

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ ŽIJÍCÍCH V DOMOVĚ PODPOROVANÉHO
BYDLENÍ A SAMOSTATNĚ NA VESNICI V TROUBELICÍCH

Diplomová práce

(bakalářská)

Autor: Ondřej Vlček

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

Olomouc 2015

Jméno a příjmení autora: Ondřej Vlček

Název bakalářské práce: Kvalita života seniorů žijících v domově podporovaného bydlení a samostatně na vesnici v Troubelicích

Pracoviště: Katedra aplikovaných pohybových aktivit

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

Rok obhajoby bakalářské práce: 2015

Abstrakt:

Bakalářská práce se zabývá analýzou kvality života seniorů v domově podporovaného bydlení a na vesnici v Troubelicích. Bakalářská práce zkoumá pomocí dotazníku SQUALA subjektivní kvalitu života seniorů v domově podporovaného bydlení a na vesnici v Troubelicích. Výzkumu se zúčastnilo celkem 40 respondentů. Z celkového počtu 40 respondentů jich 19 žije v domově podporovaného bydlení a 21 ve svém socializovaném prostředí v Troubelicích. Cílem bakalářské práce bylo rozšíření vědomostí o subjektivní kvalitu života seniorů z Uničovska a to za pomoci dotazníků SQUALA a následném vyhodnocení výsledků, které byli vyjádřeny celkovým skóre a skóre jednotlivých dimenzí. Data byla statisticky zhodnocena a porovnána z různých hledisek, jako je pohlaví respondentů, věk, místo bydliště, vzdělání, finanční situace, typ cvičení, frekvence cvičení, zdravotní stav, kvalita života a kouření. Z našeho šetření je patrné, že v práci byla zjištěná statistická významnost u finanční situace v dimenzi SQ3 (blízké vztahy), a SQ5 (základní potřeby), subjektivního hodnocení zdravotního stavu v dimenzi SQ2, a subjektivního hodnocení kvality života v dimenzi SQ5.

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

Souhlasím s půjčováním bakalářské práce v rámci knihovních služeb.

Autor's first name and surname: Ondřej Vlček

Title of th masters thesis: Quality of seniors life in House Supported Housing and living alone in the village in Troubelice

Department: Department of Adapted Physical Activities

Supervisor: Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.

The year of the presentation: 2015

Abstract:

Bachelor thesis deals with analysis of quality seniors life in House Supported Housing and in the village in Troubelice. Bachelor thesis research with using questionnaire SQUALA subjective quality of seniors life in House Supported Housing and in the village in Troubelice. The research included forty respondents. From total amount forty respondents are nineteen live in House Supported Housing and twenty-one in their socialized environment in the village Troubelice. The aim of this bachelor thesis was increase knowledge about subjective quality of seniors life near Uničov with using questionnaire SQUALA and consecutive evaluation of results which were expressed of total score and scores from particular dimensions. Data were statistically evaluated and compared from different aspects like sex of respondents, age, place of residence, education, financial situation, type of practise, exercise frequency, health condition, quality of life and smoking. From our investigation manifests that in thesis was detected statistically greatness at financial situation in dimension SQ3 (close relations), and SQ5 (basic needs), health condition in dimension SQ2, and quality of life in dimension SQ5.

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

I agree with loan my bachelor thesis in framework library services.

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

V Olomouci dne 30. 6. 2015

.....

Mnohokrát děkuji Mgr. Julii Wittmannové Ph.D. za její cenné rady, připomínky a odborné vedení při vypracování bakalářské práce. Děkuji také domovu podporovaného bydlení a starostovi obce Troubelice za ochotu a pomoc při získávání dat.

OBSAH

1 ÚVOD.....	9
2 PŘEHLED POZNATKŮ.....	10
2.1.1 Členění věkových kategorií ve stáří.....	10
2.1.2 Stárnutí.....	11
2.1.3 Stáří.....	12
2.1.4 Demografie stáří.....	12
2.1.5 Gerontologie a geriatrie.....	14
2.2 ZMĚNY VE STÁŘÍ.....	17
2.2.1 Životní změny ve stáří.....	17
2.2.2 Příčiny stárnutí.....	18
2.2.3 Biologické změny stárnutí.....	19
2.2.4 Psychologické změny stárnutí.....	20
2.2.5 Sociální příčiny stárnutí.....	22
2.3 KVALITA ŽIVOTA.....	24
2.3.1 Kvalita života seniorů.....	24
2.3.2 Pojetí kvality života seniorů.....	25
2.3.3 Rozsah kvality života.....	25
2.3.4 Potřeby seniorů.....	26
2.3.5 Nástroje a měření kvality života.....	28
2.3.6 Symbolické vyjádření.....	29
2.4 ZDRAVÍ A NEMOC VE STÁŘÍ.....	32
2.4.1 Tělesné zdraví a bolest.....	32
2.4.2 Psychické zdraví.....	32
2.4.3 Determinanty zdraví a kvality života ve stáří.....	33
2.5 SYSTÉM PÉČE O SENIORY V ČR.....	36
2.5.1 Zdravotní péče o seniory.....	36

2.5.2 Sociální péče o seniory	36
2.5.3 Pobytová zařízení pro seniory.....	37
2.6 DŮM PODPOROVANÉHO BYDLENÍ V TROUBELICÍCH.....	39
2.6.1 Cílová skupina možných nájemců	39
2.7 POHYBOVÁ AKTIVITA	40
3 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	42
4 METODIKA	43
4.1 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU	44
4.2 ORGANIZACE A PRŮBĚH VÝZKUMU	47
4.3 POUŽITÉ METODY	47
4.4 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU SQUALA	48
4.5 STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ DAT	48
5 VÝSLEDKY A DISKUZE.....	50
5.1 SUBJEKTIVNÍ KVALITA ŽIVOTA CELÉHO SOUBORU RESPONDENTŮ DLE SQUALA	50
5.2 HODNOCENÍ SUBJEKTIVNÍ KVALITY ŽIVOTA SENIORŮ ŽIJÍCÍCH V DOMĚ PODPOROVANÉHO BYDLENÍ A NA VESNICI	52
5.3 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKY VYBRANÝCH PROMĚNNÝCH A JEJICH VLIV NA VÝSLEDNÉ HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA	55
5.3.1 Vliv pohlaví na výsledky dotazníku SQUALA	55
5.3.2 Vliv věku na výsledky dotazníku SQUALA	56
5.3.3 Vliv vzdělání na výsledky dotazníku SQUALA.....	59
5.3.4 Vliv finanční situace na výsledky dotazníku SQUALA	60
5.3.5 Vliv organizované a neorganizované pohybové aktivity na výsledky dotazníku SQUALA	62
5.3.6 Vliv frekvence cvičení na výsledky dotazníku SQUALA.....	63
5.3.7 Vliv subjektivního hodnocení vlastního zdravotního stavu na výsledky dotazníku SQUALA	65

5.3.8 Vliv subjektivního hodnocení kvality života respondentů na výsledky dotazníku SQUALA	68
5.3.9 Vliv kouření na výsledky hodnocení dotazníku SQUALA	72
6 ZÁVĚR	73
7 SOUHRN	75
8 SUMMARY	76
9 REFERENČNÍ SEZNAM	77
10 PŘÍLOHY	83

1 ÚVOD

Téma této bakalářské práce je hodnocení kvality života seniorů. Kvalita života bývala v dřívějších dobách velice opomíjeným tématem, avšak nyní se jí dostává větší pozornosti. Toto téma je pro mne poměrně atraktivní, protože celé lidstvo stárne a jednou se k tomuto stádiu života také sami přiblížíme a budeme vděční i za sebemenší pomoc. Všichni moc dobře víme, co s sebou stáří přináší, avšak příliš o tom nepřemýšlíme. Velice často býváme obkloповáni staršími lidmi, ať už se jedná o rodinné příslušníky, sousedy či širokou veřejnost. Lidé jsou různorodí, ne jinak je tomu u seniorů. Již od počátku života je nutné se o člověka starat a věnovat mu pozornost. Podobně tomu je i ve stáří, kde se role obrací a potomkovi je předurčeno se starat o své rodiče. Ne vždy je to ale možné. Některé „děti“ se o své rodiče starat nemohou, a to buď z důvodu pracovní vytíženosti, nebo své nepřítomnosti v místě bydliště rodiče. V tomto okamžiku se dostáváme do situace, kdy je nutné zvolit jinou alternativu. V případě nesoběstačnosti seniorů je nutné zajistit komplexní péči, např. v domově pro seniory. Avšak jsou i jiné zařízení. Nechal jsem se inspirovat domovem podporovaného bydlení, v místě mého bydliště.

Dům podporovaného bydlení se nachází v naší obci v Troubelicích. Jsou zde ubytovaní senioři, kteří musí být zcela soběstační. Bydlí v bytech, které jsou kompletně vybavené a to buď samostatně, nebo i v párech. Cílem domova podporovaného bydlení je zachování důstojného života, a nedistancování člověka od veřejnosti. Z tohoto důvodu jsem se rozhodl zaměřit na kvalitu života seniorů v tomto domově, ale zároveň i u seniorů v naší vesnici.

2 PŘEHLED POZNATKŮ

2.1 VYMEZENÍ POJMŮ

Stáří a stárnutí je bezprostřední a systematicky probíhající biologický proces, který začíná od narození člověka až po jeho smrt. Mezi hlavní charakteristiky stáří a stárnutí bezpochyby patří personální rozdíly, které jdou ruku v ruce se zdravotním i psychickým stavem jedince, rodinným zázemím a dlouhodobými vztahy uvnitř rodiny. Mezi nejdůležitější atributy řadíme kvalitu života, vývoj života a životní styl jednotlivce (Dvořáčková, 2013).

„Populace současných seniorů se vyznačuje tím, že je velmi heterogenní. Zahrnuje jedince aktivní, tvořivé, zaměstnané, realizující své zájmy, žijící v rodině a v kontaktu s přáteli a známými, ale také ty, kteří postupně ztrácejí své životní role a nejbližší milé osoby“ (Ondrušková, 2011, 9).

2.1.1 Členění věkových kategorií ve stáří

Věk je jeden ze základních atributů lidstva. Jedná se o bezprostřední mezník, který však nemá jistou odpovídající hodnotu ve stáří. Běžný zdravý člověk má svůj kalendářní věk, který je přesně daný od narození až po současnost. Dále rozlišujeme věk biologický, který se může odlišovat od věku kalendářního. Odlišnosti, které jsou nejenom biologické, ale i genetické, psychické a sociální je možno pojmenovat jako funkční věk. Sociální věk mění sociální role, postoje, znevýhodnění a životní události (Čížková, 2008).

Podle světové organizace (World Health Organization = WHO) se dělí rozmezí stáří na patnáctileté věkové úseky a dle nich se utváří toto rozdělení (Malíková, 2011).

30-44 let	dospělý člověk,
45-59 let	středně starý člověk (nebo zralý člověk),
60-74 let	začínající, rané stáří,
75-89 let	fyziologické stárnutí,
90 let a více	dlohověkost.

V současné době se můžeme setkat s několika typy členění stáří, avšak já jsem se inspiroval členěním stáří dle Mühlpachra (2004).

- 65-74 let senioři mladší (problémy s penzionováním, s aktivitami a s volným časem),
- 75-84 let senioři starší (odlišné funkční zdatnosti, různorodý průběh nemocí),
- 85 let a více senioři velice staří (problémy se zabezpečeností a soběstačností).

Mühlpachr (2004) uvádí, že v nynějším období se často můžeme setkat se členěním stáří po deseti letech. Od 65 do 74 let nazývá lidi jako mladé seniory, zde je největším problémem penzionování, aktivity a volný čas. Od roku 75 do roku 84 jsou staří senioři. V tomhle časovém rozmezí je typická odlišnost funkčních zdatností, dovedností a odlišný průběh nemocí. Lidé, kteří přesáhli věk 85 let, člení na velmi staré seniory, je zde větší problém se zabezpečením a soběstačností jedinců.

2.1.2 Stárnutí

Langmeier a Krejčířová (2006, 202) popisují stárnutí jako „souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost, pokles schopností a výkonnosti jedince, které kulminují v terminálním stádiu a ve smrti.“ Stárnutí můžeme chápat také jako soubor biofyziologických pochodů plynoucích v časovém prostoru. Jedná se o zákonitost biologickou, kde jsou podstatné za sebou v řadě jdoucí biofyziologické obměny organismu. Nemožnost navrácení těchto změn má za důsledek zánik organismu a úmrtí. Stárnutí rozdělujeme na psychologické, biologické a sociální. Výsledkem stárnutí je stáří samo (Malíková, 2011).

Konečnou etapou procesu stárnutí nebo jinými slovy konečnou etapou geneticky vyměřeného trvání života je období, kterému říkáme stáří. S definicí stáří jsou obtíže a po staletí se jej snaží definovat umělci, filozofové a také přírodovědci. Dnes se ve většině zemí používá patnáctiletá periodizace lidského věku, tak jak ji navrhla Světová zdravotnická organizace (Topinková & Neuwirth, 1995, 17).

Stárnutí má konkrétní společné charakteristické znaky procesu stárnutí, tak zvané postižitelné fenomény:

- stáří a stárnutí má svou fyziologii a anatomii a označuje se různými změnami, mezi nimiž existuje určitá spojitost. Změna struktury souvisí se změnou funkce,
- stárnutí je děj, který je nesynchronizovaný a odlišný. Proces stárnutí přichází v odlišné době a pokračuje různorodou rychlostí, přičemž různé orgány nestárnou stejnou rychlostí,
- proces stárnutí je odlišný, každý člověk totiž stárne jinou rychlostí. Skutečný věk se nemusí shodovat s věkem těla,
- častým fenoménem stárnutí jsou funkční změny, které dělíme na primární a sekundární,
- stárnutí jde ruku v ruce se vzájemnými zděděnými vlastnostmi. Závisí i na prostředí, ve kterém člověk žije (Pacovský, 1981).

2.1.3 Stáří

Stáří je přirozená část lidského života, lehce propojená s obdobím dětství, mládí a období vyzrállosti. Stáří neklasifikujeme jako chorobu, avšak přirozený projev změn, které probíhají celý život, ale více jsou vnímatelné až v pozdním věku (Haškovcová, 1990).

Stáří není považované jako nemoc, avšak je charakteristické zvýšeným množstvím chorob a spojené se zdravotními potížemi. Kromě úmrtí je hlavním kritériem nemoci nepřítomnost soběstačnosti člověka. Ta se s rostoucím věkem člověka rapidně zmenšuje. Starší člověk, se tak nedokáže postarat sám o sebe, což vede k závislosti na ostatních lidech a často i ke změně životních atributů (Mühlpachr, 2004).

2.1.4 Demografie stáří

Celosvětový vývoj je spojený se změnami reprodukčního chování, které se prokazuje změnami porodnosti i úmrtnosti, ale i v jiných demografických procesech. Podle předpokladů českých demografů je možné, že naše republika v polovině 21. století spolu s Itálií a Řeckem bude stát s nejvyšším procentem seniorů na světě (tabulka 1). Důležitou roli zde hraje i nízká intenzita plodnosti, projevuje se i nižší procento sňatků, pozdější vstup do svazku manželského, vyšší věk rodičů při porodu jejich prvorozeného dítěte i menší počet potomků v rodině (Kalvach, 2004).

Tabulka 1. Podíl osob ve věku 60 a více let na území ČR (%)

Rok	Česko	Poznámky
1950	12,6	
1998	18,1	ČR – 33. místo na světě
2025	27,2	
2050	39,6	ČR – 1. místo na světě (s Itálií a Řeckem)

(Burcin & Kučera, 2006, 33)

Relativně i absolutně se zvyšuje počet starších lidí a zároveň se snižuje podíl dětí a mládeže. Mluvíme zde stejnoměrně o absolutním i o relativním stárnutí populace, což má za následek vyšší podíl starších osob na celkový počet obyvatel (Jedlička, 1991).

Dvacáté století se započalo jako „století dítěte“, avšak bylo skončeno jako „století stáří“ (Dvořáčková, 2012). Dnes je jedna čtvrtina lidstva v důchodovém věku. Kopecký (2009) tvrdí, že stáří je sociální skupinou a zároveň, že nynější společnost odsunuje na druhou kolej vše, co vykazuje znaky nesvéprávnosti nebo chabého výkonu.

S nastíněným výhledem do budoucnosti lze očekávat, že se bude nadále zvyšovat možnost dožití se vyššího věku. Je ale diskutabilní, jaká část života bude přisouzena na dožití v kvalitním životním stavu. Starší lidé budou průměrně zdravější, ale bude ve větší možné škále ovlivněna chronickými a degenerativními chorobami. Ty sice nebudou mít za následek smrt, avšak budou se projevovat ztrátou soběstačnosti. To ve finálním důsledku povede ke zvyšování společenských, veřejně zdravotnických nákladů a nákladů na sociální služby. Jedním z nejdůležitějších cílů kvalitní společnosti, která je na úrovni by mělo být v první řadě zajištění důstojného života ve stáří, a to nejen po stránce finanční (Burcin & Kučera, 2006).

Tomeš (2001) tvrdí, že na straně jedné jsou nejdůležitější faktory ty, které prodlužují lidský věk a na straně druhé nejhorší ty, které délku života naopak zkracují, mezi ně řadíme stav životního prostředí, nemocnost a invalidce.

Topinková (2005, 4) poukazuje na prodlužování střední délky života – v České republice činila při narození v roce 2002 u žen 78,7 roku a u mužů 72,1 roku (tab. 2).

Tabulka 2. Střední délka života v České republice

Střední délka života (v letech)	při narození	v 65 letech	v 80 letech
ženy	78,7	17,1	7,5
muži	72,1	13,7	6,0

Demografické stárnutí populace z historického pohledu a současně i prognózu představuje Topinková v tabulce 3.

Tabulka 3. Demografické stárnutí populace v České republice v historickém vývoji a prognóze (Topinková, 2005, 4)

Senioři	1950	1975	2000	2025	2050
zastoupení osob nad 65 let	8,3 %	12,9 %	13,9 %	23,1 %	32,7 %
zastoupení osob nad 80 let	1,0 %	1,7 %	2,5 %	5,3 %	9,5 %
index stáří	51,7	82,3	111,8	243,0	296,1

2.1.5 Gerontologie a geriatric

Pojem gerontologie je inspirován řeckým slovem „geron, gerontos“, to znamená starý člověk, a pojmu logos, což znamená nauka. Je to interdisciplinární věda, soubor zjištění o stáří a starších lidech. Zkoumá zákonitosti, příčiny a projevy stárnutí, úskalí života starých lidí a života ve stáří. V roce 1958 byla v české republice založena gerontologická sekce a Česká gerontologická společnost byla založena v roce 1962 (Zavázalová, 2001).

Gerontologie se schematicky řadí do tří okruhů:

Experimentální gerontologie – zaměřuje se na studium procesů a příčin stárnutí, jak a proč živé organizmy stárnou. Je biologicky zaměřená a patří k přirozené součásti biologie, její důležitou součástí je výzkum změn psychických a schopností ve stáří a v průběhu stárnutí.

Klinická gerontologie – zajímá se o zvláštnosti zdraví a jeho podporou ve stáří, v první řadě pak funkčním zdravím, poklesem involučního potenciálu zdraví (odolnosti,

zdatnosti a adaptability), zvláštnostmi nemocí, zdravotními problémy, diagnostikou, prevencí a rehabilitací ve stáří; označuje se také jako geriatric.

Sociální gerontologie – zajímá se o bytí a životem ve stáří, vztahy mezi společnostmi a seniory. Zejména stárnutím společnosti. Jedná se o celé spektrum aspektů politických, demografických, politologických, sociologických, psychologických, filozofických etických, právnických, spirituálních, ale též urbanistických, architektonických, technických a dalších. Sociální gerontologie se věnuje vztahy, které se propojují s lidstvem vyššího věku a se společností (Zavázalová, 2001).

Gerontosociologie je mladá věda uvnitř mladé gerontologie, zabývá se v první řadě stářím a stárnutím jako sociálními kategoriemi, které upravují svůj obsah podle kulturního a společenského kontextu, jedná se o skupiny starých lidí, o jejich problémy, jejich vztahem k ostatním skupinám a pozicí uprostřed společnosti (Velký sociologický slovník, 1996).

Studium klinických a biologických příčin stárnutí má historii delší, než studium sociálních a behaviorálních faktorů.

Gerontosociologie vytvořila tři generace teorií:

- první generace je zaměřená na mikrosociální a psychologické příčiny stárnutí,
- druhá generace, má za následek makroúrovňový strukturální přístup který umožňuje orientaci na změny struktur sociálních s dohrou na proces stárnutí a na sociální stavy seniorů,
- třetí generace vyjadřuje dynamiku vztahu mezi ekonomickými a politickými faktory a zaměřuje se na konstrukci sociální reality jednotlivců – jedinci jsou vnímáni jako aktivní ve vytváření vlastního života a sociálních zařízení imponovaných do okolních sociálních podmínek, stárnutí tak chápeme jako zkušenost se všelijakými přístupy a alokací sociálních či materiálních zdrojů (Sýkorová, 2007).

„Geriatric je samostatný klinický medicínský obor, který se vyznačuje interdisciplinárním přístupem k diagnostice, léčbě i rehabilitaci chorob ve stáří“ (Weber, 2000, 12). Při pohledu na stárnoucí populaci dochází k tzv. geriatrizaci medicíny. To má za následek, že senioři se objevují ve stále větších počtech skoro ve všech lékařských oborech. Tento fakt vynucuje od všech nelékařských i lékařských

zdravotnických pracovníků dostatečné množství znalostí, a tím pádem i korektní vzdělání v oboru geriatrie. Weber (2000) zdůrazňuje, že geriatrie ve svém interdisciplinárním pojetí nepřebírá funkci jiných lékařských oborů, ale doplňuje je. Konečným cílem je utvrzování nezávislosti a zlepšení zdravotní situace starších pacientů.

