

### **Chráněné bydlení:**

#### Poslání:

- Posláním Chráněného bydlení je poskytnout zázemí, pocit důstojnosti, bezpečí a pomoci lidem, kteří z důvodu chronického onemocnění nemohou svou situaci řešit vlastními silami v jejich přirozeném prostředí, ale jsou schopni částečné sebeobsluhy. Podporuje klienty v tom, aby mohli žít co nejdéle běžným způsobem života

#### Cíl:

1. Pomoc a podpora při udržení a rozvíjení dovedností uživatelů pomocí pravidelných aktivit, jako jsou hudební kroužek, kondiční cvičení, trénování paměti, společenské a kulturní akce minimálně jedenkrát týdně.
2. Krátkodobé cíle pro rok 2015 - Udržení soběstačnosti uživatelů:
  - a. nejméně u 30 udržet schopnost samostatného úklidu bytové jednotky.
  - b. nejméně u 40 udržet schopnost samostatné přípravy stravy

- c. nejméně u 50 udržet schopnost samostatné péče o lůžko
  - d. nejméně u 30 udržet sociální začlenění prostřednictvím klubové činnosti
  - e. nejméně u 3 udržet schopnost samostatné práce s PC.
3. Spokojenost klientů bude testována na dotazníkovém šetření, kterého se zúčastní alespoň 70% klientů.

Zásady:

Všichni pracovníci služby Chráněné bydlení sdílí tyto hodnoty:

- zachování lidské důstojnosti
  - respektujeme právo volby uživatelů, jejich soukromí a partnerské vztahy
  - vytváříme podmínky, aby se uživatelé cítili důstojně, svobodně a bezpečně
  - uživatelé jsou partnery, k uživatelům přistupujeme s úctou, otevřeností a bez diskriminace
  - klademe důraz na dodržování a respektování práv uživatelů
- individuální přístup ke každému uživateli
  - podpora a její míra je přizpůsobována konkrétním potřebám, přáním a schopnostem uživatele
  - podpora je poskytována s ohledem na ostatní spolubydlící a možnosti služby
  - posilujeme samostatnost uživatelů v běžných podmínkách

Cílová skupina:

Služby jsou určeny osobám od 50. let věku s chronickým onemocněním za splnění podmínek:

- osoba je závislá na pomoci jiné fyzické osoby,
- osoba je schopná alespoň částečné soběstačnosti a mobility ve vlastní domácnosti

Kapacita služby je 109 uživatelů (Kolomý, 2015).

#### **1.4 Pohybová aktivita**

Pohybová aktivita je jeden z nejdůležitějších nástrojů naplňování kvality života seniorů proto, že všeobecně přispívá k jejich větší životní spokojenosti odvíjející se od kladného subjektivního prožitku (z dobře vykonané práce, dobrých rodinných vztahů, dobře stráveného času apod.), ale také proto, že přispívá k udržování potřebné tělesné a duševní výkonnosti (či k její rehabilitaci) (např.



posilováním fyzické kondice, paměti, myšlení, tvořivosti) a tím ke smysluplnému zapojení do společnosti (Kozáková, 2006, s. 36).

#### **1.4.1 Pohybová aktivita seniorů**

Stejně jako děti, adolescenti, lidé středního věku, tak i lidé staršího věku musí být pohybově aktivní. Mezi jedny z největších benefitů pohybové aktivity u člověka patří: snížení rizika kardiovaskulárních chorob, regulace krevního tlaku, dobrá výkonnost kardiopulmonálních funkcí, zvýšené využívání tuků, zlepšení zažívání, nižší úroveň stresu, udržování svalové síly, udržování motorických, kognitivních funkcí, zlepšená koordinace, rovnováha, apod. (Ethisan, 2015).

Bylo prokázáno, že pohybová aktivita určuje zvyšování hustoty kostí, snižuje riziko na vyvinutí osteoporózy, vede člověka k udržení nezávislosti, udržuje optimální funkce metabolismu, zlepšuje stabilitu a tím také snižuje riziko poranění vzniklé pádem, zlepšuje mobilitu, motoriku a v neposlední řadě, cvičení pomáhá člověka, začlenit do společnosti a tím zlepšuje kvalitu života (Şlicaru, 2017).

Nízká úroveň pohybové aktivity je jedním z hlavních faktorů, které negativně ovlivňují adaptivní procesy starších lidí. Jde hlavně o zvýšení hmotnosti, rozvoj osteoporózy, kardiovaskulární onemocnění, deprese, rakovina. Mezi pozitivní účinky pohybové aktivity nepatří pouze prevence různých nemocí, ale také zlepšení kognitivního fungování, autonomie, snížení úzkosti a vytváření nových sociálních skupin. To napomáhá zlepšit funkční stav, psychickou pohodu, zmírnit projevy stárnutí, což pomáhá zvýšit kvalitu života starších lidí jako celku. Starší osoby, které ve volném čase dělají doma nebo na zahradě mírnou intenzitu fyzické aktivity (lehké zvedání věcí, zametání, mytí oken, hrabání listů, jízda na kole atd.) mají vyšší kvalitu života a zřídka mají potíže s každodenní fyzickou aktivitou (nošení nákupu, jít po schodech, dlouhé procházky atd.) (Pavlova, 2015).

V pohybové aktivitě u seniorů se vychází ze zdravotně rehabilitačních cvičení a cvičení pro tělesně oslabené. Většinou jde tedy o následující cvičení:

- sebeuvědomování si vlastního těla,
- relaxační a dechová cvičení,
- jednoduchá cvičení jógy,
- posilující cvičení (Štilec, 2004).

### **1.4.2 Doporučení pro pohybovou aktivitu seniorů**

Člověk, který v životě nebyl moc aktivní, musí začínat s fyzickou aktivitou pomalu. Postupně budovat vytrvalost, sílu, rovnováhu a flexibilitu. 5-10 minutová chůze několikrát v týdnu je ideální způsob, jak začít. Jakmile bude senior schopný ujít 30 minut v kuse, je připraven přidat do své rutiny další náročnější aktivity. Tento krok seniorům umožní, vybudovat sílu, která je potřebná pro podporu aerobního tréninku.

Člověk, zvláště pak senior by měl nejprve pohovořit se svým praktickým lékařem, než začne užívat nový režim cvičení. Odborníci ze světa fitness, jsou ideální společníci pro začátek v pohybové aktivitě seniorů. Je důležité vykonávat cvičení ve správném provedení, aby cvičení nevedlo k disbalancím a dalším zdravotním problémům (Physical activity, 2015).

Dospělí ve věku 65 let nebo starší, kteří jsou pohybově aktivní a nemají žádné zdravotní problémy, které by omezovaly jejich mobilitu, by se měli snažit, být aktivní každý den. Uvádím zde tři různá doporučení pro pohybovou aktivitu seniorů:

- 1) alespoň 150 minut mírné aerobní aktivity, jako je cyklistika nebo chůze každý týden, a silová cvičení dva nebo více dní v týdnu, kde pracují všechny hlavní svaly (nohy, boky, záda, břicho, hrudník, ramena a paže).
- 2) 75 minut silné aerobní aktivity, jako je běh nebo tenis každý týden, a silová cvičení dva nebo více dní v týdnu, kde pracují všechny hlavní svaly (nohy, boky, záda, břicho, hrudník, ramena a paže).
- 3) Směs mírné a intenzivní aerobní aktivity každý týden. Například dvě 30-minutové jízdy na kole plus 30 minut rychlého chůze se rovná 150 minutám mírné aerobní aktivity a silová cvičení dva nebo více dní v týdnu, kde pracují všechny hlavní svaly (nohy, boky, záda, břicho, hrudník, ramena a paže) (Physical activity guidelines for older adults, 2015).

### **1.4.3 Zásady pohybové aktivity**

Pozitivní účinek pohybové aktivity na organismus závisí na vhodném výběru pohybové aktivity. Zde je pár rad, které by měl senior dodržovat:

- Zdravotní stav - Výběr cvičení by měl být sestaven na základě anamnézy i subjektivního hodnocení obtíží. Potom můžeme zvolit vhodnou formu pohybu,

intenzitu zatížení, limity a délku. Člověk by neměl v žádném případě vykonávat pohybovou aktivitu přes bolest (Kolář, 2012).

- Věk - Mezi důležité považujeme testování a porovnávání s populací stejného věku. Na základě porovnání, pak stanovíme limit tepové frekvence a formu tréninku. Klademe důraz na celkové hodnocení zdatnosti, mobility či funkčnosti pohybového aparátu (Kolář, 2012).
- Pohlaví - Rozdíl mezi mužským a ženským tělem je veliký a tím i předpoklady pro pohybovou aktivitu, které jsou součástí jak běžného života, tak i dobrovolně zvolených pohybových činností (Kolář, 2012).
- Pohybové zkušenosti - Zdatnost organismu i pohybové zkušenosti se nejlépe získávají v raném věku a mívají i trvalejší charakter. To znamená, že osoba, která celý život sportovala, se bude mnohem lépe vyrovnávat se zátěží, než osoba, která se pohybové aktivitě v průběhu svého života moc nevěnovala (Kolář, 2012).
- Vyšetření - Senior, který chce vykonávat pravidelnou pohybovou aktivitu, by měl nejprve projít vyšetřením. Zátěžový test, jehož výsledkem je stanovení bezpečné tepové frekvence (Kolář, 2012).

## **1.5 Kvalita života**

Kvalita života seniorů je ovlivněná spoustou faktorů, mezi které řadíme: zdraví, životní styl, hmotné zabezpečení, bydlení, zdravotní péče, sociální služby. Vláda České Republiky pravidelně vytváří Národní programy přípravy na stárnutí na 5 letá období. V nynější době platí „Národní program přípravy na stárnutí na období let 2013-2017“, který se zaměřuje na dvě základní oblasti - zdraví a celoživotní učení. Od těchto dvou oblastí se dále rozvíjí priority pro ministerstvo práce a sociálních věcí. Mezi priority řadí: celoživotní učení, zaměstnávání starších osob a seniorů, dobrovolnictví a mezigenerační spolupráce, kvalitní prostředí pro život seniorů, zdravé stárnutí a péče o seniory (MPSV, 2012).

### **Celoživotního učení**

Vize celoživotního učení nabývá na významnosti z důvodu vyššího tempa globalizace a technologického pokroku. Vzhledem k průběhu demografickému stárnutí bude potřeba zapojit do práce i osoby v produktivním věku. Budou se zvyšovat

investice do celoživotního učení, což pomůže v integraci do trhu práce. Cílem je zvyšovat přístup k dalšímu vzdělání a motivovat populaci k účasti na dalším vzdělání, uznávání dalších forem učení, zvyšovat kvalitu a rovnost učení. Součástí rozvoje celoživotního učení musí být i podpora vzdělávacích aktivit pro seniory, které se naskytují po ukončení pracovního poměru. Univerzity třetího věku, které jsou určené pro seniory, nebudou nabízet jen zájmové vzdělávání. Absolvováním univerzity třetího věku může vést k uplatnění na trhu práce (MPSV, 2012).

### **Dobrovolnictví a mezigenerační spolupráce**

Průběh stárnutí populace v kombinaci s ekonomickou krizí může vést k napětí mezi seniory a pracujícími občany. To je výzva, která se musí řešit spoluprací mezi jednotlivými věkovými kategoriemi. Je nutno pracovat na vytvoření ideálu mezi těmito generacemi, tím máme na mysli zlepšení integrace, participace, infrastruktury. Významným nástrojem, kterým můžeme těchto změn dosáhnout je dobrovolnictví, které lze vnímat pasivně i aktivně. Dobrovolnická činnost napomáhá zvýšení kvality života seniorů, kteří potřebují podporu. Na druhé straně dobrovolnictví, zvyšuje příležitosti pro aktivní zapojení seniora do společnosti (MPSV, 2012).

### **Kvalitní prostředí pro život seniorů**

Seniorům musí být zajištěna sociální, politická i ekonomická participace na životě ve společnosti, zlepšení dostupnosti bydlení, služeb a kultury. Pro zajištění účasti na společenském životě je potřeba zlepšit dopravu, je nutné vytvářet bezpečné prostředí, které zvyšuje zájem a ochotu seniorů, žít mimo svůj domov a využívat možnosti přírody (MPSV, 2012).

### **Zdravé stárnutí**

Zvyšování investic do vzdělání v mladém věku se pozitivně odráží v budoucnosti, je tím ovlivněno zdraví, sociální integrace a participace seniorů. Je třeba

podporovat zdravé stárnutí, které je základním předpokladem pro pozitivní dopad na zdravotní stav starších občanů, a tím i na snížení sociální a zdravotní péče o seniory. Programy poskytující zdravé stárnutí musí být rozmanité a musí obsahovat nejen fyzické aktivity, ale také duševní a sociální potřeby seniorů. Cílem je zvýšit informovanost o významu zdravého životního stylu a prevence, v celé populaci s důrazem na starší občany (MPSV, 2012).

### **Péče o seniory**

Péče o seniory nabízí širokou škálu služeb, odpovídající rozdílným potřebám a životním situacím starších osob. Důležitou součástí péče o seniory je podpora rodiny a zapojení rodiny do poskytovaných služeb. Je potřeba podpořit rodinnou péči ve formě vzdělávání. Musí dojít ke zvýšení prestiže a legislativnímu vymezení kompetencí a požadavku u osob, které se starají o starší osoby v sociálních službách (sociální pracovní a pracovníci v přímé péči). Cílem je rozvoj systému péče o seniory s demencí včetně výcvikových programů a vzdělávání v této oblasti (MPSV, 2012).

#### **1.5.1 Dimenze kvality života seniorů**

Na dimenze kvality života lze nahlížet ze dvou pohledů, a to subjektivní oblast a objektivní oblast (Dvořáčková, 2012).

Pojem kvalita života zahrnuje široké spektrum toho, co jedinec považuje za důležité ve svém životě. V literatuře se termín kvalita života, často označuje také jako "well-being", v překladu pocit pohody, duševní pohoda nebo blahobyt. Před 30 lety byl termín well-being používán pro objektivní hodnocení životních podmínek, zatímco kvalita života označovala subjektivní hodnocení jejich života. Dnes je tento rozdíl ztracen z toho důvodu, že pojem kvalita života a well-being má jak objektivní složku (kterou může hodnotit druhá osoba) tak i složku subjektivní (vlastní hodnocení z hlediska spokojenosti, štěstí, či jiných stupňů hodnocení) (Theofilou, 2013).

V dnešní době dostává přednost subjektivní hodnocení kvality života. Objektivní kvalita života sleduje materiální zabezpečení, životní podmínky, sociální status a zdraví. Lze ji tedy vymezit jako souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které ovlivňují život jedince. Různé výzkumy potvrdili rozdílnost výsledků mezi subjektivní a objektivní kvalitou života (Vymětal, 2003).

Světová zdravotnická organizace rozeznává čtyři základní oblasti, které vystihují dimenze lidského života bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum nebo postižení:

- fyzické zdraví a úroveň samostatnosti – energie a únava, bolest, odpočinek, mobilita, každodenní život, závislost na lékařské pomoci, schopnost pracovat atp.;
- psychické zdraví a duchovní stránka – sebepojetí, negativní a pozitivní pocity, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, koncentrace, víra, spiritualita, vyznání atp.;
- sociální vztahy – osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita atp.;
- prostředí – finanční zdroje, svoboda, bezpečí, dostupnost zdravotnické a sociální péče, domácí prostředí, příležitosti pro získávání nových vědomostí a dovedností, fyzikální prostředí (znečištění, hluk, provoz, klima) atp. (Tokárová, 2004, 61).

### **1.5.2 Metody a nástroje měření kvality života**

V současné době můžeme označit měření kvality života jako trend. Kvalita života se nesleduje jen u populace zdravé, ale také u osob s postižením, chronicky nemocných, závislých i seniorů. Sledováním kvality života se zabývá mnoho vědních oborů (sociologie, filozofie, psychologie, medicína, ekologie, andragogika, pedagogika, ekonomie). V dnešní době máme spoustu metod a nástrojů jak kvalitu života můžeme měřit.

Nástroje měření kvality života členíme na obecné a specifické. Obecné nástroje měření kvality života se zaměřují na měření v jednotlivých oblastech a na profily zdraví, jsou navrženy jako dotazníky zjišťující nejdůležitější aspekty kvality života jedince. Obecné nástroje mohou být použity jak pro osoby zdravé, tak i pro osoby s různým typem postižením či nemocí. Specifické nástroje měření kvality života jsou zaměřeny na klíčové aspekty pro jednotlivou oblast měření. Tyto nástroje jsou tedy specifické pro daný typ postižení, nemoc, populaci, apod. Hlavní výhodou je citlivost těchto dotazníků a přesnost (Martinez-Martin, 1998, In: Vaňurová, Mühlpachr, 2005).

Dle Křivohlavého (2001) můžeme kvalitu života měřit z hlediska subjektivního (hodnotitelem je sama osoba), objektivního (hodnotitelem je druhá osoba) nebo

smíšeného (kombinace typu 1 a 2). V současné době výzkumníci z různých oborů dávají přednost subjektivnímu hodnocení kvality života.

### 1.5.3 Jak zlepšit kvalitu života seniorů

Kvalita života je důležitá pro zdraví. Nestačí jen být naživu. Dobrá kvalita života je zvláště důležitá pro starší populaci. Pocit spokojenosti a naplnění je stejně důležitý jako pravidelná kontrola u lékaře. Mít pozitivní pohled na život může seniorům pomoci mít více energie, méně stresu, lepší chuť k jídlu a předcházet kognitivnímu poklesu.

