

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy

Diplomová práce

Bc. Doris Heinzová

Učitelství výchovy ke zdraví pro 2. stupeň základních škol a Učitelství základů společenských věd a občanské výchovy pro střední školy a 2. stupeň základních škol

Hodnota zdraví u pracovníků a klientů v domovech pro seniory

Olomouc 2022

vedoucí práce: PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma “Hodnota zdraví u pracovníků a klientů v domovech pro seniory” vypracovala samostatně pod odborným vedením PaedDr. et Mgr. Marie Chráskové, Ph.D. Ke zpracování diplomové práce jsem použila jen literaturu a zdroje, které jsou uvedené v referenčním seznamu.

V Olomouci dne 14. dubna 2022

.....

Bc. Doris Heinzová

Děkuji PaedDr. et Mgr. Marii Chráskové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, poskytování cenných rad a čas, který mi věnovala. Taktéž děkuji panu Mgr. Josefovi Piskovi, řediteli DpS Červenka za umožnění realizace výzkumu v domově pro seniory v Července a v Litovli a všem zaměstnancům a klientům, kteří se účastnili výzkumu k mé diplomové práci.

Obsah

ÚVOD.....	6
1 CÍLE PRÁCE.....	9
2 TEORETICKÁ ČÁST	10
2.1 Stáří a stárnutí.....	10
2.2 Strategie aktivního stárnutí a strategie vyrovnávání se stářím	11
2.3 Hodnotová orientace seniorů.....	13
2.4 Osobní pohoda.....	13
2.4.1 Faktory ovlivňující osobní pohodu.....	14
2.4.1.1 Demografické faktory	15
2.4.1.2 Socioekonomické faktory	16
2.4.1.3 Osobní předpoklady	17
2.4.1.4 Vztahy	18
2.5 Kvalita života seniorů.....	19
2.6 Vnímání hodnot osobami seniorského věku	21
2.6.1 Hodnota zdraví	21
2.6.2 Hodnota lidských vztahů - hodnoty sociální	22
2.6.3 Hodnoty duchovní	22
2.7 Faktory ovlivňující hodnotu zdraví v životě seniorů.....	23
2.8 Stáří jako životní etapa	24
2.8.1 Biologické znaky stárnutí.....	24
2.8.2 Kognitivní změny ve stáří	25
2.8.3 Umírání.....	26
2.9 Onemocnění COVID 19.....	28
2.10 Sociální služby v péči o seniory	29
2.11 Okruh pracovníků v sociálních službách v péči o seniory	30
3 METODIKA PRÁCE	32
3.1 Hlavní výzkumný cíl	32
3.2 Výzkumné problémy, hypotézy a výzkumné předpoklady	32
3.3 Použité výzkumné metody	33
3.4 Popis výzkumného vzorku a sociálního zařízení, ve kterém byl výzkum realizován ..	35
3.4.1 Domov pro seniory Červenka.....	35
3.4.2 Popis výzkumného vzorku respondentů.....	37
3.5 Popis průběhu výzkumu	37
3.6 Použité metody na statistické zpracování výsledků	38
3.7 Zjištěné výsledky.....	39

3.7.1 Zjištěné výsledky – dotazník WHOQOL-BREF.....	39
3.7.2. Zjištěné výsledky – dotazník WHOQOL-OLD.....	45
3.8 Interpretace výsledků	55
ZÁVĚR.....	58
SOUHRN.....	60
SUMMARY	61
REFERENČNÍ SEZNAM	62
Seznam zkratk.....	67
Seznam obrázků.....	68
Seznam tabulek.....	68
Seznam grafů	69
Seznam příloh.....	71
Příloha č. 1: Dotazník WHOQOL-OLD – česká verze	I
Příloha č. 2: Dotazník Světové zdravotnické organizace Kvalita života - WHOQOL-BREF (krátká verze).....	VI

ÚVOD

Stáří představuje pro každého mladého člověka vzdálenou budoucnost, kterou si jen těžko dokáže představit. Často si neuvědomujeme, že tato životní etapa čeká většinu z nás. Až s postupem času si začínáme připouštět pomíjivost lidského bytí a všeho kolem nás. S přibývajícímí roky se dostáváme do přímé konfrontace s vlastním stářím. Začínáme pociťovat ubývání sil a všímáme si, že z tohoto světa odcházejí naši blízcí a přátelé. I přes fakt, že se jedná o nepříjemnou zkušenost se musíme naučit přistupovat ke stáří s pokorou a úctou. Vážít si jeden druhého a užívat si společných chvil s našimi blízkými. Vzhledem k faktu, že lidská populace stárne, se setkáváme čím dál častěji s pojmy jako jsou: senioři, gerontologie, aktivní stárnutí, domovy pro seniory, hospice, paliativní péče a mnoho dalších.

V průběhu života každého z nás se můžeme setkat s měnícím se žebříčkem hodnot. V mladším věku se na předních příčkách často oběhují hodnoty jako: svoboda, štěstí, láska, úspěch, pohodlný život, potěšení, opravdové přátelství, rovnost, péče o milované osoby a řada dalších. S postupným dozráváním osobnosti a přibývajícím věkem se do popředí dostává hodnota zdraví, společenská úcta, rodinné zázemí a opora. Důvodem je, že si začínáme uvědomovat křehkost zdraví nejen našeho, ale i našich blízkých. Zdraví jako takovému věnuje pozornost každý z nás. Často je tento pojem chápán jako tělesný stav, pro který je charakteristická nepřítomnost nemoci. Tato hodnota provází lidstvo od nepaměti.

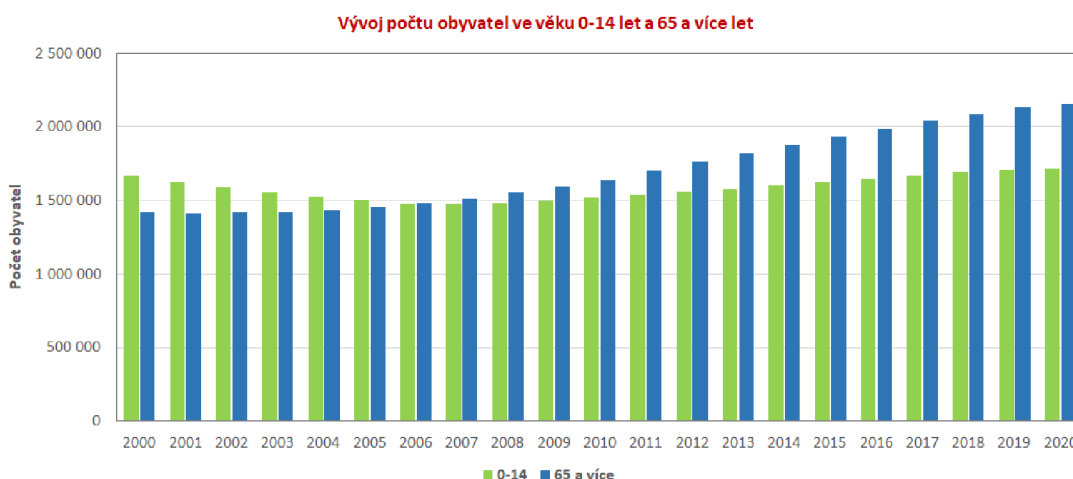
Dnešní doba, kterou prožíváme, nám přinesla další nový pojem, který se dotýká všech věkových kategorií a tím je nový typ viru SARS-CoV-2, který způsobuje onemocnění Covid-19. V průběhu řady měsíců ovlivnil životy nás všech, ať již chceme nebo nechceme. V České republice a celém světě stoupla úmrtnost, která je spojená právě s onemocněním Covid-19. Vzhledem k neustálému epidemiologickému vývoji covidové situace a změnám, kterým virus prochází, se průběžně mění i smrtnost obyvatelstva (nzip.cz, 2021).

Pojem zdraví je nezbytné uchopit komplexně jelikož se jedná o multidisciplinární téma, se kterým se setkáváme v řadě vědních oborů jako jsou: antropologie, demografie, gerontologie a geriatricie, sociologie, psychologie, etnografie, ekonomie, právo a mnoha dalších.

Prudký nárůst počtu obyvatel vyššího věku ve vyspělých zemích tvoří relevantní problém, který představuje velké riziko nejen pro společnost, ale i pro ekonomiku mnoha zemí. Tento problém se přímo dotýká i České republiky, jelikož dochází k nárůstu počtu osob starších 65 let věku a více. Tento trend má dlouhodobý charakter a je s ním přímo spojený

i pokles porodnosti, který jen lehce převyšuje úmrtnost neboli mortalitu ve společnosti (Čeledová, 2017, s. 470).

Zvyšující se věková hranice obyvatelstva s sebou přináší mnoho negativních dopadů na celou společnost. Dochází k nárůstu počtu osob, které jsou závislé na pracujících jedincích v produktivním věku, k nárůstu výdajů na důchodové zabezpečení a zdravotní a sociální péči (Čeledová, 2017, s. 469).



Obr. 1. Vývoj počtu obyvatel mezi lety 2000–2020 (Zdroj: czso.cz, 2022)

Svoji diplomovou práci jsem rozdělila na teoretickou a výzkumnou část. V teoretické části jsem se zaměřila na vymezení hodnoty zdraví u pracovníků a klientů domova pro seniory, včetně faktorů, které se podílejí na utváření jejich přístupu ke zdraví. U seniorů jsem definovala období stárnutí a stáří a rozepsala koncepci aktivního stárnutí.

Výzkumná část práce je postavena na dotazníkovém šetření, ve kterém jsme využili dotazníky zkonstruované Světovou zdravotnickou organizací, standardizované pro českou populaci autorkami české verze Evou Dragomireckou a Jitkou Bartoňkovou (Dragomirecká, Bartoňková. 2019). V části výzkumu zaměřené na zaměstnance domova pro seniory jsme použili instrument WHOQOL-BREF, složený z 26 otázek, které mají za cíl zhodnotit celkovou kvalitu života a jejich vnímání zdravotního stavu. U klientů domova pro seniory byla použita verze dotazníku WHOQOL-OLD, který je určený pro osoby starší 65 let. Zaměřuje se na zjišťování kvality života ve vyšším věku. Otázky jsou uzpůsobené věkovým zvláštnostem každé skupiny. V případě dotazníků určených pro seniory jsou otázky rozšířené v oblasti Smrti a umírání a v otázkách, které se týkají „Blízkých vztahů“.

Dotazníkové šetření jsem provedla v domově pro seniory v Července a v Litovli. Tato zařízení jsem si vybrala z důvodu, že mi jsou velmi blízká, jelikož tam působím jako pracovník v sociálních službách v nepřímé péči, a to jako sociální účetní a koordinátor individuálního plánování. Díky pracovní náplni jsem v každodenním přímém kontaktu s téměř všemi zaměstnanci i klienty zařízení. To byl také můj hlavní důvod pro výběr zpracovávaného tématu – zjistit, zda je prožívaná kvalita života v souladu i s přáními jednotlivých populačních skupin a následně své výsledky šetření zohlednit v mých pracovních aktivitách.

Pracovat s problematikou kvality života jsem se rozhodla také z důvodu, že se jedná o téma, které je mi velmi blízké nejen z pozice zaměstnance, který je v každodenním kontaktu s klienty zařízení, ale také z důvodu, že zdraví je dle mého názoru to nejcennější, co člověk má, a tak považuji za velmi důležité se o něj adekvátně starat.

1 CÍLE PRÁCE

Cílem mé diplomové práce je zjištění vnímání a přístupu nezdravotnického personálu domova pro seniory a jeho klientů k hodnotě zdraví.

Dílčí cíle:

- Zjištění aktuálních odborných přístupů ke vnímání hodnoty zdraví u pracovníků a klientů DPS na základě řešerší z dostupných odborných zdrojů a databází.
- Charakterizovat zainteresované populační skupiny a období stáří jako důležitou životní etapu.
- Specifikovat vybrané hodnoty do zvoleného výzkumného šetření.
- Realizovat výzkum u personálu a klientů v DpS.
- Analyzovat zjištěné výsledky zaměřené na hodnotu zdraví a vyvodit závěry pro další aktivity v rámci podpory zdraví a optimalizace kvality života.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Stáří a stárnutí

Na pojmy stáří a stárnutí můžeme pohlížet z mnoha úhlů pohledů. Pro mnohé jsou tato slova spojena s něčím, co značí uplynutí určitého časového úseku, a nebo jako fázi, která předurčuje konec života. Jedná se tedy o stav nebo proces, při kterém dochází k nezvratným změnám organismu v pozdní fázi lidského vývoje, která je součástí přirozeného průběhu života (Ort, 2004, s. 104).

Langmeier a Krejčířová definují 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”*. (Langmeier, Krejčířová in Malíková, 2011, s. 15).

Podle Světové zdravotnické organizace WHO (World Health Organisation) je stáří členěno na tři období:

- 60 až 74 let věku – rané stáří,
- 75 až 89 let věku – vlastní stáří,
- 90 let věku a více – dlouhověkost.

Věda, která se zaměřuje na stáří a proces stárnutí se nazývá gerontologie. Gerontologie je dále rozdělována na tři podobory (Kalvach, 2008), kterými jsou:

- Geriatrie experimentální (zabývá se stárnutím buněk, tkání a organismů z biologického hlediska a procesy, které doprovázejí biologické a psychologické stárnutí člověka).
- Geriatrie sociální (zabývá se sociálními dopady stáří a stárnutí člověka).
- Geriatrie (jinak také klinická geriatrie. Předmětem zájmu jsou zvláštnosti nemocí ve stáří a aspekty jejich léčby).

Vzhledem k tématu práce se více zaměříme na geriatrii. Jedná se o lékařský obor, který byl ustaven jako samostatný v roce 1983. Předmětem jeho zájmu je starý a stárnoucí člověk ve zdraví i v nemoci (Haškovcová, 2012, s. 87). Řadí se mezi specializované lékařské obory. V České republice má dlouhou historii. Již v roce 1926 byl založen ústav pro nemoci ve stáří a v roce 1953 byla založena Mezinárodní gerontologická asociace (IAG). Geriatrickým pacientem je starší člověk, jehož zdravotní stav doprovází komplikace spojené s přidruženými onemocněními, které ovlivňují léčebný proces, rehabilitaci a určení samotných nemocí. Ta-

kový pacient zpravidla trpí ztrátou soběstačnosti poruchami vědomí a řadou dalších komplikací (Holmerová, 2014, s. 11–12).

V současnosti však není prioritou pouze léčba geriatrických onemocnění, ale především přístup každého jedince ke své osobě, zdraví a zvolenému životnímu stylu. Stává se to náplní i strategických plánů vývoje v jednotlivých zemích.

2.2 Strategie aktivního stárnutí a strategie vyrovnávání se stářím

Světová zdravotnická organizace definuje aktivní stárnutí jako “proces zajištění optimálních příležitostí pro zdraví, účast na životě společnosti a bezpečí s cílem zajistit co nejlepší kvalitu života během stárnutí” (Ondrušová, Krahulcová, 2019, s. 54).

Jedná se o velmi vlivnou koncepci, která je zaměřená na fakt, že lidská populace stárne. Stala se důležitou součástí teoretických studií, sociálních politik řady států a jejich konkrétních programů. Česká republika se ke koncepci aktivního stárnutí připojila Národním akčním plánem podporujícím pozitivní stárnutí pro období 2013–2017. Ten se zaměřoval na: zajištění ochrany starších osob a seniorů, celoživotní vzdělávání, jejich zaměstnávání, dobrovolnictví a mezigenerační spolupráce, zajištění kvalitního prostředí pro život a zdravé stárnutí (Ondrušová, Krahulcová, 2019, s. 55).

Na strategický rámec politiky stárnutí z období 2013–2017 navazuje strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti pro období 2021–2025. Koncept je tvořen tak, aby byl komplexní a vzájemně provázaný s veřejnou politikou. Aktivní stárnutí by mělo v úplném slova smyslu znamenat participaci seniorů na společenském, ekonomickém, kulturním, duchovním i občanském dění ve společnosti. Základ pro úspěšné plnění plánu obsahuje taktéž podporu porodnosti a stability rodin, která má přímý vliv na populaci seniorů. Dokument obsahuje návrhy na opatření zajišťující spravedlivé důchody, zlepšení zdravotní péče a dostupnosti pro seniory, boj s ageismem a mnoho dalších (MPSV, 2021).

Zásadním dokumentem v oblasti sociální politiky je dokument ZDRAVÍ 2030. Jedná se o strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030. V dokumentu je obsaženo, jakým způsobem má být zdraví napříč českou populací řešeno a poskytuje informace o faktorech, které přímo ovlivňují zdravotní stav populace. Klade důraz na prevenci, zdravotní gramotnost a vlastní odpovědnost za své zdraví. Taktéž se zabývá otázkou paliativní péče zahrnující tišení bolesti, psychologickou podporu a práci s rodinou.

S ohledem na aktuální zdravotní vývoj českých občanů byly vytvořeny tři cíle, kterých by mělo být dosaženo:

- zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva,
- optimalizace systému zdravotnictví,
- podpora vědy a výzkumu (MZCR. 2019).

V roce 2015 bylo při MPSV založeno samostatné oddělení politiky stárnutí a v roce 2020 bylo oddělení sloučeno s agendou sociálního začleňování a sociálního bydlení. Vzniklo tak nové Oddělení stárnutí a sociálního začleňování. Ministerstvo práce a sociálních věcí se tak stalo koordinátorem této politiky. Mezi jeho hlavní činnosti patří:

- tvorba strategických dokumentů politiky stárnutí,
- pravidelná zasedání Rady vlády pro seniory a stárnutí populace,
- „politika stárnutí na krajích“ – projekt z Evropského sociálního fondu,
- osvěta (pořádání odborných konferencí, akce určené na podporu informovanosti a osvěty, mezinárodní spolupráce, série různě zaměřených odborných kulatých stolů „Národní konvent ke stárnutí populace“ (mpsv.cz, 2021).

Strategie vyrovnávání se stářím

Koncem 90. let 20. století byl Světovou zdravotnickou organizací přijatý koncept aktivního stárnutí, který nahradil koncept zdravého stárnutí. Body programu jsou realizovány prostřednictvím národních programů a jejich plánů. Koncept je založený na třech pilířích:

1. zdraví – prevence vzniku onemocnění (snížení nárůstu chronických onemocnění a s tím spojených předčasných úmrtí),
2. bezpečnost – poskytnutí a zajištění bezpečí a důstojného stárnutí,
3. participace – podílení se seniorů na edukaci v oblasti vlastního zdraví (Čeledová, Čevela, 2017, s. 479).

Ve státech evropské unie se používá jako nástroj pro hodnocení kvality života seniorů nástroj zvaný Index aktivního stárnutí. tento index má za úkol vyjádřit míru využití potenciálu starších osob v jednotlivých členských zemích Evropské unie. Index aktivního stárnutí zahrnuje: zaměstnanost starších občanů, aktivity spojené s volným časem, nezávislý život seniorů a prostředí, které podporuje aktivní stárnutí (Čeledová, Čevela, 2017, s. 480).

2.3 Hodnotová orientace seniorů

Hodnotová orientace u seniorů je v konečném důsledku velmi ovlivněna zdravotním stavem a aktuální fyzickou kondicí, která má přímý vliv na prožívané hodnoty, které jsou pro seniory prioritní. Rozdíly v hodnotové orientaci jsou patrné i u seniorů žijících v domácím prostředí a u seniorů žijících v zařízeních sociálních služeb. Za všeobecnou hodnotovou prioritu lze označit rodinu, která má velký význam téměř pro všechna vývojová období člověka (Ort, 2004, s. 66).

V žebříčku cílových hodnot u seniorů dominují např. hodnoty:

- rovnost bez společenské diskriminace,
- společenské uznání, projevy úcty, zachování občanské důstojnosti,
- pohodlný život v blahobytu,
- ochrana státem, garance bezpečí,
- opora v rodině, zázemí a jistota (Ort, 2004, s. 65).

Pro období stáří je ontogeneticky charakteristické bilancování a rekapitulování dosavadního života, často spojené s přehodnocením dosavadního životního stylu v návaznosti na změnu životních priorit. V každém věku lidského života se setkáváme s hierarchií hodnot, které neodmyslitelně patří ke každému vývojovému období člověka. Hodnotová orientace má individuální charakter. Ty hodnoty, které jeden považuje za důležité, mohou být pro druhého hodnotami marginálními (Ort, 2004, s. 64).