2.2 ZMĚNY VE STÁŘÍ

2.2.1 Životní změny ve stáří

Přehled změn ve stáří podle Venglářové (2007, 12):

Tělesné změny:

- změny vzhledu,
- úbytek svalové hmoty,
- změny termoregulace,
- změny činnosti smyslů,
- degenerativní změny smyslů,
- kardiopulmonální změny,
- změny v trávícím systému (trávení, vyprazdňování),
- změny vylučování moči,
- změny sexuální aktivity.

Psychické změny:

- zhoršení paměti,
- obtížnější osvojování nového,
- nedůvěřivost,
- snížená sebedůvěra,
- sugestibilita,
- emoční labilita,
- změny vnímání,
- zhoršení úsudku.

Sociální změny:

- odchod do penze,
- změna životního stylu,
- stěhování,

- ztráty blízkých lidí,
- osamělost,
- finanční obtíže.

Reakce staršího člověka na tyto změny, a příčiny jakým způsobem se s nimi bude sžívat, jsou ovlivňovány hlavně jeho osobou, zkušenostmi, výchovou a dalšími (Malíková, 2011). „Člověk se učí způsobům chování v určité době a na určitém místě“ (Venglářová, 2007, 15).

Od chvíle, kdy člověk zjistí, že stárne, nastává problém spojený s jeho psychickým přizpůsobením na stáří. Část seniorů se stane závislých na okolí, ale další část může být proti všem a zastat tak nepřátelský přístup.

Stárnoucího člověka lze definovat takto:

- ukazuje se zde razantní úbytek schopností a dovedností,
- dochází zde ke snížení výkonnosti a je zde nutná větší příprava na uskutečňování různých dovedností,
- je zde žádoucí větší potřeba relaxace a dopomoci,
- dochází ke změně životních potřeb a hodnot (mezi časté potřeby řadíme vyšší projevy lásky, bezpečí a jistoty,
- častým jevem jsou změny emocí a psychický stav jednotlivce (Malíková, 2011).

2.2.2 Příčiny stárnutí

Průběh stárnutí je doprovázen různými okolnostmi zejména pak tělesnými změnami, psychickými a sociálními vlivy. Tyto atributy určují, jak u daného člověka stárnutí fyzicky probíhá a jak se s ním člověk dokáže vyrovnat. Dle toho dělíme příčiny stárnutí na sociální, psychologické a biologické. Často můžeme také slyšet o provázanosti psychologických a sociálních příčin jako příčiny psychosociální, což je kvůli blízké propojenosti logické. Zároveň je nutné poznamenat další blízké spojení mezi biologickými a psychickými příčinami. Potvrzuje se zde, že tělesné změny jsou na změnách psychiky závislé (Malíková, 2011).

Podle Kalvacha (1997, 51) můžeme zaimponovat proces stárnutí do následujících kategorií:

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

2.2.3 Biologické změny stárnutí

Biologické změny stárnutí poukazují na častý průběh tělesných změn v organismu, který stárne. Změny stárnutí jsou typické svou odlišnou rychlostí a intenzitou. Jdou ruku v ruce se vznikem a lokací nemocí častých u starých jedinců (Malíková, 2011).

„Všechny morfologické a funkční změny mají vliv na vzhled i chování seniora. Začínají se objevovat pocity introvertního zaměření, nedůvěry a nejistot. Člověk se čím dál více zaobírá sám sebou, svými tělesnými orgány a jejich funkcemi. S těmito tělesnými změnami úzce souvisí i změny v psychickém vývoji jedince“ (Dvořáčková, 2012, 12).

Přehled typických biologických změn, které uvádí Jarošová (2006):

- častý výskyt atrofie,
- nižší pružnost tkání a orgánů,
- nižší funkce žláz s vnitřní sekrecí,
- dochází ke změně šíření tekutin,
- zvyšování objemu tělesného tuku a dochází ke změně uložení vápníku,

- důsledkem zmenšení meziobratlové části a nesprávným držením těla dochází ke zmenšování postavy,
- vznik osteoporózy a vyšší riziko lámavosti kostí,
- kožní změny (stařecké skvrny),
- vyšší křehkost nehtů, pomalejší růst,
- vznik senilní poruchy motoriky (zhoršení stability a pohybových schopností),
- poruchy spánku (brzké probouzení, časté buzení, dlouhé usínání),
- metabolické změny (snížení adaptace na změnu tělesné teploty, snížení bazálního metabolismu),
- změny oběhového systému (horší pružnost cév, nižší průtok krve přes orgány, rapidně klesá srdeční výkonnost při zátěži),
- změny respiračního systému (pokles vitální kapacity plic),
- vylučovací systém (snížení očišťovací filtrace ledvin, snížení pružnosti močovodu, častý výskyt močové inkontinence),
- trávicí systém (snižuje se tvorba slin, pomalejší vyprazdňování žaludku, častý vznik cukrovky, zpomalení střevních posunů vedoucí k zácpě, horší ukládání vitamínů a minerálů),
- smyslové orgány (nižší schopnost vnímat chuť a čich, horší vizuální kontakt, nemoci očního aparátu, horší schopnost zakřivení čočky, nedoslýchavost, civilizační choroby).

„Mimořádně významné jsou změny smyslového vnímání. U zraku se projevuje změnou zrakové ostrosti, sníženou schopností vnímání červené a modré barvy. U sluchu snížením ostrosti pro vysoké tóny a nedoslýchavostí. U čichu a chuti změnou ve vnímání vůní, pachů“ (Kalvach, 2004, 465).

2.2.4 Psychologické změny stárnutí

Stáří dále souvisí s psychickými změnami. Často se setkáváme se spojitostí mezi psychickými a tělesnými změnami. To má za následek, že stupňující biologické změny jsou seniory záporně prožívány a následovně se prokazují psychickými změnami. U nějakých případů mohou tělesné změny ústít i ve změny intelektové. Běžně se ale

předvídá, že v oblasti psychiky a v osobnostních rysech se nepočítá s tím, že by mělo docházet k razantnějším změnám (Malíková, 2011).

Jarošová (2006) uvádí tyto psychické změny v intelektových schopnostech:

- kognitivní a gnostické funkce (větší výskyt zapomínání, horší koncentrace, neschopnost zapamatování nových poznatků),
- fatické funkce (snížení schopnosti mluvy a nižší schopnost přijímat informace)
- Snížení rozumových funkcí,
- emoční nestabilita (proměnlivost nálad, změny postojů a požadavků),
- ztráta citů,
- změna osobnostních rysů (výkyvy laskavosti a agrese),
- nepřítomnost koníčků seniora (rezignace, neochota, apatie),
- změna životních hodnot (důležitost rodiny, člověk se obrací k víře),
- změna životních potřeb,
- změna životních zájmů (hledání jiného typu uspokojení a seberealizace v oblastech, které člověka naplňují),
- změna pohledu člověka na život,
- nižší možnost přizpůsobení se novým věcem.

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

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

„S věkem se zvyšuje pravděpodobnost, onemocnění demencí, což znamená celkový úpadek psychických funkcí způsobený atrofií centrálního nervového systému. Lidé trpící demencí nepoznávají někdy ani své vlastní partnery, své

děti či blízké přátele. Často trpí inkontinencí (neudrží moč a stolicí), dostávají záchvaty vzteku a nepřiměřeného, nelogického chování“ (Stuart-Hamilton, 1999, 23).

2.2.5 Sociální příčiny stárnutí

Stárnutí a stáří také ovlivňují sociální aspekty. Sociálních aspektů je celá řada. Jestli budeme stáří vnímat podle psychosociálního vývoje, tak je třeba přijmout, že nejdůležitějším posláním každého člověka nad 60 let je potřeba dosáhnout integrity ve vnímání svého života. Pro docílení integrity jsou důležité elementární podmínky: pravdomluvnost, smíření a plynulost. Je žádoucí, aby senior přijímal pozitivně svůj život a jeho smysl. Senior by měl akceptovat své životní omyly, strasti a nesplněná přání, které ho v životě postihli. Bere svoji osobu takovou, jaká je. Neodsuzuje se a odpouští si. To je důležitý faktor, jak důstojně strávit stáří (Malíková, 2011).

Malíková (2011) uvádí nejdůležitější negativní sociální příčiny:

- odchod do penze (menší množství zájmů, koníčků a pracovních činností),
- omezení začlenění do různých aktivit a činností,
- zhoršení příjmů (nižší penze),
- osamělost (úmrtí svého partnera, přítele),
- distanc od přátel (nedostatek činností s přáteli),
- izolace (špatné rodinné vztahy, úmrtí přátel),
- strach ze samoty a nemožnosti sebe obsluhy,
- nevyhovující změna života,
- problémy s navykáním na nové věci (stěhování).

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

- rodina je nejvýznamnější sociální skupinou, může zahrnovat nejenom soužití s partnerem, ale i kontakt s rodinami dětí a sourozenců,
- přátelé a známí ze sousedství, popřípadě lidé, s nimiž senioři sdílejí nějaké aktivity, představují možnost dalších sociálních kontaktů a někdy i hlubších

vztahů, které mohou mít užitečný kompenzační význam, zejména pokud by vlastní rodina neexistovala nebo neplnila své funkce. Starší člověk si může v rámci těchto kontaktů udržet mnohé sociální kompetence, které v rámci rodiny nepotřebuje, a tudíž nevyužívá,

- společenství obyvatel určité instituce, jako např. nemocnice (zejména LDN) či domov důchodců, v jehož rámci starší člověk sdílí s ostatními totéž teritorium a určitý styl života, a může si tak i zde vytvořit hlubší vztahy.

Nejvýznamnější pozitivní sociální aspekty – podle Jarošové (2006) jsou nejvýznamnější pozitivní sociální aspekty tyto:

- funkční rodina, dobré rodinné vztahy a pevná citová pouta,
- plánovaná ekonomická příprava na zabezpečení stáří – zajištění vhodného bydlení, penzijní připojištění atd.,
- plánovaná příprava na vyplnění volného času (zájmy, koníčky, dohodnutá forma občasné výpomoci atd.) a efektivní nakládání s volným časem,
- možnost uspokojení potřeb seniora.

2.3 KVALITA ŽIVOTA

Křížová (2005) uvádí, že v odborném okolí veřejnosti se vyskytuje shoda v tom, že pojem kvalita života s sebou přináší tři hlavní oblasti a to psychické prožívání, psychickou pohodu a sociální úřadování jedince a jeho vztahy k dalším lidem.

Kvalita života ovšem nereprezentuje jen jednotlivý životní standard, ale je také velmi tence spojen i s prostředím, ve kterém se lidé vyskytují, s jejich požadavky a potřebami (Fahey, Whelan, & Nolan, 2006).

Kvalita života může obsahovat i charakteristiku sociálního a přírodního okolí člověka, jeho psychické a fyzické rozpoložení, otázky důležitosti a potřebnosti života i subjektivní vyhodnocení života v rozmezí osobní spokojenosti a pohody (Dragomirecká, 2006).

2.3.1 Kvalita života seniorů

Kvalita života ve stáří, se kterou je v těsném kontaktu pocit pohody, bývá u jednotlivců různá. Posláním stáří je zachování přijatelného životního stylu, který obsahuje tyto podmínky:

1. udržení nezbytné autonomie a soběstačnosti proti narůstající bezmocnosti a s ní související závislosti,
2. udržení či znovuvytvoření potřebných sociálních kontaktů a vztahů proti sociální izolaci, pocitu osamělosti a nechtěnosti,
3. udržení přijatelného osobního významu a sebeúcty proti pocitu vlastní nedostačivosti a nepotřebnosti (Vágnerová, 2007, 399).

Křivohlavý (2002) se domnívá, že člověk na pokraji svého života rozumí kvalitě života jako spokojenost s prozatímním životem. Jestli hodnotí uplynulý život smysluplně a byl seberealizovaný v tom jak žil, tak je kvalita života prožívána na vysoké laťce. V běžném životě jsme zvyklí vnímat množství neboli kvantitu, délku života. Délka života je daná počtem let a lze ji zjistit jednoduchým způsobem. Toto tvrzení ovšem nekoreluje s kvalitou života, protože kvalitu života vnímá každý člověk jiným způsobem. Pokud se podíváme na slovo „kvalita“ sémanticky, můžeme hovořit o „hodnotě, jakosti“.

2.3.2 Pojetí kvality života seniorů

2.3.2.1 Pojetí kvality života z psychologického hlediska

Kvalita života z psychologického hlediska se dá vnímat z více pohledů. Můžeme hovořit o zjišťování spokojenosti života, kde se zabýváme otázkami, co dělá lidstvo spokojeným. Zjišťujeme, jaké prvky přispívají ke spokojenosti a mění ji. Někdy hovoříme o prožívání pohody a lpíme na všeobecném hodnocení kvality života. Tato stránka kvality života je značená jako štěstí (Veenhoven, 2000).

Hrozenská (2008) podotýká, že v psychologickém přístupu se kvalitou života rozumí to, co člověku zajišťuje klid a spokojenost v životě.

2.3.2.2 Pojetí kvality života ze sociologického hlediska

Pojetí sociologické spojené s kvalitou života může sledovat prvky sociální úspěšnosti, status společnosti, životní styl, vybavení domova, velikost majetku atd. Také studie zajímaví se důsledkem zdravotních či sociálních programů na kvalitu života obyvatel jistého regionu mají sociologický charakter (Abbate, Giambalvo, & Milito, 2001).

Na základě stylu života se rozhodují jak obecné sociální procesy, tak i intelektuální a manuální poměr práce, avšak rovněž poměr jednotlivých činností v lidském životě. Tím pádem je styl života nezbytným mezníkem kvality života lidí ve společnosti, ale také u jednotlivců (Vojtovič, 2002).

Jandásková (2009, 103) uvádí, že „zlepšování celkové ekonomické situace ve společnosti nevede ke zvýšení počtu lidí, kteří jsou šťastní.“ Z makrosociologického hlediska je zřejmé, že zdraví lidí ve vyspělých státech není lepší než v zemích, ve kterých je nejmenší rozdíl mezi mzdou nejmovitějších a nejchudších (Groffen, et al., 2001).

2.3.3 Rozsah kvality života

Kvalita života se ne vždy musí zaměřovat na jednu osobu. Na kvalitu života můžeme nahlížet z několika stran.

Křivohlavý (2002, 29) uvádí, že:

1. v makro-rovině se jedná o otázky kvality života větších společenství například kontinenty. Preferuje hlubší zamyšlení nad problémy kvality života,
2. v mezo-rovině jde o otázky kvality života v malých sociálních skupinách, mezi které řadíme nemocnice, školy a podniky. Hovoří se zde o respektu k morální rovně hodnot a o vzájemných vztazích mezi lidmi. Setkáváme se zde hlavně s uspokojováním a neuspokojováním základních potřeb každé osoby či sdílení hodnot a s existencí sociální opory,
3. osobní rovina (personální) týká se každého z nás, jedná se o hodnocení spokojenosti, bolesti nebo zdravotního stavu. V této rovině se hodnotí zejména kvalita vlastního života, která je závislá na personálních hodnotách každé osoby,
4. tělesná rovina (fyzické) existence je rovina, která se zabývá tělesnou existencí. Jedná se o srovnatelné chování, které lze měřit a porovnávat. Kritéria v této rovině lze měřit za pomoci jejich definování.

Mluvíme-li o kvalitě života, je žádoucí si ujasnit vždy předem, o kterou rovinu usilujeme a o kterou se bude jednat.

2.3.4 Potřeby seniorů

Tošnerová (2000, 37) uvádí, že „senior je osoba, jejíž psychický či fyzický stav vykazuje takové trvalé změny, pro které je zčásti nebo zcela závislý na pomoci jiných osob.“ Pacovský (2002) tvrdí, že senior je osoba, která přišla na svět dříve a že pojem senior se nemusí spojovat přímo na věk, ale může poukazovat také na vážnou funkci bez ohledu na věk.

S narůstajícím věkem dochází k přehodnocování životních hodnot. Senioři lpí na stejném uspokojování svých životních potřeb stejně jako dříve, jako ostatní populace, přitom jsou hodně často odkazováni na pomoc svých bližních. Potřeba péče však není nutně spojená s věkem, ale je často propojená se snížením funkčních schopností, sebeobsluhy, které limitují člověka v jeho schopnostech uspokojovat své běžné potřeby (Janečková, 2005).

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

- potřeba stimulace patřičnými podněty – od začátku až po smrt je pro celý lidský organizmus nezbytné dostávat vhodné podněty, na vhodném místě, ve vhodný čas a v dostatečném množství a jakosti. U seniorů je tahle potřeba zmenšena. Ve starším věku roste množství situací, které mají za následek nepříjemné podněty. Seniorovi působí větší problémy ty podněty, které pro něj v dřívější době bývaly normální,
- potřeba smysluplného světa – vhodně zvolené podněty vedou k tomu, abychom poznávali svou osobu i prostředí, ve kterém se vyskytujeme. Hledání smyslu žití se z psychologického pohledu může projevit jako osobní představivost o různé skladbě svého světa a projevuje se např. tak, že člověk neustále plánuje a utváří si cíle, kterých by chtěl docílit,
- potřeba plánování činností časové posloupnosti sám se svou osobností či s dalšími. Tyhle potřeby jsou propojeny s potřebou smysluplného světa,
- potřeba jistoty role sociální a místa ve společnosti – každý člověk potřebuje někde patřit, mít své postavení v rodině, v práci a ve společnosti. U seniorů dochází k nárůstu sociálních změn a ke ztrátám, které jsou mnohdy těžce přijímány,
- potřeba identity a sebe uznání sám sebou i ostatními lidmi – ztráty na životech, nemoci i sociální omezení mají za důsledek změnu uvědomení si vlastního obrazu života. Může dojít ke ztrátě kontroly nad svým životem, i ke ztrátě autonomie,
- potřeba otevřeného budoucna – perspektiva, naděje – i senior potřebuje mít ve svém životě nějaké cíle a potřebuje se na něco těšit. Občas může mít strach ze své budoucnosti, co bude. Je důležité, aby věřil ve svoje schopnosti a měl naději, že je obklopen lidmi, kteří ho budou podporovat a doprovázet jej jeho stářím a pomáhat mu v krizových situacích nynějších i budoucích omezení.

U mladších osob se setkáváme s jinými potřebami, než u osob penzijního věku. Hodnoty se mění a postupně ubývají. Někaké potřeby jsou stále ale preferovány, a tím pádem v životě seniora přetrvávají. Hovoříme tu o potřebách fyziologických a psychosociálních. Tyto potřeby je možné uspokojit v rodinných kruzích, popřípadě

v rámci sociálních služeb, které jsou poskytovány. Co se týče intelektuálních potřeb, tak jsou nabízené univerzity třetího věku a mnohé jiné programy vzdělávání. U seniorů, kteří jsou ubytováni v pobytových zařízeních, se často vyskytuje nedostatečná realizace duchovních potřeb. Senior v konečné fázi svého bytí vyhodnocuje svůj prozatímní život, své světlé i stinné stránky a s těmito úspěchy a neúspěchy se potřebuje s někým podělit. V rámci pobytového zařízení ale dochází k problému, ovšem občas pomůže seniorovi i rozhovor s personálem, který mu dopomůže k nalezení správného východiska (Klevetová & Dlabalová, 2008).

Janečková (2005, 164) uvádí, že „ve stáří člověk ztrácí schopnost uspokojovat své každodenní potřeby a naplňovat plány, udržovat kontrolu nad svým životem v míře, na jakou byl zvyklý. Tím se významně snižuje kvalita jeho života.“ Podle Saka (2012) senior je osoba, finišující životní fázi s typickým postavením ve společnosti. Z jeho výzkumu můžeme zjistit, že seniorem se stává člověk okolo 60. až 70. roku života.

2.3.5 Nástroje a měření kvality života

Jsou různé druhy metod, kterými se kvalita života měří.

Křivohlavý (2002, 165) rozděluje tyto metody na tři skupiny:

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

2.3.5.1 Metoda APACHE II

Metoda APACHE (Acute Psychological and Chronic Health Evaluation) je metoda hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu. Metoda určuje závažnost onemocnění nemocného člověka na základě odchylky od člověka zdravého.

2.3.5.2 Karnofskyho index

Karnofskyho index určuje komplexní zdravotní stav pacienta. Tento stav odvozují lékaři pomocí tabulky (Tabulka 4).

Tabulka 4. Karnofskyho index – PSI – Performance Status Index (Křivohlavý, 2002, 166)

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

2.3.6 Symbolické vyjádření

Symbolické vyjádření kvality života je postaveno na počtu křížků, které hodnotí samoobslužnou pacienta, schopnost domluvy s pečujícím personálem a jeho komplexní psychický stav. Čím více křížků na škále (1-4) pacient má, tím horší je jeho kvalita života.

- + pacient je po tělesné stránce v dobrém stavu, je nezávislý na ostatních lidech z pohledu sebe obsluhy, dá se s ním bez problémů hovořit i spolupracovat a přitom zaujímá pozitivní postoj k životu,

- ++ pacient je psychicky buď v depresi, nebo naopak vzrušen. V lehčích úkonech sebe obsluhy potřebuje dopomoc. Jeho vztah k ostatním pacientům a jeho kontakt s nimi není nejvhodnější,
- +++ pacient není plně soběstačný, je potřeba mu pomáhat v oblasti sebe obsluhy, kontakt s jeho osobou není jednoduchý, a to i ve spojení s rodinou a přáteli,
- ++++ pacient je z hlediska sebe obsluhy plně závislý na ostatních lidech, nedokáže si vybavit situace kolem něj, je v těžké osobní situaci (Křivohlavý, 2002).