Zde je 5 způsobů, jak můžeme zlepšit kvalitu života u seniorů:

- Léčba deprese - v pozdějším věku je větší šance mít depresi, ve skutečnosti postihuje 6 milionů lidí starších 65 let. Může to být způsobeno stresujícími životními událostmi, jako je odchod do důchodu, ztráta manžela nebo také onemocněním či vedlejšími účinky léků. Je důležité rozpoznat známky deprese a začít to řešit s doktorem nebo psychologem.
- Pocit užitečnosti - od velmi mladého až po starší věk chce být každý užitečný. Když se staráte o dospělé, snažte se je zapojit. Požádejte je o pomoc, které zvládnout, například: skládat prádlo, otevření pošty, pomoc při chystání jídla, večere, s úklidem apod.
- Zůstaňte fyzicky aktivní - pravidelná fyzická aktivita, bez ohledu na to, jak náročná je, pomáhá udržet tělo i duši v pocitu stability a pozitivnosti. Cvičení udržuje krev v mozku, zlepšuje mysl. Také zmírňuje úzkost, napětí a dokonce i depresi. Celkově se lidé cítí lépe.
- Zůstaňte mentálně aktivní - luštěte křížovky, sudoku, puzzle, další mozkové hry, čtěte a piště, to všechno jsou skvělé aktivity pro stimulaci. Mít ostrou a aktivní mysl, zlepšuje celkovou pohodu těla.
- Zůstaňte ve spojení s rodinou, kamarády a komunitou - Senioři, kteří jsou izolovaní a osamělí, mají kratší život a jsou vystaveni vyššímu riziku demence. Zabraňte tomu, že zůstanete v sociálním kontaktu s dalšími lidmi. Zde je pár návrhů jak na to: sjednávejte posezení s rodinou a přáteli, zapojte kamarády do svých koníčků, uspořádávejte posezení ve významných datech apod. (Chow, 2015).

## 1) Objektivní metody

## **APACHE II (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System)**

Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu snažící se o vystihnoutí celkové stavu pacienta. Metoda APACHE II je založena na posuzování vážnosti onemocnění pacienta podle toho, jak se kvantitativně odlišuje stav pacienta od normy. Výsledek vyjadřujeme číselně, kdy při vyhodnocení platí, čím vyšší číselný údaj, tím vyšší je pravděpodobnost úmrtí pacienta (Křivohlavý, 2002)

## **The Karnofsky Performance Scale**

Tato metoda je zacílena především na tělesnou dimenzi kvality života. Hodnotu indexu stanovuje lékař, tím je vyjádřen celkový zdravotní stav k určitému datu. Hodnocení je prezentováno v podobě procent. Například index 100 vyjadřuje normální stav pacienta, kdy se neobjevují žádné potíže. Naopak index 0 vyjadřuje, že pacient je mrtvý (Mühlpachr, 2005).

## **Visual Analogue Scale - VAS**

Jde o metodu, která hodnotí celkový stav pacienta. Jedná se o vizuální škálování, kdy se vyhodnocení zaznamenává na 10 cm dlouhou vodorovnou nebo do 45° nakloněnou stoupající úsečku s označenými dvěma extrémy, mimořádně špatný a velice dobrý celkový stav pacienta (Křivohlavý, 2002).

## **Index kvality života - ILF**

Tato metoda slovně formuluje jednotlivá kritéria, například emocionální stav pacienta, sebeoblužnost, sociální opora pacienta atd. Výhodou metody je, že na stanovení výsledku se nepodílí jen hodnotitel, ale také lékař, psychologové, zdravotní sestry apod. (Křivohlavý, 2002).

## **Spitzer Quality of Life Index - QL**

Metoda sloužící ke zjišťování zdravotního stavu i kvality života před začátkem terapie a po ukončení terapie. Spitzer zahrnul tyto oblasti do QL:

- aktivita,
- každodenní život,
- podpora rodiny a přátel,



- pohled na život
- vnímání zdraví.

Každá oblast dále zahrnuje okruh lidských činností a úkolem jednotlivých respondentů je označit do jaké míry jsou dané aktivity aplikovatelné v jeho životě. K hodnocení se používá škála sestavená z 5 částí se třemi možnostmi. Odpovědi jsou ohodnoceny maximálně 2 body, takže maximální počet v jednotlivé oblasti je 10 bodů. Škála může být vyhodnocena v jednotlivých oblastech nebo sečtena do celkového skóre. Spitzer, také sám upozorňuje na fakt, že tento dotazník není vhodný pro měření kvality života na zdravou populaci (Křivohlavý, 2002).

## 2) Subjektivní metody měření kvality života

### **Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life - SEIQoL**

Nejrozšířenější metoda diagnostikování kvality života, systém individuálního hodnocení kvality života (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of life). Tento dotazník sestavili v roce 1994 Irové O'Boyle, McGee a Joyce. Tvůrci našli inspiraci z metody Repertory Grid, jejímž výchozím bodem je domněnka, že naše myšlenky a činy jsou důsledkem osobních představ, které máme o lidech, ideálech atp. Metody SQIQoL spočívají:

- Pojetí kvality života, je individuální, což znamená, že kvalita života je sama definována osobou, která se měří.
- Kvalita života osoby je závislá na hodnotovém systému testované osoby.
- Aspekty života, které jsou pro danou osobu v dané situaci podstatné, jsou stanoveny jako důležité.
- Aspekty, které jsou pro osobu životně důležité, se snažíme odhalit v průběhu rozhovoru.

Základem této metody je strukturovaný rozhovor. Během nichž se tazatel snaží, zjistit důležité aspekty života. Testovaná osoba je dotázána na 5 životních cílů, které

jsou pro ni nejdůležitější. U těchto životních cílů se také uvádí míra uspokojení v procentech (Křivohlavý, 2002).

### **Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life - Direct Weighting (SEIQoL-DW)**

Tato metoda je odvozena z metody, kterou jsem popsal výše. V SEIQoL-DW respondenti označují ty oblasti života, které považují za nejdůležitější a dále hodnotí jejich výkon v daných oblastech a spokojenost s každou z nich. Metoda je tvořena z pěti barevných disků, které se otáčejí kolem své osy. Každý disk představuje určitou oblast života, kterou respondent označil za nejdůležitější. Pod diskem, je další disk, který je větší a je vyznačen stupnicí od 0 do 100. Díky této stupnici, respondent označuje subjektivní důležitost v jednotlivých oblastech (Křivohlavý, 2002).

### **Lancashire Quality of Life Profile - LQoLP,**

### **Lancashire Quality of Life Profile-European Version - LQoLP-EU**

Jde o strukturovaný sebe posuzující rozhovor, který je veden školeným tazatelem. Sestává ze 105 položek, které jsou hodnoceny na sedmibodové stupnici, zahrnuje devět oblastí:

- 1) práce a vzdělání (7 položek),
- 2) volný čas (8 položek),
- 3) vyznání (7 položek),
- 4) finance (7 položek),
- 5) životní situace (12 položek),
- 6) právní status a bezpečnost (5 položek),
- 7) vztahy s rodinou (7 položek),
- 8) sociální vztahy (6 položek),
- 9) zdraví (10 položek) (Křivohlavý, 2002).

WHO vyvinula mnoho výzkumných metod (dotazníků) na měření kvality života, které byly postupně přeloženy do mnoho jazyků. Díky této dostupnosti jsou dotazníky

WHO velice používány v oblasti kvality života. Dotazníky WHO zahrnují WHOQOL, kratší verzi WHOQOL-BREF a ještě kratší EUROHIS-QOL (Meiselman, 2016).

### **WHOQOL-100**

Dotazník WHOQOL-100 byl vyvinut v roce 1991, při spolupráci mezi 15 zeměmi, světovou zdravotnickou organizací, je sestaven ze 100 položek sdružených do 6 domén: fyzické zdraví, prožívání, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, prostředí, spiritualita

a celková kvalita života. WHOQOL-100 byl navržen tak, aby mohl zkoumat širokou skupinu populace v nezávislosti na věku, nemoci, zdravotnímu stavu (Victoria, 2004).

### **WHOQOL-BREF**

Dotazník WHOQOL- BREF je zkrácenou verzí výše zmiňovaného. Obsahuje 24 položek sdružených do 4 domén (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí) a dvou samostatných položek hodnotících celkovou kvalitu života a zdravotního stavu. Výsledky tohoto dotazníku jsou vyjádřeny buďto jako doménové skóry, které představují průměrný hrubý skór spočítaný z příslušných položek nebo hodnoty odpovědi do dvou samostatných položek, které hodnotí celkovou kvalitu života a celkový zdravotní stav (Dragomirecká, 2006).

### **Dotazník SQUALA**

Dotazník SQUALA byl vytvořen v roce 1992 Zannottim. SQUALA je sebe posuzovací dotazník, konstruovaný podle metodologických pravidel. Dotazník vychází z Maslowovy třístupňové teorie potřeb. Dotazník navrhnutý Zannottim, je v zahraničí poměrně opomíjen. Do češtiny ji přeložila a standardizovala Dragomirecká. Původní dotazník se skládá z 23 položek, v české verzi se dotazník skládá z 21 položek (jsou vynechané položky zajímat se o politiku a mít víru). Respondent nejprve hodnotí důležitost jednotlivých oblastí. Na výběr má 5 bodovou škálu (nezbytné, velmi důležité, středně důležité, málo důležité a bezvýznamné). Po vyhodnocení důležitosti se výzkum přesouvá do oblasti hodnocení spokojenosti stejných oblastí, opět na 5 bodové škále (Zcela spokojen, velmi spokojen, spíše spokojen, nespokojen, velmi zklamán) (Dragomirecká, 2006).

### **3) Smíšené metody měření kvality života**

#### **Manchester Short Assessment of Quality of Life - MANSA**

Metoda, která v doslovném předkladu znamená "Krátký způsob hodnocení kvality života" byla vytvořena na univerzitě v Manchesteru. Metoda je zaměřena na zjišťování spokojenosti v těchto oblastech: vlastní zdravotní stav, sebepojetí, sociální vztahy, rodinné vztahy, bezpečnostní situace, právní stav, životní prostředí, finanční situace, náboženství, volný čas, zaměstnání. Cílem metody je vytvoření přesné stanovení kvality života daného respondenta (Křivohlavý, 2002).

#### **Life Satisfactory Scale - LSS**

Metoda vznikla z dotazníků MANSA. Jedná se o škálu životního uspokojení, která hodnotí celkovou spokojenost se životem, plus řadu dalších dimenzí. Hodnocení je zaznamenáno na vizuální sedmidílnou stupnici se dvěma extrémy a pěti mezistupni (Křivohlavý, 2002).

## 2. CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V diplomové práci se zabýváme kvalitou života seniorů, kteří žijí v domově seniorů POHODA ve Chválkovicích. Použili jsme standardizovaný dotazník subjektivní kvality života SQUALA, který jsme doplnili dotazníkem vlastní konstrukce ke zjištění osobních proměnných, dle kterých budeme kvalitu života porovnávat (pohlaví, věk, mobilita, vzdělání, finanční situace, rodinný stav, frekvence cvičení, zdravotní stav, kvalita života, rehabilitace, nálada)

Stanovili jsme si následující cíle:

- 1) Longitudinální výzkum provedený po 3,5 letech. V bakalářské práci jsme změřili 50 seniorů, ze kterých je k dispozici 23 seniorů. Těchto 23 seniorů jsme změřili znovu a porovnali s výsledky z bakalářské práce.
- 2) Změřit kvalitu života seniorů v domově seniorů POHODA

Subjektivní hodnocení kvality života seniorů jsme hodnotili pomocí výsledků standardizovaného dotazníku SQUALA. Pro splnění cíle jsme si stanovili následující výzkumné otázky:

1) Jaké jsou základní popisné charakteristiky kvality života respondentů? Jaká je úroveň hodnocení kvality života dle dotazníku SQUALA u celého souboru respondentů (vyjádřeno profilem hrubými skóry dimenzí SQUALA (abstraktní hodnoty, zdraví, blízké vztahy, volný čas, základní potřeby))?

2) Ovlivňují vybrané základní proměnné výsledky subjektivní kvality života seniorů?

- a) Ovlivňuje pohlaví výsledky kvality života SQUALA?
- b) Ovlivňuje mobilita výsledky kvality života SQUALA?
- c) Ovlivňuje vzdělání výsledky kvality života SQUALA?
- d) Ovlivňuje subjektivní vyjádření o finanční situaci výsledky kvality života SQUALA?
- e) Ovlivňuje rodinný stav kvalitu života SQUALA?
- f) Ovlivňuje frekvence cvičení výsledky kvality života SQUALA?
- g) Ovlivňuje subjektivní vyjádření o vlastním zdravotním stavu (5 bodová škála) výsledky kvality života SQUALA?
- h) Ovlivňuje subjektivní vyjádření o vlastní kvalitě života (5 bodová škála) výsledky kvality života SQUALA?

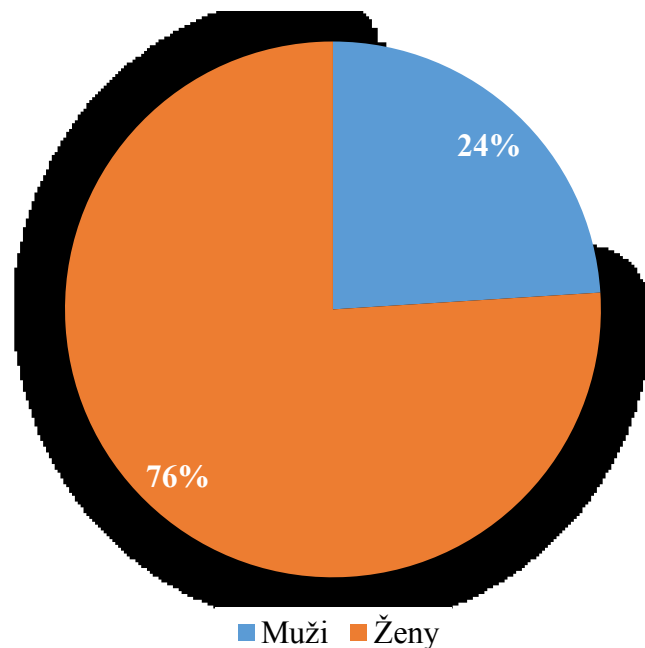
- i) Ovlivňuje rehabilitace výsledky kvality života SQUALA?
- j) Ovlivňuje subjektivní vyjádření nálady (3 bodová škála) výsledky kvality života SQUALA?

### 3. METODIKA

#### 3.1 Výzkumný soubor

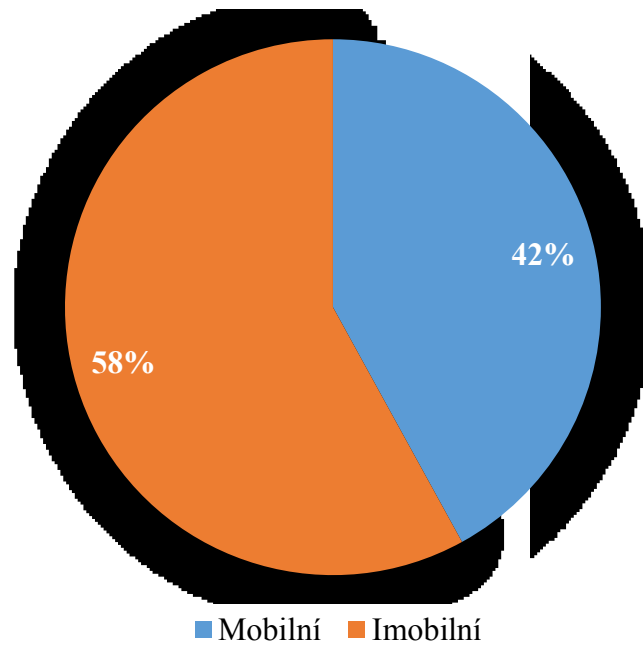
Náš výzkumný soubor je tvořen 50 seniory, kteří žijí v domově seniorů POHODA ve Chválkovicích. Sběr probíhal v listopadu roku 2017. 23 seniorů, kteří byli k dispozici z mé bakalářské práce, byli znovu změřeni po 3,5 letech, abychom splnili cíl diplomové práce. Zbýlých 27 seniorů bylo vybráno náhodně. Zde je zastoupení souboru v procentech (n=50):

##### a) Pohlaví – muž/ žena.



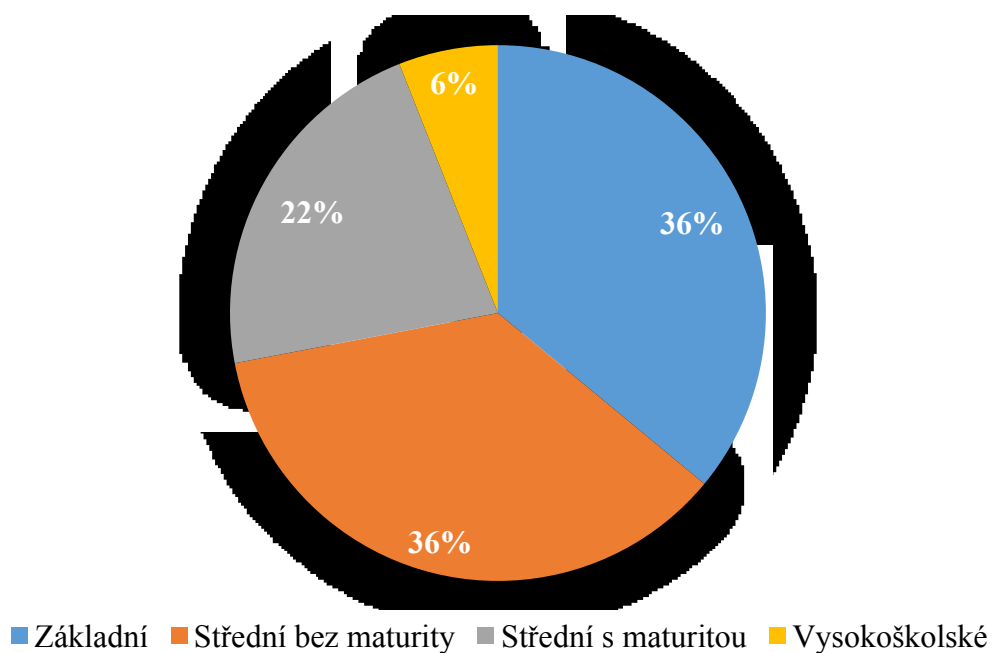
Obrázek 1. Rozdělení souboru z hlediska pohlaví

b) **Mobilita – za imobilního jedince, jsou považovány všechny osoby, které potřebují pomoc od personálu, při jakékoliv situaci.**