2.4 Osobní pohoda

Prožívání osobní pohody tvoří velmi důležitou součást života každého z nás a je indikátorem kvality života. Pojem osobní pohoda je jinak též označován anglickým termínem well-being (vlada.cz, 2019).

Termínem **osobní pohoda** rozumíme emoční stav, který má dlouhodobý nebo přetrvávající charakter, v němž se promítá celková spokojenost člověka. V nejširším slova smyслу je tento pojem tvořen dvěma složkami, a to složkou emoční a kognitivní. Z kognitivního hlediska se jedná o uvědomělé hodnocení vlastního života. Emoční složka zahrnuje: nálady, emoce, afekty atd. (Blatný, 2010, s. 198).

V rámci psychologického přístupu se výzkum, teorie a praxe, která je zaměřená na osobní pohodu snaží pochopit bio-psycho-sociální a behaviorální faktory, které mají za cíl

dosáhnout lepšího pocitu blaha. Dále také slouží jako prevence různých psychických dysfunkcí (ProQuest.com, 2019).

Nejvíce pozornosti věnují badatelé v rámci osobní pohody subjektivní (self-esteem) pohodě a psychické pohodě (vlada.cz, 2019).

Termín **subjektivní pohoda** se začal rozšiřovat od konce 50. let 20. století ve smyslu ukazatele kvality života v přímé návaznosti na osobní vnímání světa kolem nás. To, jakým způsobem jedinec vnímá svět kolem sebe, přímo souvisí s prožíváním konkrétních životních událostí a vytvářením reakcí na nastalé situace. Subjektivní pohoda se později rozdělila na dvě základní komponenty, kterými jsou životní spokojenost a štěstí (happiness). **Životní spokojeností** rozumíme schopnost pozorovat rozdíl mezi aktuálním prožíváním životní situace nebo období, ve kterém se jedinec aktuálně nachází, a tím co očekává. Termín **štěstí** reprezentuje stav mezi prožíváním negativních a pozitivních emocí se zaměřením na základní otázky života a schopností sebezpřijetí s důrazem na pozitivní hodnocení sebe a osobního života i za předpokladu uvědomění si vlastních nedostatků (vlada.cz, 2019). Americký psycholog Warner Wilson sestavil seznam charakteristik, které jsou typické pro šťastné lidi. Na základě jeho výzkumů přišel s hypotézou, že šťastný je ten člověk, který dosáhl určitého vzdělání, je dostatečně platově ohodnocen, extrovertní povahy, nábožensky založený a mnoho dalších, jak uvádí Blatný (2010, s. 198). V pozdějších letech studia došlo k rozšíření možných zdrojů a faktorů, které mají vliv na osobní pohodu. Z těchto výsledků bylo definováno rozdělení osobní pohody do čtyř kategorií:

- socioekonomické faktory,
- demografické faktory,
- osobní předpoklady,
- vztahy (Blatný, 2010).

2.4.1 Faktory ovlivňující osobní pohodu

V následující části práce jsou uvedeny faktory, které mají možný vliv na prožívání osobní pohody a přímo tedy souvisí s kvalitou života. Mezi faktory, které mají vliv na osobní pohodu patří: demografické faktory, socioekonomické faktory, osobní předpoklady a vztahy (Blatný, 2010).

2.4.1.1 Demografické faktory

Pro konec 20. století je z demografického hlediska charakteristický neustále se zvyšující věk obyvatelstva napříč všemi vyspělými zeměmi, včetně České republiky. Neustále zvyšující se počet starších obyvatel je vnímán jako velmi vážný, nejen společenský, ale i ekonomický problém. Důvodem je nárůst počtu obyvatel, kteří jsou závislí na části obyvatelstva, která je v produktivním věku. Důsledkem toho dochází k nárůstu výdajů za zdravotní a sociální péči a v neposlední řadě jsou s tím spojené vysoké výdaje na důchody (Čeledová, Čevela, 2017, s. 469). V současné době je v české společnosti 22 % osob ve věku nad 60 let, 17 % ve věku nad 65 let věku a asi 4 % osob ve věku nad 80 let (Čeledová, Čevela, 2017, s. 472).

V roce 2006 se Česká republika zařadila mezi státy, ve kterých převažuje obyvatelstvo v seniorském věku nad počtem obyvatel v dětském věku. Nárůst počtu obyvatel v seniorském věku je přímo spojený s prodlužováním střední délky života, tedy naděje na vyšší dožití, která se týká především žen. Ženy se průměrně dožívají 81,7 roku oproti tomu muži 75,9 roku. Z tohoto faktu vyplývá, že je vyšší podíl ovdovělých žen než mužů (Ptáčková, Ptáček, 2021, s. 17).

Podle Blatného (2010, s. 200) do demografických faktorů ovlivňujících osobní pohodu neboli well-being, patří:

- pohlaví,
- věk,
- nejvyšší dosažené vzdělání,
- výše příjmů,
- rodinný stav,
- sociální a ekonomický status,
- zdravotní stav,
- zaměstnání,
- víra,
- etnická či rasová příslušnost.

Díky provedeným výzkumům bylo prokázáno, že demografické faktory nemají na well-being až takový vliv, jak se dříve zdálo. Neznamená tedy, že čím lepší zaměstnání s vysokým platovým oceněním máme, tím jsme šťastnější než ten člověk, který má minimální mzdu nebo je nezaměstnaný. Tuto hypotézu potvrdil i výzkum, který prováděl americký psy-

cholog Wilson. Z výzkumů tedy vyplývá, že 4/5 osobní pohody mají jiné zdroje než ty, které mají demografický původ (Blatný, 2010, s. 200).

Přesto, že bylo prokázáno, že demografické faktory nemají příliš velký vliv na osobní pohodu, bylo na základě epidemiologických studií zjištěno, že mají přímý vliv na hodnotu zdraví a jsou tedy přímo spojeny se socioekonomickým statutem. Spojitost hodnoty zdraví se socioekonomickým statutem se projevuje v zažitých vzorcích chování (Hygiena, 2014).

Z dat získaných ČSÚ vyplývá, že právě hodnota zdraví je často odrazem sociálního a ekonomického vývoje. S tím jsou v negativním slova smyslu spojené navýšené náklady na sociální zabezpečení a četnost poskytované lékařské péče. Protikladem je fakt, že prodlužující délka života je ukazatelem úspěšných dlouhodobých snah o zvyšování kvality života, životní úrovně a celkový zlepšený stav české populace obyvatelstva (czechdemography.cz, 2010).

2.4.1.2 Socioekonomické faktory

Pro pocit osobní pohody jsou velmi důležité dobré mezilidské vztahy, příslušnost k nějaké společenské skupině, sociální opora a z toho vyplývající pocit sounáležitosti a soudržnosti. Socioekonomické faktory se přímo odráží na prožívání osobní pohody a patří tak do tzv. sociálních indikátorů. Sociální indikátory řídí chování jednotlivců a umožňují tak vyhodnocování toho, kam člověk směřuje s ohledem na hodnotovou orientaci a cíle (Hrozenková, Dvořáčková, 2013, s. 21).

Kvalita mezilidských vztahů a socioekonomické faktory jsou ukazatelem duševní pohody, člověk je sociálními interakcemi silně ovlivňován. Jak pozitivně, tak negativně. Na základě nich se jedinec dokáže vyrovnávat se stresovými situacemi. Stresová zátěž má tedy přímý i nepřímý vliv na zdraví. Přímě se projevuje propuknutím nemoci nebo jejími projevy, nepřímě se jedná pouze o projevy ve změnách chování či životním stylu (Kříž, 2014).

Křivohlavý (2011) poukazuje na velký význam dosažení ekonomické úrovně, která dává člověku možnost uspokojovat základní ekonomické potřeby. V momentě, kdy člověk odchází do starobního důchodu dochází ke snížení finančního příjmu a často ke snížení ekonomické úrovně, která se může odrazit i na uspokojování vlastních potřeb.

Vyspělé společnosti mají za svůj dlouhodobý cíl zvyšovat kvalitu života a poskytované zdravotnické péče seniorům, včetně jejich ekonomického zajištění. V případě změn v oblasti důchodového či zdravotního systému, jsou právě senioři ti, kteří tyto změny pocítují nejdříve. Jejich ekonomická situace je nejvýrazněji ovlivňovaná stále se zvyšujícími cenami nájemného a platbami spojenými se zdravotnictvím (Sak, Kolesárová, 2012, s. 139).

V České republice převládá trend prodlužující se délky života spojený s přítomností nemoci. Osobní přístup k vlastnímu zdraví a životní styl patří mezi hlavní ukazatele zdravotního stavu a lze je považovat za prediktory zdravotního stavu. S absencí správné péče a znalostí nelze život prodloužit. Světová zdravotnická organizace definuje zdravotní gramotnost jako: “soubor kognitivních a sociálních schopností určujících motivaci a způsobilost jednotlivců k tomu, aby si dokázali získat přístup k informacím, porozuměli jim a využívali je způsobem, který podporuje a udržuje dobré zdraví” (Janovská, Jakubalová, Křístek, 2016).

Se stářím se pojí také anglický termín **ageismus**. Poprvé jej použil americký psychiatr Robert Butler. Ageismus se projevuje diskriminačními praktikami nejen vůči starým lidem jako jednotlivcům, ale také jako celku. Anthony J. Traxler označil za hlavní zdroje diskriminace starých lidí:

- Strach ze smrti (senioři a jejich věk evokují skutečnost blížící se smrti).
- Důraz na mládí a fyzickou krásu (především ze strany médií bývá často stáří prezentováno jako negativní a nechtěné).
- Produktivita a ekonomický potenciál (ekonomická závislost seniorů).

Traxler vymezil tři stádia sebepojetí seniorů:

- V prvním stádiu člověk přijímá roli seniora.
- V druhém stádiu se senior sžívá s novou sociální rolí.
- V případě, že nedojde k upevnění role a je vnímána negativně dochází k rozvoji třetího stádia, pro které je charakteristická bezmoc, vnímání sebe samého jako přítež pro ostatní nebo ztráta sebeúcty (Ptáčková, Ptáček, 2021, s. 47–49).

Z výzkumu zaměřeného na ageismus v České republice, který se uskutečnil v roce 2003 vyplynulo, že tento druh diskriminace postihuje již osoby od 45 let věku, kteří jsou nějakým způsobem sociálně znevýhodněni, ale největší dopad má právě na seniory (Ptáčková, Ptáček, 2021, s. 48).

Důsledkem působení negativních stereotypů může dojít ke ztotožnění se s těmito postoji, které mohou mít za následek vznik vážných problémů nejen psychického, ale i fyzického rázu (Ptáčková, Ptáček, 2021, s. 49).

2.4.1.3 Osobní předpoklady

Ve spojitosti s osobními předpoklady je velmi důležitým aspektem psychologická pohoda, která souvisí s celkovou životní spokojeností. Zahrnuje pozitivní a negativní emoce, na

kteře kařdý jedinec reaguje odlišným způsobem. Dané reakce ovlivňují proces sebeuspokojení a sebenaplnění. K naplnění osobních předpokladů Carol Ryffová (1989, 2014) popsala šest psychologických dimenzí, které vedou k naplnění osobní pohody:

1. sebeřijetí: pozitivní hodnocení sebe sama,
2. pozitivní vztahy s druhými: vytvoření a udržení vztahů s druhými,
3. vláda nad svým prostředím: organizování si vlastního života, naplňování vlastních potřeb,
4. nezávislost: zachování individuality,
5. životní cíl: nalezení smyslu života,
6. osobní růst: rozvoj vlastních schopností (AVČR, strategie AV21, 2005).

Pro období stáří a stárnutí jsou charakteristické změny v oblasti emoční roviny. Staří lidé se často uzavírají sami do sebe, ztrácí zájem o okolí a jsou nedůvěřiví. Emoční změny jsou stejně jako ostatní změny doprovázející stárnutí zcela individuální a jsou závislé na předchozích životních zkušenostech. Kromě změn, které jsou vnímané jako negativní, můžeme zmínit změny, které jsou naopak vnímány pozitivně. K těm řadíme:

- rozvářnost,
- klidnost,
- vytrvalost,
- trpělivost a schopnost racionálně uvažovat (Ptáček, Ptáčková, 2021, s. 19).

2.4.1.4 Vztahy

Mezilidské vztahy jsou nepostradatelnou součástí života kařdého člověka. Udržování dobrých mezilidských vztahů je základem pro udržení pocitu štěstí a tvoří tak pomyslnou základnu pro osobní pohodu. Mezilidské vztahy rozlišujeme na několika úrovních (Helus, 2018, s. 190):

1. Vztahy osobní blízkosti neboli neformální vztahy (vztahy mezi členy rodiny, přáteli).
2. Vztahy výkonově funkční (především vztahy zaměstnanecké).
3. Vztahy vnitřně přijaté (interiorizované).
4. Vztahy distancované.
5. Nepřímé mezilidské vztahy neboli zprostředkované.
6. Protektivní vztahy (vztahy vzájemné pomoci).
7. Vztahy vulnerabilní (poškozující).

S přibývajícím věkem se zvyšuje potřeba lásky, sociálních kontaktů a utužování rodinných vazeb. Charakteristické je to, že senioři upřednostňují blízké rodinné příslušníky a dlouholeté přátele před vytvářením nových vztahů na jakékoliv úrovni (Ondrušová, Krahulcová, 2019, s. 25).

2.5 Kvalita života seniorů

Spolu se současným trendem stárnutí populace stoupá zájem o zkoumání kvality života seniorů také často označované termínem Quality of Life. Kvalitní život seniorů je odrazem jejich psychosociální adaptace. Předmětem zájmu se stal v momentě, kdy ve vyspělých zemích došlo k zajištění materiálních podmínek a poskytnutí bazální zdravotní a sociální péče (Ondrušková, Krahulcová, 2019, s. 26). Kvalitu života zkoumá několik vědních oborů, jako je například: medicína, ošetřovatelství, filozofie, sociologie, psychologie, pedagogika, andragogika, demografie a další. Pro tento pojem neexistuje dosud přesná definice, jelikož je předmětem zájmu mnoha oborů a z toho důvodu na něj lze nahlížet z mnoha úhlů pohledů (Gurková, 2011, s. 23).

Kvalita života je hodnocena z pohledu objektivní a subjektivní dimenze. Objektivní kvalitou rozumíme stav, kdy dochází k naplnění materiálních a sociálních podmínek nezbytných pro život a lidské zdraví. Subjektivní dimenze reprezentuje celkovou spokojenost se životem a psychickou pohodu spojenou s chápáním vlastních hodnot a jejich uskutečňováním (Ondrušková, Krahulcová, 2019, s. 26).

Na kvalitu života je nutné pohlížet z mnoha úhlů pohledu. Zahrnuje fyzickou kondici, psychické rozpoložení, schopnost vykonávat každodenní činnosti, schopnost vytváření a zejména udržování vztahů. Důležitá je též spirituální dimenze. U osob vyššího věku je hlavním ukazatelem kvality života zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí, ve kterém senior žije. Světová zdravotnická organizace přidala ke čtyřem základním dimenzím další (Tomeš, Šámalová a kol., s. 107), které jsou charakteristické pro jedince vyššího věku. Těmi jsou:

- fungování smyslů,
- nezávislost,
- naplnění,
- sociální zapojení,
- vztahy s blízkými a postoj ke smrti.

O tyto dimenze WHO rozšířila chápání kvality života seniorů na základě rozsáhlého výkumu, při kterém byl použit dotazník WHOQOL-OLD (Tomeš, Šámalová a kol., s. 107), který jsme použili ve výzkumné části zaměřené na klienty DPS v Července a v Litovli.

Kvalita života seniorů je ovlivněna řadou faktorů, které mají pozitivní či negativní charakter. Jsou složeny z prožitků přítomných i minulých a také z představy dalšího života. Ze studie z roku 2013 vyplývá, že je pro seniory důležité sociální zázemí, vztahy s blízkými a zdravotní stav. Se zdravotním stavem souvisí další schopnosti a možnosti, jako je zapojování se do různých činností, soběstačnost a schopnost se o sebe postarat jak po materiální, tak po finanční stránce (Ondrušová, Krahulcová a kol., 2019, s. 27).

Pro osoby žijící v domovech pro seniory je důležité soukromí a nezávislost, pokud to zdravotní stav dovoluje. Dále možnost rozhodovat o sobě, časové uspořádání denních aktivit a přiměřená podpora (Ondrušová, Krahulcová a kol., 2019, s. 27).

Od konce 20. století se stalo hodnocení kvality života jedním ze základních vstupních postupů pro zjištění a zhodnocení sociální a zdravotní péče. Pro jejich samotné zjišťování jsou zkonstruovány dotazníky, které jsou zaměřeny na konkrétní věkové kategorie osob a jejich diagnózy. V případě potřeby se využívají rozhovory. Ty jsou používány zejména u klientů, kteří nemohou psát a jsou schopni komunikovat. Dnes je studium kvality zařazeno mezi samostatné mezioborové vědní disciplíny (Ondrušková, Krahulcová, 2010, s. 27).

Kvalitu života velkou měrou ovlivnila pandemie COVID-19, která u mnohých lidí zapříčinila psychické potíže. Tento fakt vyplynul z průřezové studie realizované zdravotnickými institucemi z Vietnamu, Taiwanu a Maďarska. Úkolem studie bylo objasnit význam zdravotní gramotnosti při přítomnosti depresivních stavů a změn kvality života související právě s onemocněním COVID-19 (Kříž, 2014). Studie proběhla v únoru roku 2020, do šetření bylo zapojeno více jak 4000 osob vietnamské národnosti. Ze studie vyplynulo, že u osob, které mají bezpříznakový průběh onemocnění je o 5 % nižší pravděpodobnost vzniku deprese a tím pádem i stejná hodnota pro zvýšení kvality života. U osob, u kterých se projevily příznaky onemocnění se snižovalo riziko vzniku deprese o 4 % a podobně zvyšovalo kvalitu života.

Druhá studie (Kříž, 2014), která proběhla v americkém státě Massachusetts, a která byla zaměřena na různé sociální aspekty života (komunity s vyšší mírou chudoby, nižší příjmy atp.) vyplynulo, že vyšší procento nakažených se vyskytovalo právě v kolektivech osob potýkajících se s chudobou. Z této studie tedy vyplynulo, že část rozdílů rizika nemoci souvisí se sociálně ekonomickými determinanty.

2.6 Vnímání hodnot osobami seniorského věku

Pro každé období lidského života jsou charakteristické potřeby, které člověk potřebuje naplňovat k tomu, aby vedl spokojený život. Člověk v období stáří si přeje být přiměřeně zdravý, finančně a materiálně samostatný a zabezpečený, chce mít místo, kde se cítí být doma a obklopen lidmi, kteří jej mají rádi. Tyto potřeby jsou totožné, jako u jiných věkových kategorií, ovšem jejich naplňování je často limitované v protikladu se zdravým člověkem mladšího věku. Staří lidé, kteří jsou limitováni nemocemi, mají velmi často problém s naplňováním základních lidských potřeb jako je příjem potravy nebo denní hygiena. V oblasti institucionální péče může docházet k narušování pocitu bezpečí a ztráty soukromí (Ptáček, Ptáčková, 2021, s. 24).

2.6.1 Hodnota zdraví

Hodnota zdraví představuje pro každého jedince základní biologickou potřebu, která je nepostradatelná pro dosažení kvalitního života uspokojujícího lidské bio-psycho-sociální potřeby. Zdraví by mělo představovat optimální stav tělesné, psychické, duševní a sociální pohody, při níž jsou zachovány veškeré životní funkce, role ve společnosti a schopnosti organismu adaptovat se na měnící se podmínky prostředí, ve kterém žijeme. Významný vliv na vnímání hodnoty zdraví mají psychosociální faktory, které se významnou měrou podílejí na vzniku chorobných změn v těle (Čevelová, Čevela, 2010, s. 20).

Podle světové zdravotnické organizace (WHO), která definovala pojem zdraví v roce 1946, pojem zdraví chápeme jako: „Stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo zdravotního postižení“ (Krajská hygienická stanice Královéhradeckého kraje.cz, 2019).