2.3.6.1 Metoda WHOQOL

WHOQOL (World Health Organization Quality of Life Group) je pracovní mezinárodní skupina, která vznikla důsledkem Světové zdravotnické organizace (WHO). Jedním z dotazníků je WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life Assessment) – dotazník čítá dohromady 100 položek rozdělených do šesti dimenzí.

WHOQOL, (1997) a Dragomirecká, Bartoňová, (2006) tvrdí, že na kvalitě života se podílí šest oblastí s různým číslem indikátorů uvnitř:

1. tělesné zdraví (diskomfort a bolest; únava a energie; sexuální aktivita; odpočinek a spánek; smyslové funkce),
2. psychické zdraví (kladné emoce; myšlení, paměť, učení a pozornost; sebehodnocení; vzhled vlastního těla; emoce negativního typu),
3. úroveň nezávislosti (mobilita; běžné životní aktivity; nezávislost na lécích a zdravotnických pomůckách; závislost na alkoholu, drogách a tabáku; pracovní a komunikační kapacita),
4. sociální vztahy (osobní vztahy; sociální podpora),
5. prostředí (svoboda a tělesná bezpečnost; prostředí domova; pracovní spokojenost; finance; zdraví a sociální starostlivost; kvalita a dostupnost; možnost získání nových informací a zručností; možná účast na volnočasových a rekreačních aktivitách; fyzikální prostředí: znečišťující látky, hluk, špatné klima a velká doprava),
6. spiritualita (víra, náboženství, duchovní a osobní přesvědčení).

Jednotlivé domény jsou jako součást kvality života starších lidí. Mají svoje typické a rozdílné charakteristiky. Rozdíly podmínek života, stavu společnosti a rozdíly zdravotního stavu. Dále například dotazník WHOQOL – OLD, – tento dotazník zjišťuje, jakým způsobem senioři vnímají různé atributy kvality života, a cíleně se zaměřuje na oblasti, které pro ně jsou významné.

2.3.6.2 Metoda SQUALA

Dotazník na měření kvality života SQUALA (Subjective Quality of Life Analysis) je standardizovaný dotazník, který obsahuje několik oblastí zaměřených na vnitřní i vnější fakta každodenního života (Dragomirecká, 2006). Více o dotazníku v části metodika.

2.3.6.3 Metoda SEIQoL

SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life) je to program pro individuální hodnocení kvality života. Je postavena na jednotlivosti každého zkoumaného jedince. Dotazník přistupuje subjektivně k jedincům (O'Boyle, McGee, & Joyce, 1994).

2.4 ZDRAVÍ A NEMOC VE STÁŘÍ

Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze jako nepřítomnost nemoci“ (Špaténková, 2003, 9). „U starších lidí se vyskytuje častější a závažnější nemocnost a s tím spojená snížená schopnost sebeobsluhy. S věkem se mění spektrum nemocnosti a ve stáří je zdůrazňována ve vztahu k zdravotnímu stavu dvojí problematika“ (Ondrušková, 2011, 27).

2.4.1 Tělesné zdraví a bolest

Tělesné zdraví se mění v průběhu celého života, a to dost výrazně. Jedním z ukazatelů tělesného zdraví je bolest a jiné těžkosti. Ferrel (2003) definuje bolest jako nepříjemnou emocionální a senzoricke zkušenost. Bolest je nejčastějším příznakem ochrnutí, a zároveň pravdivým signálem hrozícího či skutečného poškození tkání i u starších lidí (Kubešová, et al., 2001). Bolest limituje nejen blažený pocit ze života, ale vede k narušení aktivit denního života, a ke snižování komplexní úrovně kvality života (Litomerický, 2000).

Velká část studií se v nynější době shoduje v tom, že vnímání bolesti je snižené u seniorů a s věkem se pravděpodobně může zvyšovat jen tolerance bolesti. I ve starším věku se setkáváme s dvěma druhy bolesti a to bolestí chronickou a bolestí akutní. Jen jejich zastoupení je odlišné jako v mladší populaci (Kubešová, et al., 2001). Opomíjená akutní chronická bolest vede ke komplikacím, jež obsahují fyzickou disabilitu a psychiku osobnosti. Ty mohou bolest a její pociťování podmiňovat, anebo být jejich důsledkem. S chronickou bolestí u starších lidí jdou také souměrně situace, jako je deprese, poruchy pohybu, nižší socializace, poruchy spánku, zvýšená potřeba zdravotní a sociální starostlivosti apod. (Litomerický, 2000). Úzkost, osamělost, partnerské hádky, rodinné či pracovní nesnáze mohou být důsledkem výskytu, přetrvávání a přijímání bolesti (Němček, 2011).

2.4.2 Psychické zdraví

„Psychické zdraví je stav, kdy všechny psychické pochody probíhají harmonicky, umožňují správně odrážet vnější realitu, přiměřeně a pohotově reagovat na

všechny podněty a řešit běžné a neočekávané úlohy, stále se zdokonalovat a prožívat uspokojení ze své činnosti“ (Němček, 2011, 16). Psychicky zdravého člověka definovala WHO jako osobu, která má přirozený postoj ke své vlastní osobě a má přiměřené sebevědomí, sebeúctu, je schopný ovládat svoje emoce a je schopný se vyrovnat s problémy které ho postihly. Taktéž jako osobu, která má kladný postoj k ostatním lidem, je schopný tolerance, důvěřuje ostatním lidem a respektuje jejich názory, je zodpovědný a schopný udržovat a objevovat nové trvalé vztahy. Je to osoba, která je schopná přijímat požadavky každodenního života, který problémy neodkládá, ale aktivně se jimi zabývá. Plánuje věci dopředu, dokáže dostat do popředí své dary a talent, uvědomuje si svou odpovědnost a jde za nějakým cílem (Kružliak, et al., 1995).

Němček (2011) uvádí, že lidé, kteří za období celého uplynulého života žili v dobré psychické pohodě, mohou ve starším věku onemocnět a dostat se do těžké deprese, Alzheimerovy choroby, do úzkostných stavů nebo jiných nervových a psychických onemocnění. Výzkumy poukazují na to, že u starších lidí existuje větší riziko rozvinutí těchto poruch a jejich komplikací, než u populace mladšího věku. Mnohé z těchto nemocí a psychických stavů lze za předpokladu jejich správného určení účinně léčit.

2.4.3 Determinanty zdraví a kvality života ve stáří

Determinanty zdraví obvykle lišíme do dvou částí:

- nepřímé – působí zprostředkovaně a obecně, svými následky, například:
 - tradice kulturní,
 - důležitost hodnot, v daném společenství spolu s významem a emancipací jednotlivců a hodnoty individuálního zdraví i života,
 - ekonomicko-společenská vyspělost jisté společnosti a její ekonomicko-politický systém.
- přímé – působí cíleně na určitého člověka například:
 - dispozice genetická,
 - životní způsob,
 - životní prostředí,
 - kvalita a dosažitelnost zdravotních služeb.

Ve stáří dochází k uplatnění specifických faktorů například přímé determinanty genetické proporce a k dlouhověkosti, penzijní systém v nepřímých, přesněji řečeno výše penzijního příjmu. Většinu determinantů je možno dále členit, ostatní jsou spolu logicky propojeny, např., nízký stupeň vzdělání, manuálně obtížná práce, chudoba, nezdravý způsob žití, (kouření, pití alkoholu, obezita), nízký důchod.

Většina determinantů mohou mít odlišný původ, kde některé můžou působit protichůdným dojmem, např., nízký stupeň vzdělání může být způsobený vrozenými mentálními schopnostmi, původem sociálního typu nebo školským systémem.

Na kvalitě života a funkčním zdraví se podílejí ve stáří především:

Funkční zdraví:

- výskyt funkčně závažných chorob:
 - dispozice genetická,
 - úroveň prevence,
 - dostupnost a účinnost zdravotnické péče:
 - vstřícnosti geriatrické a zdravotnický komfort,
 - úrovně a povahy pregraduální výuky geriatrické,
 - účinnosti, včasnosti a dostupnosti rehabilitace,
 - dostupnosti a úrovně kompenzačních pomůcek.
- zdravotní potenciál – odolnost, výdrž, přizpůsobivost organismu a míra involuce:
 - dispozice genetiky (hmota a svalová síla, kostní denzitu, dlouhověkost),
 - životní způsob:
 - strava: obezita x malnutrice,
 - pohybová aktivita: dekonidice x kondice,
 - alkoholizmus, kouření a další návykové látky.

Prostředí:

- fyzické (sluneční paprsky, teplota, nadmořská výška),
- funkční:
 - nepřístupnost ve vztahu k postižení,
 - různý design, míra obecné přístupnosti,
 - přístupnost informačních a komunikačních technologií,
 - zeměpisná odlehlost,

- brzká dostupnost žádaných služeb.
- sociální:
 - rodina a sociální síť,
 - samota,
 - ovdovění,
 - kvalita sousedských vztah (Čeledová, 2012).

2.5 SYSTÉM PÉČE O SENIORY V ČR

Ve společnosti v české republice se model poskytování péče nesoběstačným členům inspiruje tradičním pojetím, které si myslí, že za zajištění potřeb těchto lidí jsou prvotně zodpovědní členové rodiny, přičemž státní služby bývají využitelné až v okamžiku, kde neformální poskytovatelé péči nezvládají, nebo nejsou k dispozici (Svobodová, 2012). Kvůli tomu je velice důležité utvářet dostatečné množství služeb, které jsou schopny rodinu zastoupit v případě potřeby a podpořit tak život seniora v jeho přirozeném prostředí, kde bude v první řadě dbáno na jeho individuální potřeby. Služby pobytových zařízení jsou vhodné pro seniory, kteří nejsou soběstační a nemohou žít ve svém přirozeném prostředí domova, kdy je péče ze strany rodiny neúplná či zcela chybí (Nešporová, Svobodová, & Vidovičová, 2008).

Zdravotní a sociální péči o seniory od sebe není možné rozdělovat, v praxi jsou totiž zdravotní problémy často doprovázeny sociálními a opačně (Dvořáčková, 2012).

2.5.1 Zdravotní péče o seniory

Základem je prvotní péče, které se pacientovi dostává ze strany praktického lékaře. V péči o seniory by měl spolupracovat jak s rodinnými příslušníky, tak s domácí ošetrovatelskou péčí, pečovatelskou službou či s nějakými jinými organizacemi. Domácí ošetrovatelská péče je možná na doporučení praktického lékaře a je financována za pomoci zdravotního pojištění. Pro péči přímo doma je nutné, aby byl stabilizován klinický stav pacienta a aby bylo možné zapojit i nějakého člena rodiny nebo i laika do péče. Mezi typické prvky domácí péče jsou řazeny následující úkony, ošetřování chronických ran, podání inzulínu, fyzioterapie a pomoc při vybírání kompenzačních pomůcek (Zavázalová, Zikmundová, & Zarembo, 2004).

2.5.2 Sociální péče o seniory

Sociální služby jsou poskytovány občanům společensky znevýhodněným, a to s důsledkem zlepšení kvality života nebo s cílem jejich začlenění mezi lidi. Sociální služby kladou důraz jak na uživatele, tak na jeho rodinu (Matoušek & Koldinská, 2007).

Za pomoci sociálních služeb je zajišťovaná pomoc při péči o vlastní osobu, ubytování, zajištění stravy, dopomoc při chodu domácnosti, pomoc při prosazování zájmů a práv, atd. Cílem těchto služeb je podpora a rozvoj soběstačnosti občana, návrat

do jeho vlastního domova, obnovení nebo alespoň zachování jeho předešlého životního stylu. Základními činnostmi při poskytování těchto služeb je pomoc při plnění každodenních úkonů péče o vlastní osobu, dopomoc při hygieně, poskytnutí potravy, nebo dopomoc při přípravě potravy, výpomoc se zajištěním ubytování, pomoc se zajištěním a chodem domácnosti, poradenství, zjišťování kontaktů, činnosti terapeutického rázu a výpomoc s prosazováním zájmů a práv (MPVS, 2011).

Formy poskytování služeb můžeme rozdělit na pobytové služby, ambulantní služby nebo terénní služby:

- pobytové služby charakterizuje jako služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb,
- ambulantní služby charakterizuje jako služby, za kterými pacient dochází sám, nebo za podpory jiné osoby, avšak součástí této služby není ubytování,
- terénní služby charakterizuje jako služby, které jsou pacientovi poskytnuté v jeho přirozeném prostředí, u něj doma (Sbírka zákonů, 2011).

V systému sociálních služeb dochází k přeměně sociální oblasti a dohled na sociální služby se přenáší z pozice státu na jednotlivce, obce, kraje, občanské společnosti a stát. Povinnosti a jednotlivé druhy odpovědností můžeme najít v takzvané Bílé knize služeb sociálních. (Malíková, 2011).

2.5.3 Pobytová zařízení pro seniory

Spojení pečovatelské služby a pobytového zařízení je vytvářena v domovech s pečovatelskou službou. Jejich zřízením se z hospodárňuje poskytování pečovatelské služby shlukováním příjemců na jednom místě a zároveň se mnohdy řeší nevhodné bydlení seniorů nebo těžce zdravotně znevýhodněných osob. Výhodou této koncentrace osob, které přijímají péči s pečovatelskou službou je přítomnost pečovatele po celou jeho pracovní dobu, často v pracovních dnech (Králová & Rážová, 2005).

Klasickým pobytovým zařízením pro stárnoucí občany jsou domovy pro seniory. Tady jim jsou poskytovány pobytové služby. Jsou poskytovány osobám, které mají

sníženou soběstačnost v první řadě z důvodu vysokého věku a jejichž stav si vynucuje pravidelnou pomoc jiné osoby.

Dalším pobytovým zařízením pro seniory jsou domovy se speciálním režimem. V těchto domovech, jsou nabízeny služby osobám, které mají nižší stádium soběstačnosti, z důvodu chronické duševní nemoci nebo jsou závislí na návykových látkách. Dále také lidem se stařeckou, Alzheimerovou demencí i ostatními druhy demencí, u lidí, kteří mají nižší soběstačnost a jejichž stav žádá pravidelnou pomoc jiné osoby. Režim v těchto pobytových zařízeních je přizpůsobený speciálním potřebám těchto osobám (Sbírka zákonů, 2011).

2.6 DŮM PODPOROVANÉHO BYDLENÍ V TROUBELICÍCH

Dům podporovaného bydlení (DPB) se nachází v Troubelicích, nedaleko města Uničova. Obec Troubelice spadá pod olomoucký kraj, má 1886 obyvatel. Součástí areálu DPB je rozlehlá zahrada, která slouží k relaxaci a odpočinku.

2.6.1 Cílová skupina možných nájemců

- osoby se sníženou soběstačností v důsledku zdravotního postižení nebo v důsledku pokročilého věku,
- osoby s omezenou schopností pohybu a orientace,
- mentálně postižené osoby,
- dlouhodobě duševně nemocné osoby,
- senioři apod.

V tomto domově se nachází celkem 19 bytových jednotek. Celý objekt slouží starým a tělesně zdravotně postiženým občanům /osoby imobilní/ obce Troubelice, případně i pro občany okolních obcí, ve kterých je prokazatelná absence tohoto typu bydlení. Objekt je možné rovněž využít i jako místo pro setkávání seniorů, kteří mohou využít poskytovaných sociálních služeb, mohou zde také provádět i rukodělnou činnost i případnou pracovní terapii. Dům podporovaného bydlení pronajímá byty od 12/2005.

Nabízí celkem 19 bytů, z toho:

* 4 byty o velikosti 1+KK (chodba, sociální zařízení, obytná místnost s kuchyňským koutem)

* 15 bytů o velikosti 2+KK (chodba, sociální zařízení, obytná místnost s kuchyňským koutem, pokoj). Ke všem bytům mají nájemci pronajaty sklepní kóje.

Malý byt: průměrné nájemné 3 016,- Kč / měsíc / vč. všech služeb

Velký byt: průměrné nájemné 4 768,- / měsíc / vč. všech služeb

DPB má uzavřenou smlouvu s charitou města Uničova, který poskytuje kompletní servis dle jejich nabídky služeb. Pokud o tyto služby mají nájemci zájem, mohou je za úplaty využít. Nejde ovšem o služby poskytované 24 hod denně. Další služby v DPB poskytovány nejsou.

DPB byl postaven za účelem poskytnutí cenově dostupného bydlení pro seniory a osoby se zdravotním postižením (imobilní). Jde o formu státem podporovaného bydlení.

2.7 POHYBOVÁ AKTIVITA

Pohybová aktivita hraje důležitou roli v oblasti zdraví, životní spokojenosti a v kvalitě člověka tím, že vytváří pocit lepšího zdraví a pocit dostatečné životní síly. Aktivita zlepšuje rovnováhu, pomáhá se vyhnout, nebo alespoň iritovat pády a případné zlomeniny. Pohybová aktivita dále předchází onemocnění srdce, vysokému krevnímu tlaku, cévním mozkovým příhodám, cukrovce i některým druhům rakoviny a předčasné smrti. Pohybová aktivita preventivně podporuje zlepšování kvality života člověka (Němček, 2011).

Bouchard & Stephard (1994) rozlišují šest oblastí týkajících se pohybové aktivity, fitness a zdraví, které jsou výsledkem fyziologické snahy. Mezi ně patří: tvar těla, síla kostí, svalová síla, ohebnost páteře, pohybová výkonnost a metabolismus. Další části, které těží z pohybové aktivity, jsou funkce kognitivní, vnitřní zdraví a sociální přizpůsobení. Cvičení je pravidelná časově ohraničená činnost, která nabízí dosažitelnost žádoucích výsledků ve zlepšování úrovně zdraví nebo pohybové výkonnosti.

„Pohyb je základní potřebou každého živého tvora. Nejen zdravotní stav má vliv na pocitování životní pohody, ale pocitování životní pohody má vliv na jiné zdraví orientované chování“ (Němček, 2011, 108). Spiriduso, Francis, & Mac Rae (2005) zdůrazňují, že tací, kteří vnímají pocity životní pohody a životní spokojenosti se budou nejspíš více snažit o udržování svého zdraví a preventivně vzdorovat nemocím. A jsou přirozeně více přikloněni k vykonávání pravidelné tělocvičné a pohybové aktivity.

Němček (2011) uvádí, že se zde projevuje silná propojenost v porovnání mezi málo aktivními osobami a osobami staršími, fyzicky aktivními, kde tito měli:

- nižší počet cévních příhod, chorob srdečních, vysokého tlaku, cukrovky, rakoviny střev a prsů,
- vyšší výkonnost svalového a kardiovaskulárního systému,
- lepší body-mass index a lepší poměr mezi aktivní a pasivní hmotou svalovou, lepší delta kostí,
- lepší úroveň zdraví,
- nižší nebezpečí pádu,
- lepší úroveň poznávacích funkcí.

„Význam pohybových aktivit spočívá v tom, že udržuje dlouhodobě značnou část obyvatelstva soběstačnou a nezávislou na pomoci“ (Němček, 2011, 109). Pohybová aktivita je jeden z nejdůležitějších ukazatelů spojených s řešením otázek prevence veřejného zdraví (Ainsworth & Tudor-Locke, 2005). Ondrušková (2011) uvádí, že pohybové cvičení také významně pomáhají ke změně svého postoje. Pohyb může být zdrojem radosti a vnitřních kladných zážitků, které obohacují člověka a pomáhají mu k aktivnímu žití, kde je optimální pohyb každodenní součástí.

Tabulka 5. Sumář zdravotnických kladných efektů, které jsou propojené s tělesnou aktivitou

Stav, choroba	Efekt tělesné aktivity
Srdeční choroby	Snižuje riziko
Infarkt	Snižuje riziko
Nadváha a obezita	Snižuje riziko
Diabetes mellitus 2. Typu	Snižuje riziko
Rakovina střev	Snižuje riziko
Rakovina prsu	Snižuje riziko
Kosterně-svalová soustava	Zlepšuje stav
Osteoporóza	Zlepšuje stav, snižuje rizika
Pády ve stáří	Snižuje riziko
Psychická odolnost	Zlepšuje stav
Deprese	Snižuje riziko
Artróza	Snižuje bolest, zlepšuje pohyblivost

(Cavill, Kahlmeier, & Racioppi, 2006, 58)

Podle WHO (2011/b) má pohybová aktivita důležitou a nenahraditelnou úlohu v životě seniorů. Pravidelná pohybová aktivita má jistojistě kladné účinky na zdravotní stav, na kvalitu života a na delší trvání aktivního stáří. Ve starším věku, je žádoucí rozvíjet zdravotně orientovanou zdatnost, která se podílí na pohybové aktivitě a směřuje ke snižování rizika choroby a zlepšování zdraví.

3 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit kvalitu života seniorů žijících ve svém domácím socializovaném prostředí a jedinců žijících v domově podporovaného bydlení v Troubelicích.

Výzkumné cíle jsou řešeny prostřednictvím následujících **výzkumných otázek**:

- 1) Jaké jsou základní popisné charakteristiky kvality života respondentů?
- 2) 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/)?
- 3) Ovlivňují vybrané základní proměnné výsledky hodnocení subjektivní kvality života seniorů?
 - a. Ovlivňuje pohlaví výsledky subjektivního hodnocení kvality života SQUALA?
 - b. Ovlivňuje vzdělání výsledky subjektivního hodnocení kvality života SQUALA?
 - c. Ovlivňuje finanční situace výsledky subjektivního hodnocení kvality života SQUALA?
 - d. Ovlivňuje frekvence cvičení výsledky subjektivního hodnocení kvality života SQUALA?
 - e. Ovlivňuje subjektivní vyjádření o vlastním zdravotním stavu (5 bodová škála) výsledky kvality života SQUALA?
 - f. Ovlivňuje subjektivní vyjádření o vlastní kvalitě života (5 bodová škála) výsledky kvality života SQUALA?