Obrázek 3. Rozdělení souboru z hlediska mobility

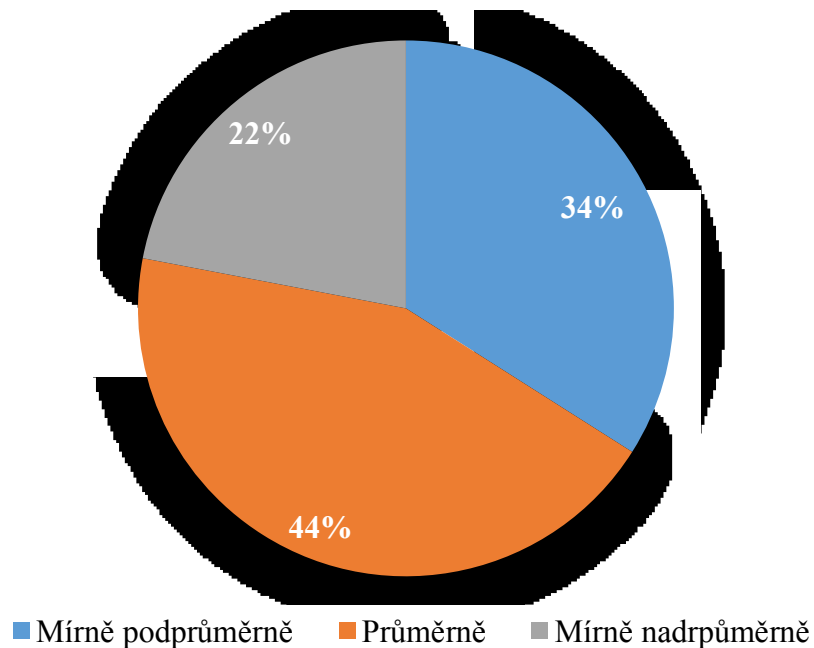
c) **Vzdělání – základní, střední bez maturity, střední s maturitou a vysokoškolské vzdělání.**



Obrázek 4. Rozdělení souboru z hlediska vzdělání

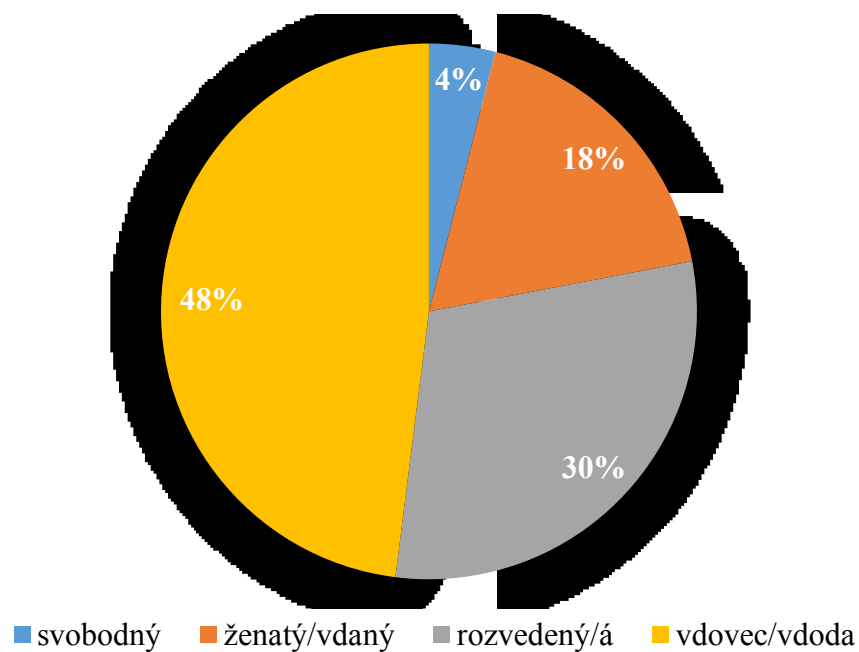


d) **Finanční situace – subjektivní vyjádření finanční situace v porovnání s ostatními lidmi ze svého okolí (výrazně podprůměrně, mírně podprůměrně, průměrně, mírně nadprůměrně, výrazně nadprůměrně).**



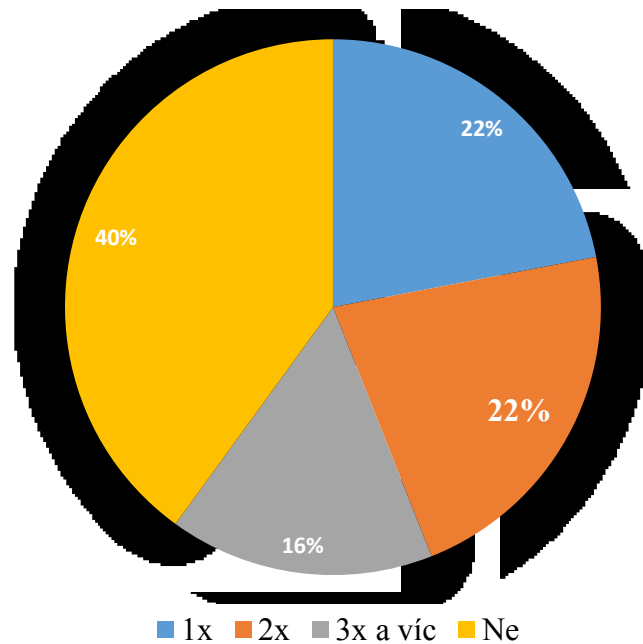
Obrázek 5. Rozdělení souboru z hlediska finanční situace

e) **Rodinný stav – svobodný, ženatý/vdaná, rozvedený, vdovec/vdova**



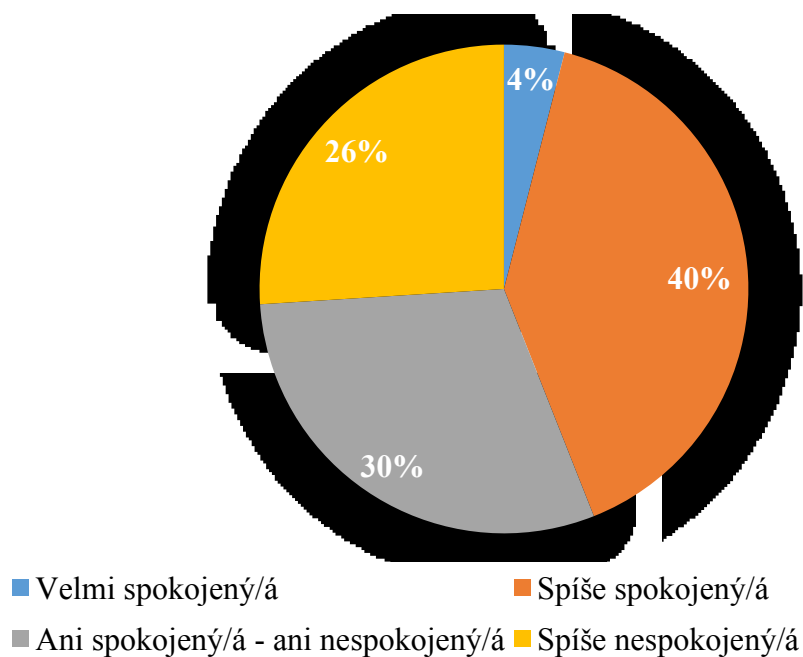
Obrázek 6. Rozdělení souboru z hlediska rodinného stavu

f) **Frekvence cvičení – vyjádřeno frekvencí cvičení v týdnu (1x týdně, 2x týdně, 3x týdně, necvičí).**



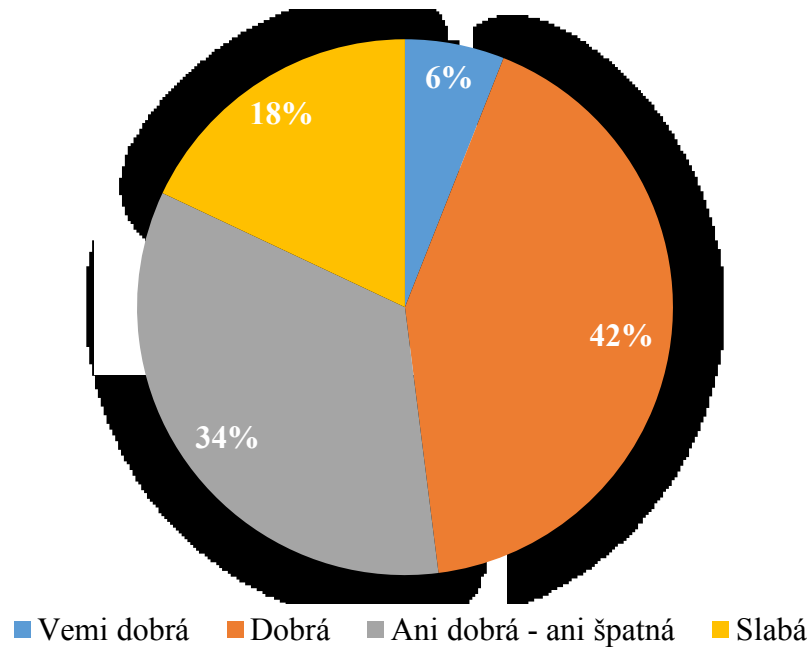
Obrázek 7. Rozdělení souboru z hlediska frekvence cvičení

g) **Zdravotní stav – subjektivní vyjádření zdravotního stavu (velmi spokojený, spíše spokojený, ani spokojený/ ani nespokojený, spíše nespokojený, úplně nespokojený).**



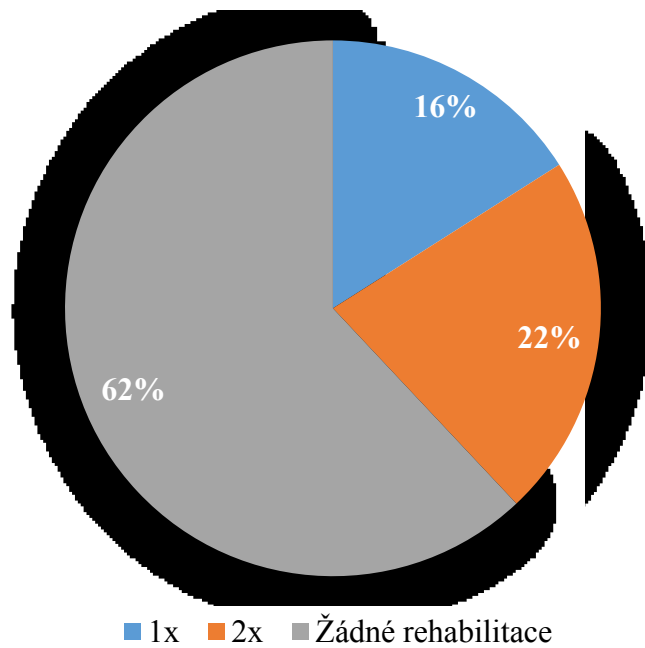
Obrázek 8. Rozdělení souboru z hlediska subjektivního vnímání zdravotního stavu

**h) Kvalita života – subjektivní vyjádření kvality života (velmi dobrá, dobrá, ani dobrá/ ani špatná, slabá, velmi slabá).**



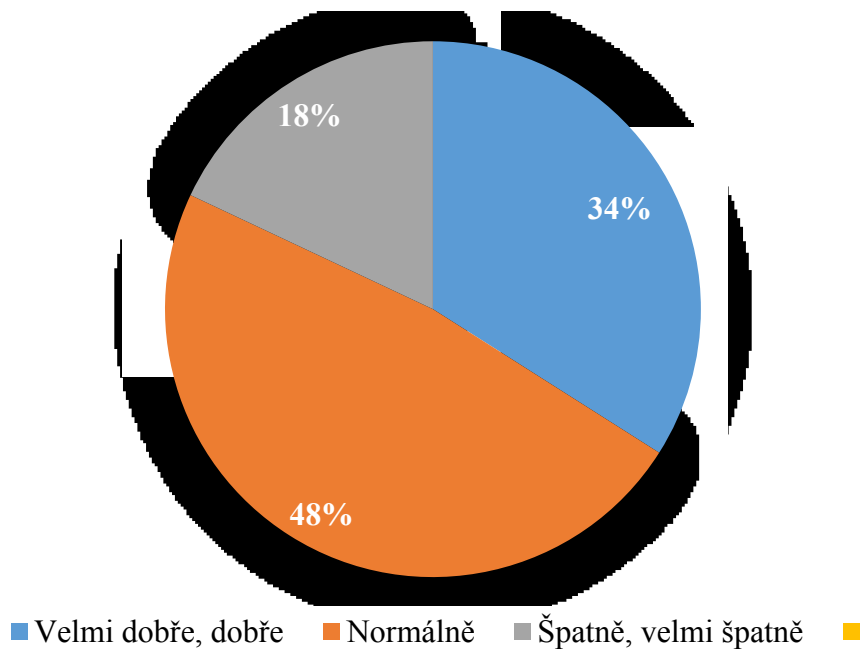
Obrázek 9. Rozdělení souboru z hlediska subjektivního vnímání kvality života

**i) Rehabilitace – vyjádřeno počtem rehabilitací za týden (1x týdně, 2x týdně, 3x týdně, necvičí).**



Obrázek 10. Rozdělení souboru z hlediska počtu rehabilitací za týden

j) **Nálada – subjektivní vyjádření nálady (velmi dobře, dobře, normálně, špatně velmi špatně).**



Obrázek 11. Rozdělení souboru z hlediska nálady

Tabulka 1

*Zastoupení souboru v četnosti a procentech (n=5)*

<b>Pohlaví</b>	Muži	12	24%
	Ženy	38	76%
<b>Mobilita</b>	Mobilní	21	42%
	Imobilní	29	58%
<b>Vzdělání</b>	Základní	18	36%
	Střední bez mat.	18	36%
	Střední s maturitou	11	22%
	Vysokoškolské	3	6%
<b>Finanční situace</b>	Mírně podprůměrná	17	34%
	Průměrná	22	44%
	Mírně nadprůměrně	11	22%
<b>Rodinný stav</b>	Svobodný	2	4%
	Ženatý/vdaný	9	18%
	Rozvedený	15	30%
	Ovdovělý	24	48%
<b>Zdravotní stav</b>	Velmi spokojený	2	4%
	Spíše spokojený	20	40%
	Ani spokojený/ ani nespokojený	15	30%
	Spíše nespokojený	13	26%
<b>Kvalita života</b>	Velmi dobrá	3	6%
	Dobrá	21	42%
	Ani dobrá/ ani špatná	17	34%
	Slabá	9	18%
<b>Frekvence rehabilitace</b>	1x	8	16%
	2x	11	22%
	Ne	31	62%
<b>Nálada</b>	Velmi dobře, dobře	17	34%
	Normálně	24	48%
	Špatně, velmi špatně	9	18%

### 3.2 Průběh a organizace výzkumu

Sběr dat probíhal v domově seniorů POHODA ve Chválkovicích. Diplomová práce je součástí výzkumného šetření, které bylo schválené etickou komisí na Fakultě tělesné kultury v Olomouci. Poté jsem šel za sociálním pracovníkem domova seniorů POHODA, kde jsem zažádal o umožnění provedení výzkumného šetření (viz příloha 1). Poté jsem každého seniora seznámil s výzkumem, senior, který se chtěl zapojit do

výzkumného šetření, musel podepsat informovaný souhlas (viz příloha 2). S každým seniorem jsem osobně vyplňoval dva dotazníky, nejprve osobnostní dotazník, dle kterého můžeme kvalitu života seniorů porovnávat (viz příloha 3). Druhým dotazníkem byl standardizovaný dotazník subjektivní kvality života SQUALA (viz příloha 4). Sběr dat jsem dělal s každým seniorem individuálně, abych zamezil nebo alespoň co nejvíce zredukoval počet chyb, ke kterým by mohlo docházet, kdyby to senioři vyplňovali sami.

### **3.3 Použité metody**

Výzkum má za cíl změřit subjektivní kvalitu života seniorů. Použil jsem metodu dotazníkového šetření. Dotazník SQUALA (Subjective Quality of life analysis, dotazník hodnocení subjektivní kvality života), byl vytvořen roku 1992 ve Francii. Do češtiny ji přeložila a standardizovala Dragomirecká (2006), její verzi jsem pro svoji bakalářskou práci použil. Dotazník SQUALA jsme doplnili dotazníkem vlastní konstrukce ke zjištění osobních proměnných, dle kterých jsme porovnávali kvalitu života z různých hledisek (pohlaví, věk, mobilita, vzdělání, finanční situace, rodinný stav, frekvence cvičení, zdravotní stav, kvalita života, frekvence rehabilitace a nálada) (Příloha č. 3).