Hodnota zdraví je v období stáří hodnotou, která se u většiny společnosti řadí na nejvyšší příčky v žebříčku hodnot. Díky vlivu vyspělých společností a kladení důrazu na zdravý životní styl a zvýšenému zájmu o životní prostředí se do popředí hodnot dostává spolu s hodnotou zdraví i kvalita života a životního prostředí a psychická a sociální pohoda (Ort, 2004, s. 64–65).

Pro období vlastního stáří je charakteristické, že se pro člověka stávají prioritními hodnotami ty, které mají dlouhodobý charakter. Podle českého sociologa Josefa Alana, pojem stáří a s ním spojený přibližující se konec života přináší přinejmenším tři základní významy pojmu hodnot, které přímo reagují na pravděpodobnou délku dožití.

1. čas – senior se nezabývá tím, co považuje za ztrátu času,

2. vlastní život – dochází k omezování vlastní aktivity,
3. sociální kontakty – pozornost je soustředěna na okruh lidí, se kterými se senior cítí dobře (Ort, 2004, s. 65).

2.6.2 Hodnota lidských vztahů – hodnoty sociální

Lidské vztahy, sociální opora a pocit sounáležitosti mají pozitivní vliv na osobní pohodu. Naopak odloučení a samota vedou k prožívání negativních emocí a vedou ke snížení spokojenosti. Nezáleží na tom, kolik přátel kolem sebe máme, ale záleží na kvalitě vytvořených sociálních vztahů. S hodnotou lidských vztahů je úzce spojen termín well-being, který představuje osobní pohodu. Well-being je možné podle Keyesové (1998) rozlišovat z několika hledisek (Blatný, 2010, s. 205), a to z:

- pohledu sociální integrace (zapojení do společnosti),
- sociální akceptace (vytvoření obrazu o společnosti),
- sociálního přínosu (vytvořená osobní hodnota pro druhé),
- sociální aktualizace (schopnost vývoje společnosti),
- sociální koherence (soudržnost s druhými osobami).

Pokud člověk jakéhokoliv věku postrádá sociální kontakt a nedochází k uspokojování potřeby sounáležitosti a náklonnosti, dostávají se pocity jako je smutek, pocit zbytečnosti, v krajních případech až deprese (Ptáček, Ptáčková, 2021, s. 24).

2.6.3 Hodnoty duchovní

Adaptaci na stáří doprovází zvýšený zájem o fyzickou a duševní spiritualitu. Ve stáří mohou duchovní hodnoty představovat zdroj životní síly, která pomáhá naplňovat chybějící nebo nedostatečně uspokojené fyzické, psychické a sociální nedostatky. Duchovními hodnotami rozumíme nejen praktikování určité víry, ale i naplňování volnočasových aktivit, které přispívají k rozvoji osobnosti (Štěpánková, 2014, s. 247). Duchovní hodnoty podle Kruse (1992) souvisí se schopností naučit se akceptovat vlastní omezení, přehodnocovat a přesměrovávat vlastní potřeby a být schopen vytvářet kompromisy mezi tím, co člověk očekává a čeho je schopen, vzhledem ke svým dispozicím, dosáhnout (Štěpánková, 2014, s. 248).

2.7 Faktory ovlivňující hodnotu zdraví v životě seniorů

Hodnota zdraví je ovlivňována širokou škálou faktorů, které se podílejí na jejím vnímání. Její vnímání je závislé na kondici celé osobnosti jedince a odráží se na psychické, fyzické i sociální úrovni života. Na zdraví v seniorském věku, lze do jisté míry pohlížet jako na odraz životního stylu, který celý život člověk vedl. Na kondici každého z nás se podepisují stravovací návyky, konzumace alkoholu a jiných návykových látek, prostředí, ve kterém jsme vyrůstali a žijeme, pracovní prostředí, genetické dispozice, úroveň poskytované zdravotní péče a mnoho dalšího.

- **Genetické faktory:** Genetické faktory předurčují náchylnost ke vzniku onemocnění a jejich samotnému vzniku je pouze minimální možnost zabránit. Predispozice pro vznik onemocnění z genetického hlediska jsou založeny v počátku ontogenetického vývoje v momentě splynutí ženské a mužské pohlavní buňky, tedy v okamžiku oplození (Čevela, Čevelová, 2009, s. 14).

- **Životní styl:** Podle amerického Centra pro kontrolu nemocí a prevenci (The U.S. Centers of Disease Control and Prevention, CDC) je životní styl nejvýznamějším faktorem ovlivňujícím zdravotní stav jedince. Na základě výzkumů tohoto centra životní styl působí na zdraví jedince z 53 %. Zbytek je ovlivněn z 10 % genetickými předpoklady, z 18 % životním prostředím a z 19 % životním prostředím (CDC, cit dle Walter, 1999).

Způsob životního stylu velmi výrazně ovlivňuje dopady na zdravotní stav a tělesnou kondici jedince. Konzumace alkoholu a jiných návykových látek, nesprávné stravovací návyky, nedostatečná tělesná aktivita, práce v nevyhovujících podmínkách (nadměrný hluk, vysoká prašnost), změny klimatu, zhoršující kvalitu životního prostředí nesou riziko negativního dopadu na zdravotní stav člověka (Čevela, Čevelová, 2009, s.14).

- **Životní prostředí:** Zdravotní stav je přímo ovlivňován prostředím, ve kterém žijeme a pracujeme. Velký problém je v posledních desetiletích zaznamenáván ve stále probíhajících změnách klimatu, které mají negativní dopad na kvalitou ovzduší, vody a půdy. Negativní dopady životního prostředí na zdravotní stav populace spatřujeme zejména v působení chemického, fyzikálního a biologického charakteru. Působení těchto vlivů má dopad na

zvyšující se výskyt respiračních onemocnění, nárůst počtu osob s alergiemi, zvýšený počet osob s nádorovými onemocněními a sníženou imunitou (Čevela, Čevelová, 2009, s. 15).

- **Zdravotní péče:** Zdravotní péči rozlišujeme na zdravotní péči primární a sekundární. Primární zdravotní péče je zaměřena především na prevenci vzniku onemocnění, edukaci obyvatelstva v oblasti zdraví, zajišťování dostupnosti a organizaci zdravotní péče. Jedná se o méně finančně nákladnou činnost, než je léčba onemocnění samotných. Sekundární zdravotní péče se tedy zaměřuje na léčbu nemoci (Čevela, Čevelová, 2009, s. 17).

Sociální služby pobytových zařízení pro seniory spadají do sekundární zdravotní péče a jsou využívány seniory, kteří zcela nebo jen částečně ztratili schopnost soběstačnosti a z toho důvodu nemohou zůstat v domácím prostředí. Důvodem je často také to, že rodina není schopna zajistit péči o seniora. V případě seniorů zdravotní péči poskytuje praktický lékař, který se zaměřuje na primární, sekundární a terciální prevenci (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 60).

2.8 Stáří jako životní etapa

Pojem stáří je charakteristické pro člověka, který má specifické postavení ve společnosti a je v završující životní fázi. Většinou je na stáří nahlíženo jako na období, kdy člověk přichází o své možnosti, radosti ze života a samostatnost. Celkově dochází k ubývání sil a přibývání onemocnění. Pro toto období je charakteristické bilancování nad dosud prožítým životem a přijetím jeho konce (Ptáčková, Ptáček, 2021, s. 18).

2.8.1 Biologické znaky stárnutí

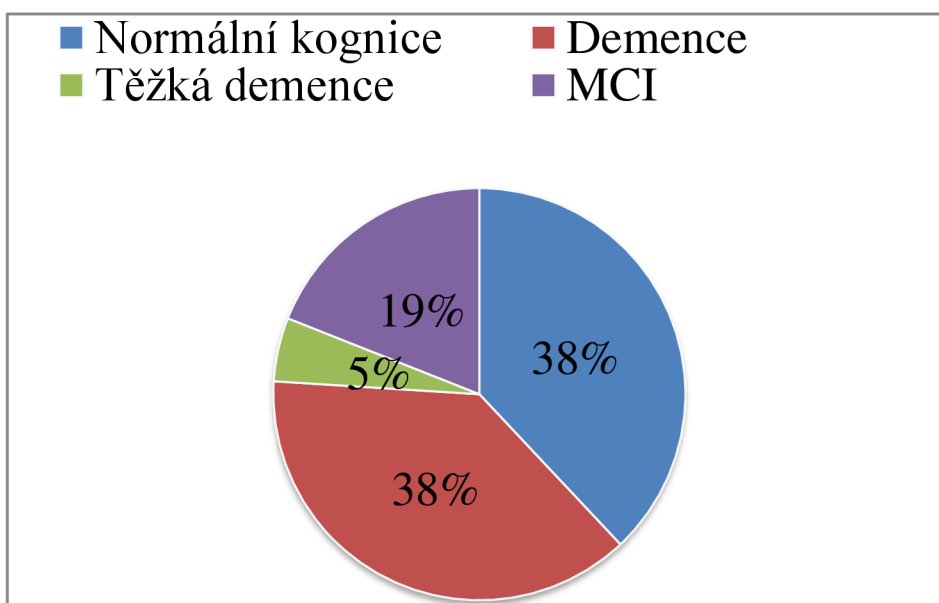
V období stárnutí dochází k celé řadě nejen fyziologických, ale i biologických změn. Z hlediska biologických změn to je například: úbytek svalové hmoty, pokles biologických adaptačních mechanismů, opotřebením kloubů a s tím spojené omezení pohybu a držení těla, změny činnosti smyslů a tělesných orgánů. Řady biologických změn spojených se stárnutím si lze všimnout na první pohled. K těmto viditelným změnám patří: šedivění a řídnutí vlasů, úbytek tělesné hmotnosti, prohlubování a zvýšení četnosti vrásek, ztráta sluchu a další (Ptáčková, Ptáček, 2021, s. 19).

2.8.2 Kognitivní změny ve stáří

Ve stáří jsou velmi časté kognitivní změny, kterými rozumíme změny vnímání neboli poznávacích schopností. Poznávací schopnosti umožňují člověku orientovat se v informacích a adekvátně reagovat na vyvstálé situace a poznatky, zkušenosti a dovednosti z čehož vyplývá, že se jedná o vědomé jednání člověka (Preiss, 2009, s. 41).

Níže uvedené grafy znázorňují nárůst počtu klientů domovů pro seniory s kognitivními poruchami. Z výzkumů, které proběhly v letech 2007 a 2013 je zřejmé, že v DpS dochází k nárůstu počtu klientů, kteří jsou postiženi kognitivními poruchami. Výsledky jsou tvořeny ze souboru dat 351 uživatelů DpS za rok 2013 a z dat 325 uživatelů za rok 2007. Důvodem je demografický vývoj spojený se stárnutím populace a zvyšujícím se počtem osob potýkajících se s Alzheimerovou chorobou a dalšími podobnými onemocněními (Holmerová, 2014, s. 69).

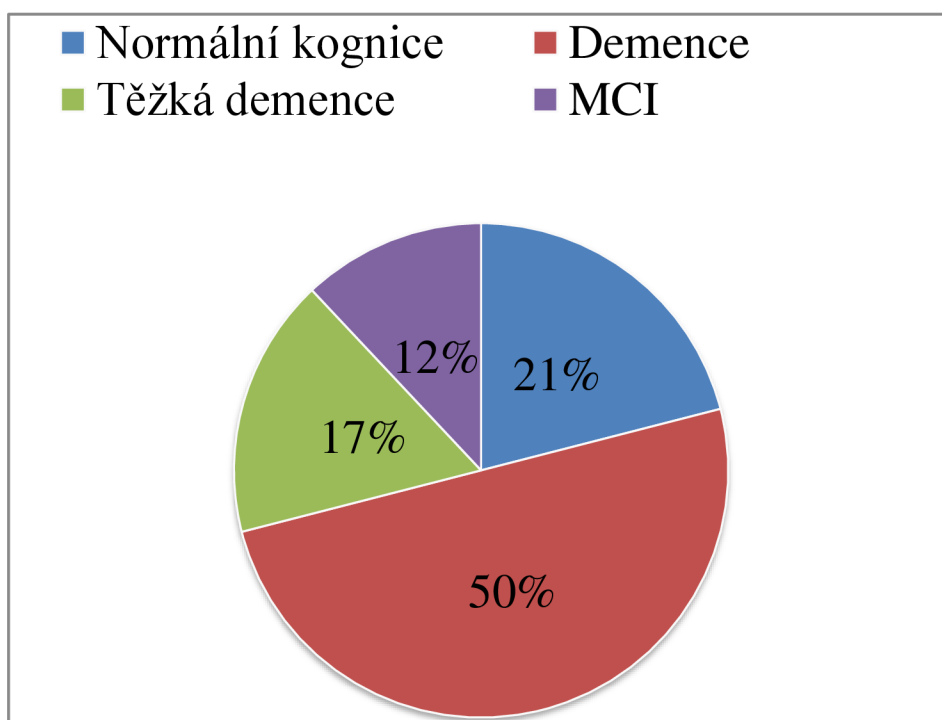
Tab. 1: Tabulka poruch kognitivních funkcí v DpS v roce 2007



n = 351

Zdroj: Holmerová, 2014, s. 65

Tab. 2: Tabulka poruch kognitivních funkcí v DpS v roce 2013



n = 325

Zdroj: Holmerová, 2014, s. 65

2.8.3 Umírání

Umírání patří neodmyslitelně ke koloběhu života, stejně tak, jako zrození. Smrt je specifická událost, a to z důvodu, že každý člověk umírá svojí vlastní smrtí. To lze chápat tak, že si jedna osoba přeje tyto okamžiky prožívat v tichosti sama bez přítomnosti druhých a nebo v přítomnosti někoho dalšího. Problematice procesu umírání, péči o umírající a rodinné příslušníky se přikládá velký význam a na tento proces se upírá celá řada odborníků. Nemělo by se ale v péči o pozůstalé zapomínat ani na přátele a známé umírající osoby. Tito senioři mnohdy velmi citlivě reagují na odchod svého vrstevníka, protože se cítí být sami ohroženi smrtí daleko více, než blízké osoby nižšího věku. Pokud se jedná osobu, která byla zemřelému blízká, tak velmi často nastupují pocity bezmocnosti, nejistoty a prázdnoty (Kelnarová, Matějková, 2010, s. 121). Pobytové sociální služby poskytují službu zvanou pomoc truchlícím, která má za cíl pomoci vyrovnat se s procesem umírání a úmrtím blízké osoby. Služba je prvotně určena osobám, které mají problém vyrovnat se s nastalou situací a s tím zapříčiněnou zhoršenou schopností normálně sociálně fungovat (Chrastina, Špatenková, Hudcová, 2020, s. 91).

Umírání je individuální proces, který má rozličnou délku, formu a jeho prožívání je zcela jedinečné. Člověk, který se dostává do poslední fáze života potřebuje čas, aby se s touto skutečností vyrovnal. Nezbytné je poskytování psychosociální podpory, která zajišťuje celkovou péči při naplňování duševních a sociálních potřeb umírajících. Při procesu umírání často dochází k psycho-somatickým, sociálním, duchovním a dalším změnám, které jsou nezvratné a vedou ke smrti samotné (Kelnarová, Matějková, 2010, s. 121). Poskytovatelé sociálních služeb by měli mít za cíl zajištění a zprostředkování tzv. důstojného umírání jejich uživatelů.

Důstojného umírání je možné docílit za předpokladu (Brymer et al., 2006):

- poskytnutí adekvátní podpory a péče o umírající osobě,
- adekvátními reakcemi na potřeby mezilidského kontaktu,
- zajištění pocitu bezpečí a pohodlí umírajícím,
- uklidnění rozrušených osob,
- zmírnění obav,
- nabídkou pomoci,
- poskytování objektivních informací,
- porozumění potřebám, hodnotám a preferencím,
- respektování potřeb a přání v oblasti poskytované péče (Chrastina, Špatenková, Hudcová, 2020, s. 86).

Idea tzv. sociální smrti ve spojitosti s kvalitou života seniorů představuje pojem, který se objevuje v momentě, kdy senior neprožívá kvalitní život. Vyvolaným efektem tohoto stavu bývá přání zemřít. Sociální smrt je často vyvolána obavami ze způsobu umírání, pocitem nepotřebnosti, nedostatkem sociálních kontaktů a volnočasových aktivit nebo rezignováním na současný život (Dvořáčková, 2012, s. 36).

Švýcarsko-americká psycholožka Elisabeth Kübler-Ross na základě mnohaletých zkušeností s vážně nemocnými a umírajícími pacienty popsala pět fází, které se u jednotlivých lidí mohou mnohdy střídadat ve svém sledu a u každého vážně nemocného a umírajícího se mohou vyskytovat v jiném pořadí. Jednotlivé fáze se mohou opakovaně vracet a střídát nebo se prolínat (Svatošová, 1995, s. 27).

Tab. 3: Tabulka fází umírání dle Kübler-Ross

FÁZE UMÍRÁNÍ DLE KÜBLER-ROSS		
FÁZE	PROJEVY	CO S TÍM
Negace, šok, popírání	“Ne, já ne, pro mne to neplatí. To není možné.” To je určitě omyl.” Zaměnili výsledky.”	Navázat kontakt, získat důvěru.
Agrese, šok, vzpoura	“Proč zrovna já?” “Čí je to vina?” “Vždyť mi nic nebylo.” Zlost na zdravotníky, zlost na zdravé lidi. Vyčítá nespravedlnost ap.	Dovolit odreagování, nepohoršovat se.
Smlouvání, vyjednávání	Hledání zázračných léků, léčitelů a diet, pověr. Ochoten zaplatit cokoliv. Činí velké sliby.	Maximální trpělivost, ale pozor na podvodníky.
Deprese, smutek	Smutek z utrpené ztráty. Smutek z hrozící ztráty. Strach z účtování. Strach o zajištění rodiny.	Trpělivě naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení (zajištění rodiny ap.).
Smíření, souhlas	Vyrovnaní, pokora, skončil boj, je čas loučení. “Dokonáno jest.” “Do tvých rukou...”	Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku, utřít slzu. Pozor - rodina možná potřebuje pomoc víc než pacient.!

Zdroj: Kübler-Ross, E. 1992 (in Svatošová, 1995, s. 29)

2.9 Onemocnění COVID 19

Onemocnění COVID-19 se řadí mezi kapénkové infekce. Je způsobené novým typem koronaviru, tedy virem SARS-CoV-2. Způsobuje poškození fyzického i psychického zdraví člověka. Projevuje se klinickými příznaky jako je horečka, kašel a dušnost. Nakazit se může každý, kdo byl v přímém kontaktu s nakaženým nebo se dotknul kontaminovaných předmětů. Přenáší se z člověka na člověka po déletrvajícím kontaktu. Inkubační doba je 2–14 dní. Mezi nejohroženější skupiny, které by mohl postihnout těžký průběh onemocnění patří staří lidé,

chronicky nemocní a osoby s oslabenou imunitou. Léčba onemocnění probíhá za pomoci podpůrných léčiv, které jsou běžně dostupné (fnbrno.cz).

Přes fakt, že onemocnění COVID-19 postihuje všechny věkové kategorie, tak do nejvíce ohrožené skupiny patří právě senioři. Důvodem je oslabená imunita a častá přítomnost přidružených onemocnění, která způsobují závažnější průběh onemocnění a mohou skončit fatálně. Za zvláště zranitelnou skupinu seniorů jsou považováni ti, kteří žijí v zařízeních dlouhodobé péče, jelikož právě tam jsou snadné podmínky pro šíření infekce (nzip.cz, 2021).

2.10 Sociální služby v péči o seniory

Sociální služby jsou v České republice řízeny a poskytovány státem za pomoci nástrojů sociální politiky. Jejich cílem je udržení nebo rozvoj lidské soběstačnosti s cílem začleňování do společností. Jedná se tedy o služby, které pomáhají řešit nepříznivou životní situaci. Do sociálních služeb řadíme: domovy pro seniory, domy s pečovatelskou službou, školská zařízení, dětské domovy a mnoho dalších. Sociální služby jsou primárně určeny občanům, kteří jsou jakýmkoliv způsobem sociálně znevýhodněni (Bicková a kol., 2011, s. 16).

V posledních letech dochází k rapidnímu nárůstu zájemců o pobyt v sociálních službách. Důvodem je zvyšující se věk obyvatelstva nejen v České republice, ale i v celosvětovém měřítku. Negativním jevem, se kterým se setkáváme stále častěji ve spojitosti s rostoucí poptávkou po těchto zařízeních je:

- nedostačující kapacita zařízení,
- špatná dostupnost pobytových a terénních služeb,
- nedostačující financování,
- chybějící lidské zdroje nezbytné pro správný chod zařízení (soc.cas.cz, 2020).