4 METODIKA

V bakalářské práci se zabýváme hodnocením subjektivní kvality života u osob v seniorském věku žijících ve svém domácím sociálním prostředí a seniorů žijících v Domě podporovaného bydlení v Troubelicích určeného pro občany v postproduktivním věku.

Cílem práce je zjistit subjektivní kvalitu života pomocí dotazníku SQUALA. Vytipovali jsme si určité proměnné (pohlaví, vzdělání, finanční situace, organizovaná a neorganizovaná pohybová aktivity, frekvence cvičení, subjektivní vyjádření o vlastním zdravotním stavu a kvalitě života) o kterých se domníváme, že mohou mít na výsledky dotazníku SQUALA vliv. Soubor respondentů jsme rozdělili dle několika parametrů:

- a) pohlaví:** muži, ženy,
- b) vzdělání:** 4 bodová škála (základní vzdělání, střední vzdělání bez maturity, střední vzdělání s maturitou, vysokoškolské vzdělání),
- c) organizovaná a neorganizovaná PA:** jestli respondenti provádějí organizovanou či neorganizovanou pohybovou aktivitu během týdne. Žádná PA, pouze organizovaná, pouze neorganizovaná, organizovaná i neorganizovaná PA,
- d) frekvence pohybové aktivity:** kolikrát týdně provozují respondenti pohybovou aktivitu (organizovaně/samostatně) v rozmezí 1×, 2×, 3× a víc, necvičí,
- e) finanční situaci:** 5 bodová škála, kde subjektivně hodnotí svoji finanční situaci oproti jiným jedincům (výrazně podprůměrně, mírně podprůměrně, průměrně, mírně nadprůměrně, výrazně nadprůměrně),
- f) zdravotní stav:** 5 bodová škála, kde subjektivně hodnotí svůj zdravotní stav (velmi spokojený, spíše spokojený, ani spokojený/nespokojený, spíše nespokojený, úplně nespokojený),
- g) kvalita života:** 5 bodová škála, kde subjektivně hodnotí svoji kvalitu života (velmi dobrá, dobrá, ani dobrá/špatná, slabá, velmi slabá).
- h) kouření:** respondent nekouří, kouří tabákové výrobky.

Subjektivní hodnocení kvality života jsme u respondentů hodnotili pomocí výsledků dotazníku subjektivní kvality života SQUALA (Dragomirecká, 2006).

Výsledky hrubých skóre jsme porovnávali dle normy pro českou populaci 49-59 let (viz příloha 8), (Dragomirecká, 2006).

4.1 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU

Celkem jsme zpracovali data od 40 respondentů z toho 13 mužů (tj. 32,5%) a 27 žen (tj. 67,5%) v průměrném věku 72,4 let. Z celkového počtu respondentů jich 22 (tj. 55%) žije ve svém vlastním sociálním prostředí a 18 respondentů (tj. 45%) je umístěno v Domě podporovaného bydlení v Troubelicích. Dotazníkové šetření proběhlo koncem ledna 2015, veškeré dotazníky byly řádně vyplněny, takže nemuselo dojít k jejich redukci.

Výzkum se zabýval subjektivním hodnocením kvality života respondentů, které jsme porovnávali z následujících hledisek:

- a) **pohlaví:** 27 žen (67,5%) a 13 mužů (32,5 %),
- b) **vzdělání:** základní vzdělání 8 respondentů (20%), střední vzdělání bez maturity 12 respondentů (30%) a střední s maturitou 20 respondentů (50 %), vysokoškolské vzdělání neuvedl žádný respondent,
- c) **finanční situace:** respondenti subjektivně hodnotí finanční situaci v porovnání s ostatními probandy na 5 bodové škále. Výrazně podprůměrně 4 respondentů (10%), mírně podprůměrně 4 (10%) průměrně 27 respondentů (67,5%) a mírně nadprůměrně 5 respondentů (12,5%),
- d) **organizovaná a neorganizovaná Pohybová aktivita:** zdali provozují respondenti pohybovou aktivitu (dále PA) organizovanou či neorganizovanou. 20 respondentů ((tj. 50%) neprovozují organizovanou ani neorganizovanou PA, 10 respondentů (tj. 25%) provádějí pouze organizovanou PA, 10 respondentů (tj. 25%) provozují pouze neorganizovanou formu PA, žádný z respondentů neprovádí organizovanou i neorganizovanou PA zároveň,
- e) **frekvence cvičení:** kolikrát týdně provozují respondenti pohybovou aktivitu (organizovanou i neorganizovanou). 20 respondentů neprovozuje žádnou PA (50%), 10 respondentů provozuje PA 1x týdně (tj. 25%), 2x týdně 6 respondentů (tj. 15%), 3x a více x týdně 4 respondenti (tj. 10%),

- f) **zdravotního stavu:** respondenti subjektivně hodnotí svůj zdravotní stav na 5 bodové škále. Velmi spokojený se svým zdravotním stavem nebyl žádný z respondentů, spíše spokojení 22 respondentů (55%), ani spokojení/ nespokojení 12 respondentů (30%) a spíše nespokojení 6 respondentů (15%), úplně nespokojených bylo 6 respondentů (tj. 15%),
- g) **kvality života:** respondenti subjektivně hodnotí kvalitu svého života na 5 bodové škále velmi dobrá 4 respondenti (tj. 10%), dobrá kvalita života 27 respondentů (tj. 67%) ani dobrá/špatná 6 respondentů (15%), slabá 3 respondenti (tj. 8%), jako velmi slabou kvalitu života nehodnotil žádný respondent,
- h) **kouření:** respondentům byla položena otázka, zdali kouří. Z celkového počtu 40 respondentů uvedlo 5 respondentů (tj. 7,5%), že kouří, 35 respondentů (tj. 32,5%), že nekouří.

Tabulka 6. zastoupení souboru v četnosti a procentech (n=40)

Pohlaví	ženy	27	67%
	muži	13	33%
Vzdělání	ZŠ	8	20%
	SŠ bez maturity	12	30%
	SŠ s maturitou	20	50%
	Vysokoškolské	0	0%
Finanční situace	výrazně podprůměrné	4	10%
	mírně podprůměrné	4	10%
	průměrné	27	67,5%
	mírně nadprůměrné	5	12,5%
	výrazně nadprůměrné	0	0%
Org. aneorg. PA	bez PA	20	50%
	organizovaná PA	10	25%
	neorganizovaná PA	10	25%
	org. ineorg. PA	0	0%
Frekvence cvičení	žádná frekvence cvičení	20	50%
	1x týdně	10	25%
	2x týdně	6	15%
	3x a více x týdně	4	10%
Zdravotní stav	velmi spokojený/á	0	0%
	spíše spokojený/a	22	55%
	spíše nespokojený/á	12	30%
	spokojený/nespokojený	6	15%
	úplně nespokojený/á	0	0%
Kvalita života	velmi dobrá	4	10%
	dobrá	27	67%
	ani dobrá ani špatná	6	15%
	slabá	3	8%
	velmi slabá	0	0%
Kouření	kouřím	5	7,50%
	nekouřím	35	32,50%

4.2 ORGANIZACE A PRŮBĚH VÝZKUMU

Sběr dat v domově podporovaného bydlení v Troubelicích probíhal koncem ledna 2015. Na samotném začátku sběru dat byl všem probandům sdělen cíl a záměr výzkumu. Vysvětlili jsme jim, na jakém základě funguje dotazník a jakým způsobem má být vyplněn, popřípadě jsme zodpověděli na veškeré dotazy a objasnili nejasnosti ohledně vyplnění, anonymitě, jeho smyslu atd. Po celý průběh výzkumu nám byli nápomocni sociální pracovníci z domova Podporovaného bydlení. Sběr dat u občanů žijících ve svém socializovaném prostředí na vesnici probíhal na způsob osobní návštěvy probandů. Opět jsme jim vysvětlili veškeré potřebné informace ke správnému vyplnění dotazníků, popřípadě ujasnili nejasnosti.

4.3 POUŽITÉ METODY

Ke sběru dat jsme použili metodu dotazníkového šetření. Každý proband obdržel jeden dotazník SQUALA (Subjective Quality of life analysis, dotazník hodnocení subjektivní kvality života). Dotazník zahrnuje 21 oblastí života pokrývajících vnitřní i vnější skutečnost každodenního života. Z dotazníku byly vyřazené dvě otázky týkající se zájmu o politickou „scénu“ a víru (Dragomirecká, et al., 2006). U každé položky proband na pětibodové hodnotící škále určuje osobní důležitost této oblasti a také specifikuje jak je s touto oblastí spokojen. V oblasti důležitosti respondenti vybírají ze škály: nezbytné, velmi důležité, středně důležité, málo důležité a bezvýznamné, v oblasti hodnocení spokojenosti respondenti vybírají ze zcela spokojen, velmi spokojen, spíše spokojen, nespokojen, velmi zklamán. V dotazníku je také vytvořen prostor pro případ, že by proband chtěl doplnit ještě něco jiného, co považuje v životě za důležité a v dotazníku by se to nevyskytovalo. Samotný dotazník je složen ze dvou škál. První škála je škála hodnocení důležitosti, druhá část je škála hodnocení spokojenosti (Mareš & Marešová, 2008). Samotný dotazník SQUALA jsme ještě doplnili o vlastní dotazník pro doplnění dalších specifických informací, u kterých předpokládáme ovlivnitelnost subjektivního hodnocení kvality života a tím i výsledky dotazníku SQUALA.

4.4 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU SQUALA

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

4.5 STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ DAT

Data byla tříděna, porovnávana, statisticky zpracována a vkládána do grafů v programu STATISTICA 12 a MS Excel.

Výsledky dotazníku SQUALA jsou popsány pomocí:

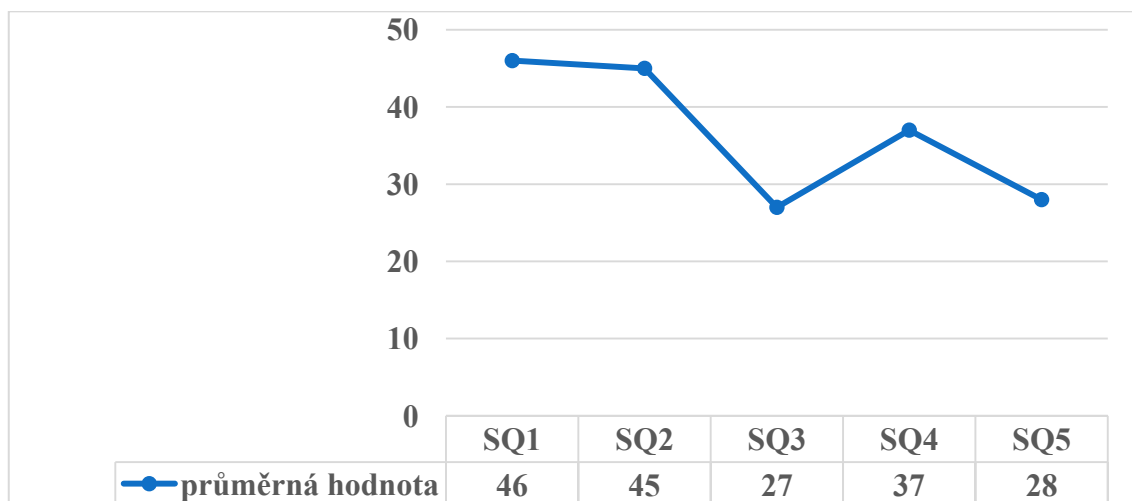
- a) průměrné hodnoty, což je aritmetický průměr pozorované oblasti,
- b) minima, což je nejnižší hodnota, která byla dosažena,
- c) maxima, což je nejvyšší hodnota, která byla dosažena,
- d) směrodatné odchylky (Std. Dev.), což je hodnota, která vyjadřuje, o kolik se pozorované oblasti vychylují od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

Skórování dotazníku SQUALA viz kapitola 4.4. Výstupem dotazníku SQUALA jsou hrubé skóre jednotlivých dimenzí a celkové skóre. Ve výsledcích jsou nejprve uvedeny hodnoty celého souboru probandů (n= 40) pomocí celkového skóre a hrubého skóre jednotlivých dimenzí SQUALA.

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

5 VÝSLEDKY A DISKUZE

5.1 SUBJEKTIVNÍ KVALITA ŽIVOTA CELÉHO SOUBORU RESPONDENTŮ DLE SQUALA



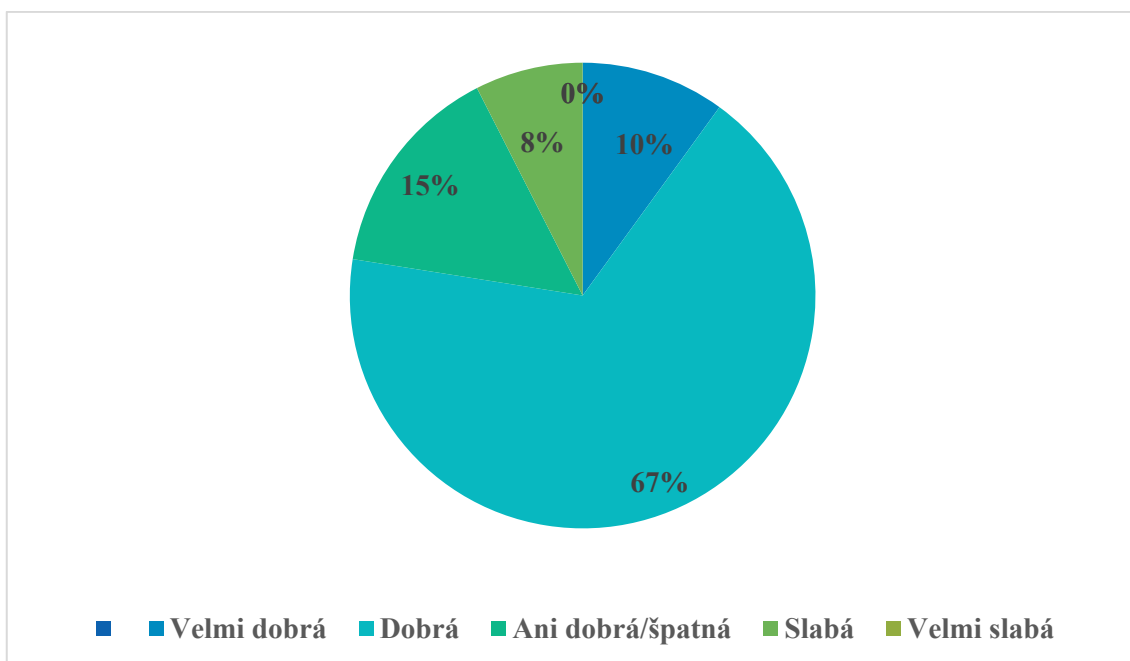
Obrázek 1. Průměrné hodnoty hrubých skóre dimenzí SQUALA (SQ1-SQ5)

Pozn. Popis dimenzí SQ1-SQ5:

- *SQ1- abstraktní hodnoty (pocit bezpečnosti, spravedlnosti, svoboda, krása, umění a pravda),*
- *SQ2- zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe samého),*
- *SQ3- blízké vztahy (rodinné vztahy, láska, sexuální život),*
- *SQ4- volný čas (spánek, sociální vztahy, odpočinek, koníčky),*
- *SQ5- základní potřeby (prostředí, bydlení, finanční prostředky, strava).*

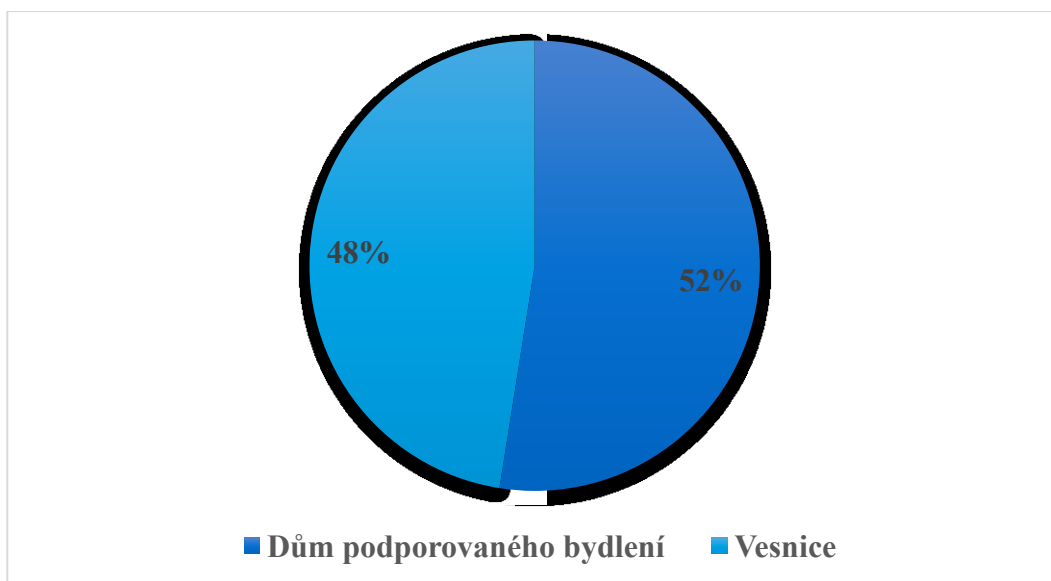
Subjektivní kvalita života v grafu 1 je vyjádřena průměrnými hodnotami hrubých skóre dimenzí celého souboru respondentů. Dimenzi SQ1 abstraktní hodnoty (pocit bezpečnosti, spravedlnosti, svoboda, krása, umění a pravda) hodnotí respondenti nejlépe. Druhou nejlépe hodnocenou dimenzí byla dimenze SQ2 zdraví (zdravotní, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe samého). SQ4 volný čas (spánek, sociální vztahy, odpočinek a koníčky) hodnotí respondenti jako třetí nejlepší dimenzi. Nejhůře hodnocenými dimenzemi jsou dimenze SQ3 blízké vztahy (rodinné vztahy, láska, sexuální život) a SQ5 základní potřeby (prostředí, bydlení, finanční prostředky, strava).

Při porovnání výsledků hrubého skóre dimenzí respondentů z obce Troubelice s výsledky reprezentativního vzorku pro ČR 49-59let (Dragomirecká, 2006, 27) je subjektivní kvalita života našeho výzkumného vzorku mírně snižená. Musíme však zdůraznit, že respondenti z Obce Troubelice jsou v průměru o 10-15% starší, což významně ovlivňuje hrubé skóre jednotlivých dimenzí. Většina respondentů z obce Troubelice hodnotili svoji kvalitu života jako dobrou (67%). Subjektivní kvalita života celého výzkumného souboru je znázorněna na obrázku 2. (Dragomirecká, 2006).



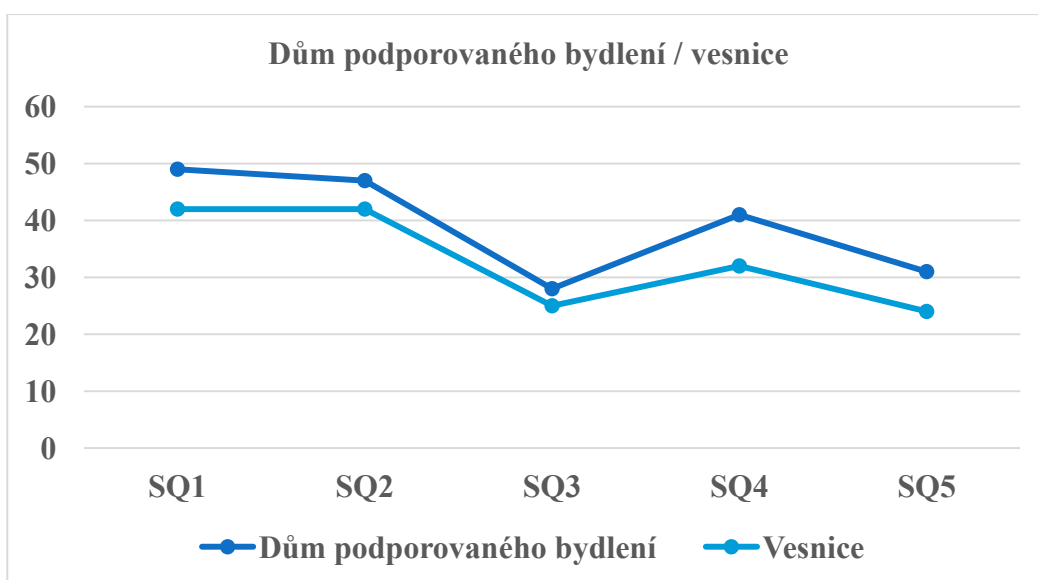
Obrázek 2. subjektivní kvalita života celého souboru vyjádřena v % dle Dragomirecké (2006).