### **3.4 Administrace a vyhodnocení dotazníku SQUALA**

Původní dotazník se skládá z 23 položek, v české verzi se dotazník skládá z 21 položek (jsou vynechané položky zajímat se o politiku a mít víru). Respondent nejprve hodnotí důležitost jednotlivých oblastí. Na výběr má 5 bodovou škálu (nezbytné, velmi důležité, středně důležité, málo důležité a bezvýznamné). Po vyhodnocení důležitosti se výzkum přesouvá do oblasti hodnocení spokojenosti stejných oblastí, opět na 5 bodové škále (Zcela spokojen, velmi spokojen, spíše spokojen, nespokojen, velmi zklamán) (Dragomirecká, 2006).

Skórování dotazníku SQUALA

1. Profil parciálních skóre – je součin důležitosti a skóre spokojenosti, kdy je bodově ohodnocena důležitost od „bezvýznamné“ = 0, po „nezbytné“ = 4. Celkové skóre se pohybuje od 0 do 20, pokud je oblast kvality života hodnocena jako bezvýznamná, pak se tedy vůbec bodově nepočítá
2. Celkové skóre – je součinem všech parciálních
3. Hrubé skóre dimenzí SQUALA – průměrné hrubé skóre jednotlivých dimenzí, představují standardizované průměrné hodnoty položek příslušných každé doméně (viz příloha 7). Dimenze se skládají z jednotlivých parciálních skóru. Dimenze jsou:

- a) abstraktní hodnoty,
- b) zdraví,
- c) blízké vztahy,
- d) volný čas,
- e) základní potřeby (Dragomirecká, 2006).

### 3.5 Statistické zpracování dat

Data byla tříděna, porovnávana, statisticky zpracována a vkládána do grafů v programu Statistica a MS Excel.

Výsledky dotazníku SQUALA jsou popsány pomocí:

- a) průměrné hodnoty, což je aritmetický průměr pozorované oblasti,
- b) minima, což je nejnižší hodnota, která byla dosažena,
- c) maxima, což je nejvyšší hodnota, která byla dosažena,
- d) směrodatné odchylky (Std. Dev.), což je hodnota, která vyjadřuje, o kolik se pozorované oblasti vychylují od průměrné hodnoty.

Skórování dotazníku SQUALA je popsáno v kapitole 3.4. Výstupem dotazníku SQUALA jsou hrubé skóre jednotlivých dimenzí a celkové skóre. Ve výsledcích jsou nejprve uvedeny hodnoty celého souboru probandů (50) pomocí celkového skóre a hrubého skóre jednotlivých dimenzí SQUALA.

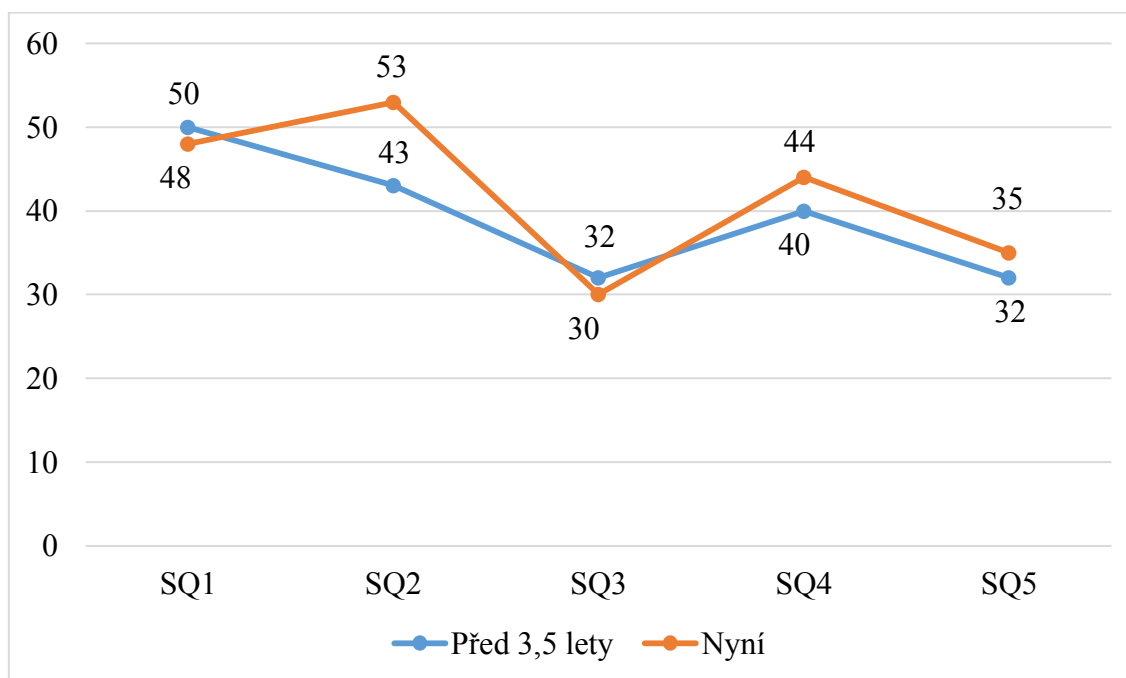
K porovnání statisticky významných rozdílů na hladině významnosti  $p \leq 0,05$  u základních parametrů (u kterých jsme se domnívali, že budou mít vliv na kvalitu života) využíváme Mann-Whitneův U testu a Kruskal-Wallis ANOVA testu (Dragomirecká, 2006).

## 4. VÝSLEDKY

### 4.1 Longitudinální výzkum

Longitudinální výzkum provedený po 3,5 letech. V bakalářské práci jsme změřili 50 seniorů, ze kterých je k dispozici 23 seniorů. Těchto 23 seniorů jsme změřili znovu

a porovnali s výsledky z bakalářské práce.



Obrázek 12. Průměrné hodnoty hrubých skóre dimenzí SQUALA (SQ1 – SQ5)

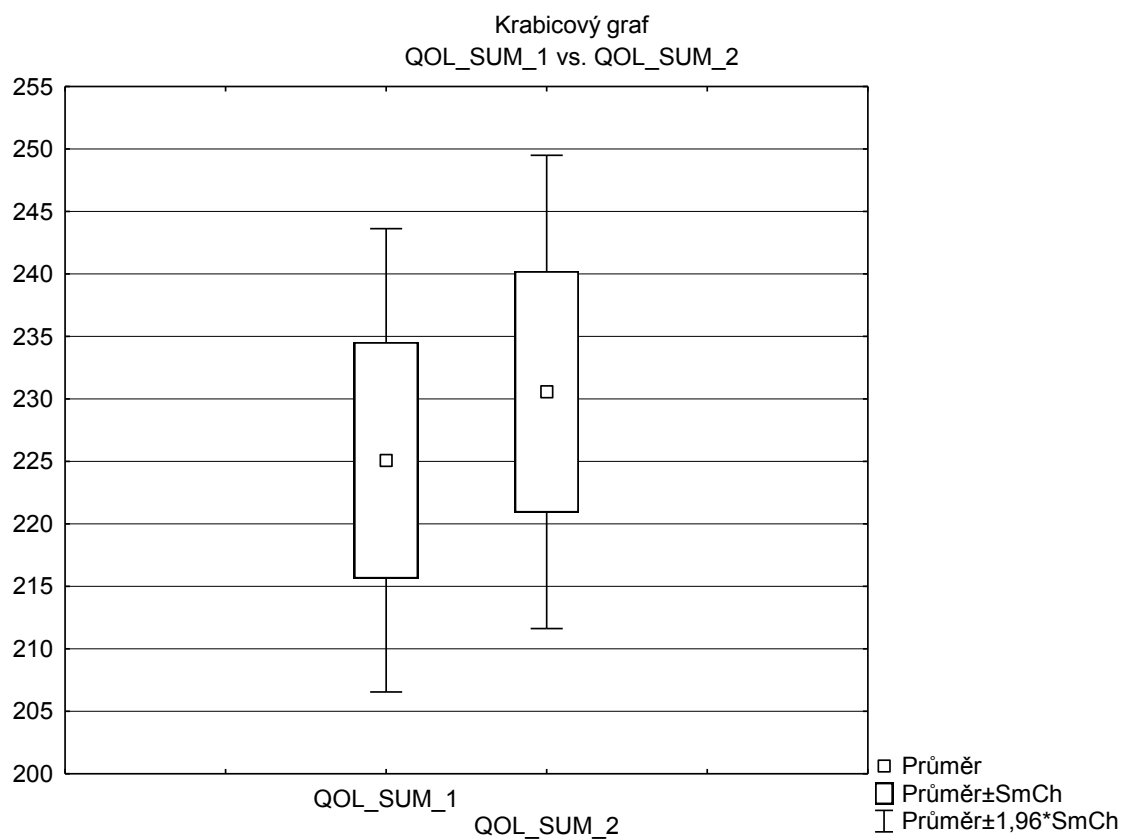
Dle Kruskal-Wallis ANOVA testu je statistická významnost ( $p < 0,05$ ) v dimenzi SQUALA 2 - zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama). Dimenze SQ2 je statisticky významně vyšší nyní, než před 3,5 lety. (viz tabulka 2). V ostatních dimenzích se kvalita života téměř nezměnila.

Tabulka 2

*Kruskall-Wallis ANOVA test v dimenzi SQUALA 2 (SQ2\_1 – výsledky před 3,5 lety, SQ2\_2 – výsledky nyní)*

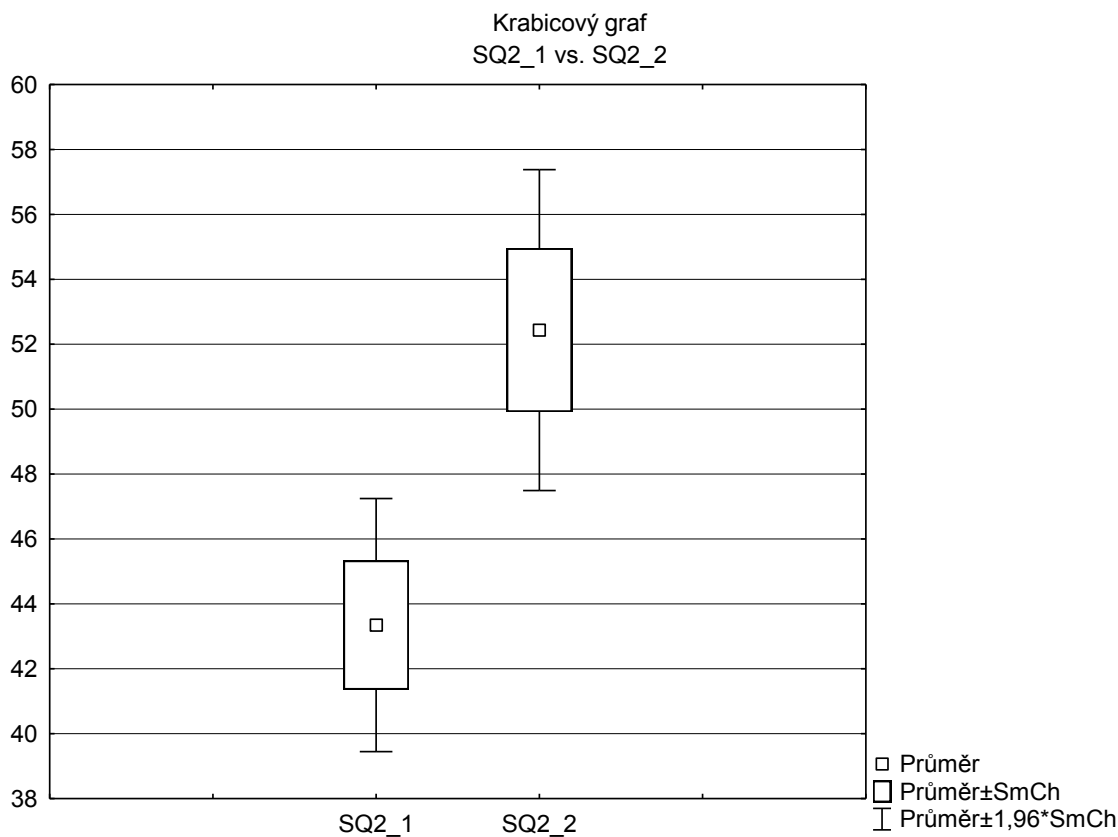
Proměnná	t-test pro závislé vzorky (RH SQUALA) Označ. rozdíly jsou významné na hlad. $p < ,05000$							
	Průměr	Sm.odch	N	Rozdíl	Sm.odch. rozdílů	t	sv	p
SQ2_1	43,34783	9,5375						
SQ2_2	52,43478	12,0937	23	-9,087	10,02231	-4,3483	22	<b>0,000258</b>





Obrázek 13. Porovnání kvality života (QOL\_Sum\_1= 23 seniorů z bakalářské práce, QOL\_Sum\_2= 23 seniorů změřených po 3,5 letech)

Na obrázku číslo 13 je znázorněn součet hrubých skóre jednotlivých dimenzí hodnocení kvality života seniorů. Z grafu je patrné, že kvalita života se po 3,5 letech téměř nezměnila. Statistická významnost dle Kruskal-Wallis ANOVA testu ( $p < 0,05$ ) nebyla nalezena.

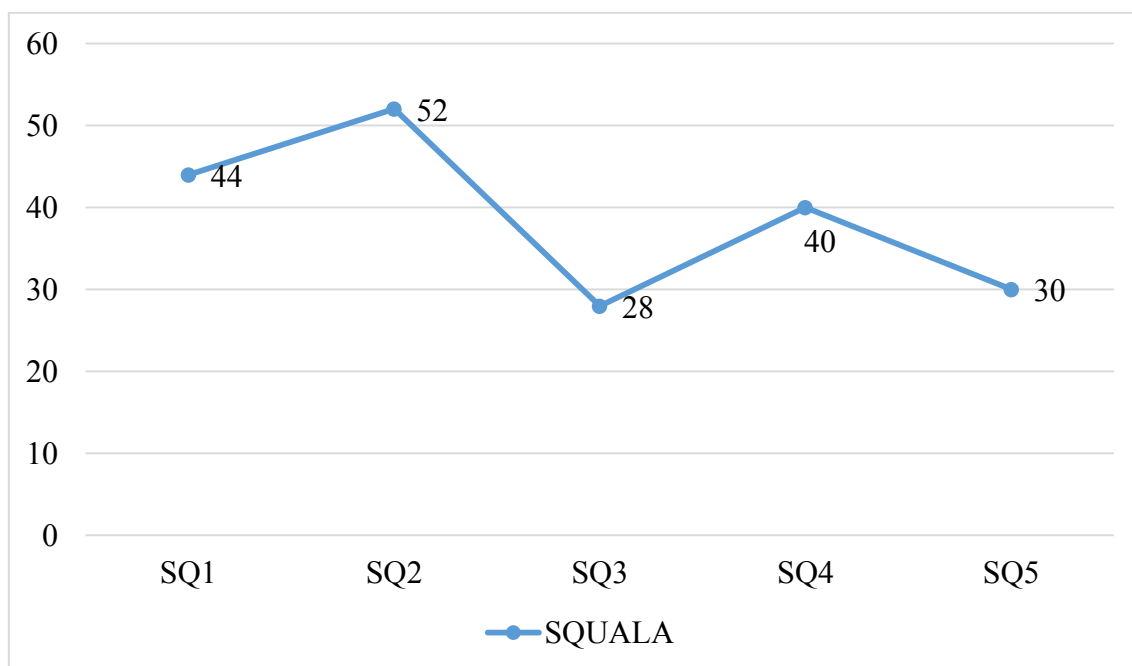


Obrázek 14. Porovnání kvality života (SQ2\_1= 23 seniorů z bakalářské práce, SQ2\_2= 23 seniorů změřených po 3,5 letech)

Na obrázku číslo 14 je znázorněno hodnocení v dimenzi zdraví, do kterých patří zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama. Dle Kruskall-Wallis ANOVA testu je statická významnost ( $p < 0,05$ ) v této dimenzi.

V dimenzích SQUALA 1 - abstraktní hodnoty (pocit bezpečnosti, spravedlnost, svoboda, krása, umění a pravda), SQUALA 3 - blízké vztahy (rodinné vztahy, láska, sexuální život), SQUALA 4 - volný čas (spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek, koníčky) a SQUALA 5 - základní potřeby (prostředí, bydlení, peníze a jídlo) nebyla nalezena statistická významnost dle Kruskall-Wallis ANOVA testu. Výsledky v těchto dimenzích viz příloha č. 5.