Zcela nezastupitelnou roli v zařízeních sociálních služeb hrají pečovatelé. Pozornost ze strany zřizovatelů by měla být věnována především strategickým možnostem v oblasti týkající se zajištění kvalitních lidských zdrojů. Strategické myšlení by tedy mělo věnovat zvýšenou pozornost náboru vhodných zaměstnanců a i tomu, jak si tyto zaměstnance posléze udržet (soc.cas.cz, 2020).

Možností, jak si udržet zaměstnance a podporovat je v jejich práci je velmi důležité. Pracovní spokojenost se odráží nejen na psychické pohodě zaměstnance, ale i na fyzickém a duševním zdraví klientů umístěných v zařízeních. Pracovní spokojenost se odráží také na osobnostním profilu daného zaměstnance.

Historie domovů důchodců:

V období politických změn v Československu v roce 1989 byla v rámci republiky kapacita Domovů důchodců 33 000 lůžek. Tato zařízení byla určena pro osoby v důchodovém věku a ty mohly žádost podávat sami. Kromě poskytnutí ubytování zajišťovala i lékařskou a částečně pečovatelskou službu (Holmerová, 2014, s. 11).

2.11 Okruh pracovníků v sociálních službách v péči o seniory

Okruh pracovníků v sociálních službách zahrnuje velký počet zaměstnanců s různými pracovními kompetencemi a náplněmi práce, který přesně vymezuje zákon č.108/2006 Sb. Ze zákona o sociálních službách vyplývá, že pracovníkem v sociálních službách je ta osoba, která provádí přímou obslužnou péči a ten kdo vykonává základní nepedagogickou činnost. Jedná se o tyto profese:

- **Sociální pracovník:** role sociálního pracovníka je v zařízeních nezastupitelná a prolíná se do všech činností zařízení. Sociální pracovník je od prvopočátku v přímém kontaktu s klientem i jeho rodinnou až do okamžiku opuštění této služby, jak z důvodu rozvázání smlouvy o poskytování sociální služby nebo úmrtí klienta. Sociální pracovník spravuje sociální agendu a provádí sociální šetření, dále poskytuje sociálně právní poradenství a další. Náplní jeho práce je též vyhledávání nových klientů.
- **Pracovník v sociálních službách vykonávající přímou obslužnou péči:** pomáhá klientům s nácvikem každodenních činností, osobní hygienou a oblékáním, stará se o udržování čistoty na pokojích klientů i ve společných prostorech.
- **Lékař a nelékařští zdravotničtí pracovníci (všeobecné sestry a fyzioterapeuti):** Zdravotní sestry provádí základní rehabilitační postupy. Lékař provádí základní vstupní vyšetření. Další potřebné lékařské úkony jsou prováděny lékařskými speciality, kteří mají smlouvu se zařízením (všeobecný lékař, psychiatr, psycholog, stomatolog, logoped a další).
- **Aktivizační pracovník:** provádí s klienty zařízení činnosti, které mají za cíl zlepšovat dovednosti klientů, poskytuje pomoc při udržování sociálních vztahů a provádí volnočasové a jiné aktivity, které mimo jiné přispívají ke udržování a zlepšování psychomotorických funkcí.

- **Ergoterapeut:** provádí aktivity, které mají za cíl udržet a podpořit tvůrčí schopnosti a dovednosti klientů zaměřené na jemnou motoriku. Mnoho zařízení nedisponuje pracovníkem, který je vzdělaný v oboru ergoterapie, a tak tuto činnost provádí aktivizační pracovník.
- **Fyzioterapeut:** provádí s klienty zařízení speciální rehabilitační postupy a činnosti (Malíková, s. 112–120).

3 METODIKA PRÁCE

Ve výzkumné části diplomové práce byla zvolena kvantitativní výzkumná metodologie (Chráška, 2007). Jako hlavní výzkumná metoda byl zvolen dotazník, konkrétně bylo výzkumné šetření provedeno za pomoci standardizovaných dotazníků WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD, převzatých od Světové zdravotnické organizace a upravených na české poměry autorkami Evou Dragomireckou a Jitkou Bartoňkovou (Dragomirecká, Bartoňková, 2019).

3.1 Hlavní výzkumný cíl

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit subjektivně prožívanou kvalitu života zaměstnanců a seniorů v Domově pro seniory v Července a v Litovli.

3.2 Výzkumné problémy, hypotézy a výzkumné předpoklady

Na základě teoretické analýzy zkoumané problematiky jsme identifikovali 6 výzkumných problémů, na jejichž základě jsme v rámci kvantitativního přístupu k výzkumu (Chráška, 2007) definovali odpovídající výzkumné hypotézy, případně výzkumné předpoklady (pokud hypotézu nebylo možné přesně definovat).

Výzkumný problém 1: Je kvalita života nelékařských pracovníků ovlivněna jejich hodnocením v jednotlivých doménách dotazníku WHOQOL-BREF?

H1: Hodnocení kvality života nelékařských pracovníků v dotazníku WHOQOL-BREF je odlišné v závislosti na hodnocení jejich fyzického zdraví.

H2: Hodnocení kvality života nelékařských pracovníků v dotazníku WHOQOL-BREF je odlišné v závislosti na hodnocení jejich prožívání.

H3: Hodnocení kvality života nelékařských pracovníků v dotazníku WHOQOL-BREF je odlišné v závislosti na hodnocení jejich sociálních vztahů.

H4: Hodnocení kvality života nelékařských pracovníků v dotazníku WHOQOL-BREF je odlišné v závislosti na hodnocení prostředí.

Výzkumný problém 2: Jakou doménou v dotazníku WHOQOL-BREF je nejsilněji ovlivněno hodnocení kvality života nelékařských pracovníků?

Výzkumný předpoklad 1: Nejsilněji ovlivňuje kvalitu života nelékařských pracovníků doména Spokojenost se zdravím v dotazníku WHOQOL-BREF.

Výzkumný problém 3: Která doména v dotazníku WHOQOL-BREF nejméně ovlivňuje kvalitu života nelékařských pracovníků?

Výzkumný předpoklad 2: Nejméně ovlivňuje kvalitu života nelékařských pracovníků doména Sociální vztahy v dotazníku WHOQOL-BREF.

Výzkumný problém 4: Je kvalita života (měřená hrubými skóre v jednotlivých doménách dotazníku WHOQOL-OLD) v našem výzkumném vzorku odlišná od populační normy pro tuto věkovou skupinu?

Výzkumný předpoklad 3: Kvalita života (měřená hrubými skóre v jednotlivých doménách dotazníku WHOQOL-OLD) v našem výzkumném vzorku je odlišná od populační normy pro tuto věkovou skupinu ve všech posuzovaných doménách.

Výzkumný problém 5: Ovlivňuje hodnocení kvality života seniorů v oblasti (doméně) Fungování smyslů v dotazníku WHOQOL-OLD hodnocení kvality života i dalších doménách (Doména 2 Nezávislost, Doména 3 Naplnění, Doména 4 Sociální zapojení, Doména 5 Smrt a umírání, Doména 6 Blízké vztahy)?

H5: Hodnocení kvality života seniorů v doméně Fungování smyslů v dotazníku WHOQOL-OLD ovlivňuje hodnocení kvality života i v dalších doménách Nezávislost, Naplnění, Sociální zapojení, Smrt a umírání a Blízké vztahy.

Výzkumný problém 6: Mezi kterými doménami v dotazníku WHOQOL-OLD jsou nejsilnější vazby v jejich hodnocení?

Výzkumný předpoklad 4: Nejsilnější vazby v hodnocení jednotlivých domén v dotazníku WHOQOL-OLD jsou mezi doménami Sociální zapojení a Nezávislost.

3.3 Použité výzkumné metody

Pro získání potřebných dat byla použita kvantitativní výzkumná metoda za pomoci standardizovaných dotazníků Světové zdravotnické organizace WHOQOL. Byla použita jejich česká verze (Dragomirecká, Bartoňková, 2019), a to od autorek Evy Dragomirecké a Jitky Bartoňkové (World Health Organization Quality of Life Assessment). Tento typ standardizovaných dotazníků byl zvolen z důvodu, že se zaměřují na kvalitu života. Standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF je určený pro zkoumání kvality života pro populaci do 65 let věku a je rozdělený do 4 oblastí (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí) a dvou dal-

ších položek, které se zaměřují na zhodnocení celkové kvality života (kvalita života a spokojenost se zdravím). Verze dotazníku WHOQOL-OLD je určena pro populaci vyššího věku, tedy nad 60 let věku a je speciálně upraven právě pro osoby staršího věku (Dragomirecká, Bartoňková, 2019).

Standardizované dotazníky byly vytvořeny na popud Odboru duševního zdraví Světové zdravotnické organizace v roce 1991. Tvorbou dotazníků zaměřených na kvalitu života se zabývala skupiny WHOQOL, která byla tvořena 15 zástupci výzkumných center z celého světa (Dragomirecká, Bartoňková, 2019).

Jelikož je výzkum zaměřený na zaměstnance domova pro seniory a jejich klienty, použili jsme dva druhy dotazníků. Pro zaměstnance byla použita verze dotazníku WHOQOL-BREF (krátká verze) a pro klienty verze dotazníku WHOQOL-OLD.

Instrument použitý u klientů domova pro seniory v Července a v Litovli má za cíl změřit kvalitu života, ve všech jeho doménách (složkách). Tento dotazník je zkonstruován tak, aby vyhovoval specifickým spojeným s vyšším věkem tudíž zahrnuje část, která se zaměřuje na fungování smyslů a jejich vliv na každodenní činnosti a komunikaci, nezávislost (možnost rozhodování a volby), naplnění (přínos – minulý, budoucí a přítomný), sociální zapojení, blízké vztahy a postoj ke smrti (Tomeš, Šámalová, 2017, s. 107).

Dotazník WHOQOL-BREF:

Jedná se o zkrácenou verzi dotazníků WHOQOL-100, která je složena celkem z 26 položek, které jsou sdružené do 4 oblastí neboli domén:

- oblast fyzického zdraví,
- psychologická oblast,
- sociální vztahy,
- prostředí,

a také dvou samostatných položek, které mají za cíl zhodnotit celkovou kvalitu života a celkový zdravotní stav. Tento typ dotazníku byl vytvořen z dat získaných dvaceti výzkumnými centry z celého světa v roce 1998.

Dotazník WHOQOL-OLD:

Dotazník WHOQOL-OLD je upravený tak, aby vyhovoval respondentům starším 60 let a obsahuje 24 položek, které zahrnují stejně jako předešlý dotazník oblast:

- fyzického zdraví – fungování smyslů,

- psychologickou oblast – nezávislost,
- oblast sociálních vztahů – pocit naplnění,
- prostředí – sociální zapojení,
- smrt a umírání,
- blízké vztahy (Dragomirecká, Bartoňková, 2019).

Příčemž:

Doména č. 1 (Fungování smyslů) zahrnuje otázky č. 1, 2, 10 a 20.

Doména č. 2 (Nezávislost) zahrnuje otázky č. 3, 4, 5 a 11.

Doména č. 3 (Naplnění) zahrnuje otázky č. 12, 13, 15 a 19.

Doména č. 4 (Sociální zapojení) zahrnuje otázky č. 14, 16, 17 a 18.

Doména č. 5 (Smrt a umírání) zahrnuje otázky č. 6, 7, 8 a 9.

Doména č. 6 (Blízké vztahy) zahrnuje otázky č. 21 až 24.

Před výpočtem hrubého skóre v jednotlivých doménách byla nejdříve obrácena škála odpovědí u některých (reverzních) položek tak, aby vyšší hodnoty vždy znamenaly vyšší kvalitu života.

3.4 Popis výzkumného vzorku a sociálního zařízení, ve kterém byl výzkum realizován

3.4.1 Domov pro seniory Červenka

Domov pro seniory Červenka je příspěvková organizace, která je zřizovaná krajským úřadem Olomouckého kraje a své služby klientům poskytuje podle § 4 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

Jedná je o sociální službu pobytovou, z čehož vyplývá, že zařízení poskytuje pobyt na dobu neurčitou nebo určitou (Bicková a kol., 2011, s. 247). Služba je poskytována 24 hodin denně po celý rok. Zařízení je financované z vlastních příjmů, dotací získaných z MPSV a neinvestičních příspěvků od zřizovatele.

Cílem DpS je poskytnout svým klientům služby, které zabezpečí základní lidské potřeby a v co možná nejvyšší možné míře zapojí klienty do běžného života. V případě, že zapojení klienta do běžného života není možné, personál zajišťuje důstojné a klidné prostředí

v němž mnohdy klienti prožívají poslední dny svého života. Zařízení je určeno primárně pro osoby starší šedesáti let, které se ocitly v nepříznivé životní situaci, a které mají omezenou schopnost sebeobsluhy z důvodu věku a zdravotního stavu. Ve vyjimečných případech, lze do domova pro seniory přijmout klienta mladšího šedesáti let. V takových případech je nezbytné svolení zřizovatele. Většinou se jedná o osoby, které se potýkají s velmi tíživou životní situací. Prostředí domova je uzpůsobené fyzickým potřebám uživatelů a zahrnuje: bezbariérové výtahy, které ovšem neslouží k evakuaci osob. Dále elektricky polohovatelné postele s anti-dekubitními matracemi, zvedáky v koupelnách a koupací vany, polohovací pojízdná křesla, bezbariérový přístup do všech částí domova včetně balkonů a teras, kompenzační pomůcky, signalizaci na pokojích.

DpS je tvořen hlavní budovou, která se nachází v Července a detašovaným pracovištěm, které se nachází v nedaleké Litovli s celkovou kapacitou 165 lůžek. Pracoviště v Července má kapacitu 101 lůžek a v Litovli 64 lůžek. Celkem je v domově k dispozici 39 dvojlůžkových a 29 třílůžkových pokojů. Domov poskytuje ubytování, stravování, zdravotní péči, která zahrnuje ošetrovatelskou, rehabilitační a lékařskou péči. V budoucnosti se počítá s realizací přístavby domova pro seniory v Července. Tím dojde k navýšení kapacity lůžek, a kromě seniorů budou vytvořena nová místa pro klienty trpící neurodegenerativními onemocněními, která vyžadují specifickou úpravu prostředí, individualizovaný způsob péče a přístup. Taktéž se počítá s vytvořením pokojů pro jednotlivce a místností pro příbuzné, kteří budou mít zájem strávit poslední dny života se svým blízkým.

Z výroční zprávy za rok 2021 vyplývá, že průměrná naplněnost klienty DpS Červenka činila 97,01 %, což odpovídá 160 klientům. Důvodem neúplné obsazenosti domova je úmrtí a s tím spojená ztrátová doba, která je nezbytná pro vyřízení nového nástupu. Svůj podíl na neúplné obsazenosti nese i onemocnění COVID-19 a s ním spojená epidemiologická opatření, která zapříčinila omezení přibírání nových klientů z důvodu karanténních opatření. V roce 2021 bylo v DpS Červenka celkem zaevidováno 514 žádostí o poskytnutí sociální služby. Celkem bylo na základě uzavření smluv o poskytování sociální služby přijato 75 nových klientů. Pobytovou službu na vlastní žádost ukončilo 11 uživatelů, z toho se 3 uživatelé vrátili do domácího prostředí a 8 odešlo do jiného zařízení poskytujícího sociální služby. Ke konci roku 2021 Domov pro seniory v Července evidoval 399 nevyřízených žádostí.

Průměrná věková skladba uživatelů domova je 82 let věku. K 31.12.2021 byla věková skladba uživatelů DpS:

- 27–65 let = 5 uživatelů,
- 66–75 let = 30 uživatelů,

- 76–85 let = 54 uživatelů,
- 86–95 let = 70 uživatelů,
- nad 96 let = 3 uživatelé.

V domově pro seniory bylo ke dni 31.12.2021 zaměstnáno celkem 96 pracovníků. Počet vytvořených pracovních míst je pevně daný a má stanovenou strukturu, která je rozčleněna podle charakteru činnosti na jednotlivé úseky a provozy:

- statutární zástupce – ředitel domova pro seniory,
- ekonomické oddělení,
- úsek přímé péče (I. oddělení, II. oddělení, oddělení Litovel – odloučené pracoviště),
- sociální úsek,
- provozní úsek – stravovací provoz, pracoviště údržby, prádelna, zahrada (Zdroj: výroční zpráva DpS Červenka, 2022).

3.4.2 Popis výzkumného vzorku respondentů

Do výzkumného šetření, které bylo provedeno v Domově pro Seniory v Července a v Litovli bylo zapojeno 106 seniorů a 67 nelékařských pracovníků domova pro seniory. Okruh oslovených zaměstnanců zahrnoval: sociální pracovníce, pracovníky v sociálních službách, kteří vykonávají přímou oblužnou péči, všeobecné sestry a fyzioterapeutky, aktivizační pracovníce, ergoterapeutky, zahradnice, kuchařky, údržbáře a pracovníky z ekonomického úseku. Původně jsme oslovili větší počet respondentů, respektive všechny klienty zařízení a všechny pracovníky v tomto zařízení (165 klientů/seniorů a 93 zaměstnanců), avšak někteří se výzkumného šetření nechtěli z různých důvodů zúčastnit. Rozhodujícím kritériem dále u seniorů byla míra schopnosti komunikace a ochoty při vyplňování dotazníkového šetření. Věková hranice seniorů, kteří byli zapojeni do dotazníkového šetření je v rozmezí od 60 do 95 let věku. Výběr respondentů byl tedy záměrný (zaměřený na respondenty sociálního zařízení Červenka a Litovel) s tím, že jsme oslovili všechny klienty a zaměstnance.

3.5 Popis průběhu výzkumu

Před tím, než jsme dotazníky použili, jsme museli oficiálně zažádat o svolení s jejich použitím v českém centru WHOQOL v Národním ústavu duševního zdraví, prostřednictvím vyplnění registračního formuláře a jeho zasláním na e-mailovou adresu: zuzana.dvorakova@nudz.cz. Po získání potřebného svolení spolu s doručením dotazníků v elektronické podobě jsme začali realizovat samotný výzkum. Ten probíhal v Domově pro seniory

v Července a v Litovli v průběhu měsíce února a března roku 2022. Ve vybraném zařízení sociální služby, nám byl udělen souhlas s realizací dotazníkového šetření ředitelem zařízení, Mgr. Josefem Piskou.

Vzhledem ke stále probíhající nepříznivé epidemiologické situaci způsobené onemocněním Covid 19 a tím omezených návštěv v zařízení jsme museli o pomoc s dotazníkovým šetřením požádat zaměstnance zařízení, zejména sociální pracovnice, ergoterapeuty a klíčové pracovníky. Dotazníky byly do zařízení dodány v tištěné podobě.

Zaměstnanci pomohli klientům s vyplněním dotazníků, jelikož velké množství klientů není schopno dotazníky vyplnit sami z důvodu omezení smyslových a fyzických funkcí. Pomoc zaměstnanců vnímáme jako velmi pozitivní i z toho hlediska, že je klienti velmi dobře znají, často s nimi mají navázaný blízký vztah, a to pomohlo ke kladnému přístupu klientů při vyplňování dotazníků. Klienti DpS byli seznámeni s účelem dotazníkového šetření a taktéž byli informováni o postupu vyplňování samotných dotazníků. Respondenti odpovídali na otázky v rozmezí škály 1 až 5, odpovědi byli bezprostředně kroužkovány. Samotné vyplňování dotazníků probíhalo tak, že dotazovaní měli celou dobu dotazníky před sebou. Otázky jim v případě potřeby byly předčítány.

Z důvodu znalosti tohoto prostředí jsem se rozhodla dotazníky distribuovat zcela anonymní, jelikož se domnívám, že velká část klientů zařízení by odmítla odpovídat v případě nutnosti uvedení jakýkoliv osobních údajů. Tato obava i přes asistenci při vyplňování dotazníků se sociálními pracovníky byla naplněna. Někteří klienti odmítli dotazníky vyplňovat, též mezi zaměstnanci bylo vyplnění dotazníků za účelem výzkumu k mé diplomové práci někdy složitější. Někteří klienti odmítli odpovědět na otázky, které byly zaměřené na umírání a smrt. Též některým klientům bylo nepříjemné odpovědět na otázky blízkých vztahů. Tento typ otázek byl některými klienty vnímán negativně a byl vnímán jako velmi osobní a choulostivý.