5.2 HODNOCENÍ SUBJEKTIVNÍ KVALITY ŽIVOTA SENIORŮ ŽIJÍCÍCH V DOMĚ PODPOROVANÉHO BYDLENÍ A NA VESNICI



Obrázek 3. Počet respondentů žijících v domě podporovaného bydlení a na vesnici

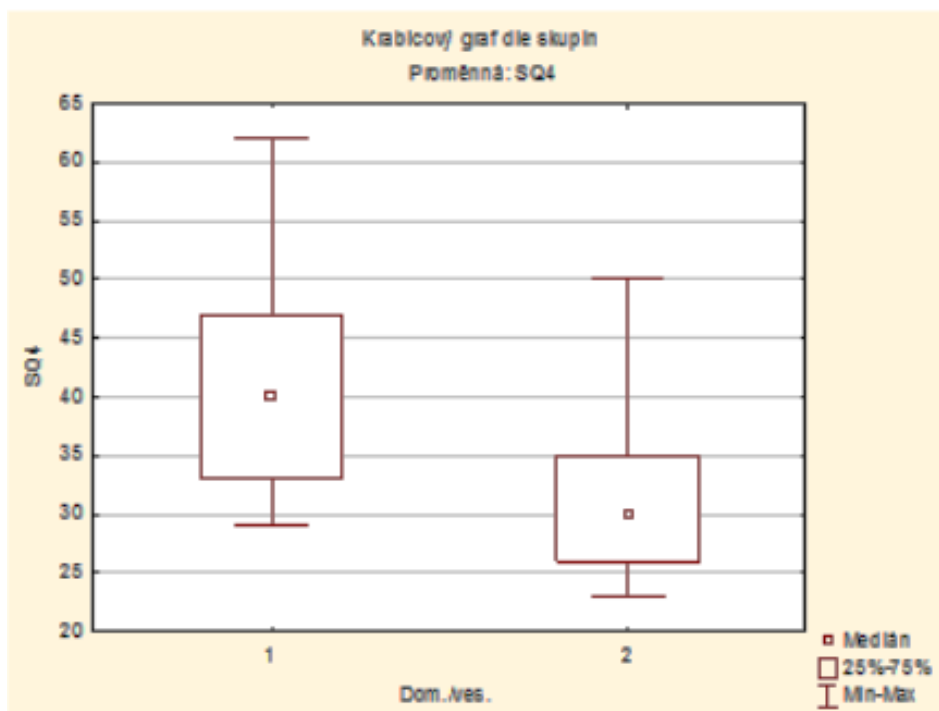
Z celkového počtu 40 respondentů jich 21 žije v domě podporovaného bydlení a 19 respondentů žijících ve svém socializovaném prostředí v obci Troubelice.



Obrázek 4. Průměrné hodnocení kvality života dle místa bydlení

Respondenti žijící v domě podporovaného bydlení nejlépe hodnotí dimenzi SQ1 abstraktní hodnoty (pocit bezpečnosti, spravedlnost, svoboda, krása a umění). Nejhůře hodnotí dimenzi SQ3 blízké vztahy. Respondenti žijící ve svém socializovaném prostředí na vesnici nejlépe hodnotí dimenze SQ1 (abstraktní hodnoty) a SQ2 (zdraví), nejhůře hodnotí taktéž dimenzi SQ3. Respondenti žijící ve svém socializovaném prostředí na vesnici jsou ve většině případů již osamocení, ovdovělí. Vzhledem k tomu, že obec Troubelice je malá vesnice poblíž „velkého“ města Uničova, většina mladých rodin se situují do města a nezůstávají na vesnici. Proto i senioři, jejichž nejbližší bydlí mimo obec, se cítí osamocení. Senioři žijící v domě podporovaného bydlení hodnotí dimenzi - blízké vztahy o něco lépe než respondenti žijící na vesnici. V domě podporovaného bydlení mají respondenti větší možnost socializace, přeci jenom je to domov určen pouze pro seniory. Také je zde vytvořen prostor, který senioři mohou využít k vlastní realizaci.

Při provedení Mann-Whitney U testu byl nalezen statisticky významný rozdíl mezi respondenty žijícími v domě podporovaného bydlení a na vesnici u dimenze SQ4 (volný čas). Hladina statistické významnosti byla stanovena na $p \leq 0,05$. U respondentů žijících v domě podporovaného bydlení byla statistická významnost lehce nad hladinou $p \leq 0,05$ ($p = 0,0583$). Dům podporovaného bydlení je přizpůsoben tak, aby každý respondent měl dostatek svého soukromí, ale zároveň měl kde adekvátně využívat svůj volný čas. Seniorům jsou nabízeny různé činnosti ať už kreativní či pohybové, kterých dobrovolně mohou využívat. Domníváme se, že senioři žijící ve svém socializovaném prostředí netráví adekvátně svůj volný čas, protože se v obci nenachází žádné aktivity určené pro seniory.

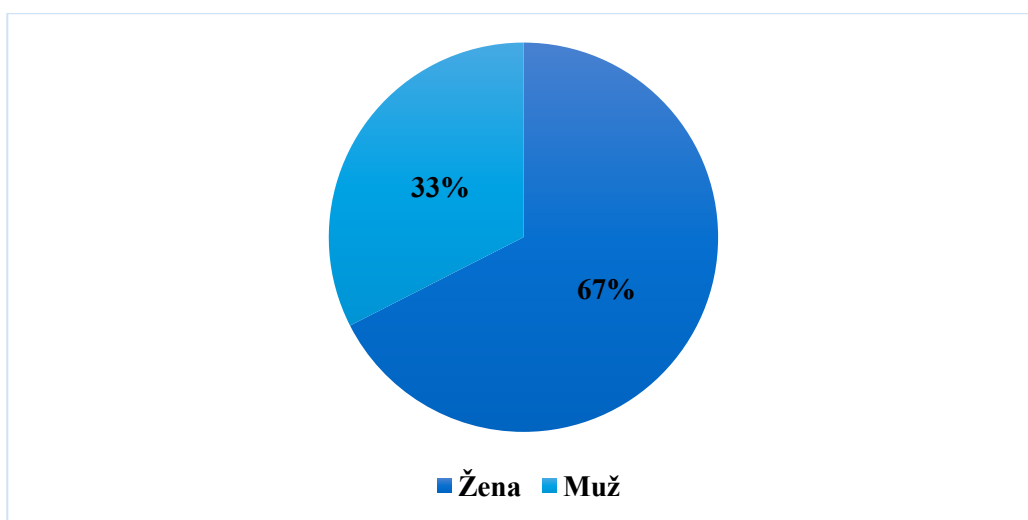


Obrázek 5. Hodnocení kvality života dle prostředí, ve kterém respondenti žijí v dimenzi SQ4 (1- dům podporovaného bydlení, 2- vesnice)

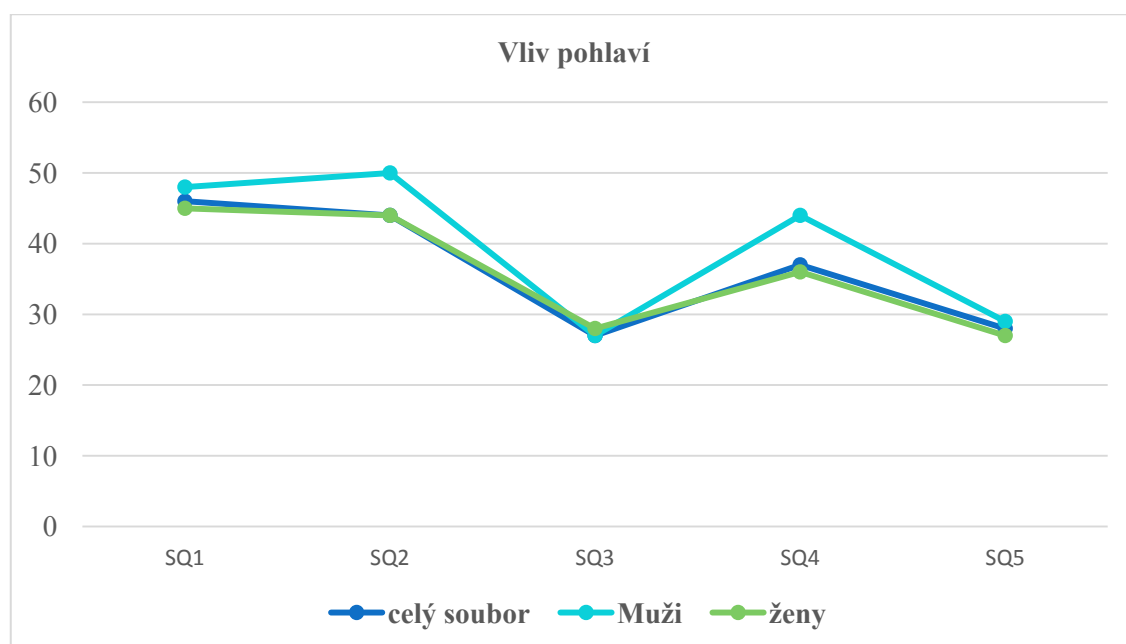
5.3 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKY VYBRANÝCH PROMĚNNÝCH A JEJICH VLIV NA VÝSLEDNÉ HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA

5.3.1 Vliv pohlaví na výsledky dotazníku SQUALA

První proměnná, jež mohla ovlivnit výsledné hodnocení subjektivní kvality života seniorů z obce Troubelice, bylo pohlaví.



Obrázek 6. Pohlaví respondentů

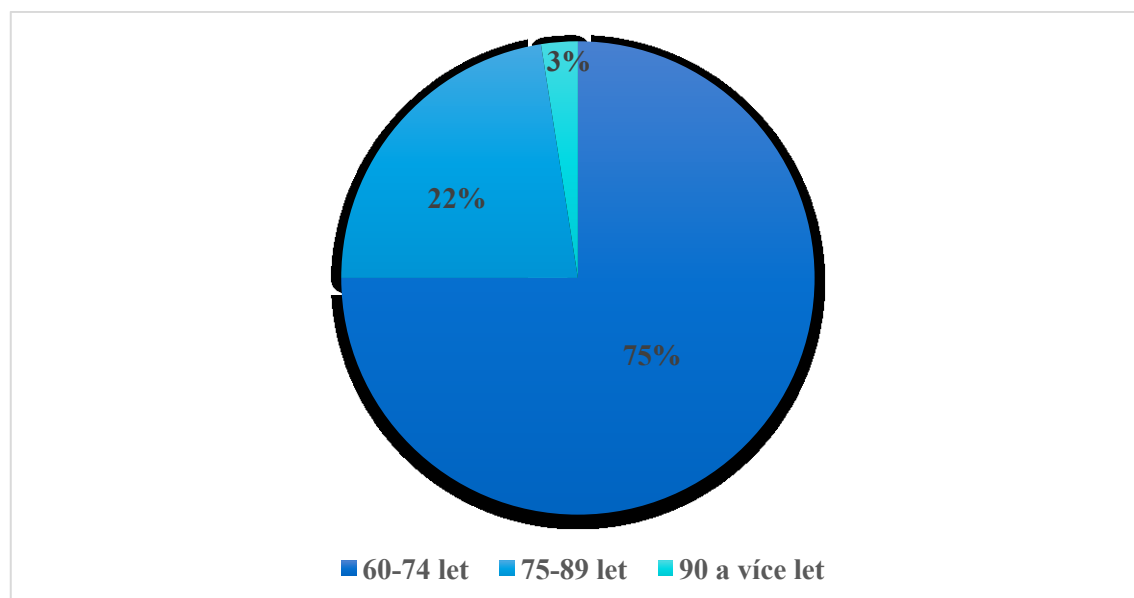


Obrázek 7. Průměrné hodnocení kvality života dle pohlaví v dimenzích SQUALA (SQ1-SQ5)

Obrázek 6 nám graficky znázorňuje hodnocení subjektivní kvality života podle pohlaví (muži – 13, ženy – 27). Dle Man-Whitney U testu (viz obrázek 7) nenacházíme u pohlaví žádný statisticky významný rozdíl. Muži hodnotí nejvýše dimenzi SQ2 zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda a péče o sebe samého). Ženy nejlépe hodnotí dimenzi SQ1 abstraktní hodnoty (pocit bezpečnosti, spravedlnost, svoboda, krása, umění a pravda). Muži nejnižše hodnotí dimenzi SQ3 blízké vztahy (rodinné vztahy, sexuální život a lásku), ženy nejnižše hodnotí dimenzi SQ5 základní potřeby (prostředí, bydlení, finanční situace a strava). Celkově jsme nenalezli rozdíl mezi subjektivním hodnocením kvality života mužů a žen, což potvrzují i závěry předešlých bakalářských prací (Kopetzká 2015; Herzig, 2014).

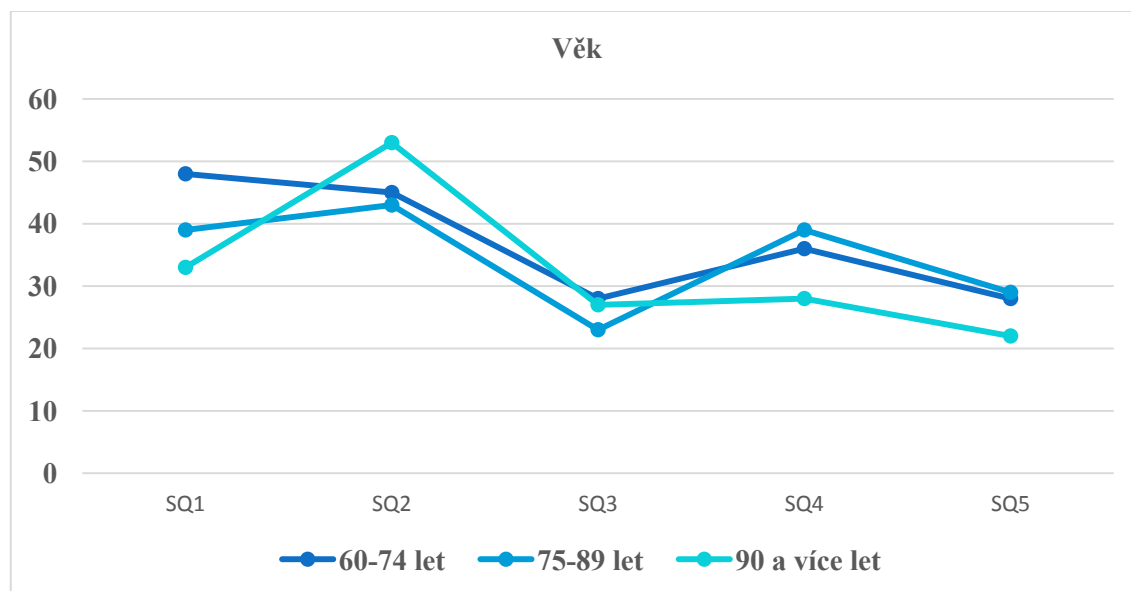
5.3.2 Vliv věku na výsledky dotazníku SQUALA

Další informací, kterou uváděli všichni respondenti v dotazníku, byl jejich věk. Předpokládáme, že věk může významně ovlivnit výsledky dotazníku SQUALA. Všechny respondenty jsme si podle WHO rozdělili dle věku do tří kategorií. Do první kategorie patřili všichni respondenti ve věku 60 až 74 let. Do druhé kategorie byli zařazeni respondenti ve věku 75 až 89 let. Do třetí kategorie patřili respondenti ve věku 90 a více.



Obrázek 8. Věk respondentů

Z obrázku 8. můžeme vyčíst, jaký počet respondentů se nachází ve stanovené věkové kategorii (dle WHO). Z celkového počtu 40 respondentů se 30 respondentů nachází ve věkové kategorii 60 až 74 let, 9 respondentů ve věkové kategorii 75 až 89 let a pouze jeden respondent se nacházel ve věkové kategorii 90 a více let.



Obrázek 9. Průměrné hodnocení kvality života, dělené dle věku v dimenzích SQUALA (SQ1 – SQ5)

Z obrázku 9 se dozvídáme o subjektivním hodnocení kvality života respondentů dle výše stanovených věkových kategorií. Respondenti ve věku 60 až 74 let nejlépe hodnotí dimenzi SQ1 abstraktní hodnoty (pocit bezpečnosti, spravedlnost, krása, umění a pravda), nejhůře hodnotí dimenzi SQ3 blízké vztahy (rodinné vztahy, láska a sexuální život) a se souhlasným skóre dimenzi SQ4 volný čas (spánek, sociální vztahy, odpočinek a koníčky). Vzhledem k tomu, že sám pocházím z obce Troubelice, vím, že velké množství oslovených respondentů stále pracuje, proto dimenze SQ3 blízké vztahy a SQ4 volný čas jsou hodnoceny nejhůře. Nejlépe respondenti ve věkové kategorii 60 až 74 let hodnotí dimenzi SQ1, důvodem by mohlo být právě již zmiňované zaměstnání, které sice „odpírá“ respondentům více volného času pro uspokojení svých potřeb a času stráveného například s rodinou či přáteli, ale naopak jim stále umožňuje rozvíjet nové zkušenosti a znalosti.

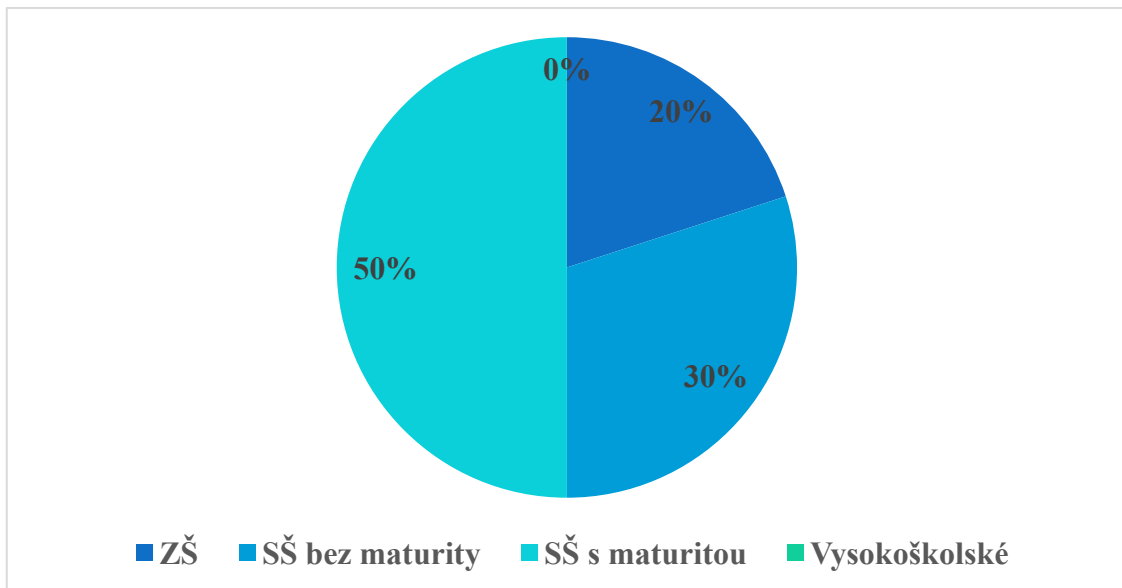
Respondenti ve věkové kategorii 75 až 89 let nejlépe hodnotí dimenzi SQ2 zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda a péče o sebe samého), nejhůře hodnotí dimenzi SQ3 blízké vztahy. Toto období je také označováno jako období

vlastního stáří (dle WHO). Potřeba vztahů k blízkým lidem se ani ve vysokém věku nijak nemění, naopak sílí potřeba rodiny a blízkých.

Ve věkové kategorii 90 a více let byl pouze jeden respondent. Ten nejlépe hodnotí dimenzi SQ2 zdraví, nejhůře hodnotí dimenzi SQ5 základní potřeby (prostředí, bydlení, finanční situace a strava). Největší pozornost musíme věnovat nejlépe hodnotící dimenzi respondenta. V tak úctyhodném věku stále hodnotí svůj zdravotní stav za dobrý, i přestože, již není soběstačný tak, jak by si přál.

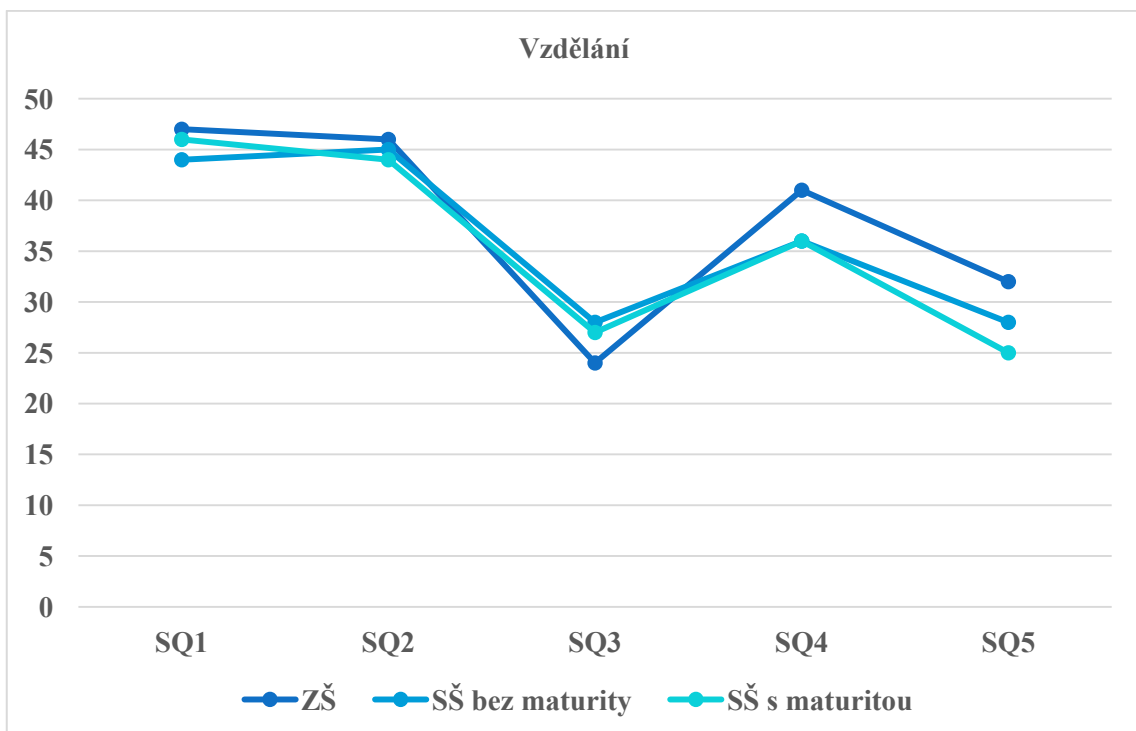
U všech věkových kategorií byl proveden Mann-Whitneyův U test. Stanovená hladina významnosti byla $p < ,0500$. Ani u jedné věkové kategorie nebyla prokázána žádná statistická významnost.