## 4.2 Subjektivní kvalita života u celého souboru respondentů dle SQUALA

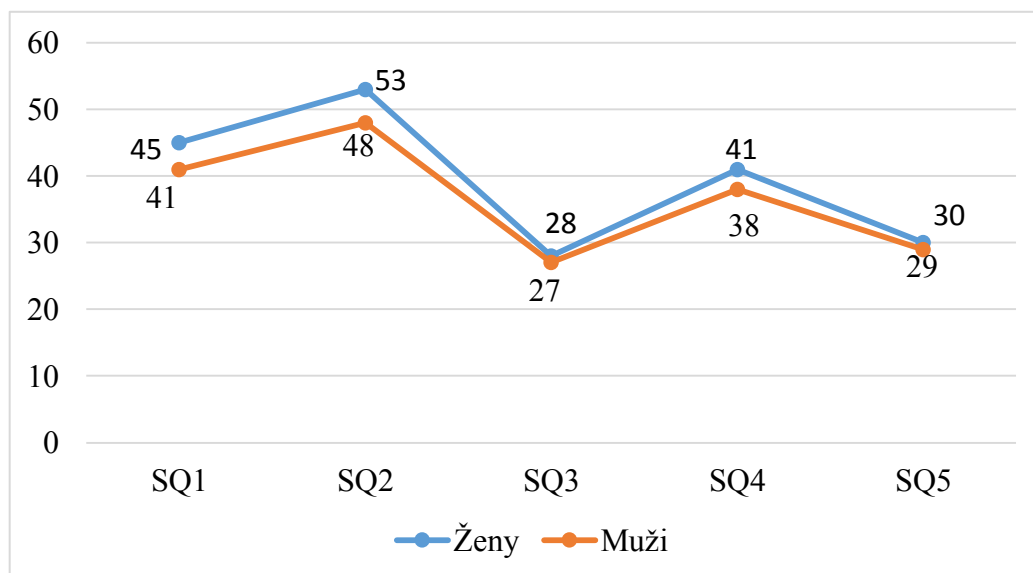


Obrázek 15. Průměrné hodnoty hrubých skóřů dimenzí SQUALA (SQ1 – SQ5)

Na obrázku číslo 15 je graf, který znázorňuje subjektivní kvalitu života, vyjádřenou průměrnými hodnotami hrubých skóřů dimenzí u celého souboru respondentů. Senioři nejvýše hodnotí dimenzi SQUALA 2 – zdraví, do které patří zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama. Naopak nejniže senioři hodnotí dimenzi SQUALA 3 - blízké vztahy, do které patří rodinné vztahy, láska, sexuální život.

### 4.3 Základní charakteristiky vybraných proměnných a jejich vliv na výsledné hodnocení kvality života

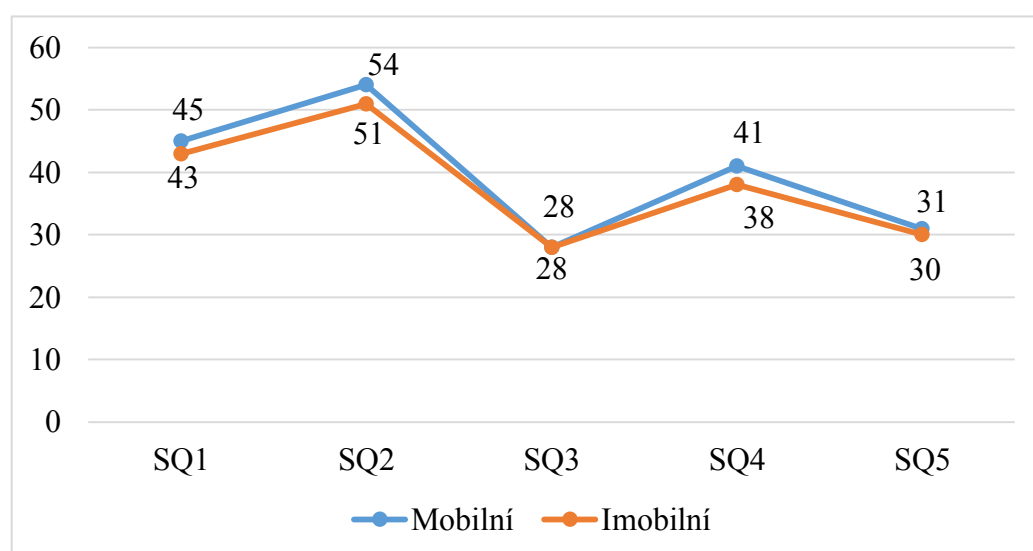
#### a) Ovlivňuje pohlaví výsledky kvality života SQUALA?



Obrázek 16. Hodnocení kvality života dle pohlaví v dimenzích SQUALA

Statistická významnost dle Kruskal-Wallis ANOVA testu ( $p < 0,05$ ) nebyla nalezena v žádné dimenzi kvality života seniorů. Obě pohlaví hodnotí kvalitu života nejvýše v dimenzi SQUALA 2 - zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama).

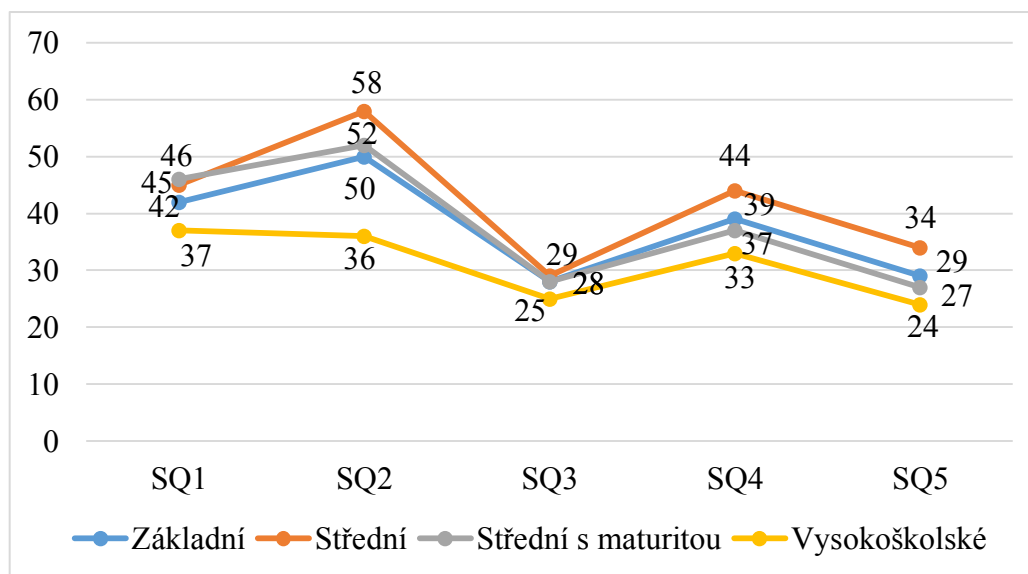
#### b) Ovlivňuje mobilita výsledky kvality života SQUALA?



Obrázek 17. Hodnocení kvality života dle mobility v dimenzích SQUALA

Statistická významnost dle Kruskal-Wallis ANOVA testu ( $p < 0,05$ ) nebyla nalezena v žádné dimenzi kvality života seniorů. Kvalita života mezi mobilními a imobilními seniory je ve všech dimenzích kvality života téměř totožná. Senioři nejvýše hodnotí kvalitu života v dimenzi SQUALA 2 - zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama). Naopak výrazně níže hodnotí dimenzi SQUALA 3 - blízké vztahy (rodinné vztahy, láska, sexuální život)

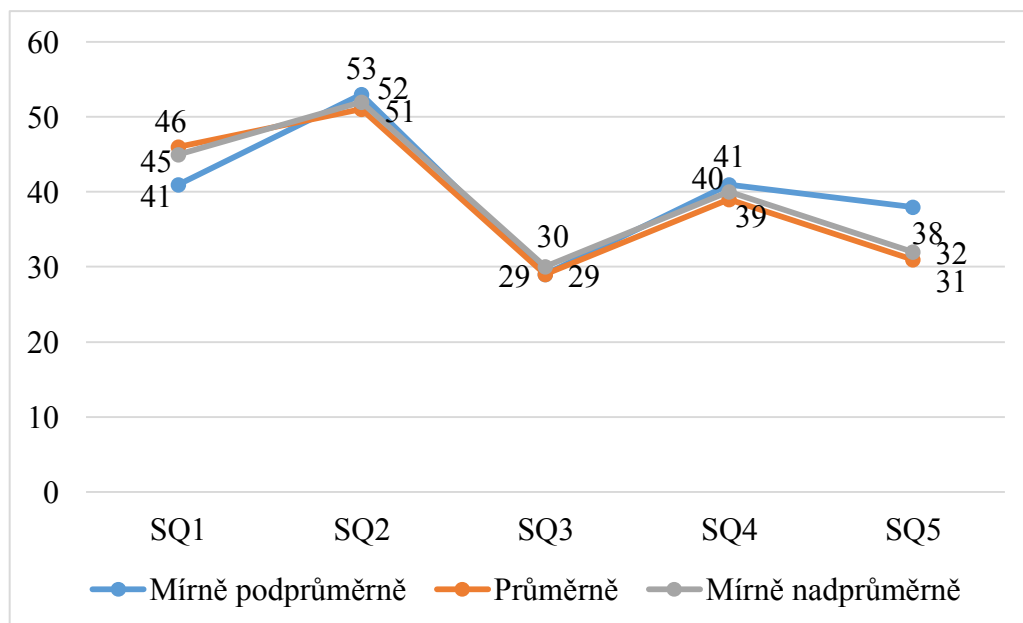
**c) Ovlivňuje vzdělání výsledky kvality života SQUALA?**



Obrázek 18. Hodnocení kvality života dle vzdělání v dimenzích SQUALA

Dle Kruskal-Wallis ANOVA testu je statistická významnost ( $p < 0,05$ ) v dimenzi SQUALA 2 - zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama). Dimenze SQ2 je statisticky významně vyšší u seniorů se středním vzděláním než u seniorů s vysokoškolským vzděláním. Z grafu je patrné, že nejvyšší kvalitu života mají senioři se středním vzděláním. Senioři s vysokoškolským vzděláním mají kvalitu života ve všech dimenzích nejnižší.

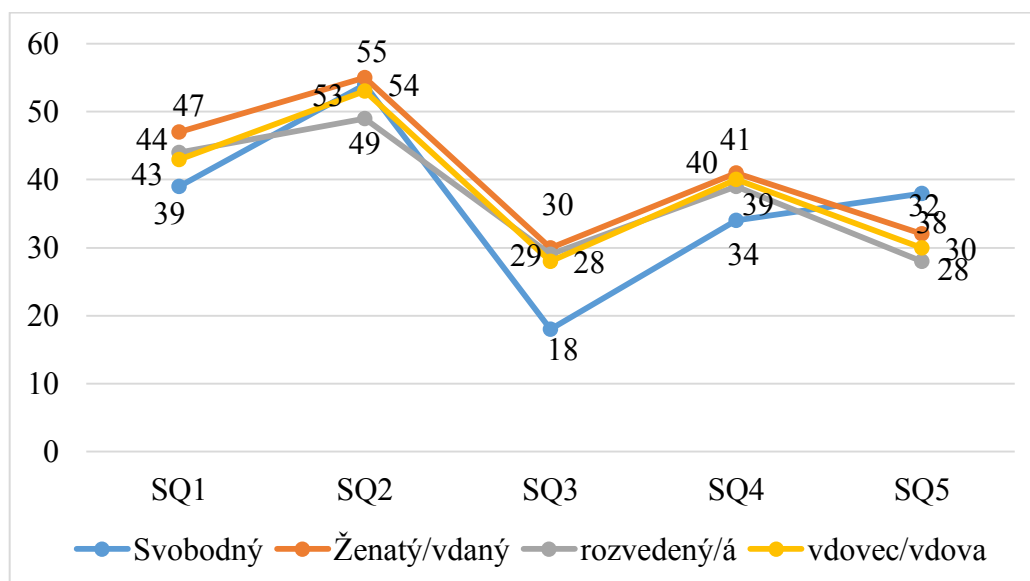
**d) Ovlivňuje subjektivní vyjádření o finanční situaci výsledky kvality života SQUALA?**



Obrázek 19. Hodnocení kvality života dle finanční situace v dimenzích SQUALA

Statistická významnost dle Kruskal-Wallis ANOVA testu ( $p < 0,05$ ) nebyla nalezena v žádné dimenzi kvality života seniorů. Vzhledem k finanční situaci je kvalita života ve všech dimenzích téměř totožná.

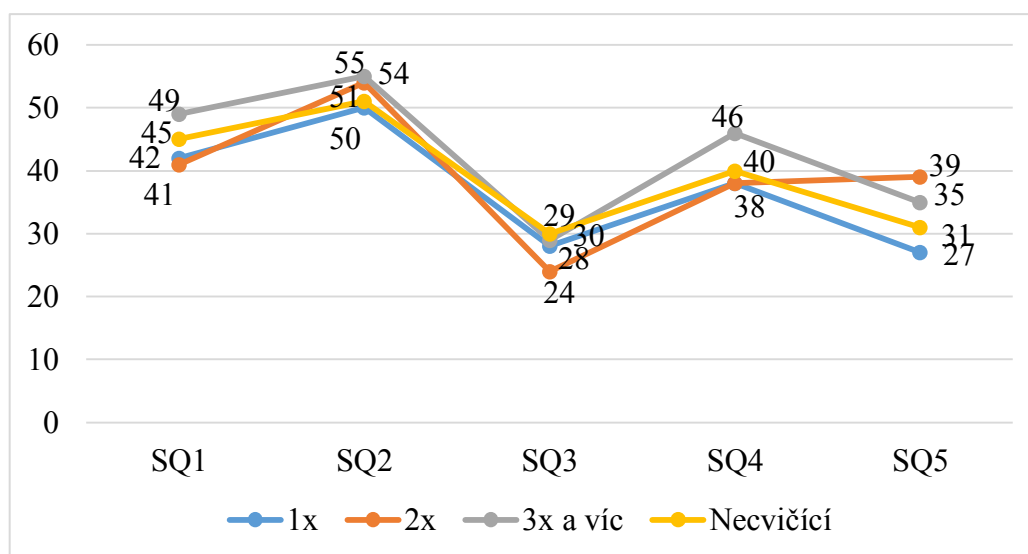
**e) Ovlivňuje rodinný stav kvalitu života SQUALA?**



Obrázek 20. Hodnocení kvality života dle rodinného stavu v dimenzích SQUALA

Statistická významnost dle Kruskal-Wallis ANOVA testu ( $p < 0,05$ ) nebyla nalezena v žádné dimenzi kvality života seniorů.

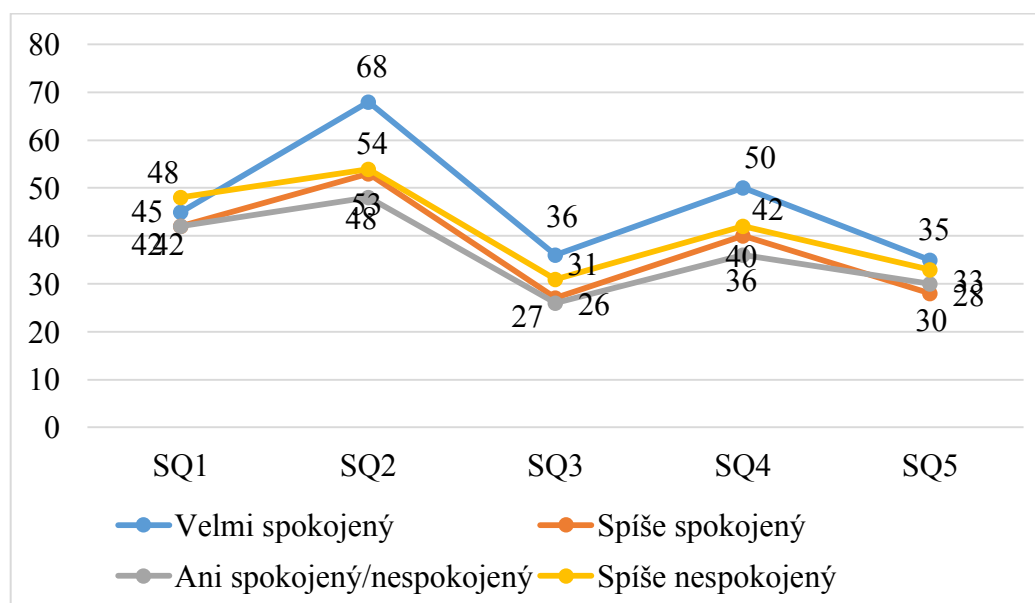
**f) Ovlivňuje frekvence cvičení výsledky kvality života SQUALA?**



Obrázek 21. Hodnocení kvality života dle frekvence cvičení v dimenzích SQUALA

Statistická významnost dle Kruskal-Wallis ANOVA testu ( $p < 0,05$ ) nebyla nalezena v žádné dimenzi kvality života seniorů.

**g) Ovlivňuje subjektivní vyjádření o vlastním zdravotní stav (5 bodová škála) výsledky kvality života SQUALA?**

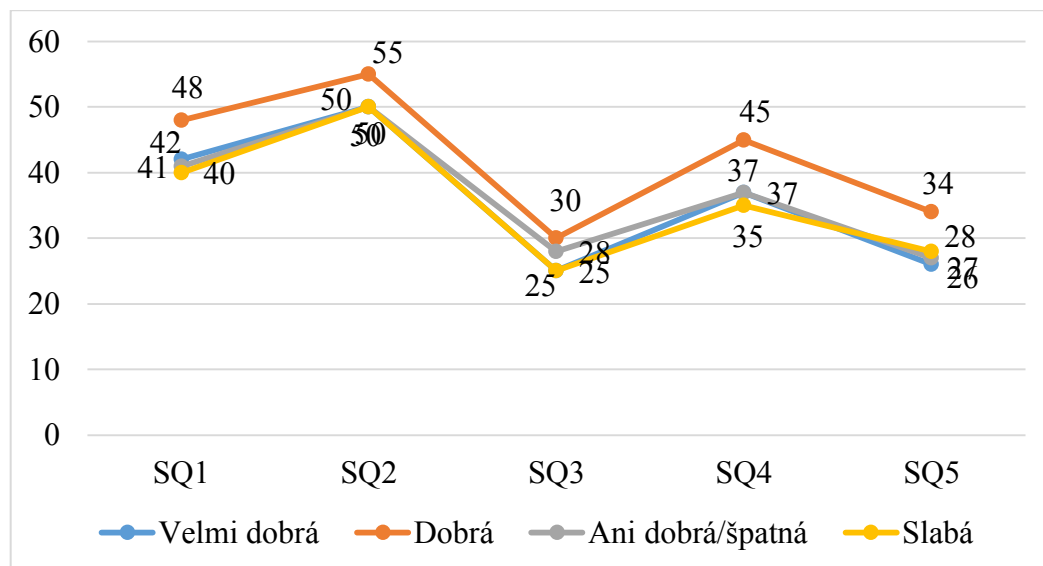


Obrázek 22. Hodnocení kvality života dle zdravotního stavu v dimenzích SQUALA

Statistická významnost dle Kruskal-Wallis ANOVA testu ( $p < 0,05$ ) nebyla nalezena v žádné dimenzi kvality života seniorů. Nejvyšší rozdíl je v dimenzi SQUALA

2 - zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama) mezi seniory, kteří jsou se svým zdravotním stavem velmi spokojení a ani spokojený/ nespokojený.