3.6 Použité metody na statistické zpracování výsledků

Při statistickém zpracování výsledků dotazníkového šetření byly použity dvě metody, a to Spearmanův koeficient korelace a Kruskal-Wallisova ANOVA (Chráška, 2007). Výpočty byly provedeny v prostředí statistického programu STATISTICA 14, na který má UP v Olomouci multilicenci a je možné jej používat jak akademickými pracovníky, tak i studenty.

Spearmanův koeficient korelace má za cíl určit míru souvislosti mezi dvěma proměnnými. Jeho vypočítaná hodnota může nabývat hodnot od -1 do 1, s tím, že vyšší absolutní hodnota koeficientu svědčí o větší míře souvislosti mezi proměnnými. Jeho hodnoty, která jsou větší než 0,6 vyjadřují střední míru souvislosti mezi dvěma proměnnými, hodnota nad 0,9 pak vysokou míru souvislosti. Další použitá metoda, tedy Kruskal-Wallisova ANOVA porovnává skóre v jednotlivých skupinách respondentů. V našem případě skóre vyjadřuje prožívanou kvalitu života respondentů a je hodnoceno na stupnici od 1 do 5, kdy číslo 1 vyjadřuje nejnižší prožívanou hodnotu (vůbec ne) a číslo 5 nejvyšší prožívanou hodnotu (maximálně).

3.7 Zjištěné výsledky

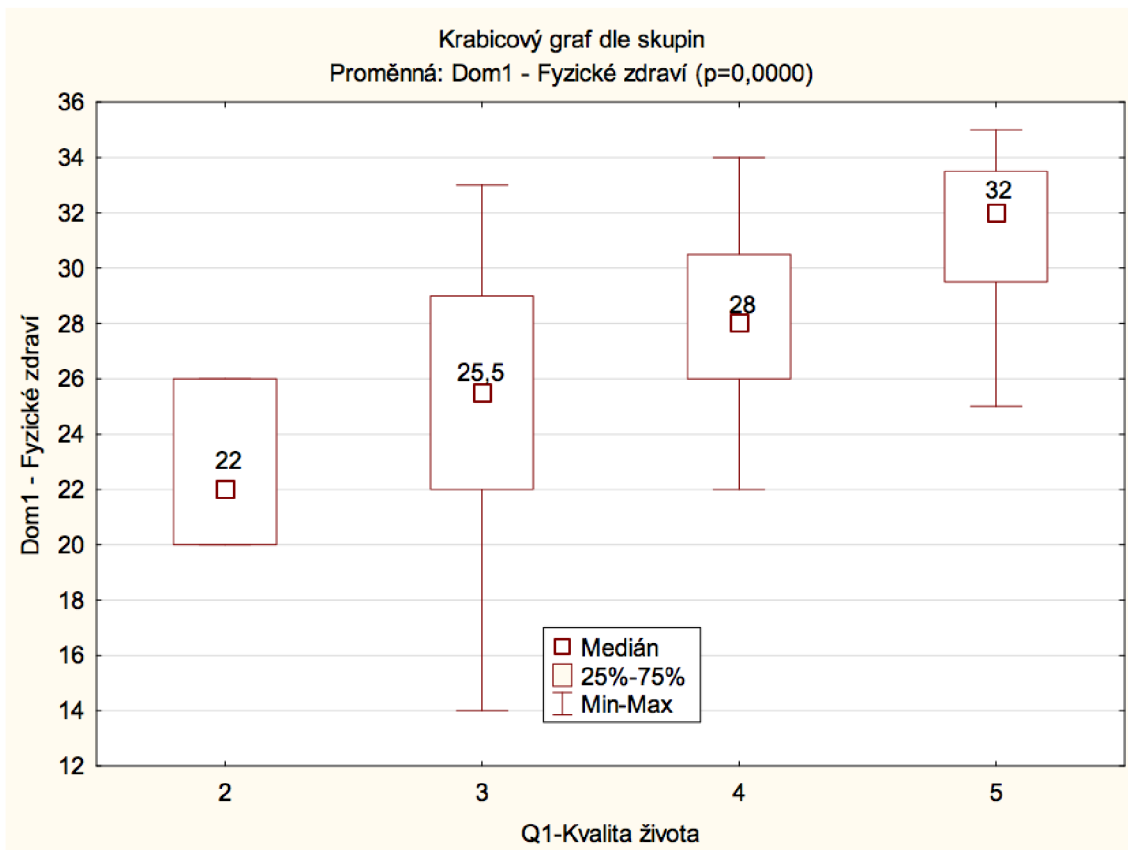
V následující části diplomové práce jsou interpretovány výsledky z dotazníkových šetření realizovaných v domově pro seniory v Července a v Litovli.

3.7.1 Zjištěné výsledky – dotazník WHOQOL-BREF

Ověřování platnosti hypotéz 1–4

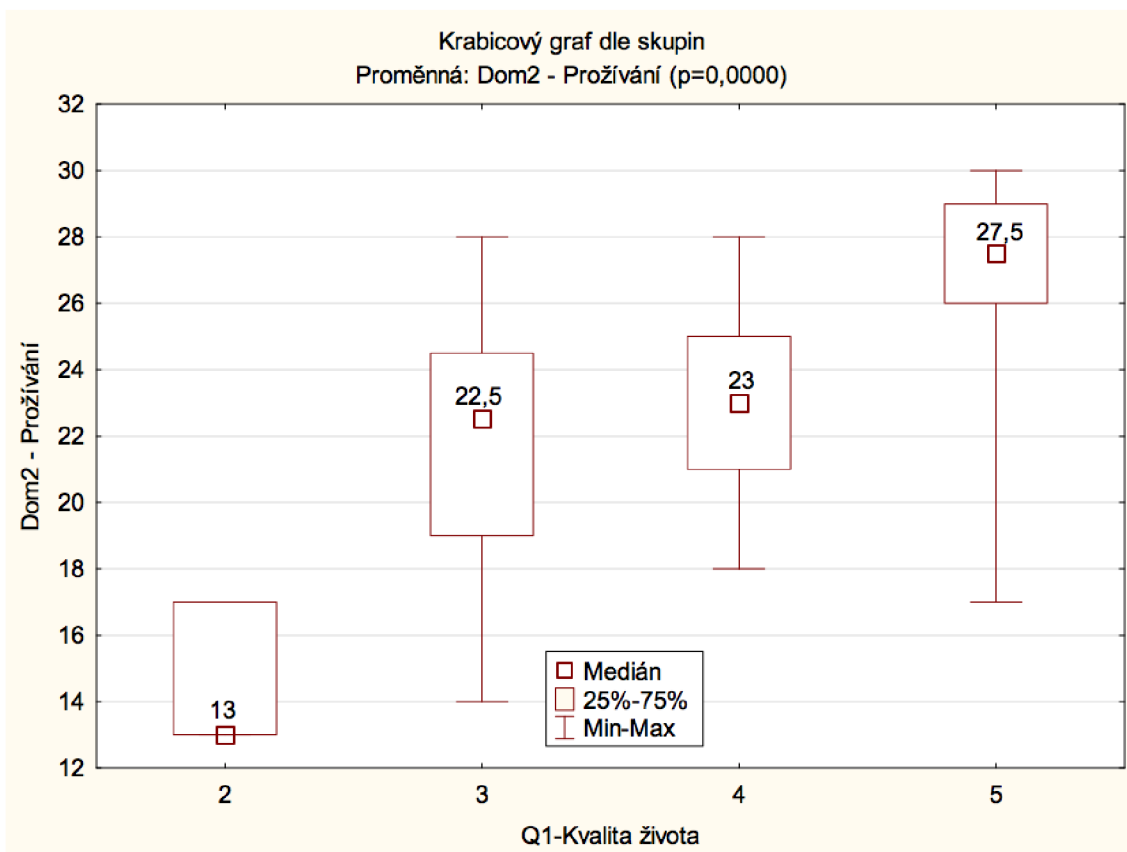
- H1: Hodnocení kvality života nelékařských pracovníků v dotazníku WHOQOL-BREF je odlišné v závislosti na hodnocení jejich fyzického zdraví.
- H2: Hodnocení kvality života nelékařských pracovníků v dotazníku WHOQOL-BREF je odlišné v závislosti na hodnocení jejich prožívání.
- H3: Hodnocení kvality života nelékařských pracovníků v dotazníku WHOQOL-BREF je odlišné v závislosti na hodnocení jejich sociálních vztahů.
- H4: Hodnocení kvality života nelékařských pracovníků v dotazníku WHOQOL-BREF je odlišné v závislosti na hodnocení prostředí.

Ověřování platnosti hypotéz 1–4, týkajících se hodnocení kvality života pracovníků v dotazníku WHOQOL-BREF ve vztahu k hodnocení jednotlivých domén bylo provedeno pomocí neparametrické Kruskal-Wallisovy ANOVA (Chráska, 2007). Její výsledky v názorné grafické podobě pomocí krabicových diagramů, uvádí grafy 1–4.



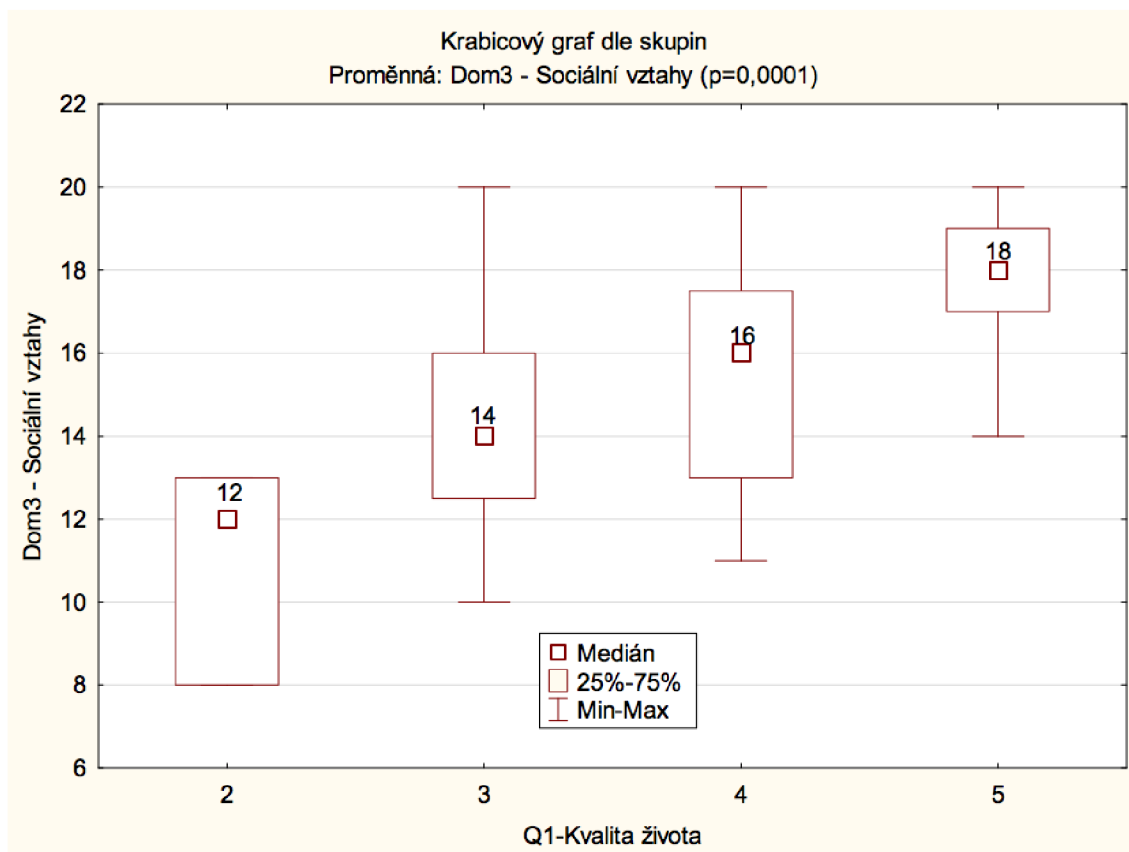
Graf 1: Hodnocení kvality života pracovníků v dotazníku WHOQOL-BREF ve vztahu k hodnocení jejich fyzického zdraví – srovnání podle Kruskal-Wallisovy ANOVA

Hypotéza H1: Hodnocení kvality života nelékařských pracovníků v dotazníku WHOQOL-BREF je odlišné v závislosti na hodnocení jejich fyzického zdraví, **byla potvrzena**. Respondenti, kteří hodnotí své fyzické zdraví jako lepší, uvádí i vyšší kvalitu jejich života.



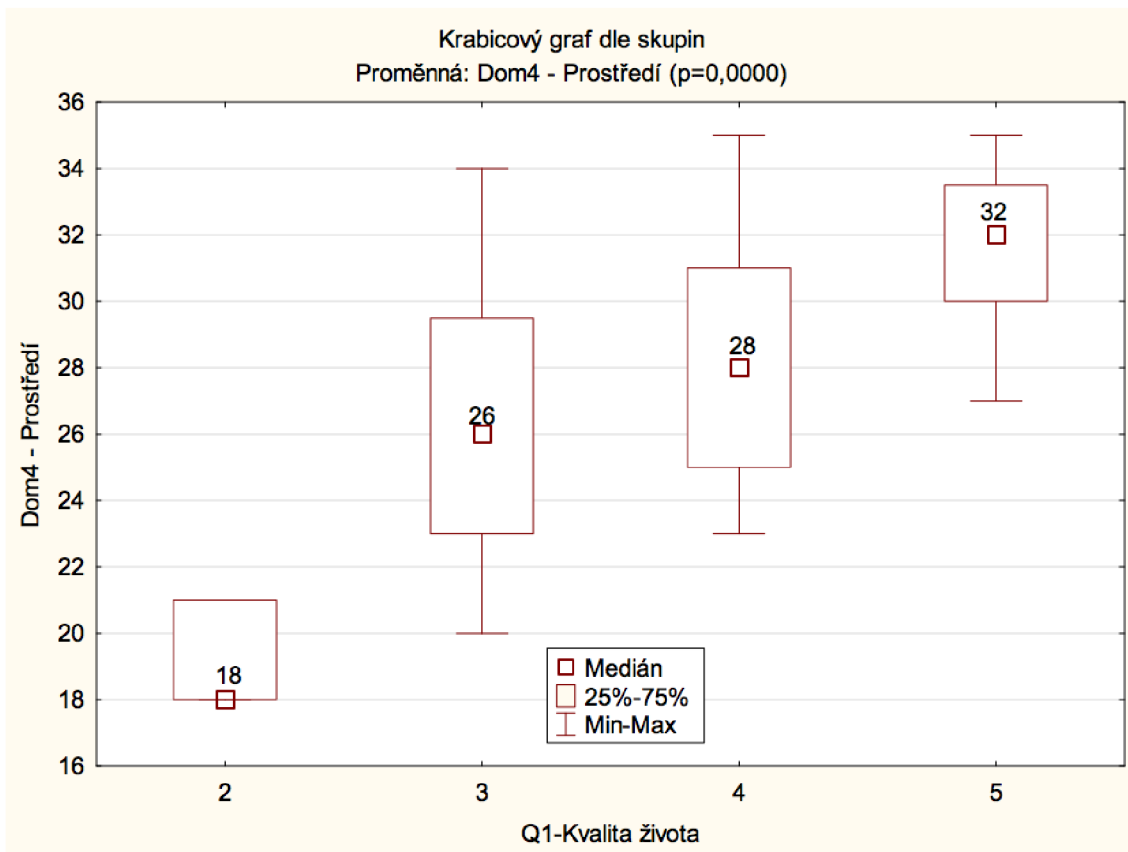
Graf 2: Hodnocení kvality života pracovníků v dotazníku WHOQOL-BREF ve vztahu k hodnocení jejich prožívání – srovnání podle Kruskal-Wallisovy ANOVA

Hypotéza H2: Hodnocení kvality života nelékařských pracovníků v dotazníku WHOQOL-BREF je odlišné v závislosti na hodnocení jejich prožívání, **byla potvrzena**. Respondenti, kteří hodnotí prožívání jako lepší, uvádí i vyšší kvalitu jejich života.



Graf 3: Hodnocení kvality života pracovníků v dotazníku WHOQOL-BREF ve vztahu k hodnocení sociálních vztahů – srovnání podle Kruskal-Wallisovy ANOVA

Hypotéza H3: Hodnocení kvality života nelékařských pracovníků v dotazníku WHOQOL-BREF je odlišné v závislosti na hodnocení jejich sociálních vztahů, **byla potvrzena**. Respondenti, kteří hodnotí Sociální vztahy jako lepší, uvádí i vyšší kvalitu jejich života.



Graf 4: Hodnocení kvality života pracovníků v dotazníku WHOQOL-BREF ve vztahu k hodnocení prostředí – srovnání podle Kruskal-Wallisovy ANOVA

Hypotéza H4: Hodnocení kvality života nelékařských pracovníků v dotazníku WHOQOL-BREF je odlišné v závislosti na hodnocení prostředí, **byla potvrzena**. Respondenti, kteří hodnotí prostředí jako lepší, uvádí i vyšší kvalitu jejich života.

Ověřování platnosti výzkumných předpokladů 1 a 2

Výzkumný předpoklad 1: Nejsilněji ovlivňuje kvalitu života nelékařských pracovníků doména Spokojenost se zdravím v dotazníku WHOQOL-BREF.

Výzkumný předpoklad 2: Nejméně ovlivňuje kvalitu života nelékařských pracovníků doména Sociální vztahy v dotazníku WHOQOL-BREF.

Ověřování platnosti výzkumných předpokladů 1 a 2 bylo provedeno na základě výpočtu Spearmanova pořadového korelačního koeficientu (zjištěná data neměla normální rozdělení) mezi výsledky hodnocení jednotlivých domén u respondentů – výsledky shrnuje tab. 4.

Z tab. 4 je patrné, že fyzické zdraví je nejvíce ovlivněno prožíváním (největší korelace je mezi doménou Fyzické zdraví a Prožívání). Doména prožívání je v největší míře ovlivněna sociálními vztahy a obráceně. Prostředí, ve kterém respondenti žijí je nejvíce ovlivněno prožíváním. Kvalita života je nejvíce ovlivňována spokojeností s vlastním zdravím a spokojenost se zdravím má nejsilnější vliv na celkově prožívanou kvalitu života.