5.3.3 Vliv vzdělání na výsledky dotazníku SQUALA



Obrázek 10. Graficky vyjádřené nejvyšší dosažené vzdělání výzkumného souboru

Z celkového výzkumného souboru 20 respondentů dosáhlo středoškolského vzdělání s maturitou. 12 respondentů dosáhlo taktéž středoškolského vzdělání, avšak bez maturity. 8 respondentů dosáhlo základního vzdělání.

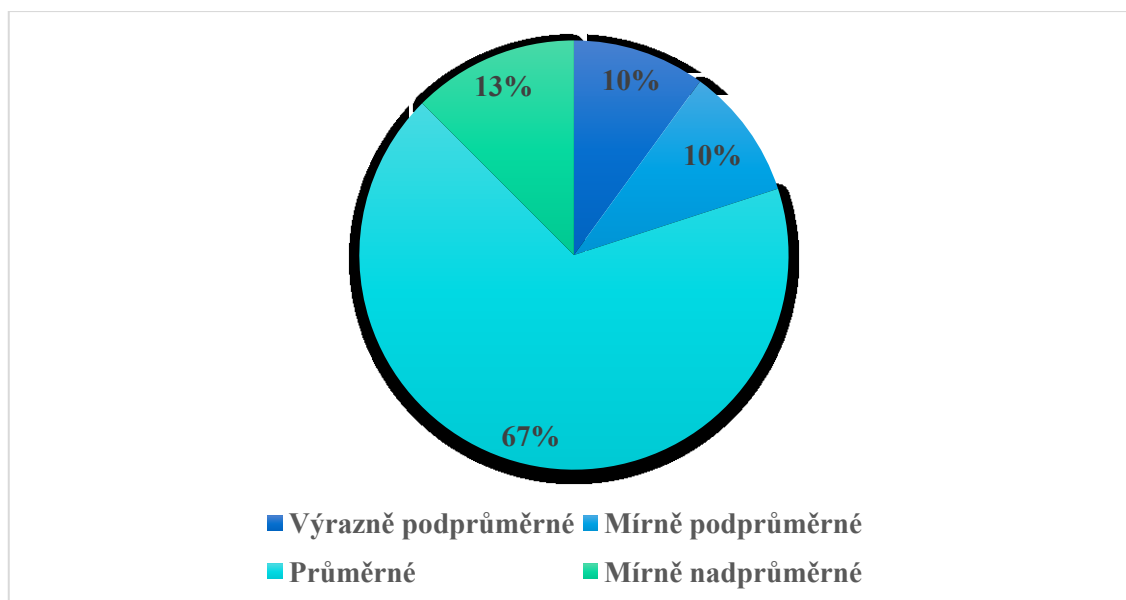


Obrázek 11. Vliv vzdělání na výsledky dotazníku SQUALA

Respondenti s nejvyšše dosaženým základním vzděláním nejlépe hodnotí dimenzi SQ1 abstraktní hodnoty. Nejhůře hodnotí dimenzi SQ3 blízké vztahy. Respondenti, jež dosáhli nejvyššího středoškolského vzděláním bez maturity, nejlépe hodnotí dimenzi SQ2 zdraví a nejhůře SQ3 blízké vztahy a SQ4 volný čas. Respondenti se středoškolským vzděláním s maturitou nejlépe hodnotí dimenzi SQ1 čímž se shodují s respondenty se základním vzděláním. Nejhůře hodnotí SQ5 základní potřeby.

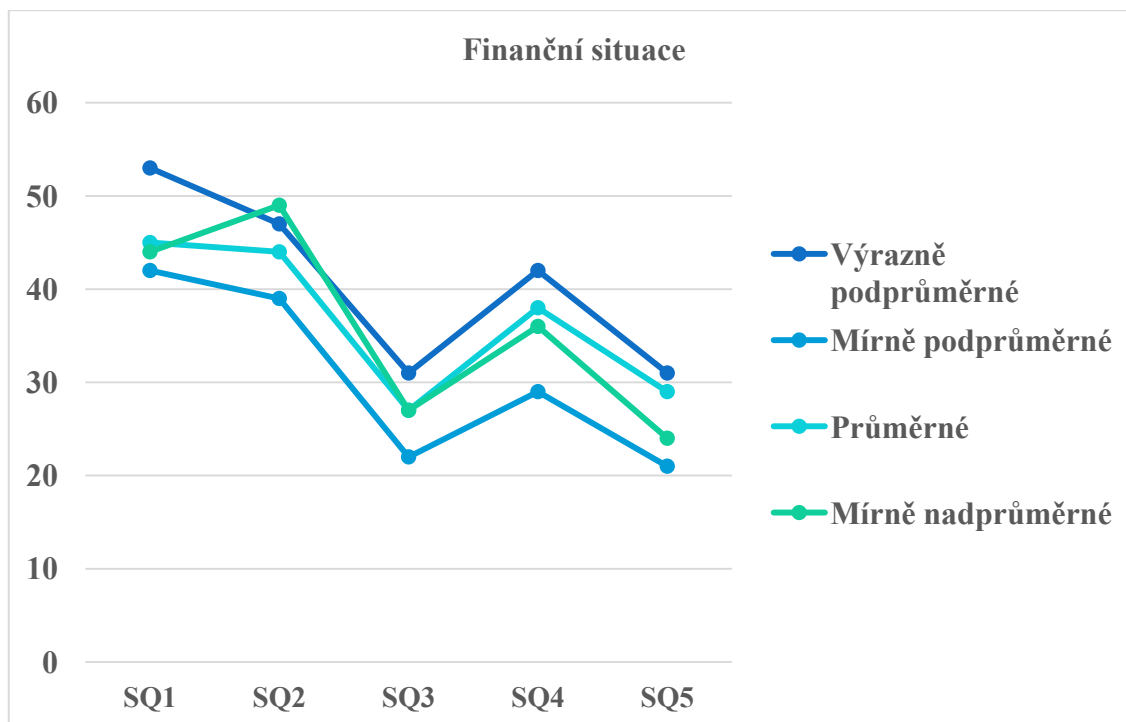
U souboru rozlišeného dle nejvyšše dosaženého vzděláním nebyl nalezen statisticky významný rozdíl (dle Kruskal-Wallis ANOVA testu) v subjektivním hodnocení kvality života dle výsledků dosažených v dotazníku SQUALA.

5.3.4 Vliv finanční situace na výsledky dotazníku SQUALA



Obrázek 12. Graficky vyjádřena finanční situace respondentů

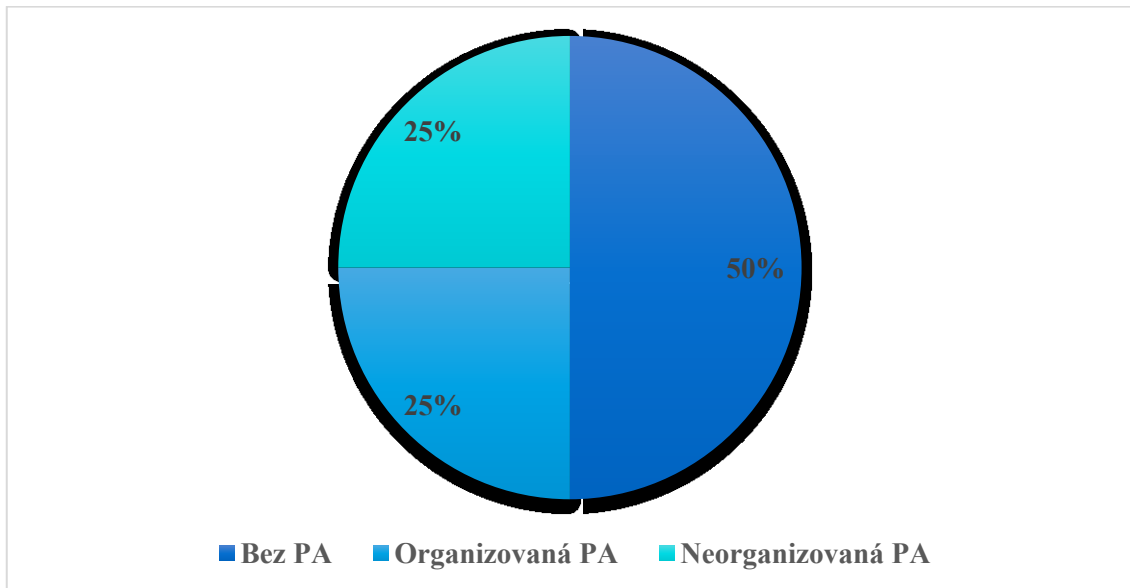
Z obrázku 12. můžeme vyčíst spokojenost respondentů se svojí finanční situací. Z celkového počtu 40 respondentů pouze 5 respondentů uvedlo svoji finanční situaci jako mírně nadprůměrnou. Většina respondentů však uvádí, že jejich finanční situace je průměrná. 8 respondentů z celého počtu uvedlo, že je jejich finanční situace podprůměrná.



Obrázek 13. Vliv finanční situace na výsledky dotazníku SQUALA

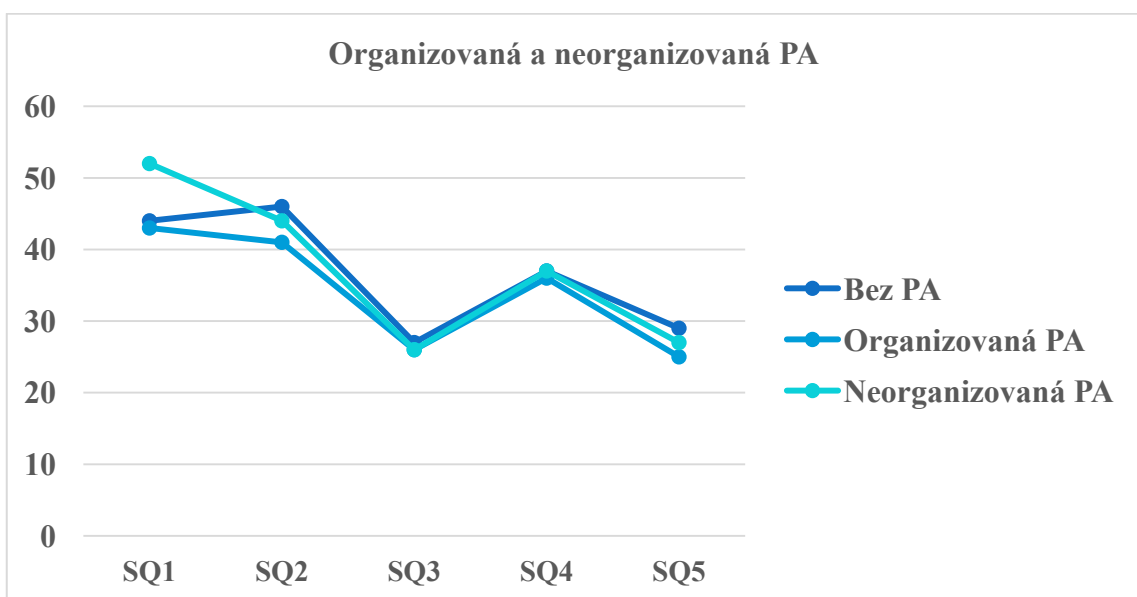
Dle Kruskal-Wallisova ANOVA testu nebyl nalezen statisticky významný rozdíl. Respondenti hodnotící svoji finanční situaci jako výrazně podprůměrnou nejlépe hodnotí dimenzi abstraktních hodnot (SQ1), naopak nejhůře hodnotí dimenzi blízkých vztahů a základních potřeb (SQ3, SQ5). Předpokládáme, že respondenti hodnotící svoji finanční situaci jako výrazně podprůměrnou nemají dostatečné množství prostředků pro zajištění si základních potřeb, proto i tuto dimenzi hodnotí ze všech nejhůře. Podobně tuto dimenzi hodnotí i respondenti uvádějící svoji finanční situaci jako mírně podprůměrnou i průměrnou. Opět nejlépe hodnotí dimenzi SQ1 a nejhůře dimenzi SQ5. Respondenti s finanční situací mírně nadprůměrnou nejlépe hodnotí dimenzi zdraví (SQ2) nejhůře opět dimenzi základních potřeb (SQ5).

5.3.5 Vliv organizované a neorganizované pohybové aktivity na výsledky dotazníku SQUALA



Obrázek 14. Množství organizované a neorganizované pohybové aktivity respondentů

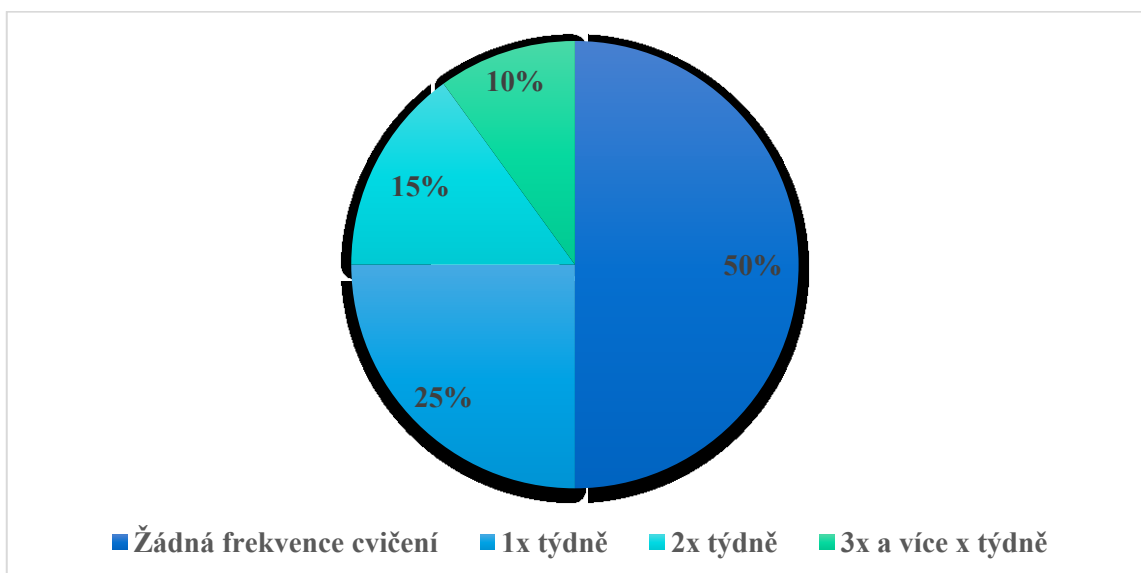
Z obrázku 14 můžeme vyčíst, že z celkového počtu 40 respondentů 50% neprovozuje žádnou pohybovou aktivitu (dále PA). Pouze 10 respondentů provozuje PA pouze organizovanou a 10 respondentů pouze neorganizovanou. Organizovanou i neorganizovanou PA zároveň neprovozuje žádný z dotazovaných respondentů.



Obrázek 15. Vliv organizované a neorganizované PA na výsledky dotazníku SQUALA

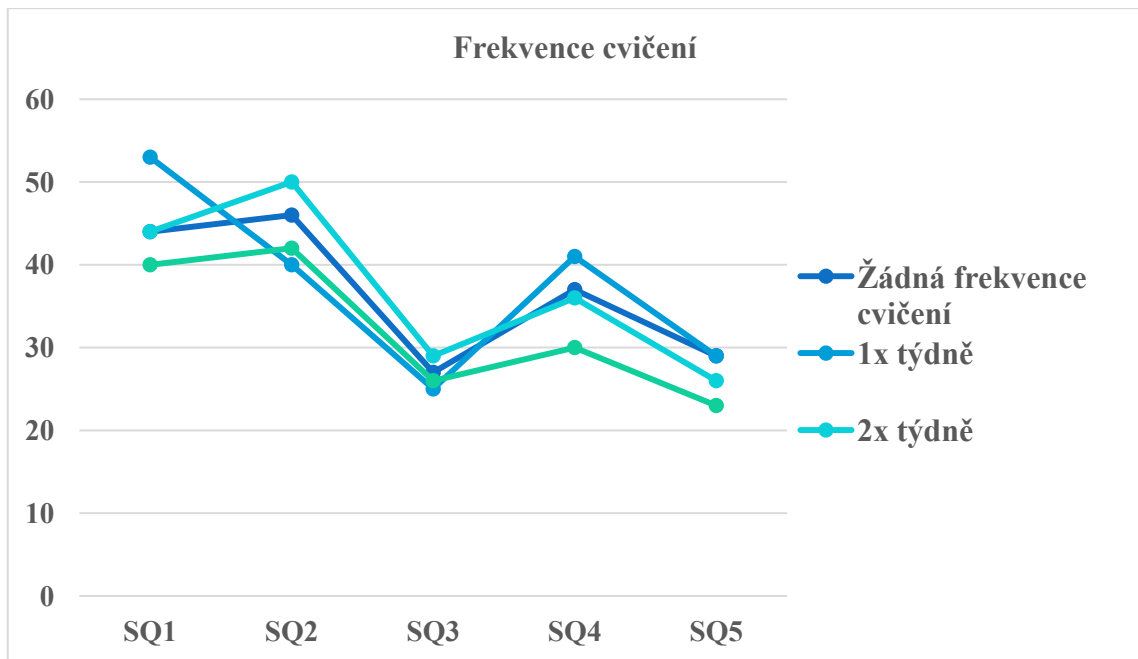
Dle Kruskal-Wallisova ANOVA testu jsme nenašli statisticky významný rozdíl mezi respondenty rozdělenými dle kritérií o provozování organizované a neorganizované PA u výsledků subjektivního hodnocení kvality života dle dotazníku SQUALA. Respondenti, kteří provozují pouze organizovanou PA, nejvýše hodnotí dimenzi SQ1 abstraktní hodnoty, nejhůře hodnotí dimenzi SQ3 blízké vztahy. Myslíme si, že organizovaná PA by mohla prospět respondentům. Nejen, že významně působí na zdravotní stav, ale zároveň utužuje sociální vztahy, umožňuje poznávat nové lidi, nový kolektiv, proto by organizovaná aktivita mohla být respondentům velmi prospěšná. Respondenti, kteří navštěvují organizovanou PA, taktéž nejlépe hodnotí dimenzi SQ1 abstraktní hodnoty, nejhůře hodnotí dimenzi SQ5 základní potřeby.

5.3.6 Vliv frekvence cvičení na výsledky dotazníku SQUALA



Obrázek 16. frekvence cvičení respondentů (během týdne)

Z obrázku 16 se dozvídáme frekvenci cvičení, tedy kolikrát týdně respondenti vykonávají pohybovou aktivitu. Již při zkoumání množství PA respondentů jsme se dozvěděli, že polovina tázaných neprovozuje žádnou PA během týdne, tudíž i frekvence je nulová. 25% respondentů provozuje 1x týdně PA. 15% jí provozuje 2x týdně a pouhých 10% provozuje pohybovou aktivitu 3x a vícekrát během týdne.