**h) Ovlivňuje subjektivní vyjádření o vlastní kvalitě života (5 bodová škála) výsledky kvality života SQUALA?**

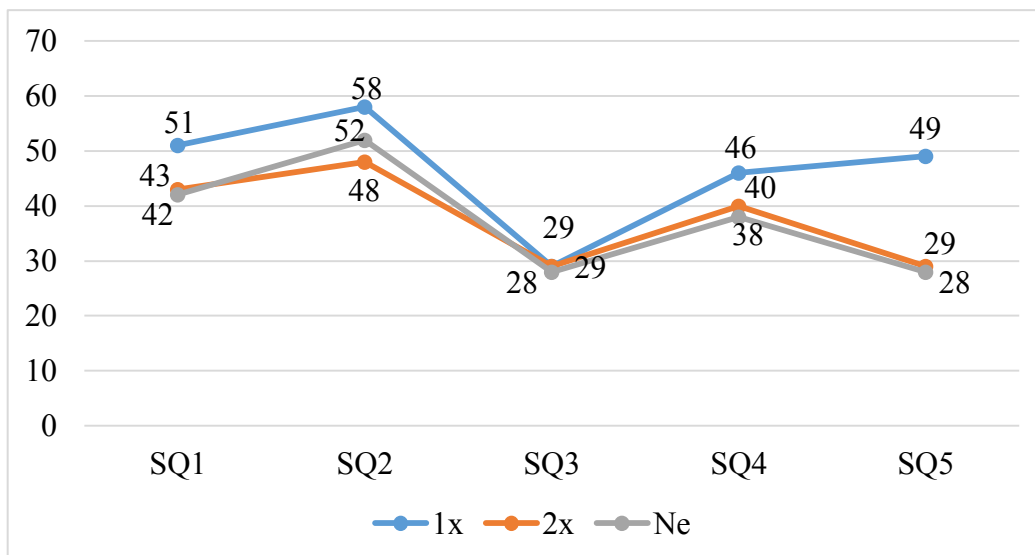


Obrázek 23. Hodnocení kvality života dle kvality života v dimenzích SQUALA

Dle Kruskal-Wallis ANOVA testu je statistická významnost v dimenzi SQUALA 4 - volný čas (spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek, koníčky). Dimenze SQ4 je statisticky významně vyšší u seniorů s dobrou kvalitou života než u seniorů se slabou kvalitou života. Druhá statistická významnost je v dimenzi SQUALA 5 - základní potřeby (prostředí, bydlení, peníze a jídlo). Dimenze SQ5 je statisticky významně vyšší u seniorů s dobrou kvalitou života než u seniorů s ani dobrou/ ani špatnou kvalitou života.

**i) Ovlivňuje rehabilitace výsledky subjektivní vyjádření o kvalitě života (5 bodová škála) SQUALA?**

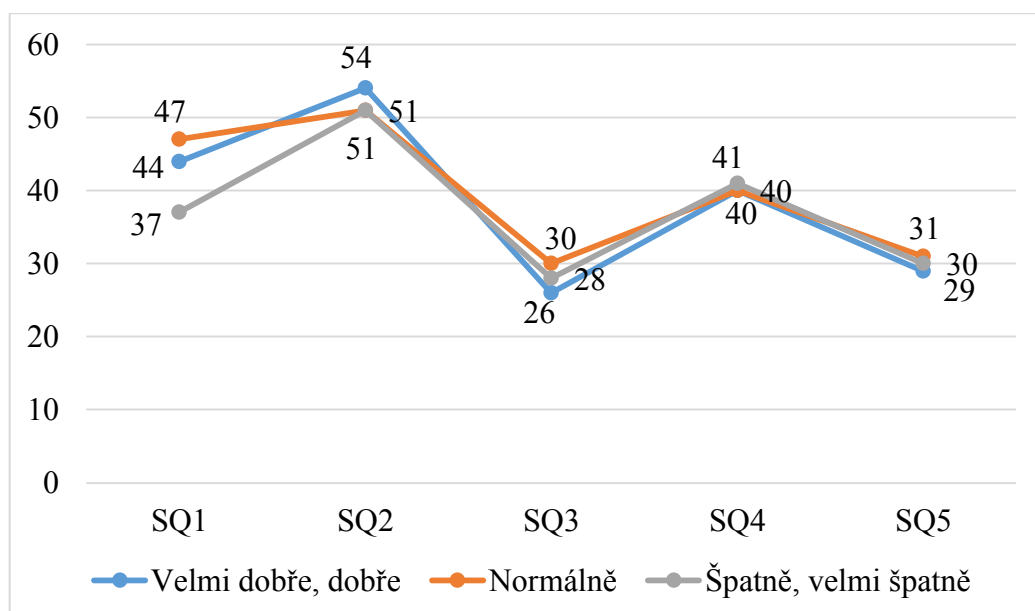




Obrázek 24. Hodnocení kvality života dle frekvence rehabilitace v dimenzích SQUALA

Dle Kruskal-Wallis ANOVA testu je statická významnost v dimenzi SQUALA 5 - základní potřeby (prostředí, bydlení, peníze a jídlo). Dimenze SQ5 je statisticky významně vyšší u seniorů, kteří rehabilitují 1x do týdne než u seniorů, kteří nerehabilitují. Ve stejné dimenzi je statistická významnost vyšší u seniorů, co rehabilitují 1x do týdne než u seniorů, kteří rehabilitují 2x do týdne.

**j) Ovlivňuje subjektivní vyjádření nálady (3 bodová škála) výsledky kvality života SQUALA?**



Obrázek 25. Hodnocení kvality života dle nálady v dimenzích SQUALA

Dle Kruskal-Wallis ANOVA testu je statická významnost v dimenzi SQUALA 1 - abstraktní hodnoty (pocit bezpečnosti, spravedlnost, svoboda, krása, umění a

pravda). Dimenze SQ1 je statisticky významně vyšší u seniorů, kteří mají normální náladu než u seniorů, kteří mají náladu špatnou. V ostatních dimenzích je kvalita života téměř totožná. Nejvýše senioři hodnotí dimenzi SQUALA 2 - zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama), naopak nejnižší kvalita života je v dimenzi SQUALA 3 - blízké vztahy (rodinné vztahy, láska, sexuální život). V dimenzi SQUALA 4 - volný čas (spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek, koníčky) a SQUALA 5 - základní potřeby (prostředí, bydlení, peníze a jídlo) je hodnota hrubých skóre téměř totožná.

## 5. DISKUZE

V porovnání s výsledky mé bakalářské práce (Herzig, 2014), provedené ve stejném sociálním zařízení s celkovým počtem 50 respondentů můžeme zmínit, že došlo ke zvýšení kvality života seniorů v dimenzích SQUALA 1 - abstraktní hodnoty (pocit bezpečnosti, spravedlnost, svoboda, krása, umění a pravda) z 36 na 44 a v dimenzi SQUALA 2 - zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama) z 37 na 52. Naopak kvalita života se snížila v dimenzích SQUALA 3 - blízké vztahy (rodinné vztahy, láska, sexuální život) ze 43 na 28 a v dimenzi SQUALA 5 - základní potřeby (prostředí, bydlení, peníze a jídlo) z 53 na 30. V dimenzi SQUALA 4 - volný čas (spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek, koníčky) se kvalita života dle hrubého skóru nezměnila.

V porovnání s reprezentativním souborem pro Českou republiku 49-59 let (Dragomirecká, 2006), můžeme uvést, že v celkovém souboru hrubých skóre v dimenzích SQUALA 1 - abstraktní hodnoty (pocit bezpečnosti, spravedlnost, svoboda, krása, umění a pravda), senioři dosahují spodní hranice intervalu normy 45 (hrubý skór v dimenzi SQ1 – 44), SQUALA 4 - volný čas (spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek, koníčky), senioři téměř dosahují spodní hranice intervalu normy 43 (hrubý skór v dimenzi SQ4 – 40) i v dimenzi SQUALA 5 - základní potřeby (prostředí, bydlení, peníze a jídlo), senioři dosahují spodní hranice intervalu normy 41 (hrubý skór SQ5 je 42). Naopak v dimenzích SQUALA 2 - zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama), senioři mají mírně sníženou kvalitu života dle intervalu normy 53 (hrubý skór v dimenzi SQ 2 – 52), i v dimenzi SQUALA 3 - blízké vztahy (rodinné vztahy, láska, sexuální život), senioři mají sníženou kvalitu života dle intervalu normy 43 (hrubý skór SQ3 – 28).

Studie Adeniyi & Olayinka (2017) zkoumala, jestli je mobilita hlavním determinantem kvality života starších osob. Data byla shromážděna z 27 různých míst po celé Nigérii, celkem bylo vybráno 795 dotazníků kvality života. Výsledky ukázali, že respondenti, kteří mají problémy s mobilitou, nemají nižší kvalitu života, než senioři, kteří jsou plně mobilní. To potvrzují i naše výsledky diplomové práce, v našem souboru nebyla nalezena statistická významnost z hlediska mobility.

Ve výsledcích diplomové práce nebyla nalezena statistická významnost u pohlaví. V porovnání s výzkumem, který prováděla Prachařová (2013) u seniorů v Šumperském kraji, jejíž soubor činil 88 respondentů (14 mužů, 74 žen). Využila

standardizovaného dotazníku SQUALA. Ve výzkumu byla statistická významnost dle Kruskal-Wallis ANOVA testu ( $p < 0,05$ ) u pohlaví v dimenzi SQUALA 2 - zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama) a SQUALA 4 - volný čas (spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek, koníčky). Také Hrabovská (2006), došla k výsledkům, že ženy mají vyšší kvalitu života než muži.

Ovlivňuje vzdělání subjektivní kvalitu života? Senioři s nižším vzděláním mají vyšší úroveň deprese, úzkosti, ale také nižší úroveň radosti, naděje a energie. Lidé s vyšším vzděláním často nejsou spokojeni s prací. Velkou roli na hodnocení subjektivní kvality života má očekávání, takže lidé s nižším vzděláním jsou v nevýhodě (Ross & Van Willigen, 1997).

Dle výzkumu Nemcek (2011), která zkoumala rozdíly vybraných indikátorů kvality života mezi muži (35) a ženy (67) pomocí dotazníku SQUALA, dospěla k výsledkům, že obě pohlaví hodnotí zdraví, jako nejdůležitější indikátor kvality života, na druhé straně sexuální život a politika jsou nejméně důležité indikátory kvality života. Statistická významnost byla zaznamenána v doméně sociálních vztahů. V životě ženy jsou vlastní děti, rodina a přátelé více důležitější, než v životě muže. I doména fyzického zdraví má v životě starších žen významnější místo. Z výzkumu také vyplívá, že pohybová aktivita v životě seniorů nemá velký význam.

Sithara Balan (2015) prováděl výzkum kvality života seniorů v Indii. Ke změření kvality života využil dotazník vlastní konstrukce. Studie se zúčastnilo 800 osob žijících v Indii. Byla stanovena pouze jedna podmínka - osoby musely být starší 60 let. Respondenti byli rozřazeni do tří skupin na základě výsledků kvality života. Pouze 5 seniorů získalo skóre nižší než 160 z celkového počtu 400, tito senioři byli seskupeni do skupiny nízká kvalita života. 534 seniorů, kteří získali skóre mezi 160-320, byli seskupeni do skupiny průměrná kvalita života. Zbytek, 261 seniorů bylo zařazeno do skupiny vysoká kvalita života seniorů, protože dosáhli skóre vyšší než 320 ze 400. Zajímavým faktem je, že 3. skupinu tvořilo pouze 85 žen, čili skupina čítala dvojnásobek mužů. Vyšší kvalita života mužů, může být dána lepšími socioekonomickými podmínkami. Starších ženy také mají více psychických problémů, což je zřejmě jedním z hlavních důvodů nižší kvality života seniorů z hlediska pohlaví.

Ve výsledcích diplomové práce nebyla nalezena statistická významnost mezi seniory rozdělenými dle frekvence pohybové aktivity. Ve srovnání s výzkumem

Pavlova a Vynogradskyio (2015), který zkoumal kvalitu života a její vztah k pohybové aktivitě v ukrajinské společnosti, pomocí dotazníku MOS SF-36, došel k výsledkům, že osoby s vyšší mírou pohybové aktivity mají vyšší kvalitu života než osoby, které mají nízkou pohybovou aktivitu. Ke stejnému výsledku došla také Prachařová (2013), která našla statistickou významnost u frekvence pohybové aktivity v dimenzích SQUALA 2 - zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama) a SQUALA 3 - blízké vztahy (rodinné vztahy, láska, sexuální život), SQUALA 4 - volný čas (spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek, koníčky) a SQUALA 5 - základní potřeby (prostředí, bydlení, peníze a jídlo).

Pohybová aktivita je pozitivně spojena s kvalitou života starších lidí, k tomuto závěru došla ve výzkumu Esain, Rodriguez-Larrad, Bidaurrezaga & Gil (2017). Použili dotazník SF-36 HRQOL. Účastníci jejich výzkumu, kteří navštěvovali skupinová cvičení po dobu 12 let, vykazovali ve většině položek kvality života větší hodnoty než obyvatelé, kteří pravidelně nemají pohybovou aktivitu. Výzkum se také zaměřoval na to, po jak dlouhé době dojde ke zhoršení kvality života po ukončení pravidelné pohybové aktivity. Ukázalo se, že velká většina cvičenců zaznamenala výrazný pokles kvality života po 3 měsících od ukončení cvičení. Senioři, kteří utrpěli zranění v důsledku pádu, například zlomenina zápěstí, kyčle dosahují v dimenzi zdraví, výrazné snížení kvality života. Důvodem snížení kvality života v této dimenzi může být omezení fyzické aktivity i ztráta nezávislosti, což může mít velký dopad na kvalitu života seniorů.

Také Gomez-Piriz et al. (2015), zkoumali rozdíly v kvalitě života seniorů, kteří mají pravidelnou pohybovou aktivitu se seniory, kteří pravidelnou pohybovou aktivitu nemají, pomocí dotazníku Short Form-36 Health Survey. Stanovou hypotézu „Senioři, kteří mají pravidelnou pohybovou aktivitu, mají vyšší kvalitu života, než senioři, kteří pravidelnou pohybovou aktivitu nemají“ potvrdili.

Cheraghi, et al. (2017), pomocí dotazníku Leiden - Padua se zaměřili na iránskou populaci žijící mimo rodinnou péči, zjistili, že nejnižší kvalita života je v oblasti blízkých vztahů, které zahrnují sexuální život, láska, rodinné vztahy. Stárnutí nepříznivě ovlivňuje sexuální funkce, snižuje hladinu hormonů, sexuální aktivitu i zájem, tyto důvody se nepochybně projeví ve výsledcích výzkumu. Rodinné vztahy mohou být ovlivněné umístěním seniora do zařízení specializující se na péči o seniory, spoustu dotazovaných seniorů uvedlo, že ho rodinní příslušníci nenavštěvují, což může být

hlavním důvodem hodnocení této položky. Ze studie je také patrné, že senioři starších 85 let jsou často rozvedení nebo ovdovělí, což se určitě také přeneslo do hodnocení spokojenosti v položce láska. Hodnoty hrubých skóre ostatních dimenzí dosahovali lehce podprůměrných výsledků. Studie ukázala, že celková kvalita života seniorů iránské společnosti je poměrně nízká.

## 6. ZÁVĚRY

Diplomová práce měla dva hlavní cíle, prvním cílem byla longitudinální studie provedená po 3,5 letech a druhým cílem bylo zjistit subjektivní kvalitu života seniorů, kteří jsou umístění v domově seniorů POHODA ve Chválkovicích. Ke splnění cílů jsme použili standardizovaný dotazník SQUALA. Pro splnění druhého cíle jsme stanovili dvě výzkumné otázky, jaká je úroveň kvality života seniorů a jaké základní proměnné ovlivňují kvalitu života seniorů.