Tab. 4: Spearmanovy korelace mezi hodnocením jednotlivých domén dotazníku WHOQOL-BREF

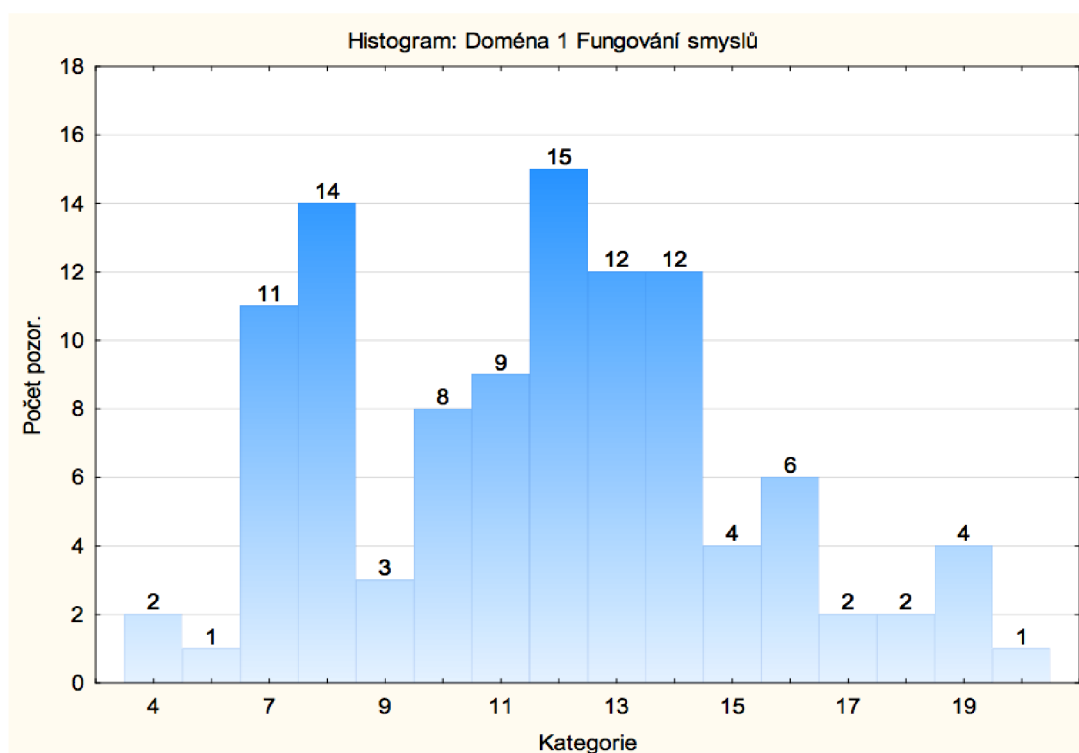
Proměnná	Spearmanovy korelace (Heinzová - DATA zaměstnanci BREF)					
	Dom1 – Fyzické zdraví	Dom2 – Prožívání	Dom3 – Sociální vztahy	Dom4 – Prostředí	Q1– Kvalita života	Q2– Spokojenost se zdravím
Dom1 – Fyzické zdraví	1,00	0,70	0,53	0,69	0,62	0,65
Dom2 – Prožívání	0,70	1,00	0,74	0,72	0,63	0,52
Dom3 – Sociální vztahy	0,53	0,74	1,00	0,69	0,55	0,43
Dom4 – Prostředí	0,69	0,72	0,69	1,00	0,62	0,52
Q1–Kvalita života	0,62	0,63	0,55	0,62	1,00	0,66
Q2–Spokojenost se zdravím	0,65	0,52	0,43	0,52	0,66	1,00

Výzkumný předpoklad 1: Nejsilněji ovlivňuje kvalitu života nelékařských pracovníků doména Spokojenost se zdravím v dotazníku WHOQOL-BREF, byl potvrzen. Nejvyšší korelační koeficient mezi hodnocením kvality života a jednotlivými doménami je právě u domény Spokojenost se zdravím ($r=0,66$) – v tab. 4 je tato hodnota šedě zvýrazněna.

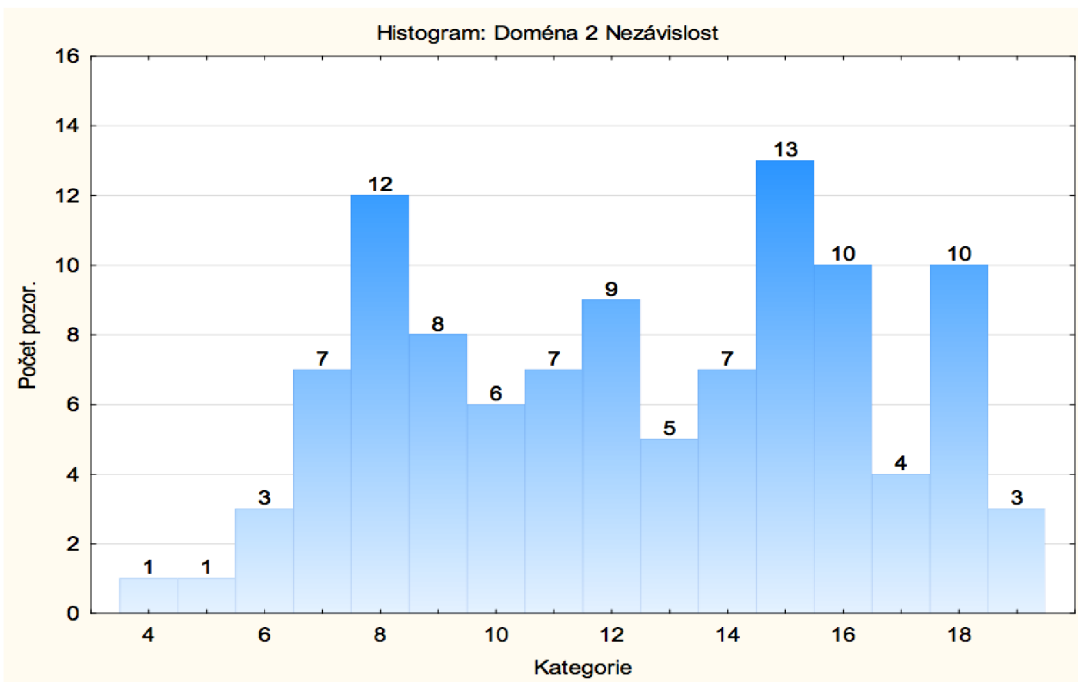
Výzkumný předpoklad 2: Nejméně ovlivňuje kvalitu života nelékařských pracovníků doména Sociální vztahy v dotazníku WHOQOL-BREF. Nejnižší korelační koeficient mezi hodnocením kvality života a jednotlivými doménami je právě u domény Sociální vztahy ($r=0,55$) – v tab. 4 je tato hodnota zvýrazněna šedým šrafováním.

3.7.2. Zjištěné výsledky – dotazník WHOQOL-OLD

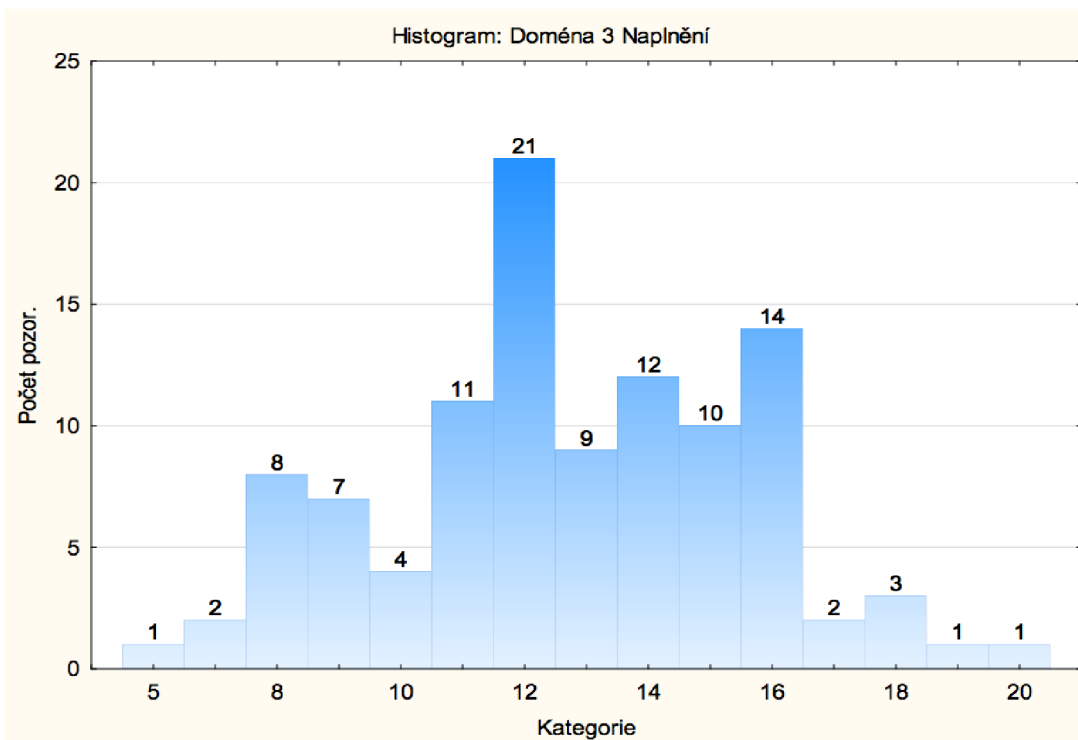
Data zjištěná od jednotlivých respondentů v jednotlivých doménách dotazníku WHOQOL-OLD byla přehledně vynesena do grafů – histogramů – viz graf 5–10. Z nich je patrné, že získaná data neměla ideální normální rozdělení a na jejich zpracování je nutné použít neparametrické metody. Dále byla skóre v jednotlivých doménách dotazníku WHOQOL-OLD souhrnně zapsána do tabulky 5, aby je bylo možné porovnat s populační normou.



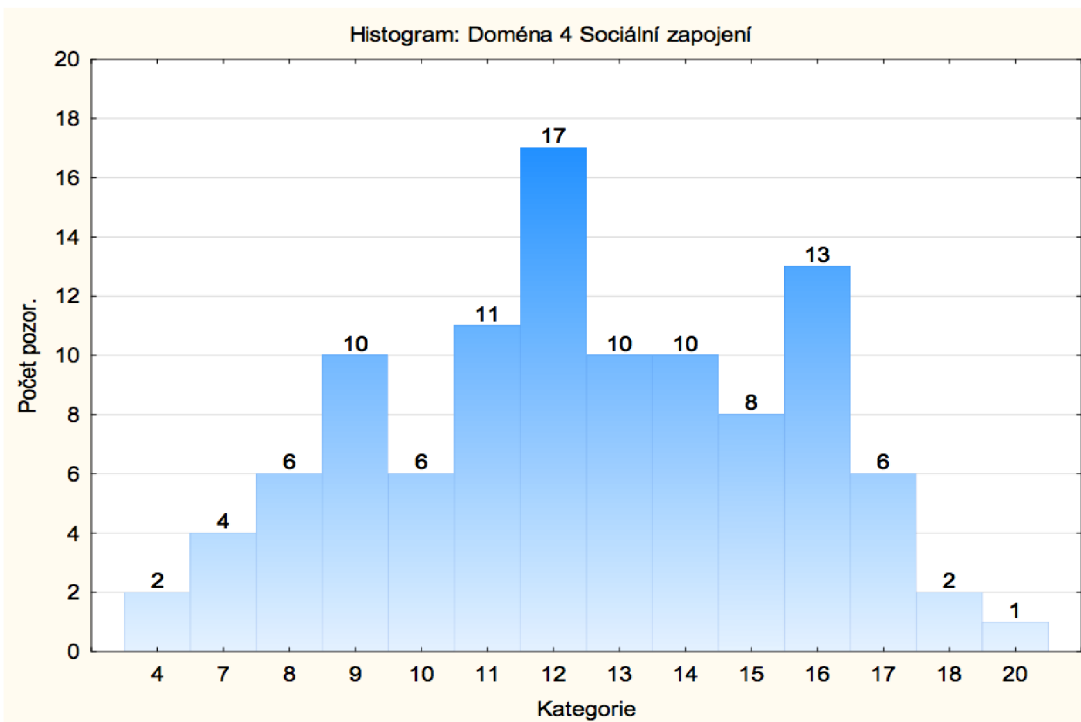
Graf 5: Histogram četností odpovědí respondentů v doméně Fungování smyslů v dotazníku WHOQOL-OLD



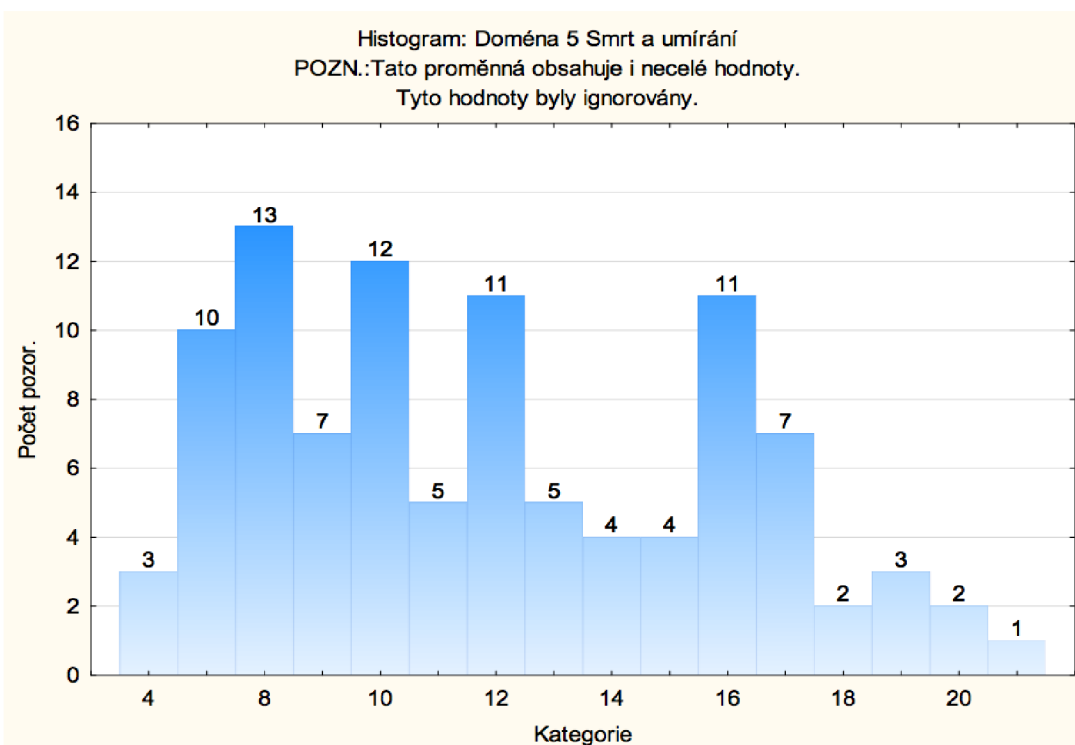
Graf 6: Histogram četností odpovědí respondentů v doméně Nezávislost v dotazníku WHOQOL-OLD



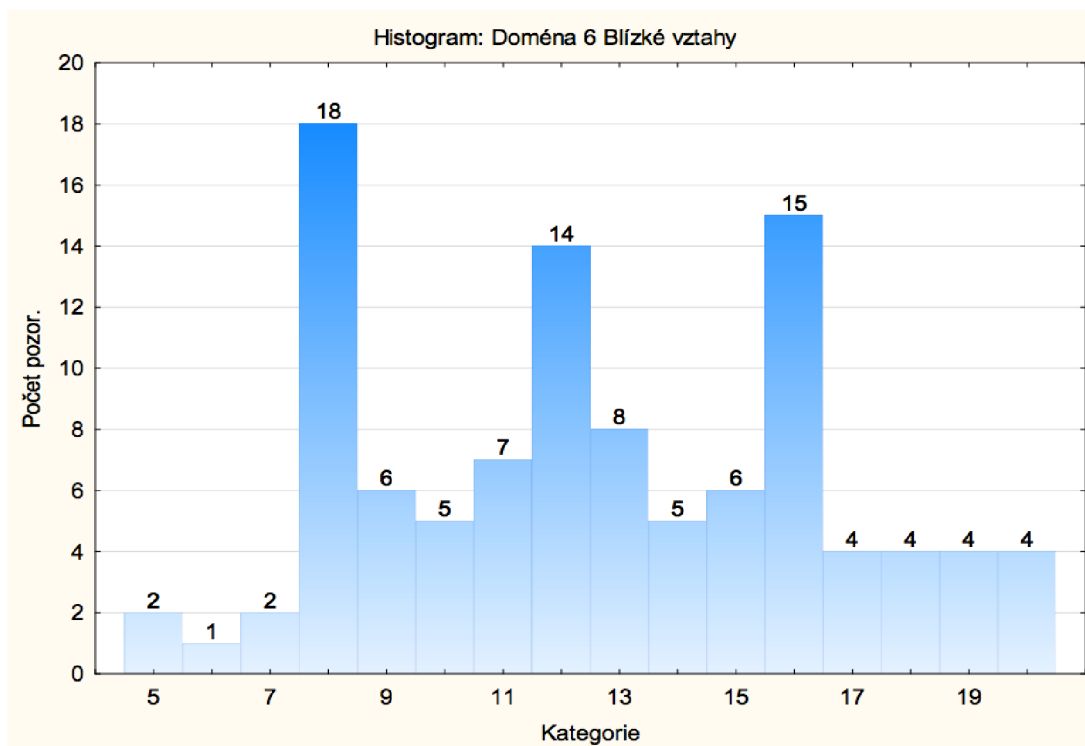
Graf 7: Histogram četností odpovědí respondentů v doméně Naplnění v dotazníku WHOQOL-OLD



Graf 8: Histogram četností odpovědí respondentů v doméne Sociálné zapojení v dotazníku WHOQOL-OLD



Graf 9: Histogram četností odpovědí respondentů v doméne Smrt a umírání v dotazníku WHOQOL-OLD



Graf 10: Histogram četností odpovědí respondentů v doméně Blízké vztahy v dotazníku WHOQOL-OLD

Tab. 5: Skóre v jednotlivých doménách dotazníku WHOQOL-OLD – vlastní výzkum

Proměnná	Popisné statistiky (Data - OLD)				
	Platných N	Průměr	Minimální	Maximál.	Sm. odch.
Doména 1 Fungování smyslů	106	11,65	4,00	20,00	3,51
Doména 2 Nezávislost	106	12,38	4,00	19,00	3,89
Doména 3 Naplnění	106	12,69	5,00	20,00	2,94
Doména 4 Sociální zapojení	106	12,41	4,00	20,00	3,16
Doména 5 Smrt a umírání	101	11,79	1,50	24,00	4,21
Doména 6 Blízké vztahy	105	12,60	5,00	20,00	3,84

Pro srovnání výsledků našeho výzkumu s populační normou pro jednotlivé věkové kategorie respondentů a s výsledky jiných výzkumů byly skóre v jednotlivých doménách zaneseny do tabulky 6.

Tab. 6: Populační normy v dotazníku WHOQOL-OLD a výsledky v jednotlivých doménách ve výzkumu Grochalové (2015), Kaňokové (2018) a ve vlastním výzkumu (2022)

Doména	Populace 60+	Populace do 79 let	Populace nad 80 let	Grochalová 2015	Kaňoková 2018	Vlastní výzkum 2022
Doména 1 Fungování smyslů	14,32	13,00	12,70	12,85	13,70	11,65
Doména 2 Nezávislost	14,64	11,70	11,74	11,72	13,90	12,38
Doména 3 Naplnění	13,80	12,22	12,38	12,30	13,70	12,69
Doména 4 Sociální zapojení	13,98	12,12	12,32	12,50	13,20	12,41
Doména 5 Smrt a umírání	12,77	12,48	12,30	12,64	13,50	11,79
Doména 6 Blízké vztahy	14,27	12,32	12,00	12,76	14,20	12,60

Z tabulky 6 vyplývá, že ve srovnání s populační normou do 79 let (která nejlépe odpovídá věkové struktuře našeho výzkumného vzorku) naši respondenti dosáhli horšího hrubého skóre ve dvou doménách: Fungování smyslů a Smrt a umírání. Naopak lepšího hrubého skóre dosáhli ve čtyřech doménách: Nezávislost, Naplnění, Sociální zapojení a Blízké vztahy.

Data získaná výzkumným šetřením realizovaným Grochalovou (Koller, 2015) v nemocničním prostředí Psychiatrické léčebny v Kroměříži ukázala, že respondeti dosáhli horšího hrubého skóre v doméně: Nezávislost, narozdíl od respondentů v našem vlastním výzkumu. Lze předpokládat, že důvodem je právě ona hospitalizace, která může být faktorem, zvyšujícím potřebu pomoci druhých.