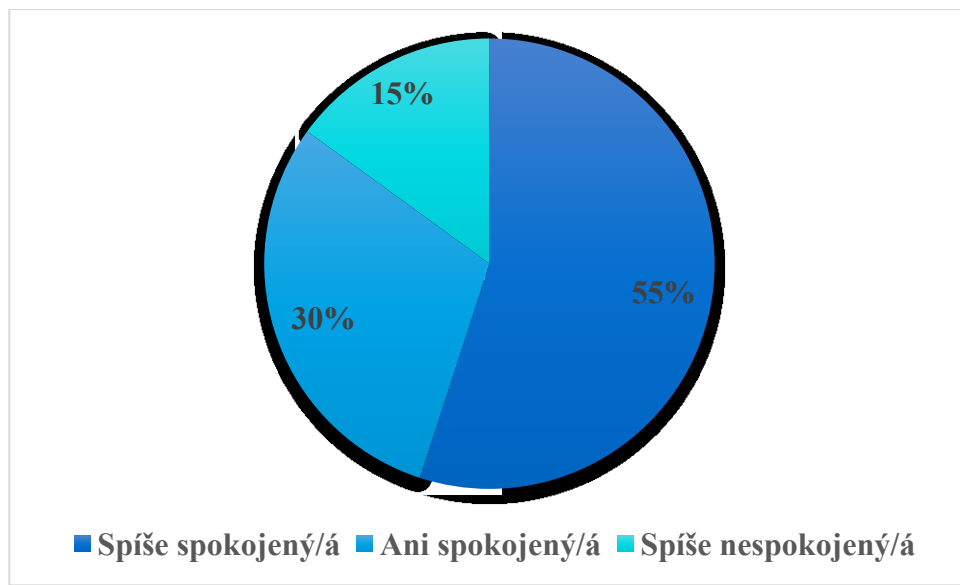


Obrázek 17. Vliv frekvence cvičení respondentů během týdne na výsledky dotazníku SQUALA

Dle Kruskal-Wallisova ANOVA testu jsme nenašli statisticky významný rozdíl mezi respondenty rozdělenými dle frekvence provozování PA mezi výsledky subjektivního hodnocení kvality života. Respondenti provádějící PA 3x a vícekrát týdně nejlépe hodnotí dimenzi SQ2 zdraví. PA pro naše tělo přináší různá pozitiva. Jestliže však chceme dosáhnout pozitivních výsledků, musíme volit vhodnou PA a každému jedinci individuálně dle jeho věku a zdravotnímu stavu přizpůsobit i její frekvenci. Opakovaná PA posiluje svaly, zlepšuje fyzickou zdatnost a zvyšuje výkonnost respiračního a srdečního systému. Při provádění deletrvajících PA dochází k uvolňování endorfinů, které svým uklidňujícím účinkem pozitivně ovlivňují lidskou psychiku (Středa, Marádová, & Zima, 2010). Z těchto závěrů můžeme usoudit, že proto respondenti provádějící PA 3x a vícekrát týdně hodnotí nejlépe dimenzi zdraví. Ty samé výsledky se nám potvrzují i u respondentů provádějících PA 2x týdně, avšak není statisticky významné. Respondenti provádějící PA 1x týdně nejlépe hodnotí dimenzi SQ1 abstraktní hodnoty, nejhůře hodnotí SQ3 blízké vztahy. Respondenti neprovádějící během týdne žádnou PA nejlépe hodnotí dimenzi SQ2 zdraví, nutné je však zmínit, že respondenti bez PA dosahují nejmladšího věku ze všech věkových kategorií, a proto i tuto dimenzi hodnotí nejlépe. Nejhůře hodnotí dimenzi SQ3 blízké vztahy. Opět

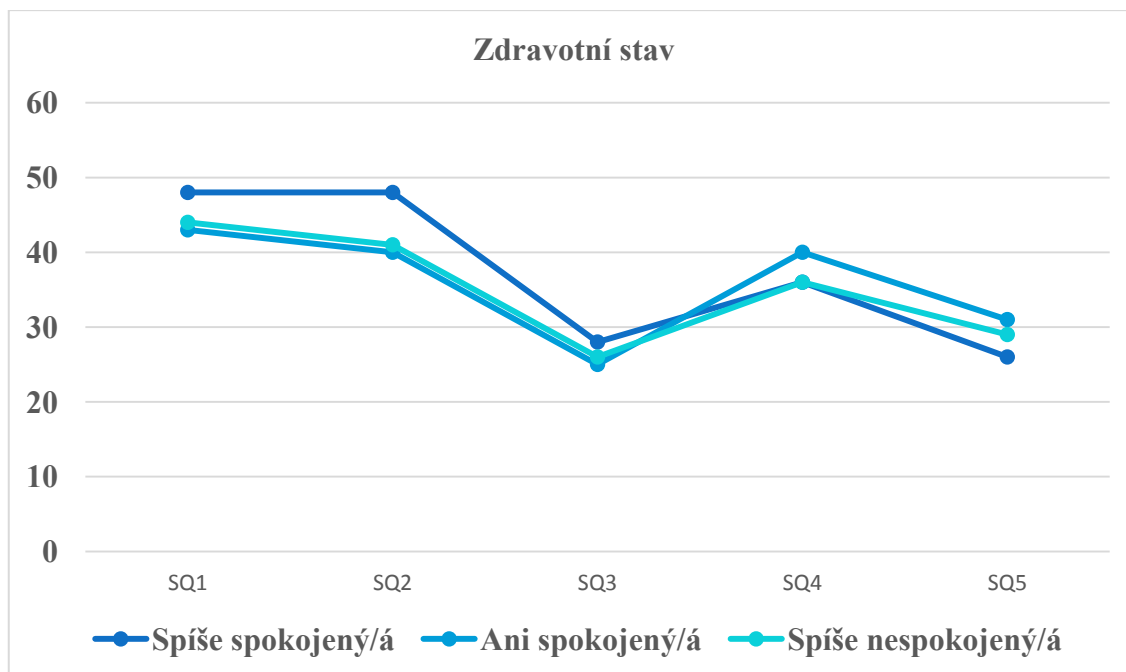
bychom respondentům mohli doporučit navštěvovat alespoň 1x týdně organizovanou PA pro lepší socializaci a zároveň i možnost utužování svého zdraví.

5.3.7 Vliv subjektivního hodnocení vlastního zdravotního stavu na výsledky dotazníku SQUALA



Obrázek 18. Hodnocení zdravotního stavu respondentů

Respondenti hodnotili svůj zdravotní stav na pěti bodové škále. Žádný z respondentů nebyl se svým zdravotním stavem velmi spokojený a úplně nespokojený. Obrázek 20 nám ukazuje, že 55% respondentů jsou se svým zdravotním stavem spíše spokojeni. 30% respondentů nejsou se svým zdravotním stavem spokojeni a 15% jsou spíše nespokojeni.



Obrázek 19. Vliv zdravotního stavu na výsledky dotazníku SQUALA

Dle provedeného Kruskal-Wallis ANOVA testu jsme našli statisticky významný rozdíl mezi respondenty rozdělenými dle subjektivního hodnocení zdravotního stavu pouze v dimenzi SQ2 zdraví - zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda a péče o sebe sama ($p=,040$). Křivohlavý (2001) definuje zdraví jako celkový tělesný, psychický, sociální a duševní stav člověka, který umožňuje optimální kvalitu života (bio-psycho-sociální složkou každého jedince). Hodnocení zdraví úzce souvisí s celkovým zdravotním stavem, čímž si můžeme odůvodnit tuto statistickou významnost. Při provedení statistického testu vícenásobného porovnání z' hodnot pro rozlišení závislosti mezi zdravotním stavem a jednotlivými skupinami (spíše spokojený/á, ani spokojený/á a spíše nespokojený/á) byl vztah zjištěn pouze mezi skupinami 3 a 4.

Respondenti, kteří spíše nejsou spokojeni se svým zdravotním stavem, nejlépe hodnotí dimenzi SQ1 abstraktní hodnoty, nejhůře hodnotí dimenzi SQ3 blízké vztahy. Zde se opět můžeme opřít o definici zdraví od Křivohlavého (2001), který tvrdí, že zdraví je ovlivňováno psychickým a duševním stavem člověka. Jestliže respondenti strádají v blízkých vztazích, zároveň se to musí podepisovat i na jejich zdravotním stavu. Život v samotě nijak nepřispívá našemu psychickému, duševnímu ani zdravotnímu stavu, proto respondenti hodnotící svůj zdravotní stav spíše nespokojený/á nejhůře hodnotí dimenzi blízkých vztahů. Respondenti, kteří nejsou spokojeni, taktéž

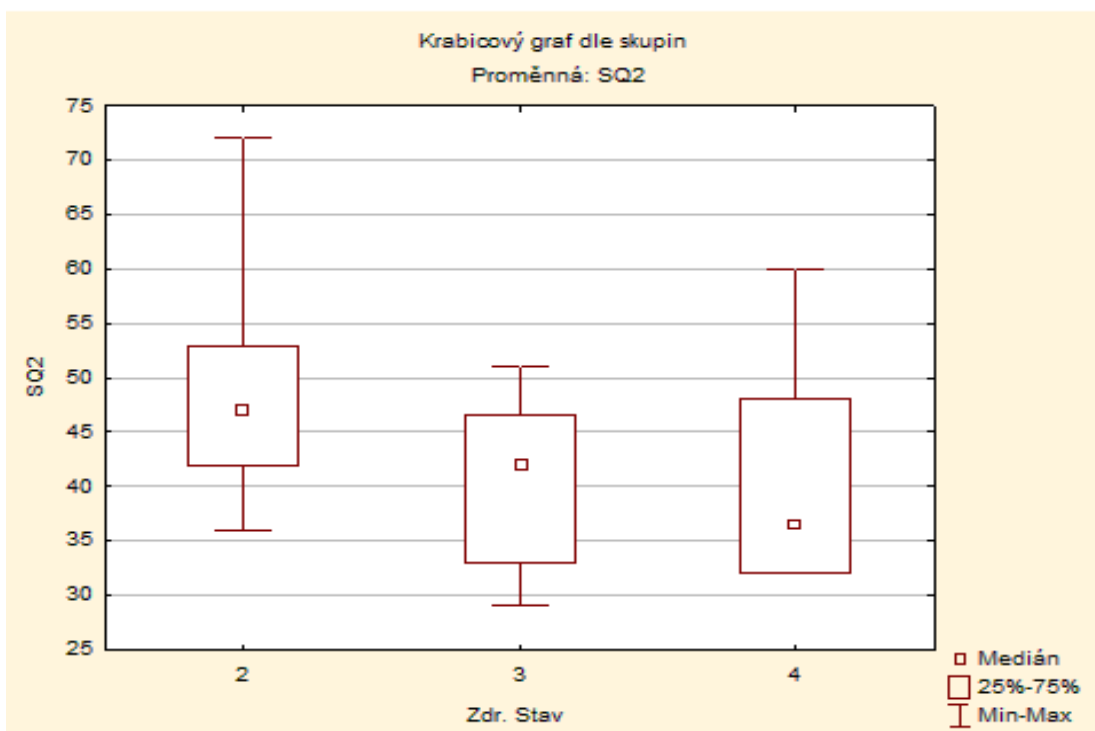
hodnotí nejhůře dimenzi SQ3. Respondenti, kteří jsou se svým zdravotním stavem spíše spokojeni, hodnotí nejlépe dimenzi SQ1 a SQ2, nejhůře potom dimenzi SQ5 základní potřeby. Zde si můžeme povšimnout, že tyto respondenti hodnotí nejlépe z uvedených 3 skupin (spíše nespokojený/á, ani spokojený/á a spíše spokojený/á) dimenzi SQ3 a SQ4.

Tabulka 7. Výsledky Kruskal-Wallis testu dimenze SQ2 zdraví

SQ2 Zdraví	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Zdravotní stav Kruskal-Wallis test: H (2, N=40) =6,435949 p=,040		
	Kód	Počet platných	Průměrné pořadí
2	2	22	24,727
3	3	12	15,417
4	4	6	15,167

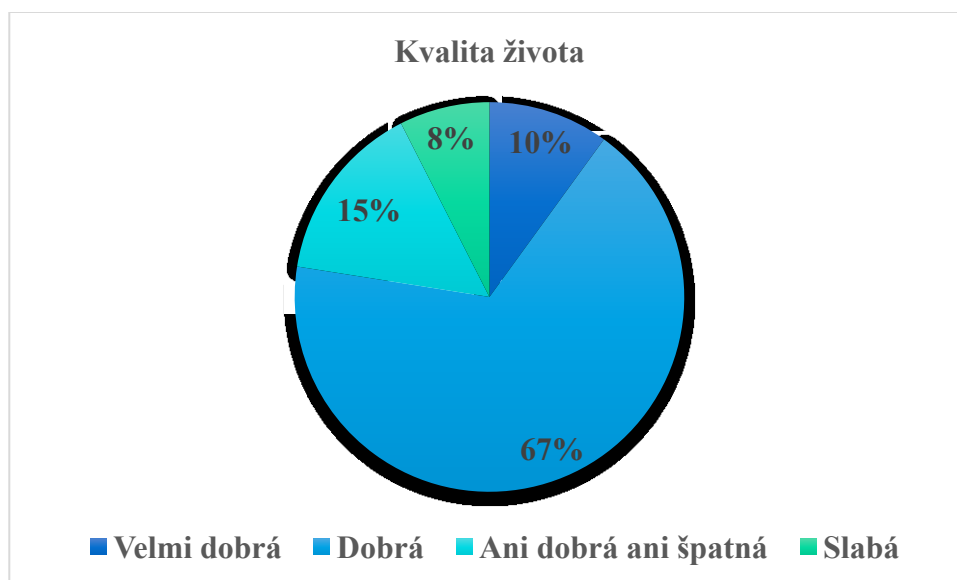
Tabulka 8. Vícenásobné porovnání hodnot Kruskal-Wallis test zdravotní stav

Zdravotní stav	Vícenásobné porovnání z' hodnot Zdravotní stav Kruskal-Wallis test H (3, N=40)		
	2 R:24,727	3 R:15,417	4 R: 15,167
2		1,775669	2,219265
3	2,219265		0,042770
4	1,775669	0,042770	



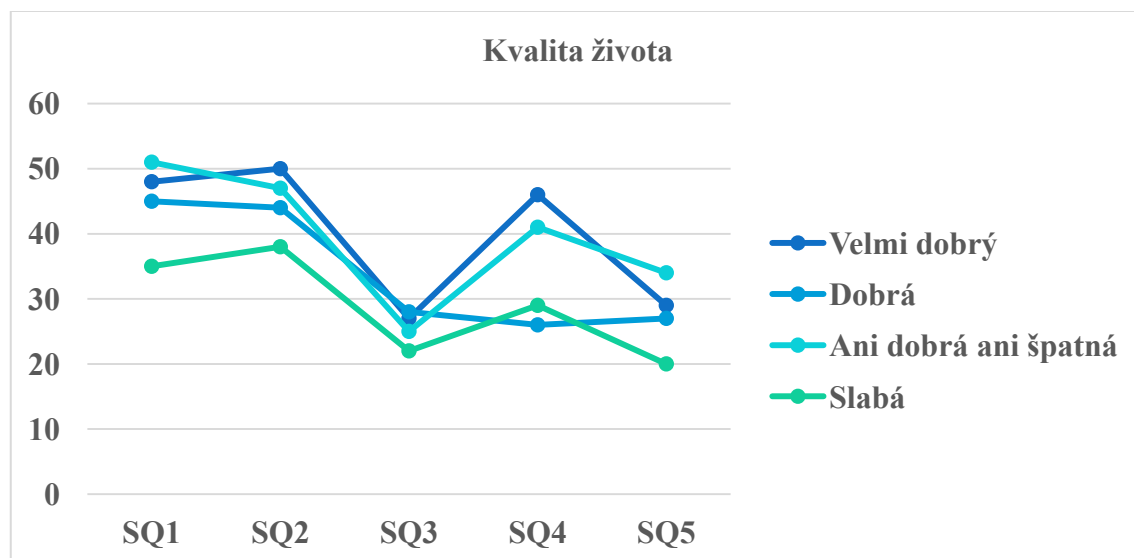
Obrázek 20. Vliv subjektivního hodnocení zdravotního stavu v dimenzi SQ2

5.3.8 Vliv subjektivního hodnocení kvality života respondentů na výsledky dotazníku SQUALA



Obrázek 21. Hodnocení kvality života respondentů

Pouze 10% respondentů hodnotí svoji kvalitu života velmi dobře. Většina respondentů (67%) hodnotí svoji kvalitu jako dobrou, 15 % jako ani špatnou ani dobrou a 8% respondentů jako slabou.



Obrázek 22. Vliv kvality života na výsledky dotazníku SQUALA

Respondenti, jež hodnotili kvalitu svého života jako velmi dobrou, nejlépe hodnotí dimenzi SQ2 a nejhůře SQ3. Respondenti hodnotící kvalitu života jako dobrou, hodnotili nejlépe dimenzi SQ1 a nejhůře SQ4. U respondentů jejichž kvalita života není ani dobrá ani špatná je rovněž hodnocena nejlépe dimenze SQ1 a nejhůře SQ3.

Tabulka 9. Vliv subjektivního hodnocení kvality života na základní potřeby

Zdravotní stav	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Zdravotní stav Kruskal-Wallis test: H (2, N=40) =8,068021 p=,0446		
	Kód	Počet platných	Průměrné pořadí
1	1	4	18,250
2	2	27	20,296
3	3	6	29,750
4	4	3	6,833

Vysvětlivky:

- 1- Velmi dobrá
- 2- Dobrý
- 3- Ani dobrá ani špatná
- 4- Slabá

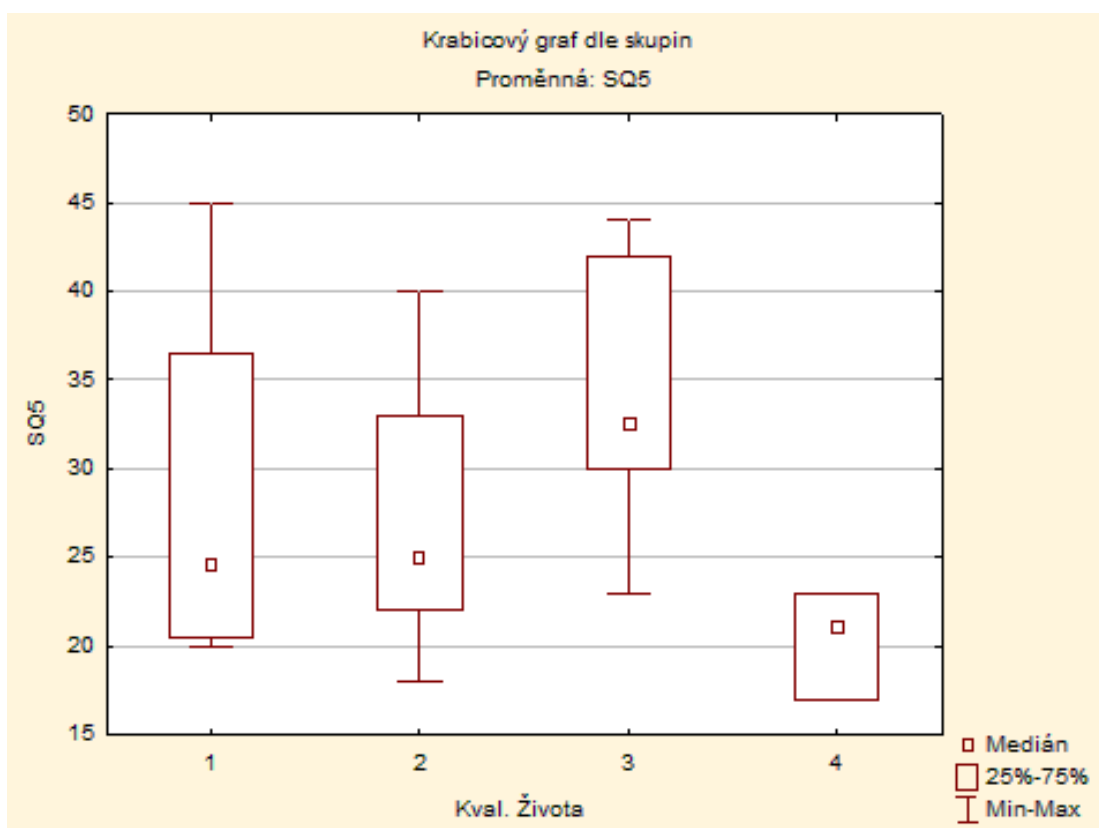
Tabulka 10. Vliv subjektivního hodnocení kvality života na základní potřeby

Základní potřeby	Vícenásobné porovnání z' hodnot			
	Kvalita života			
	Kruskal-Wallis test H (3, N=40)			
	=8,068021 p=,0446			
	1	2	3	4
	R:18,250	R:20,296	R: 29,750	R: 6,8333
1		1,000000	0,76512	1,000000
2	1,000000		0,439063	0,350702
3	0,76512	0,439063		0,033400
4	1,000000	0,350702	0,033400	

Vysvětlivky:

- 1- Velmi dobrá
- 2- Dobrý
- 3- Ani dobrá ani špatná
- 4- Slabá

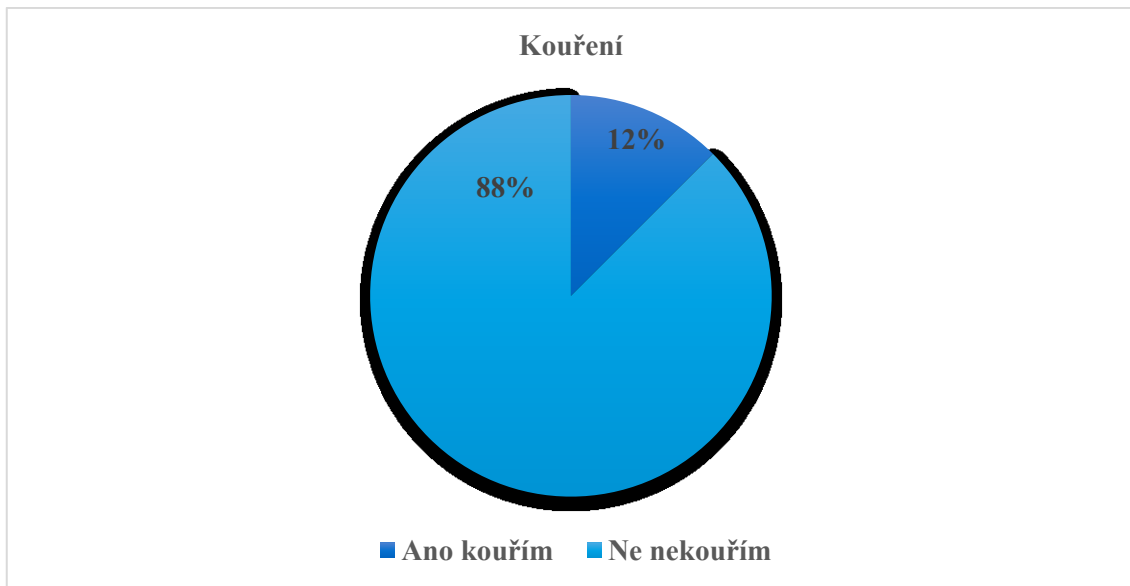
Obrázek 23. Vliv subjektivního hodnocení kvality života v dimenzi SQ5



Dle provedeného Kruskal-Wallis ANOVA testu jsme našli statisticky významný rozdíl mezi probandy rozdělenými dle subjektivního hodnocení kvality života a dimenzí SQ5 (základní potřeby). Test vícenásobného porovnání z' hodnot potvrdil rozdíl dimenze SQ5 mezi skupinami 3 (ani dobrá ani špatná) a 4 (slabá).