Longitudinální výzkum jsme provedli s 23 seniory po 3,5 letech, kteří jsou stále umístění v domově seniorů POHODA. Celková kvalita života seniorů se pohybuje na stejné úrovni. V dimenzi SQUALA 1 - abstraktní hodnoty (pocit bezpečnosti, spravedlnost, svoboda, krása, umění a pravda) a SQUALA 3 - blízké vztahy (rodinné vztahy, láska, sexuální život) došlo k mírnému snížení hrubého skóru kvality života. Naopak v dimenzích SQUALA 2 - zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama), SQUALA 4 - volný čas (spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek, koníčky) a SQUALA 5 - základní potřeby (prostředí, bydlení, peníze a jídlo) jsme zaznamenali nárůst. Ovšem pouze v dimenzi SQUALA 2 byla nalezena statistická významnost ( $p < 0,05$ ). Dimenze SQ2 je statisticky významně vyšší nyní, než před 3,5 lety.

Subjektivní kvalita života, vyjádřená průměrnými hodnotami hrubých skóru dimenzí v celém souboru je nejvyšší v dimenzi SQUALA 2 - zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama), nejnižší seniři hodnotí dimenzi SQUALA 3 - blízké vztahy (rodinné vztahy, láska, sexuální život).

Hodnocení kvality života z hlediska pohlaví nenacházíme statistickou významnost. Pouze v dimenzi SQUALA 1 - abstraktní hodnoty (pocit bezpečnosti, spravedlnost, svoboda, krása, umění a pravda) mají muži menší kvalitu života než ženy. Také v hodnocení kvality života z hlediska mobility, finanční situace, rodinného stavu, frekvence cvičení a zdravotního stavu nenacházíme statistickou významnost. Výsledky hrubých skóru v jednotlivých dimenzích jsou téměř totožné.

V hodnocení kvality života z hlediska vzdělání nacházíme statistickou významnost ( $p < 0,05$ ) v dimenzi SQUALA 2 - zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama) mezi seniory se středním (58) a vysokoškolským vzděláním (36). Hodnocení kvality života z hlediska subjektivního vyjádření kvality života nacházíme statistickou významnost ( $p < 0,05$ ) v dimenzi SQUALA 4 - volný čas

(spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek, koníčky) mezi seniory s dobrou (45) a slabou (35) kvalitou života a SQUALA 5 - základní potřeby (prostředí, bydlení, peníze a jídlo) mezi seniory s dobrou (34) a ani dobrou/špatnou (26). Hodnocení kvality života z hlediska frekvence rehabilitace nacházíme statistickou významnost ( $p < 0,05$ ) v dimenzi SQUALA 5 - základní potřeby (prostředí, bydlení, peníze a jídlo) mezi seniory, kteří rehabilitují 1x týdně (49), 2x týdně (29) a těmi, co nerehabilitují (28). Hodnocení kvality života z hlediska nálady nacházíme statistickou významnost ( $p < 0,05$ ) v dimenzi SQUALA 1 - abstraktní hodnoty (pocit bezpečnosti, spravedlnost, svoboda, krása, umění a pravda) mezi seniory s normální (47) a špatnou/ velmi špatnou (37) náladou.

Se seniory jsem dotazníky vyplňoval individuálně, tímto způsobem jsem minimalizoval možné chyby z nepochopení dotazníku SQUALA. Nevýhodou může být to, že vyplnění našich dvou dotazníků trvalo téměř 15 minut, během kterých senior mohl ztratit koncentraci, důsledkem toho mohlo dojít ke vzniku chyb.



## 7. SOUHRN

Cílem diplomové práce bylo provést longitudinální výzkum po 3,5 letech a zhodnotit kvalitu života seniorů, kteří pobývají v domově seniorů POHODA ve Chválkovicích.

V teoretické části vymezují základní pojmy, jako jsou stáří, stárnutí, pohybová aktivita a kvalita života. Dále se zabývám životem seniora, konkrétně periodizace stáří, druhy stáří, změny, ke kterým dochází v důsledku stáří, přípravou na stáří a hlavní potřeby seniorů. Další hlavní body v mé teoretické části jsou současný systém péče o seniory v ČR, pohybová aktivita a její význam v životě seniora a kvalita života.

Ke splnění cílů jsem použil standardizovaný dotazník SQUALA, doplněný jednostránkovým osobnostním dotazníkem, díky kterému jsem kvalitu života porovnával z různých hledisek (pohlaví, věk, mobilita, vzdělání, finanční situace, rodinný stav, frekvence cvičení, zdravotní stav, kvalita života, rehabilitace, nálada). Statistická významnost byla nalezena u vzdělání v dimenzi SQUALA 2, subjektivního vnímání kvality života v dimenzi SQUALA 4 a 5, frekvence rehabilitace v dimenzi SQUALA 5 a nálada v dimenzi SQUALA 1.

Longitudinální studie se zúčastnilo celkem 23 lidí, kteří byli znovu přeměřeni po 3,5 letech. Celková kvalita života seniorů se pohybuje na stejné úrovni. V dimenzích SQUALA 1 - abstraktní hodnoty (pocit bezpečnosti, spravedlnost, svoboda, krása, umění a pravda) a SQUALA 3 - blízké vztahy (rodinné vztahy, láska, sexuální život) došlo ke snížení kvality života. Naopak kvalita života se zvýšila v dimenzích SQUALA 2 - zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama), SQUALA 4 - volný čas (spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek, koníčky) a SQUALA 5 - základní potřeby (prostředí, bydlení, peníze a jídlo). Dimenze SQ2 je statisticky významně vyšší nyní, než před 3,5 lety.

## 8. SUMMARY

The thesis deals with the quality of life of elderly citizens who are placed in the home for elderly people Pohoda in Chválkovice.

The theoretical part of the thesis describes the basic terms such as old age, ageing, physical activity and quality of life. Apart from clarifying the above mentioned terms,

I was also concerned with the following topics: life of senior, the classification of old age, type of old age, changes which come about in the course of ageing. Another mainly topics are current care system for the elderly in the Czech Republic, physical activity and significance of physical activity in life of elderly and quality of life.

To accomplish this aims I used the certified questionnaire SQUALA with questionnaire. Due to we could compared result while perceiving the correlation between movability, gender, education, financial situation, marital status, frequency of physical activity, frequency of rehabilitation, state of health, subjective perceive QOL, frame

of mind. Statistically important results were in education in the dimension of SQUALA 2, and subjective perceive quality of life in the dimension of SQUALA 4 and 5, and frequency of rehabilitation in the dimension of SQUALA 5, and frame of mind in the dimension of SQUALA 1. Gender, frequency of physical exercise, subjective quality of life and financial situation do not seem to create a statistically significant difference.

23 elderlies were involved into longitudinal research, who were remeasured after 3.5 years. The quality of life wasn't changed. Quality of life in the dimension SQUALA 1 and SQUALA 3 were reduced. On the contrary, quality of life in the dimension SQUALA 2, SQUALA 4 and SQUALA 5 were increased. Statistically important result was only in dimension SQUALA 2.

## 9. REFERENČNÍ SEZNAM

- Adeniyi, S. & Olayinka, A. (2017). Mobility as determinant of quality of life of the elderly in the rural south - western, nigeria [Online]. *Analele Universității Din Oradea: Seria Geografie, Vol 27, Iss 1, Pp 45-53 (2017)*, 27(1), 45-53. Retrieved from <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=0&sid=ea8dc34e-72db-4639-ac0f7cf5ed5bfaa4%40sessionmgr4006&bdata=JnNpdGU9ZWRzLWxpdmU%3d#AN=edsdoj.84c438f3ef44b828f6eb3a6d300c1d5&db=edsdoj>
- Čevela, R., Kalvach, Z. & Čeledová, L. (2012). *Sociální gerontologie*. Praha: Grada Publishing.
- Dragomirecká, E. & Bartoňová, J. (2006). *WHOQOL-BREF. WHOQOL-100. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Dragomirecká, E., et al. (2006). *SQUALA. Příručka pro uživatele české verze dotazníku subjektivní kvality života SQUALA*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing.
- Esain, I., Rodriguez-Larrad, A., Bidaurrazaga-Letona, I., & Gil, S. M. (2017). Health-related quality of life, handgrip strength and falls during detraining in elderly habitual exercisers [Online]. *Health And Quality Of Life Outcomes*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0800-z>.
- Ethisan, P., Chapman, R., Kumar, R., & Somrothong, R. (2015). Effectiveness of group-mediated lifestyle physical activity program for health benefit in physical activity among elderly people at rural thailand [Online]. *Journal Of Ayub Medical College, Abbottabad: Jamc*, 27(2), 292 - 295. Retrieved from <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=30&sid=9b559f18-771c-441b-bc75-a265df08ed64%40sessionmgr4008&bdata=JnNpdGU9ZWRzLWxpdmU%3d#AN=edselc.2-52.0-84944878769&db=edselc>.
- Exercise for Seniors [Online]. (2016). Retrieved October 31, 2017, from <https://www.healthline.com/health/fitness-exercise-for-seniors#overview1>.
- Glosová, D. et al. (2006). *Bydlení pro seniory*. Brno: ERA.

- Gomez-Piriz, P. T., Puga González, E., Jurado Gilabert, R. M., & Pérez Duque, P. (2014). Perceived quality of life and the specific physical activities by the elderly [Online]. *Revista Internacional De Medicina Y Ciencias De La Actividad Física Y Del Deporte*, 14(54), 227-242. Retrieved from <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=fe0900d3-9322-4368-b01e-02b522e503b0%40sessionmgr4010>
- Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team.
- Herzig, R. (2014). *Kvalita života seniorů v domově seniorů* (bakalářské práce).
- Hrabovská, P. (2006). *Kvalita života seniorů* (diplomová práce).
- Cheraghi, P., Cheraghi, Z., Doosti-Irani, A., Nedjat, S., & Nedjat, S. (2017). Quality of Life in Elderly Iranian Population Using Leiden-Padua Questionnaire: A Systematic Review and Meta-analysis [Online]. *International Journal Of Preventive Medicine*, 1-8. [https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM\\_265\\_16](https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_265_16)
- Chow, C., & Yu, B. (2015). 5 WAYS TO IMPROVE QUALITY OF LIFE FOR SENIORS [Online]. In *5 Ways to Improve Quality of Life for Seniors*. Dailycaring. Retrieved from <http://dailycaring.com/5-ways-to-improve-quality-of-life-for-seniors/>.
- Janečková, H. & Hnilicová, H. (2009). *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál.
- Janiš, K. & Skopalová, J. (2016). *Volný čas seniorů*. Praha: Grada Publishing.
- Jarošová, D. (2006). *Péče o seniory*. Ostrava: ZSF OU v Ostravě.
- Jeřábek, H., et al. (2005). *Rodinná péče o staré lidi*. UK FSV CESES.
- Kolář, P. (2012). *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: nakladatelství Galén.
- Kolomý, M. (1999). *Základní informace. (7 – 8)*, 1+. Retrieved 5. 5. 1999 from World Wide Web: <http://www.ddol.cz/domov-pro-seniory>.
- Kozáková, Z. & Müller, O. (2006). *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: UP.
- Králová, J. & Rážová, E. (2001). *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. Český Těšín: Anag.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada publishnig.
- Malíková, E. (2011). *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing.
- Maříková, H., Petrusek, M., Vodáková, A. et al. (1996). *Velký sociologický slovník I*. Praha: Karolinum.
- Matoušek, O. (2008). *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.

- Matoušek, O. & Koldinská, K. (2007). *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál.
- Meiselman, H. L. (2016). Quality of life, well-being and wellness: Measuring subjective health for foods and other products [Online]. *Food Quality And Preference*, 54, 101-109. Retrieved from <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=2&sid=87f444b2-73ac-478f-a85a-8539b9a514d8%40sessionmgr104&bdata=JnNpdGU9ZWRzLWxpdmU%3d#AN=S0950329316301069&db=edselp>.
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky. (2008). *Pokyny EU pro pohybovou aktivitu*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Mlýnková, J. (2011). *Péče o staré občany, učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing.
- MPSV (2006). *Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách*. Retrieved 29. 10. 2017 from the World Wide Web: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.
- MPSV (2012). *Národní strategie podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017*. Retrieved 31.10.2017 from the World Wide Web: [https://www.mpsv.cz/files/clanky/13099/Teze\\_NS.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/13099/Teze_NS.pdf).
- Mühlpachr, P. (2004). *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita.
- Nakonečný, M. (1995). *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia.
- Nemček, D. (2011). *Differences in opinions to selected quality of life indicators between elderly men and women* [Online]. *Acta Facultatis Educationis Physicae Universitatis Comenianae*, 51(2), 65-73.
- Ondrušová, J. (2011). *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum.
- Ostojić, S. M., Stojanović, M. D., & Milošević, Z. S. (2013). Physical (in)activity - definition, incidence and economic aspects [Online]. *Teme: Casopis Za Društvene Nauke*, 37(2), 857-866.
- Pavlova, I., Vynogradskyi, B., Borek, Z. & Borek, I. (2015). Life quality and physical activity of Ukrainian residents [Online]. *Journal Of Physical Education*, 15(4), 809-814. Retrieved from <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=13df224f-7003-46e1-ba81-12ee41f8d368%40sessionmgr4009>.
- Petřková, A. & Čornaničová, R. (2004). *Gerontagogika. Úvod do teorie a praxe edukace seniorů*. Olomouc: UP v Olomouci.

- Physical activity [Online]. (2015). Retrieved November 01, 2017, from [http://www.who.int/topics/physical\\_activity/en/](http://www.who.int/topics/physical_activity/en/).
- Physical activity guidelines for older adults [Online]. (2015). Retrieved October 31, 2017, from <https://www.nhs.uk/Livewell/fitness/Pages/physical-activity-guidelines-for-older-adults.aspx>.
- Poláchová, E. (2007). *Adaptace a příprava na stáří*. In: Sestra.
- Prachařová, Š. (2013). *Pohybová aktivita a kvalita života seniorů (Šumpersko)* (bakalářské práce).
- Roslawski, A. (2005). *Jak zůstat ve stáří fit*. Brno: Computer Press.
- Ross, Cathrine a Marieke Van Willigen. (1997). Education and the Subjective Quality of Life. *Journal of Health and Social Behavior*[online]. 38(3), 275-297 [cit. 2017-12-13]. ISSN 00221465.
- Řičan, P. (2006). *Cesta životem*. Praha: Portál.
- Sithara Balan V., & Devi, V. G. (2015). Quality of Life of the Elderly in Thiruvananthapuram District, Kerala [Online]. *Indian Journal Of Gerontology*, 29(3), 331-346. Retrieved from <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=7232f0fd-8d5b-4b46-aaf9-5d142c365e75%40sessionmgr4007>.
- Șlicaru, A. C., & Alexe, D. I. (2017). Improving the quality of life by adapting the therapy to the particularities and needs of the elderly patient [Online]. *Ovidius University Annals, Series Physical Education*, 17(2), 129-134. Retrieved from <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=fe4a2b65-5e53-4181-9fc4-ac34ed0f6b75%40sessionmgr4006>.
- Štílec, M. (2004). *Program aktivního stylu života pro seniory*. Praha: Portál.
- Theofilou, P. (2013). Quality of life: Definition and measurement [Online]. *Europe's Journal Of Psychology*, 9(1), 150 - 162. Retrieved from <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=64ac60d4-0ccc-4b93-8603-def2ad91b430%40sessionmgr101>.
- Thielke, S., Harniss, M., Johnson, K., Thompson, H., Demiris, G., & Patel, S. (2012). Maslow's Hierarchy of Human Needs and the Adoption of Health-Related Technologies for Older Adults [Online]. *Ageing International*, 37(4), 470 - 488. <https://doi.org/10.1007/s12126-011-9121-4>.
- Tokárová, A., Kredátus, J. & Frk, V. (2004). *Kvalita života a rovnosť príležitostí - z aspektu vzdelávania dospelých a sociálnej práce*. Prešov: Prešovská univerzita.

- Vaňurová, H. & Mühlpachr, P. (2005). *Kvalita života, teoretická a metodologická východiska*. Brno: MZK-UK.
- Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II: Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.
- Victoria L. Mason, author, Suzanne M. Skevington, author, & Mike Osborn, author. (2004). Development of a Pain and Discomfort Module for Use with the WHOQOL-100 [Online]. *Quality Of Life Research*, 13(6), 1139-1152. Retrieved from <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=2a250fab-10b2-496c-bbd7-57f71b987bc1%40pdc-v-sessmgr01>.
- Vymětal, J. (2003). *Lekářská psychologie*. Praha: Portál.
- Yuliya Andreevna Shishkova, Oleg Gennad'evich Motovilin, Elena Viktorovna Surkova, & Aleksandr Yur'evich Mayorov. (2011). Quality of life diabetes mellitus: definitions, modern research approaches, tool for evaluation [Online]. *Saharnyj Diabet, Vol 14, Iss 3, Pp 70-75 (2011)*, 14(3), 70-75. <https://doi.org/10.14341/2072-0351-6227>.
- Zavázalová, H. (2001). *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum.
- Zavázalová, H., et al. (2004). *Terénní zdravotnické a sociální služby pro seniory*. Praha: Grada Publishing.

## 11. PŘÍLOHY

Seznam příloh:

Příloha 1 Žádost o umožnění provedení šetření

Příloha 2 Informovaný souhlas

Příloha 3 Osobnostní dotazník

Příloha 4 Dotazník kvality života SQUALA



Příloha 1

Vážený pane řediteli,

PaedDr. Floder Jiří

Domov seniorů POHODA Chválkovice

Švabinského 3

Olomouc

779 11

Věc: Žádost o umožnění provedení šetření pro diplomovou práci

Vážení,

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

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

Za umožnění šetření předem děkujeme.

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

Katedra APA, FTK UP Olomouc

.....