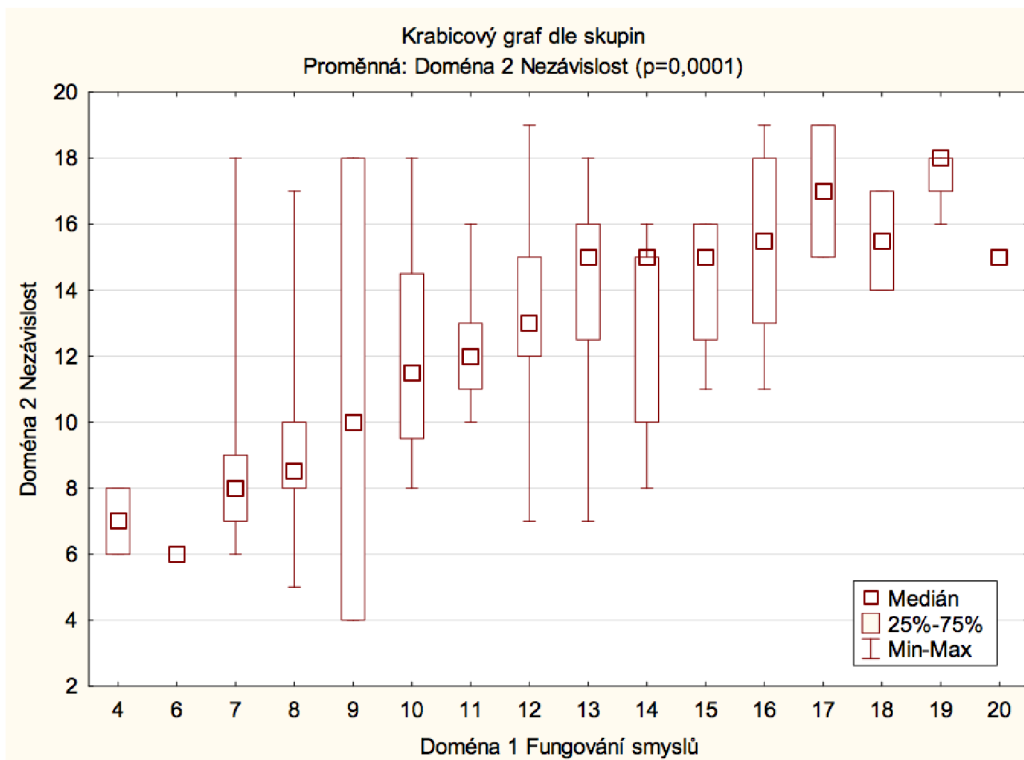
Při porovnání vlastního výzkumu s výzkumem Kaňokové (2018) je patrné, že naše hodnoty hrubého skóre v jednotlivých doménách dotazníku jsou horší. Nejvýraznější je rozdíl v doméně Blízké vztahy. Za hlavní důvod rozdílů mezi našimi výzkumy považují ten fakt, že Kaňoková prováděla výzkumné šetření nejen v sociálním zařízení, ale i v domácím prostředí. Což je dle mého názoru důležitým faktorem, který ovlivňuje prožívanou kvalitu života seniorů. Senior žijící v domácím prostředí má okolo sebe blízké a tím dochází k lepšímu naplňování potřeby sociálních vztahů.

Výzkumný předpoklad 3: Kvalita života (měřená hrubými skóre v jednotlivých doménách dotazníku WHOQOL-OLD) v našem výzkumném vzorku je odlišná od populační normy pro tuto věkovou skupinu. **Výzkumný předpoklad 3** ve všech posuzovaných doménách **byl potvrzen**. Zjištěné rozdíly však nejsou vždy ve stejném směru. V některých doménách je skóre v našem výzkumném vzorku vyšší v jiných doménách naopak nižší.

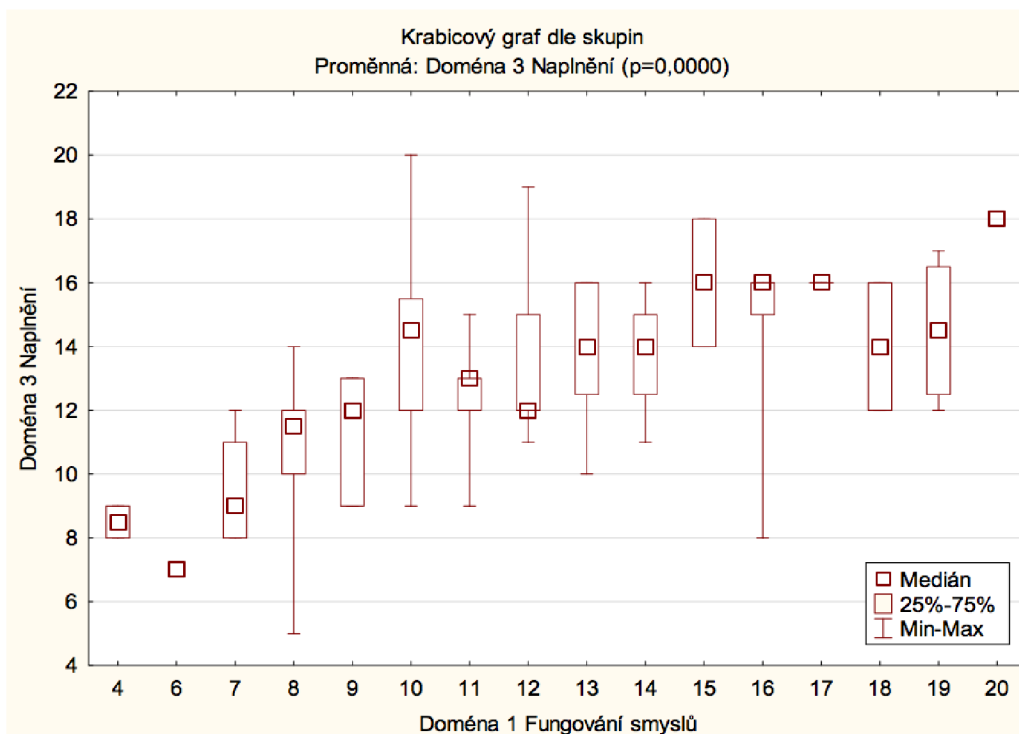
Rozdíly v doméně Fungování smyslů mohou být dle mého názoru způsobeny zhoršením zdravotního stavu klientů, kteří jsou v dnešní době do zařízení sociálních služeb umisťováni a přijímáni. Dalším faktorem, který může mít vliv na doménách Nezávislost, Naplnění, Sociální zapojení, Smrt a umírání a Blízké vztahy, jsou opatření spojená s onemocněním Covid-19, která se dotýkají všech klientů. Tedy úplné omezení kontaktu s příbuznými, částečné nebo úplné zrušení kulturního a společenského života v zařízeních a další.

Ověřování platnosti hypotézy H5

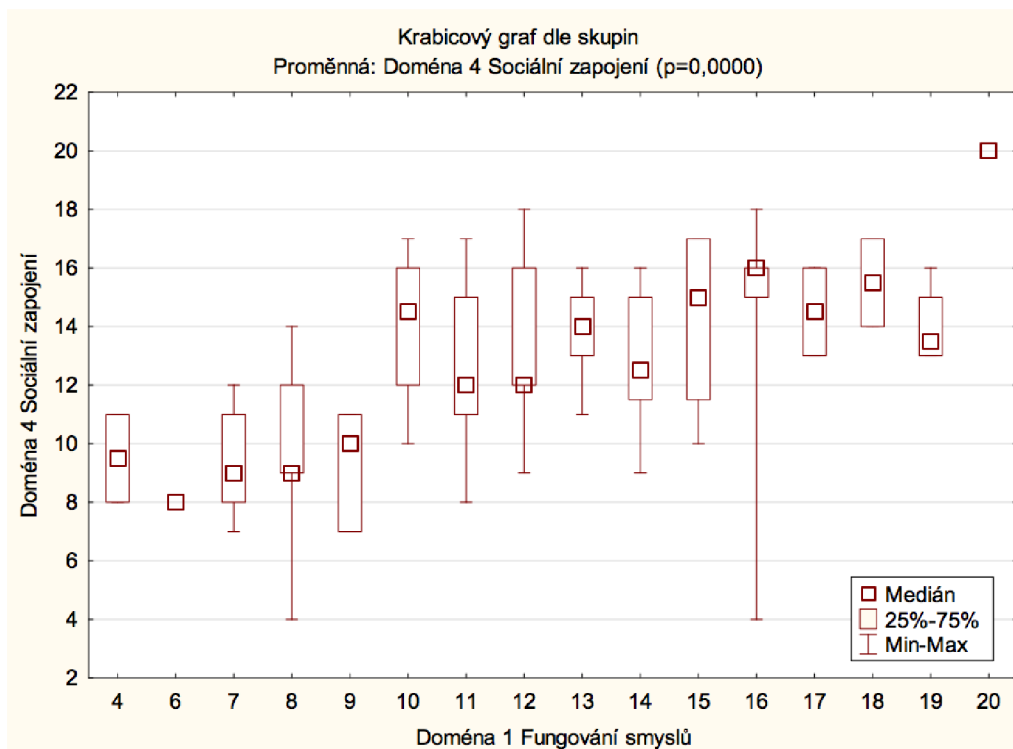
K ověřování platnosti hypotézy H5: Hodnocení kvality života seniorů v doméně Fungování smyslů v dotazníku WHOQOL-OLD ovlivňuje hodnocení kvality života i v dalších doménách Nezávislost, Naplnění, Sociální zapojení, Smrt a umírání a Blízké vztahy, byla použita neparametrická Kruskal-Wallisova ANOVA (Chráška, 2007). Její výsledky uvádí grafy 11 až 15. Pro statistické ověřování platnosti hypotézy byla zvolena hladina významnosti 0,05.



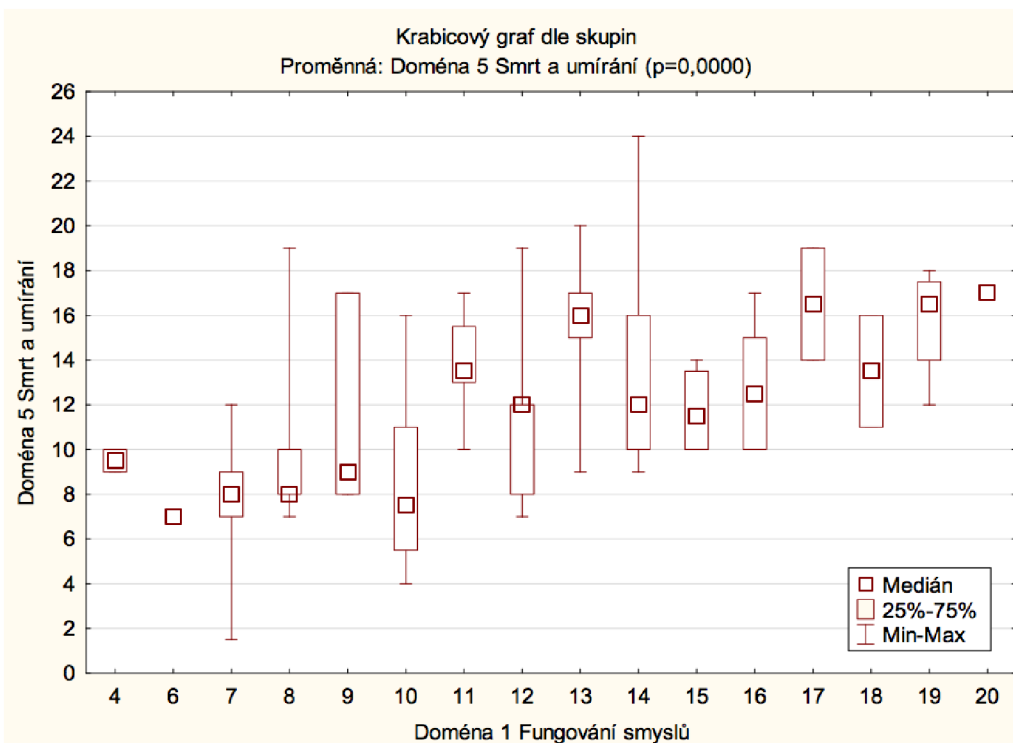
Graf 11: Hodnocení kvality života seniorů v doméně Fungování smyslů v dotazníku WHOQOL-OLD ve vztahu k hodnocení kvality života v doméně Nezávislost – srovnání podle Kruskal-Wallisovy ANOVA



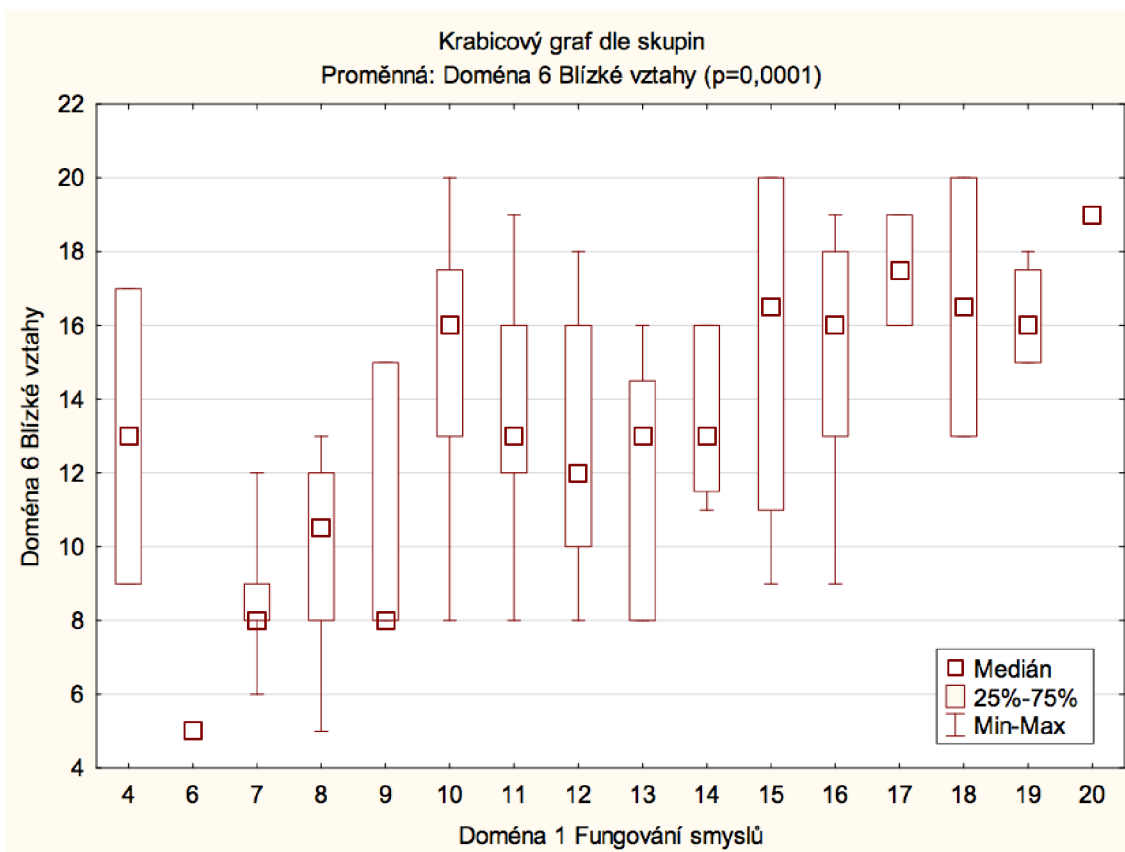
Graf 12: Hodnocení kvality života seniorů v doméně Fungování smyslů v dotazníku WHOQOL-OLD ve vztahu k hodnocení kvality života v doméně Naplnění – srovnání podle Kruskal-Wallisovy ANOVA



Graf 13: Hodnocení kvality života seniorů v doméně Fungování smyslů v dotazníku WHOQOL-OLD ve vztahu k hodnocení kvality života v doméně Sociální zapojení – srovnání podle Kruskal-Wallisovy ANOVA



Graf 14: Hodnocení kvality života seniorů v doméně Fungování smyslů v dotazníku WHOQOL-OLD ve vztahu k hodnocení kvality života v doméně Smrt a umírání – srovnání podle Kruskal-Wallisovy ANOVA



Graf 15: Hodnocení kvality života seniorů v doméně Fungování smyslů v dotazníku WHOQOL-OLD ve vztahu k hodnocení kvality života v doméně Blízké vztahy – srovnání podle Kruskal-Wallisovy ANOVA

Na základě vypočítaných signifikací p (viz graf 11–15), které jsou vždy menší než zvolená hladina významnosti 0,05, můžeme konstatovat, že **hypotéza H5:** Hodnocení kvality života seniorů v doméně Fungování smyslů v dotazníku WHOQOL-OLD ovlivňuje hodnocení kvality života i v dalších doménách Nezávislost, Naplnění, Sociální zapojení, Smrt a umírání a Blízké vztahy, **byla potvrzena.**

Ověřování platnosti výzkumného předpokladu 4

Pro ověření výzkumného předpokladu 4 jsme spočítali Spearmanovy korelace mezi hodnocením jednotlivých domén v dotazníku WHOQOL-OLD. Výsledky uvádí tab. 7.

Výzkumný předpoklad 4: Nejsilnější vazby v hodnocení jednotlivých domén v dotazníku WHOQOL-OLD jsou mezi doménami Sociální zapojení a Nezávislost, **nebyl potvrzen.** Nejsilnější vazba byla zjištěna mezi doménami Sociální zapojení a Naplnění ($r=0,78$) – v tab. 7 je tato hodnota zvýrazněna šedým šrafováním.

Tab. 7: Spearmanovy korelace mezi jednotlivými vztahy domén dotazníku WHOQOL-OLD

Proměnná	Spearmanovy korelace (Data - OLD) ChD vynechány párově Označ. korelace jsou významné na hlad. $p < 0,05$					
	Doména 1 Fungování smyslů	Doména 2 Nezávislost	Doména 3 Naplnění	Doména 4 Sociální zapojení	Doména 5 Smrt a umírání	Doména 6 Blízké vztahy
Doména 1 Fungování smyslů	1,00	0,61	0,64	0,58	0,56	0,51
Doména 2 Nezávislost	0,61	1,00	0,72	0,68	0,45	0,52
Doména 3 Naplnění	0,64	0,72	1,00	0,78	0,37	0,66
Doména 4 Sociální zapojení	0,58	0,68	0,78	1,00	0,42	0,64
Doména 5 Smrt a umírání	0,56	0,45	0,37	0,42	1,00	0,30
Doména 6 Blízké vztahy	0,51	0,52	0,66	0,64	0,30	1,00

3.8 Interpretace výsledků

Výzkumné předpoklady a výsledky výzkumného šetření u dotazníků WHOQOL-OLD

V interpretaci výsledků dotazníků WHOQOL-OLD porovnáváme výsledky vlastního výzkumu s populační normou České republiky – podklady jsou shrnuty v tab. 8.

Tab. 8: Populační normy v dotazníku WHOQOL-OLD a výsledky v jednotlivých doménách ve výzkumu Grochalové (2015), Kaňokové (2018) a ve vlastním výzkumu (2022)

Doména	Populace 60+	Populace do 79 let	Populace nad 80 let	Grochalová 2015	Kaňoková 2018	Vlastní výzkum 2022
Doména 1 Fungování smyslů	14,32	13,00	12,70	12,85	13,70	11,65
Doména 2 Nezávislost	14,64	11,70	11,74	11,72	13,90	12,38
Doména 3 Naplnění	13,80	12,22	12,38	12,30	13,70	12,69
Doména 4 Sociální zapojení	13,98	12,12	12,32	12,50	13,20	12,41
Doména 5 Smrt a umírání	12,77	12,48	12,30	12,64	13,50	11,79
Doména 6 Blízké vztahy	14,27	12,32	12,00	12,76	14,20	12,60

Doména 1 Fungování smyslů: V našem výzkumném vzorku je doména Fungování smyslů nejvíce odlišná od populační normy. Domnívám se, že je to způsobeno zhoršujícím zdravotním stavem nastupujících klientů do zařízení sociálních služeb, který má trvalejší charakter.

Doména 2 Nezávislost: Chápání nezávislosti seniorů v našem výzkumu vyšlo mírně odlišně. Způsobeno to může být onemocněním Covid-19, které zužuje možnosti seberealizace klientů a dochází k větší závislosti na službách poskytovaných zařízeními. V porovnání s populační normou máme výsledky o něco lepší. Důvodem může být aktivizace klientů, která přispívá k pocitu nezávislosti. Dalším faktorem, který může mít kladný vliv na konečných výsledků je znalost prostředí a sociální skupiny, ve které klient pobývá.

Doména 3 Naplnění: V oblasti naplnění lze předpokládat, že vliv na rozdíl má též omezená možnost vykonávat činnosti, které byly před propuknutím pandemie zcela běžné ovšem u klientů v DpS se tyto pocity příliš nemění.

Doména 4 Sociální zapojení: Vzhledem k tomu, že řada klientů je zvyklá pobývat většinu času v zařízení sociálních služeb, lze předpokládat, že to je právě důvodem, proč není rozdíl tak markantní. Domovy pro seniory nabízejí řadu aktivit, při kterých se klienti účastní řady kulturních a společenských akcí. Jako příklad lze uvést – společné activity klientů (pečení, hraní her, kreativní a tvořivé činnosti atd.)

Doména 5 Smrt a umírání: V doméně smrti a umírání výsledky našeho výzkumu vyšly hůře, než v populační normě. Domnívám se, že důvodem je právě horší zdravotní stav klientů, kteří do zařízení přicházejí. Jedná se o špatný celkový zdravotní stav, který s sebou přináší pocit blízkosti smrti. Některými klienty může být negativně vnímáno umístění do zařízení sociálních služeb jejich blízkými, což v nich může evokovat pocit zbytečnosti a nepotřebnosti.