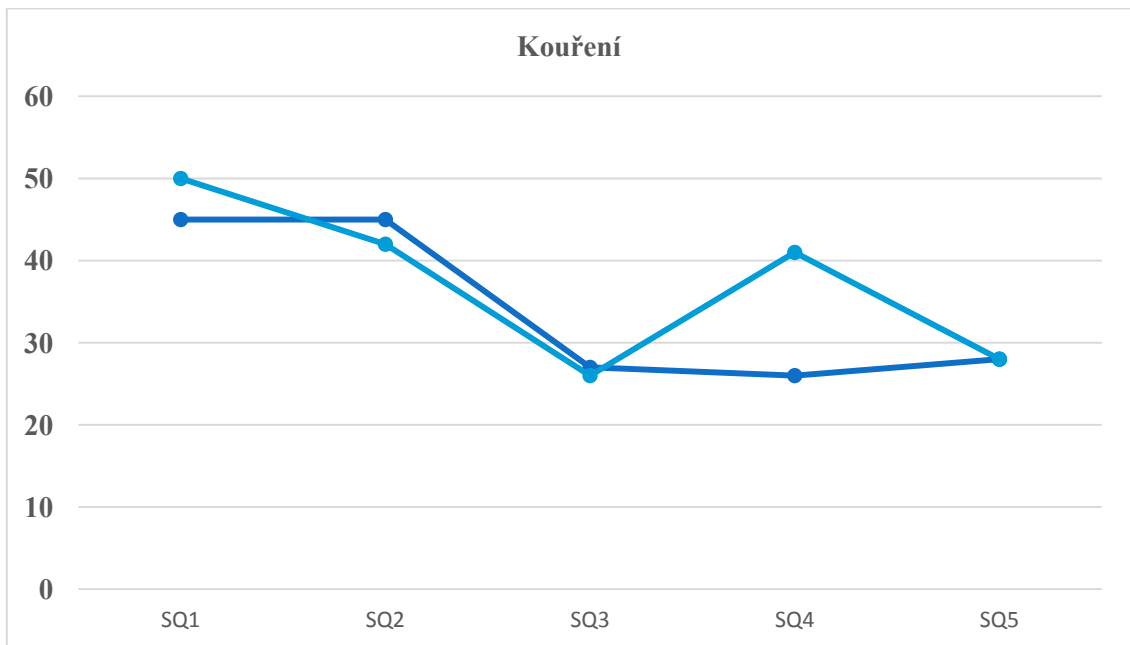
Subjektivní hodnocení této dimenze má vliv na celkové hodnocení kvality života seniorů. Základní potřeby, jako je naše prostředí, bydlení, finance a strava úzce souvisejí s hodnocením celkové kvality našeho života, proto se domníváme, že byla prokázána statistická významnost právě u dimenze SQ5 mezi skupinou 3, hodnotící svoji kvalitu života jako ani dobrou ani špatnou a skupinou 4, u které respondenti hodnotí svoji kvalitu života jako slabou.

5.3.9 Vliv kouření na výsledky hodnocení dotazníku SQUALA



Obrázek 24. Celkový počet kuřáků a nekuřáků

Z celkového počtu 40 respondentů 35 respondentů uvedlo, že jsou nekuřáci, pouhých 5 kuřáci.



Obrázek 25. Vliv kouření na výsledky dotazníku SQUALA

Dle provedeného Kruskal-Wallis statistického testu jsme nenašli žádnou statistickou významnost mezi kouřením a subjektivní kvalitou života.

6 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit subjektivní kvalitu života seniorů žijících v obci Troubelice. První skupina respondentů žije v domově podporovaného bydlení, druhou skupinou jsou senioři žijících ve svém socializovaném prostředí. Subjektivní kvalita života byla zjišťována pomocí dotazníku SQUALA, vyjádřena parciálními skóry, celkovým skórem a hrubými skóry (tzv. dimenze). Proměnnými v naší práci jsou: pohlaví, vzdělání, finanční situace, organizovaná a neorganizovaná pohybová aktivita, frekvence cvičení (během týdne), subjektivním hodnocením zdravotního stavu, kvalita života a kouření. Výsledky hrubých skóre jsme porovnali s výsledky reprezentativního souboru 49-59 let.

Při hodnocení subjektivní kvality života respondentů dle dotazníku SQUALA je nejlépe hodnocená dimenze SQ1 abstraktní hodnoty. Poměrně vysokého výsledku dosáhla dimenze SQ2 (zdraví), kterou respondenti hodnotili jako druhou nejvyšší. Nižších skóre dosahují dimenze SQ4 (volný čas) a SQ5 (základní potřeby. Nejhůře respondenti hodnotili dimenzi SQ3 (blízké vztahy).

Celkově nebyl nalezen žádný statisticky významný rozdíl mezi hodnocením subjektivní kvality života žen a mužů (dle Mann-Whitney U testu, $p \leq 0.05$).

Druhou zkoumanou proměnnou bylo vzdělání respondentů. Z celkového počtu 40 respondentů jich celkem 20 ukončilo své vzdělání státní maturitní zkouškou. Dle Kruskal-Wallis ANOVA testu opět nebyl nalezen žádný statisticky významný rozdíl, který by dokázal, že vzdělání ovlivňuje subjektivní kvalitu života respondentů.

Statisticky významný rozdíl nebyl potvrzen ani u třetí proměnné (finanční situace), kde byl také proveden Kruskal-Wallis ANOVA test.

Čtvrtou proměnnou, která by mohla ovlivnit subjektivní kvalitu života, byla organizovaná a neorganizovaná pohybová aktivita. Ptali jsme se respondentů, zda během týdne provádí či neprovádí organizovanou nebo neorganizovanou pohybovou aktivitu. Dle Kruskal-Wallis ANOVA testu nebyla nalezena žádná statistická významnost, která by dokázala, že proměnná (org. a neorg. PA) ovlivnila hodnocení subjektivní kvality života respondentů.

Při provedení Kruskal-Wallis ANOVA testu u páté proměnné (frekvence cvičení) opět nebyl nalezen žádný statisticky významný rozdíl. Respondenti provádějící

PA 2x, 3x a vícekrát během týdne hodnotí nejlépe dimenzi SQ2 zdraví. Respondenti provádějící PA pouze 1x týdně nejlépe hodnotí dimenzi SQ1 (abstraktní hodnoty).

U šesté proměnné (subjektivní hodnocení zdravotního stavu) byl proveden Kruskal-Wallis ANOVA test, který potvrdil statisticky významný rozdíl dimenze SQ2 (zdraví) a proměnné. Následně byl proveden test vícenásobného porovnání hodnot, který prokázal vztah mezi skupinami 3 (ani spokojený/á) a 4 (spíše nespokojený/á).

Statistická významnost byla prokázána i u proměnné – subjektivní hodnocení kvality života. Byl proveden Kruskal-Wallis ANOVA test, která prokázal statistickou významnost u dimenze SQ5. Pomocí vícenásobného testu porovnání hodnot byl zjištěn vztah mezi dimenzí SQ5 a skupinami respondentů hodnotící proměnnou jako ani dobrá, ani špatná a slabá.

Při porovnání výsledků hrubých skóre mezi respondenty z obce Troubelice a reprezentativním vzorkem pro ČR jsou respondenti z obce Troubelice na hranici snížené kvality života. Avšak kvalita života je celkově snížena u všech dimenzí.

Poslední proměnnou, u které jsme se domnívali, že by, mohla ovlivnit subjektivní hodnocení kvality života seniorů z obce Troubelice, bylo kouření. Dle Kruskal-Wallis ANOVA testu nebyla prokázána žádná statistická významnost. Veškeré výsledky této dimenze mohly být zkreslené, vzhledem k tomu, že počet nekuřáků byl výrazně vyšší než počet kuřáků.

7 SOUHRN

Úkolem bakalářské práce bylo zjistit subjektivní kvalitu života seniorů z obce Troubelice žijících ve svém socializovaném prostředí a seniorů žijících v domově podporovaného bydlení. Teoretická část je zaměřena na klíčové pojmy, jako je stáří, stárnutí a potřeby seniorů. Zabývám se také změnami ve stáří, kvalitou života (KŽ), zdravím a nemocí ve stáří, systémem péče o seniory v ČR. Zvláštní kapitolu jsem věnoval i Domovu podporovaného bydlení v Troubelicích a pohybové aktivitě seniorů.

V praktické části je vytyčen hlavní cíl bakalářské práce a stanoveny výzkumné otázky, na které jsme si díky dotazníku SQUALA mohly odpovědět. V praktické části je také charakterizován výzkumný soubor, průběh a organizace samotného šetření, vyhodnocení dotazníku SQUALA a statistické zpracování dat.

Pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolil seniory žijící buďto ve svém socializovaném prostředí nebo v Domově podporovaného bydlení. Cílem bakalářské práce bylo zjistit subjektivní kvalitu života Troubelických seniorů a také jestli proměnné (pohlaví respondentů, věk, místo bydliště, vzdělání, finanční situace, typ cvičení, frekvence cvičení, zdravotní stav, kvalita života a kouření) participují na kvalitě života respondentů.

Nejvýše hodnocenou dimenzí celého výzkumného souboru byla dimenze SQ1 základní potřeby. Druhou nejvýše hodnocenou je SQ2 zdraví. Nejhůře hodnotili respondenti dimenzi - blízké vztahy. Statisticky významný rozdíl byl zjištěn mezi místem bydlení respondentů a dimenzí SQ4 volný čas. Celkově je kvalita života vyjádřena hrubými skóry jednotlivých dimenzí respondentů žijících v domově podporovaného bydlení vyšší než u respondentů žijících ve svém socializovaném prostředí.

Statistická významnost byla dále potvrzena u předem stanovených proměnných, zdravotní stav a kvalita života. Statistický významnost nebyla prokázána u pohlaví, vzdělání, finanční situace, organizované a neorganizované pohybové aktivity, frekvenci cvičení a kouření.

8 SUMMARY

Task of my bachelor thesis was determine subjective quality of seniors life from the village Troubelice lived in their own socialized environment and seniors live in House Supported Housing. The theoretical part focused on basic terms like age, aging and seniors needs. I follow up changes in aging, quality of life (QL), health and illness in old age, System of Elderly Care in the Czech Republic too. I deal with the House Supported Housing in Troubelice and moving seniors activity in special chapter.

In empirical part was staked-out main target of my bachelor thesis and was determine research questions, on that we can answer thanks using SQUALLA. In empirical part is also describe research file, process and organization of the research, evaluation of questionnaire SQUALLA and statistically data processing.

I choose seniors living either in their socialized environment or in House Supported Housing in Troubelice for my bachelor thesis. The aim of bachelor thesis was determine subjective quality of seniors life living in Troubelice and also if variables (sex of respondents, age, place of residence, education, financial situation, type of practice, exercise frequency, health condition, quality of life and smoking) participate on quality respondents life.

The highest jugged dimension whole research was dimension SQ1 basic needs. Second highest jugged dimension is SQ2 health. The worst jugged dimension by respondents was close relations. Statistically meaningful different was found between respondents place of residence and dimension SQ4 free time.

Overall is quality of life determined by raw score particular dimensions of respondents living in House Supported Housing higher than by respondents living in their own socialized environment.

Statistical significance was further confirmed by predetermined variables financial situation, health condition and quality of life. Statistical signifkance was not demonstrated in gender, education, financial situation, organized and unorganized physical activities, exercise frequency and smoking.

9 REFERENČNÍ SEZNAM

- Abbate, R., Giambalvo, O., & Milito, A. M. (2001). *Service and life Quality: The Case of Palermo*. In *Social Indicators Research*.
- Ainsworth, B. E., & Tudor-Lucke, C. (2005). Health and psychice activity research as represented in RQES. In *Research Quarterly for Exercise and Sport*. ISSN 0270-1367.
- Bouchard, C., Shephard, R. J., Stephens, T. (1994). *Psychical activity, fitness and health: International proceedings and konsensus statement*. Champaign, IL: Human Kinetics Publisher.
- Burcin, T. & Kučera, T. (2006). *Jak stárneme. Bydlení pro seniory*. Brno: Era.
- Cavill, N., Kahlmeier, S., & Raciopi, F. (2006). Physical activity and health in Europe: evidence for action. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. ISSN 92-890-1387-7.
- Čeledová, L. (2012). *Sociální gerontologie. Úvod do problematiky*. Praha: Grada Publishig.
- Čížková, J., Binarová, I., Holásková, K., Petrová, A., Plevová, I. & Pugnerová, M. (2008). *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dragomerická, E., Bartoňová, J. (2006). Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF a WHOQOL-100. Praha: Psychiatrické centrum.
- Dragomerická, E. (2006). *SQUALA: Subjective quality of life analysis: příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Dragomirecká, E., et al., (2006). *SQUALA*. Příručka pro uživatele české verze dotazníku subjektivní kvality života SQUALA. Praha: Psychiatrické centrum.

- Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: GradaPublishing.
- Fahey, T., Whelan, C., Nolan, B. (2006). *Monitoring quality of life in Europe*. Luxembourg: European Foundation for the Improvement of living and Working Conditions.
- Ferrel, B. A. (2003). *Acute and chronic pain*. In CASSEL, Ch. K et al. (ed.). *Geriatric Medicine. An Evidence-Based Approach*, 4th ed. New York – Berlin.
- Groffen, D. A. I., et al. (2001). *Material deprivation and health-related dysfunction in older Dutch people*. *European Journal of Public Health*.
- Haškovcová, H. (1990). *Fenomén stáří*. 1. vydání. Praha: Panorama.
- Herzig, R. (2014). *Kvalita života seniorů v domově seniorů*. Diplomová práce (bakalářská), Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.
- Hrozenská, M. (2008). *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta.
- Jandásková, Z. (2009). *Kvalita života žen po menopauze: Osteoporóza, osteopenie a low backpain*. Brno: Filozofická fakulta Masarykovy univerzity.
- Janečková, H. (2005). *Sociální práce se starými lidmi*. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál.
- Jarošová, D. (2006). *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.
- Jedlička, V. (1991). *Praktická gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- Kalvach, Z. (1997). *Úvod do gerontologie a geriatricie*. Praha: Karolinum.
- Kalvach, Z. (2004). *Geriatricie a gerontologie*. Praha: GradaPublishing.
- Klvetová, D. & Dlabalová, I. (2008). *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vydání. Praha: GradaPublishing.

- Kopecký, J. (2009). *Manipulovaný a manipulující starý hudebník. Věché stáří, nebo zralý věk moudrosti?* Praha: Academia.
- Kopetzká, Z. (2015). *Vliv pohybové aktivity na kvalitu života seniorů (Svitavsko)*.
Diplomová práce (bakalářská), Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.
- Králová, J. & Rážová, E. (2005). *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. Olomouc: Anag.
- Kružliak, P. et al. (1995). *Pripravujemesa na dôchodku*. Bratislava: Minor.
- Kubešová, H., Holík, J., Weber, P., & Vorlíček, J. (2001). *Úskalí diagnostiky a léčby bolesti u nemocného vyššího věku*. In Geriatria.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 252s. ISBN 80-7178-774-4.
Olomouc: UP.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Gradapublishing.
- Křížová, E. (2005). *Sociologické podmínky kvality života. Kvalita života a zdraví*.
Praha: Triton.
- Langmeier, J. & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. 2. vydání. Praha: GradaPublishing.
- Linhart, J., Petrušek, M., Vodáková, A. & Maříková, H. (1996). *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum.
- Litomerický, Š. (2000). *Manažmentchronickej nemalígnej bolesti u starších ľudí*. Slov Lek.
- Malíková, E. (2011). *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vydání.
Praha: GradaPublishing.
- Mareš, J., & Marešová, J. (2008). *Paradoxy kvality života, které souvisejí se zdravím*.
Brno: MSD.

- Matoušek, O. & Koldinská, K. (2007). *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Potrál.
- MPSV. [online]. [cit. 2011-09-20]. *Sociální služby*. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/9>.
- Mühlpachr, P. (2004). *Gerontopedagogika*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita.
- Nešporová, O., Svobodová, K., Vidovičová, L. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha: VÚPSV.
- Němček, D. (2011). *Kvalita života seniorov a pohybová aktivita ako jej súčasť*. Prešov: Michal Vaško.
- O'boyle, C. A., McGee, H. & Joyce, C. R. B. (1994). *Quality of life. Assessing the individual*. Advances in Medical Sociology.
- Ondrušková, J. (2011). *Stáří a smysl života*. Praha: Univerzita Karlova.
- Pacovský, V. (2002). *Stáří a stáří. Glosář gerontologické terminologie*. Praha: Avicium.
- Sbírka zákonů [online]. [cit. 2011-12-26]. Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, §2. Dostupné z WWW: <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?typ=r&zdroj=sb06108&cd=76>.
- Sbírka zákonů [online]. [cit. 2011-12-26]. Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, §50, §48, §49. Dostupné z WWW: <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?typ=r&zdroj=sb06108&cd=76>.
- Spiriduso, W. W., Francis, K. L., & Mac Rae P. G. (2005). *Physical dimension of Aging*. Champaign IL: Human Kinetics.
- Středa, L., Marádová, E., Zima, T. (2010). *Vybrané kapitoly o zdraví*. Praha: Univerzita Karlova v Praze.
- Stuart-Hamilton, I. (1999). *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál.

- Svobodová, K. *Genderové aspekty stárnutí: rodina a péče o seniory*. [online]. [cit. 2012-01-10]. Dostupné z WWW: http://www.demografie.info/?Cz_detail_clanku&artclID=340&PHPSESSID=f3c05ed07d6861ce57ba669833218285
- Sýkorová, D. (2007). *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Slon.
- Špaténková, H. (2003). *Problematika zdraví a nemoci*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Tomeš, I. (2001). *Sociální politika, teorie a mezinárodní zkušenost*. Praha: Socioklub.
- Topinková, E. (2005). *Geriatric pro praxi*. 1. vydání. Praha: Galén.
- Topinková, E. & Neuwirth, J. (1995). *Geriatric pro praktického lékaře*. 1. vydání. Praha: GradaPublishing.
- Tošnerová, T. (2000). *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině*. Praha: Ústav lékařské etiky UK.
- Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie – dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.
- Veenhoven, R. (2000). The Four Qualities of Life. *Journal of Happiness Studies*. Vol. 1, s. 1-39. [online]. [cit. 2011-11-20]. Dostupné z WWW:<http://www2.eur.nl/fsw/research/veenhoven/Pub2000s/2000c-full.pdf>.
- Venglářová, M. (2007). *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vydání. Praha: GradaPublishing.
- Vojtovič, S. (2002). *Sociologické dimenzie štýlu života*. In „Kvalita života a ľudské práva v kontextech sociálnej práce a vzdelávania dospelých“. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešově.
- WHO. (2011/b). *Global Recommendations on Physical activity for Health*.

Recommended levels of physical activity for adults aged 65 and above. [cit. 2011-09-23]. Dostupné z WWW:

<http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html>.

Zavázalová, H. (2001). *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Plzeň: LFUK.

Zavázalová, H., Zikmundová, K., Zaremba, V. (2004). *Terénní zdravotnické a sociální služby pro seniory*. In *Geriatrice a gerontologie*. Praha: GradaPublishing.

10 PŘÍLOHY

Seznam příloh:

- Příloha 1 Žádost o umožnění provedení šetření
- Příloha 2 Informovaný souhlas
- Příloha 3 Podmínky pro výběr nájemců
- Příloha 4 Dotazník kvality života SQUALA

Příloha 1

Vážený pan starosta

Ing. Ondřej Plačko

Obecní úřad Troubelice

Troubelice 352

783 83

Věc: Žádost o umožnění provedení šetření pro bakalářskou práci

Vážení,

Chtěli bychom Vás požádat o možnost uskutečnit šetření v rámci zpracování bakalářské práce.

Student **Ondřej Vlček** by se ve své práci chtěl zabývat hodnocením kvality života uživatelů Vašich zařízení. Poskytnuté informace využije pouze pro bakalářskou práci. Student se potřebuje spojit s uživateli Vaší služby, ty požádá o vyplnění dotazníku. Klienti sami se rozhodnou, na základě dobrovolnosti, zda se šetření účastní či nikoliv.

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

Za umožnění práce děkujeme

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

Katedra APA, FTK UP Olomouc

V Olomouci dne 10. 12. 2014

Příloha 2

Informovaný souhlas

Studie: Hodnocení kvality života uživatelů domova podporovaného bydlení v Troubelicích (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:

Ondřej Vlček

Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.

(vedoucí práce)

Podpis účastníka/ zákonného zástupce:

Hlavní řešitel projektu

Příloha 3



Obec TROUBELICE

783 83 Troubelice 352

tel./fax: +420 585 032 108

Podmínky pro výběr nájemců v Domě podporovaného bydlení Troubelice

Zastupitelstvo obce Troubelice schválilo na svém 16.zasedání, které se konalo dne 25. března 2009, v bodě 492/16, níže uvedené podmínky pro výběr nájemců v Domě podporovaného bydlení Troubelice, s ohledem na Podmínky podpory výstavby nájemních bytů, stanovené Ministerstvem pro místní rozvoj ČR.

Cílová skupina možných nájemců

Osoby se sníženou soběstačností v důsledku zdravotního postižení nebo v důsledku pokročilého věku. Jedná se zejména o osoby s omezenou schopností pohybu a orientace, mentálně postižené osoby, dlouhodobě duševně nemocné osoby, seniory apod.

Kritéria výběru dle důležitosti pro obec Troubelice

Kritérium výběru č. 1

Osoby z výše uvedené cílové skupiny možných nájemců s trvalým pobytem na území obce Troubelice.

Podmínky výběru dle důležitosti:

1. datum podání žádosti
2. sociální stránka a potřebnost žadatele
3. další okolnosti
4. v nerozhodných případech bude výběr losem

Kritérium výběru č. 2

/dle tohoto kritéria se rozhodne v případě, že nebude vybrán nájemce splňující kritérium č. 1/

Osoby z výše uvedené cílové skupiny možných nájemců s trvalým pobytem na území jiných obcí

Podmínky výběru dle důležitosti:

1. datum podání žádosti

Tyto schválené podmínky zároveň **ruší** „Podmínky pro výběr nájemců v Domě podporovaného bydlení Troubelice“, schválené na 24. zasedání zastupitelstva obce, dne 12. října 2005, v bodě 685/24 usnesení.

Ondřej PLAČKO

starosta

DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA – SQUALA (3. dotazník)

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

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

	Ne- zbytné	Velmi důležité	Sřadně důležité	Málo důležité	Bezvý- znamné		Zcela spo- kojen	Velmi spo- kojen	Spíše spo- kojen	Ne- spo- kojen	Velmi zklamán
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 komičky ve volném č.											
16. být v bezpečí											
17. práce											
18. spravedlnost											
19. svoboda											
20. krása a umění											
21. pravda											
22. peníze											
23. dobré jídlo											
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. komičky											
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?