V Olomouci dne 27. 10. 2017

### Informovaný souhlas

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

Jméno:

Datum narození:

Účastník/zákonný zástupce byl do studie zařazen pod číslem:

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

Datum:

Datum:

Roland Herzig  
Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.  
(vedoucí práce)

---

Podpis účastníka/ zákonného zástupce:

---

Hlavní řešitel projektu

**OSOBNÍ ÚDAJE**

MOBILNÍ  IMOBILNÍ

**VĚK:** .....

**POHLAVÍ:**

MUŽ  ŽENA

**NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ:**

- základní
- střední bez maturity
- střední s maturitou
- vysokoškolské

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

- výrazně podprůměrné
- mírně podprůměrné
- průměrné
- mírně nadprůměrné
- výrazně nadprůměrné

**Rodinný stav:**

- svobodný/á
- ženatý/vdaná, s druhem
- rozvedený/á
- vdovec/vdova

**Účastníte se pravidelně organizovaného cvičení ve skupině cvičenců?**

- ANO, kolikrát týdně:  1krát  2krát  3krát a víc
- NE
- Cvičím sám/sama:  1krát  2krát  3krát a víc
- Jaké cvičení: \_\_\_\_\_

**Účastníte se rehabilitace či cvičení na lůžku?**

- ANO, kolikrát týdně:  1krát  2krát  3krát a víc
- NE

**Jak jste spokojená/ý se svým zdravotním stavem?**

- velmi spokojený/á
- spíše spokojený/á
- ani spokojený/á – ani nespokojený/á
- spíše nespokojený/á
- úplně nespokojený/á

**Jak hodnotíte kvalitu svého života?**

- velmi dobrá
- dobrá
- ani dobrá ani slabá
- slabá
- velmi slabá

**Jak se dnes cítíte?**

- Velmi dobře, dobře
- Normálně
- Špatně, velmi špatně

### DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA – SQUALA (3. dotazník)

**HODNOCENÍ DŮLEŽITOSTI** - zaznamenejte důležitost, kterou ve svém životě přisuzujete zde uvedeným oblastem

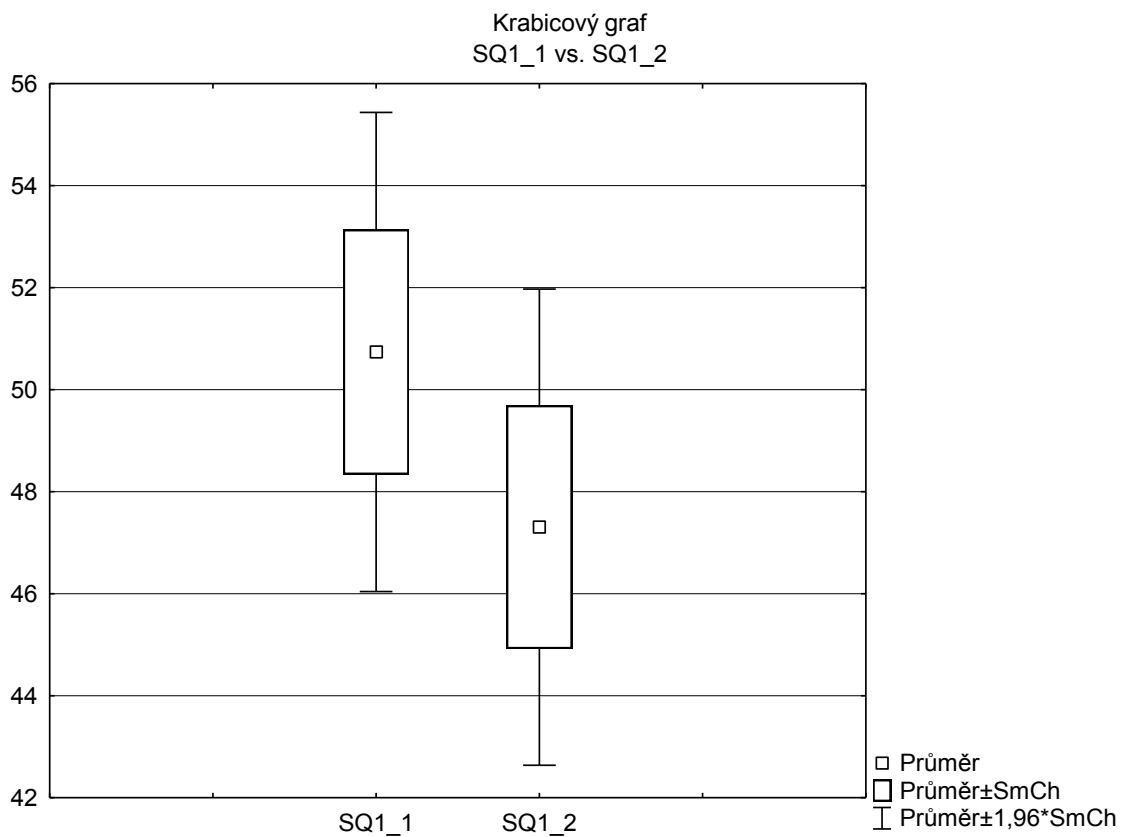
	Ne- zbytné	Velmi důležité	Sředně důležité	Málo důležité	Bezvý- znamné
1. být zdravý					
2. být fyzicky soběstačný					
3. cítit se psychicky dobře					
4. příjemné prostředí, bydlení					
5. dobře spát					
6. rodinné vztahy					
7. vztahy s ostatními lidmi					
8. mít a vychovávat děti					
9. postarat se o sebe					
10. milovat a být milován					
11. mít sexuální život					
12. zajímat se o politiku					
13. mít víru (náboženství)					
14. odpočívat ve volném čase					
15. mít komicity ve volném č.					
16. být v bezpečí					
17. práce					
18. spravedlnost					
19. svoboda					
20. krása a umění					
21. pravda					
22. peníze					
23. dobré jídlo					

**HODNOCENÍ SPOKOJENOSTI** – posuďte, do jaké míry se cítíte v uvedených oblastech svého života spokojená a zaškrtněte

	Zcela spoko- jen	Velmi spoko- jen	Spíše spoko- jen	Ne- spoko- jen	Velmi zklamán
24. zdraví					
25. fyzická soběstačnost					
26. psychická pohoda					
27. prostředí, bydlení					
28. spánek					
29. rodinné vztahy					
30. vztahy s ost. lidmi					
31. děti					
32. péče o sebe sama					
33. láska					
34. sexuální život					
35. účast v politice					
36. víra					
37. odpočinek					
38. komicity					
39. pocit bezpečnosti					
40. práce					
41. spravedlnost					
42. svoboda					
43. krása a umění					
44. pravda					
45. peníze					
46. jídlo					

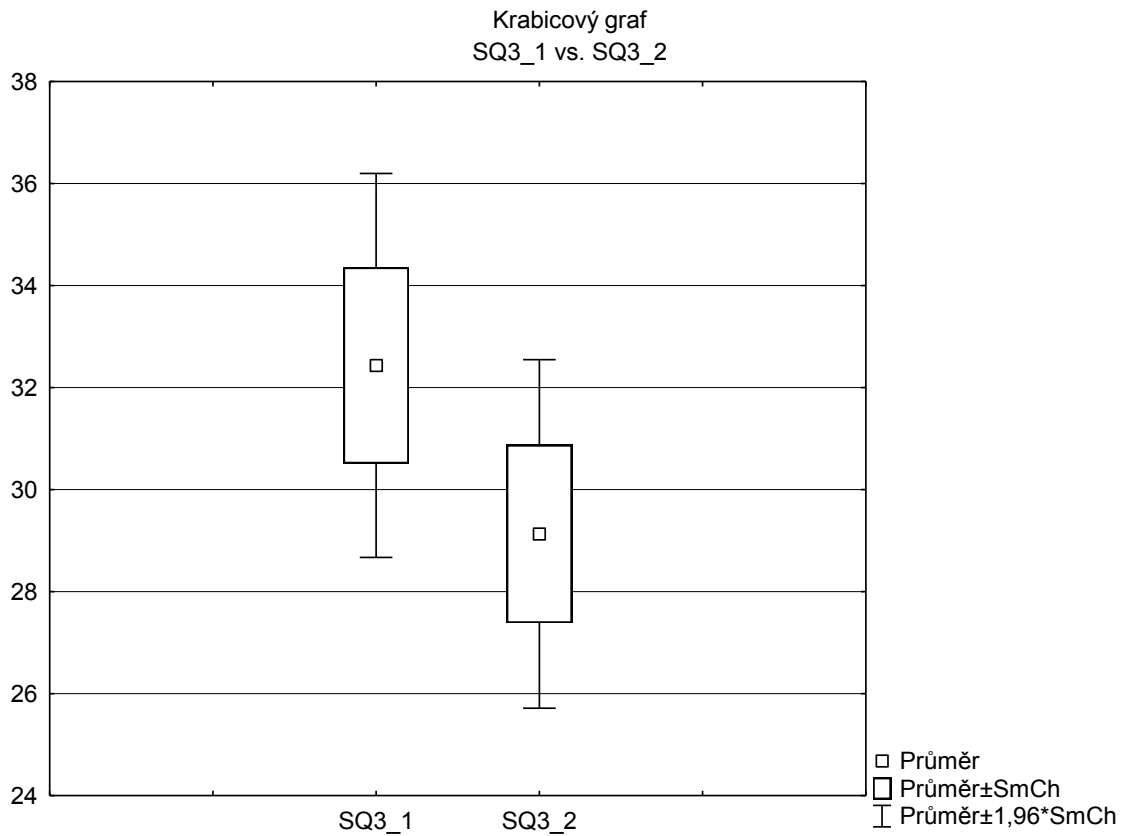
Je ještě něco jiného, co považujete v životě za důležité?  
 .....

## Příloha 5



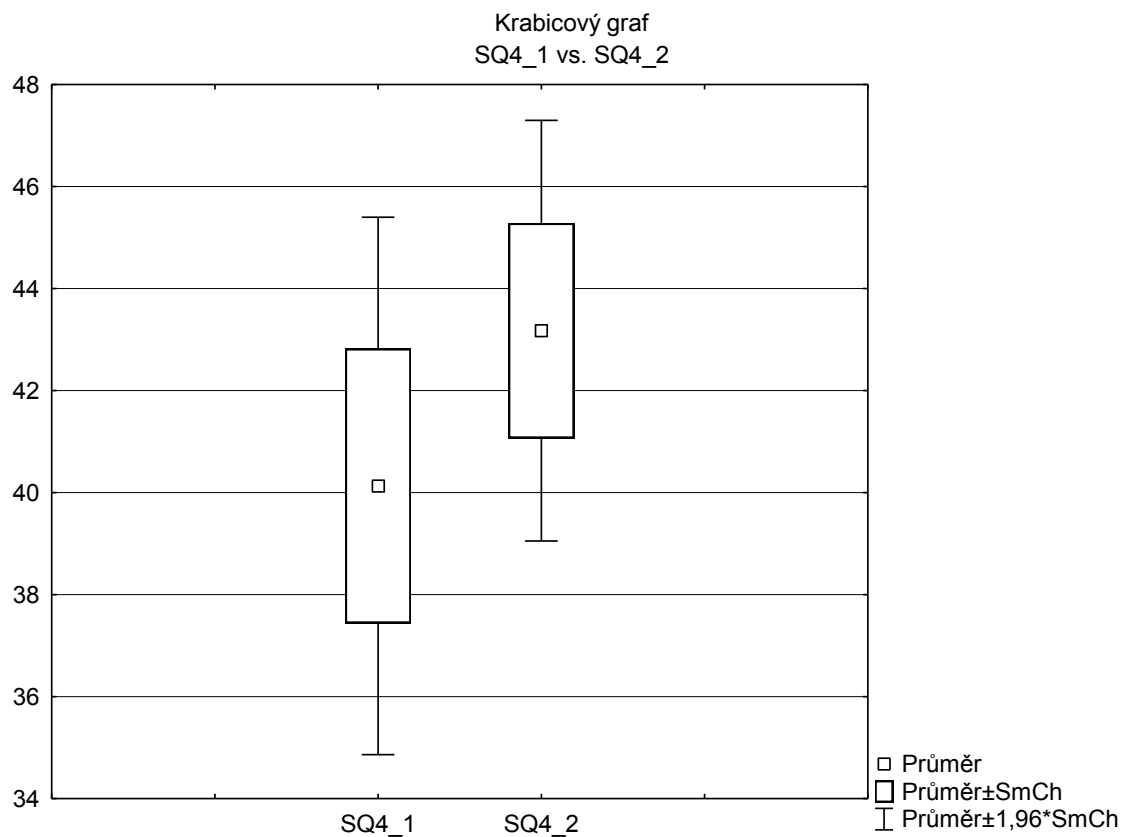
Obrázek 13. Porovnání kvality života v dimenzi SQUALA 1 (SQ1\_1= 23 seniorů z bakalářské práce, SQ1\_2= 23 seniorů změřených po 3,5 letech)

Na obrázku číslo 13 je znázorněno hodnocení v dimenzi abstraktní hodnoty, do kterých jsou řazeny pocit bezpečnosti, spravedlnost, svoboda, krása, umění a pravda. Na grafu vidíme snížení kvality života po 3,5 letech. Statistická významnost ( $p < 0,05$ ) nebyla nalezena.



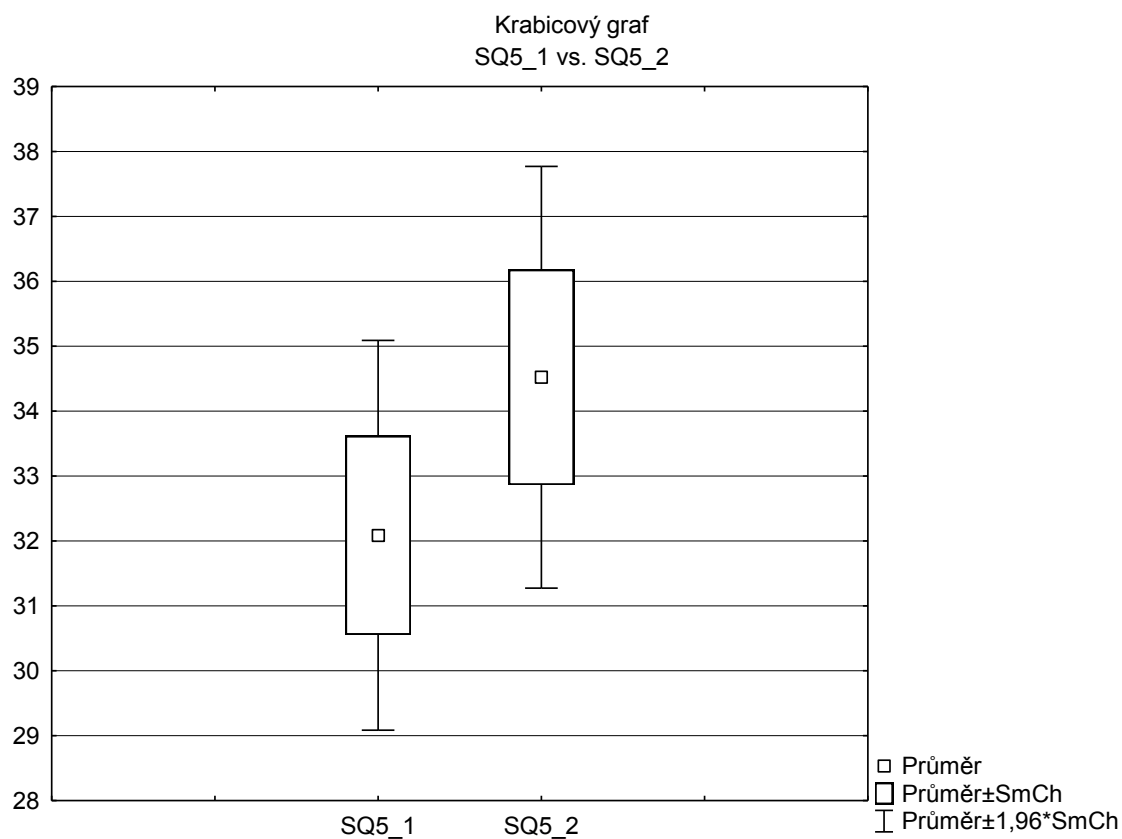
Obrázek 15. Porovnání kvality života SQUALA 3 (SQ3\_1= 23 seniorů z bakalářské práce, SQ3\_2= 23 seniorů změřených po 3,5 letech)

Na obrázku číslo 15 je znázorněno hodnocení v dimenzi blízké vztahy, do kterých patří rodinné vztahy, láska, sexuální život. Na grafu vidíme, že kvalita života trochu poklesla po 3,5 letech. Statistická významnost ( $p < 0,05$ ) nebyla nalezena.



Obrázek 16. Porovnání kvality života SQUALA 4 (SQ4\_1= 23 seniorů z bakalářské práce, SQ4\_2= 23 seniorů změřených po 3,5 letech)

Na obrázku číslo 16 je znázorněno hodnocení v dimenzi volný čas, do kterých patří spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek, koníčky. Na grafu vidíme zvýšení kvality života po 3,5 letech. Statistická významnost ( $p < 0,05$ ) nebyla nalezena.



Obrázek 17. Porovnání kvality života SQUALA 5 (SQ5\_1= 23 seniorů z bakalářské práce, SQ5\_2= 23 seniorů změřených po 3,5 letech)

Na obrázku číslo 17 je znázorněno hodnocení v dimenzi základní potřeby, do kterých patří prostředí, bydlení, peníze a jídlo. Na grafu vidíme zvýšení kvality života po 3,5 letech. Statistická významnost ( $p < 0,05$ ) nebyla nalezena.