Doména 6 Blízké vztahy: V doméně Blízkých vrahů v našem výzkumu vyšlo lepší hrubé skóre než v populační normě. Zapříčeno to může být četností návštěv a možností komunikace s blízkými. V době pandemie Covid-19 i mimo ni jsou s blízkými při dlouhodobější absenci fyzických návštěv využívány moderní technologie jako je například Skype.

Výzkumný předpoklad 3: Kvalita života (měřená hrubými skóre v jednotlivých doménách dotazníku WHOQOL-OLD) v našem výzkumném vzorku je odlišná od populační normy pro tuto věkovou skupinu. Výzkumný předpoklad ve všech posuzovaných doménách **byl potvrzen**.

Domnívám se, že důvodem, proč je kvalita života hodnocena v našem výzkumném vzorku odlišně je ten fakt, že se v dnešní době do zařízení sociálních služeb dostávají osoby s těžšími diagnózami a v horším zdravotním stavu, než tomu bylo před pár lety. Dalším faktorem, který se podílí na vnímání horší kvality života je přítomnost onemocnění Covid-19, která s sebou přináší řadu restrikcí. Tyto restrikce v průběhu roku 2021 a 2022 velmi výrazně ovlivnily chod zařízení.

Výzkumný předpoklad 4: Nejsilnější vazby v hodnocení jednotlivých domén v dotazníku WHOQOL-OLD jsou mezi doménami Sociální zapojení a Nezávislost, **nebyl potvrzen**. Nejsilnější vazba byla zjištěna mezi doménami Sociální zapojení a Naplnění ($r=0,78$).

Předpokládám, že osoby pobývající v sociálních zařízeních v průběhu posledních dvou let vnímají zapojení do společenského života podstatně výrazněji, než tomu bylo v pře-

dešlých letech. Důvodem je stejně jako v předešlém výzkumném předpokladu onemocnění Covid-19, které zapříčinilo izolaci klientů nejen od rodiny, ale i od společenského dění v zařízeních.

Hypotéza dotazníkového šetření WHOQOL-BREF

Hypotéza H1: Hodnocení kvality života nelékařských pracovníků v dotazníku WHOQOL-BREF je odlišné v závislosti na hodnocení jejich fyzického zdraví, **byla potvrzena**. Respondenti, kteří hodnotí své fyzické zdraví jako lepší, uvádí i vyšší kvalitu jejich života.

Považuji za zcela přirozené, že dobré fyzické zdraví je kladným odrazem chápání vyšší kvality života. V případě, že nás netrápí žádné výrazné zdravotní obtíže nepocítujeme ani žádné omezení v provádění každodenních činností.

Hypotéza H2: Hodnocení kvality života nelékařských pracovníků v dotazníku WHOQOL-BREF je odlišné v závislosti na hodnocení jejich prožívání, **byla potvrzena**. Respondenti, kteří hodnotí prožívání jako lepší, uvádí i vyšší kvalitu jejich života.

Stějně jako u předchozí hypotézy lze předpokládat, že pokud dosahujeme pozitivních prožitků budeme i lépe hodnotit kvalitu našeho života.

Hypotéza H3: Hodnocení kvality života nelékařských pracovníků v dotazníku WHOQOL-BREF je odlišné v závislosti na hodnocení jejich sociálních vztahů, **byla potvrzena**. Respondenti, kteří hodnotí Sociální vztahy jako lepší, uvádí i vyšší kvalitu jejich života.

V případě, že máme kvalitní sociální vztahy, které jsou pro člověka velmi důležité budeme i lépe hodnotit kvalitu života.

Hypotéza H4: Hodnocení kvality života nelékařských pracovníků v dotazníku WHOQOL-BREF je odlišné v závislosti na hodnocení prostředí, **byla potvrzena**. Respondenti, kteří hodnotí prostředí jako lepší, uvádí i vyšší kvalitu jejich života.

Pokud člověk žije v dobrém a zdravém prostředí hodnotí i lépe kvalitu života. Jedná se o subjektivní pohled a u každého může být dobré a zdravé prostředí vnímáno jiným způsobem.

ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zaměřovala na subjektivně prožívanou hodnotu zdraví u nelékařských pracovníků a klientů Domova pro seniory v Července a v Litovli. Vlastní výzkum byl zaměřený na zjištění kvality jejich života. Díky této práci jsem měla možnost získat řadu nových znalostí a poznatků z oblasti vnímání hodnoty zdraví jak z pohledu osob produktivního věku, kdy této hodnotě není přisuzován velký význam, tak i osob ve věku, kdy se tato hodnota dostává na přední příčky v hodnotovém systému – tedy v období stáří. Práce je rozdělena na část teoretickou a metodickou.

V teoretické části jsem se zaměřila na definování klíčových pojmů z mého pohledu nezbytných pro úplnost chápání hodnoty zdraví u pracovníků a klientů v zařízení sociální služby. Těmito pojmy jsou: stáří a stárnutí, osobní pohoda, kvalita života, rozdělení hodnot v životě seniorů, sociální služby, okruh pracovníků v sociálních službách a další. Dále jsem pozornost věnovala faktorům, které se přímo podílejí na utváření přístupu ke zdraví a charakterizovala zainteresované populační skupiny.

Metodická část je postavena na kvantitativní výzkumné metodě za využití standardizovaných dotazníků WHOQOL, zkonstruovaných Světovou zdravotnickou organizací. Dotazníky jsou zaměřeny na prožívanou úroveň kvality života. Do výzkumu byli zapojeni nelékařští pracovníci a klienti domova pro seniory v Července a v Litovli. U zaměstnanců byla použita zkrácená verze dotazníků WHOQOL-100 tedy dotazníky WHOQOL-BREF. Zkrácená verze dotazníků je využívána při výzkumných šetřeních častěji než její úplná verze. Důvodem je zejména menší časová náročnost potřebná pro jejich vyplňování. U seniorů se jednalo o dotazník WHOQOL-OLD. Použití dvojích dotazníků bylo nezbytné, jelikož verze pro seniory je upravená tak, aby odpovídala jejich věkovým zvláštěm. Je tedy rozšířena o domény Smrt a umírání a Blízké vztahy, kterým není v jiných věkových kategoriích přikládán tak velký význam.

V metodické části jsem se dále zaměřila na charakteristiku výzkumu a zpracování všech získaných dat. Jelikož se z etických důvodů jednalo o zcela anonymní dotazníkové šetření (nebylo tedy zjišťováno pohlaví a věk respondentů, aby nebylo možné respondenty identifikovat), tak jsem získaná data navzájem porovnávala a vyhodnocovala míru spojitosti mezi jednotlivými doménami. Při statistickém zpracování dat byly použity dvě metody, a to Kruskal-Wallisova ANOVA a Spearmanův koeficient pořadové korelace. Tato část diplomové práce obsahuje popis jednotlivých výzkumných metod, výzkumné problémy, hypotézy a výzkumné předpoklady, jejichž platnost je ověřována adekvátními metodami a postupy.

Metodická část porovnává zjištěné výsledky hodnocení kvality života nelékařských pracovníků v dotazníku WHOQOL-BREF v závislosti na fyzickém zdraví, prožívání, sociálních vztazích, prostředí a celkové spokojenosti se zdravím. V případě seniorů porovnáváme získaná data z vlastního výzkumu v oblasti domén: fungování smyslů, nezávislost, naplnění, míru sociálního zapojení, smrt a umírání a blízké vztahy s populačním průměrem. Dále je též porovnáván vlastní výzkum s výzkumem Grohalové (Koller, 2015) provedeným v Psychiatrické léčebně v Kroměříži a daty získanými Kaňokovou (2018), které své výzkumné šetření prováděla v DpS Bruntál a u seniorů žijících v domácím prostředí.

Domnívám se, že onemocnění Covid-19, které zapříčinilo řadu změn nejen v životě zaměstnanců domova pro seniory, ale i jeho klientů přineslo jedno pozitivum. Vzhledem k tomu, že je úmrtnost v těchto zařízeních běžně vysoká, restrikce spojené s tímto onemocněním, zejména omezení a úplný zákaz návštěv způsobil, že celková úmrtnost klesla. V roce 2019 zemřelo v DpS v Července a v Litovli 76 osob, v roce 2020 74 osob a v roce 2021 zemřelo celkem 56 osob. Na celkovém počtu úmrtí za tyto tři roky lze pozorovat, že v roce 2021, kdy byl po většinu roku částečný nebo úplný zákaz návštěv zemřelo nejméně klientů zařízení. Z komunikace se zaměstnanci vyplynulo, že v době omezení návštěv se snížil počet běžných onemocnění, které ve vyšším věku mohou končit fatálně. Data o smrtnosti klientů v zařízení jsem získala od sociálních pracovníků, které mají na starosti veškerou agendu spojenou s klienty Domova pro seniory.

Zpracování diplomové práce pro mě bylo velkým přínosem, a to zejména z důvodu, že jsem měla možnost lépe pochopit nastavení hodnotové orientace a pohledu na kvalitu života seniorů a zaměstnanců ve vybraném zařízení, což mohu dále zúročit ve své práci.

SOUHRN

Cílem diplomové práce na téma “Hodnota zdraví u pracovníků a klientů v domovech pro seniory”, bylo zjištění aktuálně prožívané kvality života. Prožívaná kvalita života je zejména v posledních letech velmi často diskutovaným tématem, které se dostává do popředí zájmů řady organizací a institucí.

Teoretická část diplomové práce je zaměřena na definování klíčových pojmů souvisejících s hodnotou zdraví jako jsou: stáří, stárnutí, osobní pohoda, kvalita života seniorů, hodnoty v životě seniorů, sociální hodnoty, sociální služby, okruh pracovníků v sociálních službách a další. Dále jsem na základě studia ontogenetické fáze stáří a stárnutí sestavila charakteristiku tohoto vývojového období a rozvedla hodnoty, které jsou typické pro období stáří.

Cílem praktické části bylo zjistit míru prožívané kvality života u zaměstnanců a klientů domova pro seniory v Července a Litovli. V praktické části byl použitý kvantitativní výzkum za pomoci dotazníkového šetření prostřednictvím dotazníků WHOQOL, vytvořených Světovou zdravotnickou organizací a upravených na české poměry autorkami Evou Dragomireckou a Jitkou Bartoňkovou (Dragomerická, Bartoňková, 2019). Metodická část obsahuje popis průběhu výzkumu, použité metody a statistické zpracování výsledků, ověřování platnosti hypotéz a výzkumných předpokladů. Dotazníkové šetření mělo za cíl zjistit subjektivně prožívanou kvalitu života zaměstnanců a klientů Domova pro seniory v Července a v Litovli.

Klíčová slova:

Hodnoty, hodnota zdraví, senior, stáří, kvalita života, osobní pohoda

SUMMARY

The aim of the diploma thesis on the topic "The value of health for workers and clients in homes for the elderly" was to determine the current quality of life. The quality of life experienced, especially in recent years, is a very often discussed topic, which comes to the fore front of the interests of many organizations and institutions.

The theoretical part of the thesis is focused on defining key concepts related to the value of health such as: old age, aging, personal well-being, quality of life of seniors, values in seniors' life, social values, social services, social workers and others. Furthermore, based on the study of the period of old age and aging, I compiled the characteristics of this period and elaborated the values that are typical for the period of old age.

The aim of the practical part was to find out the level of quality of life experienced by employees and clients of a home for the elderly in July and Litovel. In the practical part, quantitative research was used with the help of a questionnaire survey through WHOQOL questionnaires, created by the World Health Organization and adapted to the Czech conditions by Eva Dragomirecká and Jitka Bartoňková (Dragomirecká, Bartoňková, 2019).

Methodological part contains a description of the research process, methods used and statistical processing of results, proving hypotheses and verifying research assumptions. The aim of the questionnaire survey was to find out the subjectively experienced quality of life of the employees and clients of the Červenka and Litovel.

Key words:

Values, The value of health, Senior, Age, Quality of life, Personal well-being.

REFERENČNÍ SEZNAM

- BICKOVÁ, Lucie. 2011. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. ISBN 978-80-904668-1-4.
- BLATNÝ, Marek. 2010. *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3434-7.
- BLATNÝ, Marek. 2016. Osobnostní předpoklady osobní pohody. *Akademie věd České republiky. Strategie AV21. AVČR*. [online]. [cit. 2021-11-06]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Iva-Solcova/publication/304349272_Personality_and_well_being/links/5bced3ff92851c1816ba56a7/Personality-and-well-being.pdf
- BLATNÝ, MAREK. 2019 *Indikátory kvality života v oblasti osobní pohoda. Závěrečná zpráva pro identifikaci relevantních indikátorů kvality života v ČR v oblasti Osobní pohoda*. [online]. [cit. 2022-02-27]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/assets/ppov/udrzitelny-rozvoj/projekt-OPZ/11--Osobni-pohoda.pdf>
- BURIÁNEK, Jiří a Martina KLICPEROVÁ-BAKER. 2005. Measuring Value orientations with the Use of S.H. Schwartz's Value Portraits. *Sociologický ústav Akademie věd ČR*. [online]. [cit.2020-12-05]. Dostupné z: <https://www.soc.cas.cz/sites/default/files/publikace/2005-01.pdf>
- ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3213-8.
- ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. 2017. *Člověk ve zdraví i v nemoci: podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3828-7.
- ČEVELA, Rostislav, ČELEDOVÁ Libuše a Hynek DOLANSKÝ. 2009. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada, Sestra. ISBN 978-80-247-2860-5.
- DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka Bartoňková. 2006. *Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-82-4.

- DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇKOVÁ. 2019. *Dotazník kvality života WHOQOL-BREF a WHOQOL-100*. [online]. [cit. 2022-03-14]. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/dotaznik-kvality-zivota-whoqol-bref-a-whoqol-100>
- DRAGOMIRECKÁ, Eva, BARTOŇKOVÁ Jana, MOTLOVÁ Lucie a kol. 2006. *Squala: Subjective QUALity of Life Analysis*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-82-4.
- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-4138-3.
- FN BRNO. 2020 *Informace pro občany v souvislosti s aktuálním výskytem koronaviru (SARS-CoV2) způsobující onemocnění COVID-19*. [online]. [cit.2021-11-06]. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/informace-pro-obcany-v-souvislosti-s-aktualnim-vyskytem-koronaviru-sars-cov-2-zpusobujici-onemocneni-covid-19/t6792>
- GURKOVÁ, Elena. 2011. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.
- HÁŠKOVCOVÁ, Helena. 2012. *Sociální gerontologie, aneb, Seniori mezi námi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-726-2900-8.
- HELUS, Zdeněk. 2018. *Úvod do psychologie*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, Psyché. ISBN 978-80-247-4675-3.
- HOLMEROVÁ, Iva. 2014. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5439-0.
- HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.
- CHRÁSKA, Miroslav. 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: GRADA Publishing. ISBN 978-80-247-1369-4.
- CHRASTINA, Jan, ŠPATENKOVÁ Naděžda a Bianka HUDCOVÁ. 2020. *Náročné, krizové a mimořádné situace v kontextu rezidenčních služeb*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5725-3.
- JANOVSKÁ, Kateřina, KOMÁREK, Lumír a kol. 2013. Kurs 6 - Podpora zdraví. *Krajská hygienická stanice Králové Hradeckého kraje*. [online]. [cit. 2019-02-26]. Dostupné z: http://www.khshk.cz/e-learning/kurs6/kapitola_11_definice.html

- JANOVSKÁ, Kateřina, Silvana JAKUBALOVÁ, Nikola KŘISTEK a kol. 2016. *Zdravotní gramotnost. Zdravotní gramotnost seniorů*. [online]. [cit. 2022-02-07]. Dostupné z: <http://zdravotnigramotnost.cz>
- KALVACH, Zdeněk. 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KAŇOKOVÁ, Sylvie. 2018. *Kvalita života seniorů. Diplomová práce*. [online]. [cit. 2022-04-12]. Dostupné z: [https://theses.cz/id/bkp6p6/Kanokova Sylvie Kvalita zivota senioru.pdf](https://theses.cz/id/bkp6p6/Kanokova_Sylvie_Kvalita_zivota_senioru.pdf)
- KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. 2010. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3270-1.
- KOLLER, Miroslav. 2015. *Kvalita života dlouhodobě hospitalizovaných seniorů*. Zdravi.euro.cz. [online]. [cit. 2022-04-12]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/kvalita-zivota-dlouhodobe-hospitalizovanych-senioru-480491>.
- KOPŘIVA, Karel. 1997. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-150-9.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2011. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-551-2.
- KŘÍŽ, Jaroslav. 2014. COVID-19. Sociální determinanty a zdravotní gramotnost. *Hygiena. Časopis pro ochranu a podporu zdraví*. [online]. [cit.2022-02-10]. Dostupné z: <https://hygiena.szu.cz/pdfs/hyg/2020/04/09.pdf>
- KUNZOVÁ, Šárka, HRUBÁ, Drahlava a Ondřej SOCHOR. 2015. Chování a zdraví III. Psychosociální faktory, životního stylu a komplexní choroby. *Ústav preventivního lékařství LF MU*. [online]. [cit.2021-10-26]. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/profile/Sarka-Kunzova/publication/282754427 Behaviour and health Part III Psychosocial factors lifestyle and complex diseases/links/561b735708ae044edbb2b708/Behaviour-and-health-Part-III-Psychosocial-factors-lifestyle-and-complex-diseases.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Sarka-Kunzova/publication/282754427_Behaviour_and_health_Part_III_Psychosocial_factors_lifestyle_and_complex_diseases/links/561b735708ae044edbb2b708/Behaviour-and-health-Part-III-Psychosocial-factors-lifestyle-and-complex-diseases.pdf)
- MALÍKOVÁ, Eva. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-31483.

- MALÍKOVÁ, Eva. 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1638-6.
- MARKOVÁ, Agáta, Miloslava HIRŠOVÁ a Lenka KOMÁRKOVÁ. 2020. Osobní hodnoty pečovatelů v české sociální péči o seniory. *KONTAKT. Journal of nursing and social sciences related to health and illness*. [online]. [cit. 2020-11-23]. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2020/01/11.pdf>
- MPSV. 2021. *Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021-2025*. [online]. [cit. 2022-03-26]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/372809/Strategicky_ramec_pripravy_na_starnuti_spolecnosti_2021-2025.pdf/99bc6a48-abcf-e555-c291-1005da36d02e
- MPSV. 2022. Senioři a politika stárnutí. *Příprava na stárnutí v České republice*. [online]. [cit.2022-01-20]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/seniori-a-politika-starnuti>
- MZCR. 2019. ZDRAVÍ2030. *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030*. [online]. [cit. 2022-03-26]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vlada-schvalila-strategicky-ramec-zdravi-2030-2/>
- NZIP. 2021. *COVID-19: období nakažlivosti, vnímavost, imunita, smrtelnost*. [online]. [cit. 2021-11-03]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1063-covid-19-obdobi-nakazlivosti-vnimavost-imunita-smrtnost>
- NZIP. 2021. *Covid-19: rizikové faktory a rizikové skupiny*. [online]. [cit.2022-02-07]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1068-covid-19-rizikove-faktory-a-rizikove-skupiny>
- ONDRUŠOVÁ, Jiřina, KRAHULCOVÁ Beáta a kol. 2019. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Karolinum, Univerzita Karlova. ISBN 978-80-246-43-83-0.
- ORT, Jiří. 2004. *Kapitoly ze sociologie stáří: společenské a sociální aspekty stárnutí*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, Pedagogická fakulta. ISBN 80-7044-636-6.
- PREISS, Marek a Jaro KŘIVOHLAVÝ. 2009. *Trénování paměti a poznávacích schopností. Psychologie pro každého*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2738-7.
- PROQUEST. 2019. *Osobní pohoda*. [online]. [cit. 2019-09-23]. Dostupné z: <https://www.proquest.com/blog/mfl/2016/Psychology-of-Well-Being.html>
- PROQUEST. 2021. *Well Being*. [online]. [cit.2021-10-23]. Dostupné z: <https://www.proquest.com/blog/mfl/2016/Psychology-of-Well-Being.html>

- PTÁČKOVÁ, Hana, PTÁČEK Radek a kol. 2021. *Psychosociální adaptace ve stáří*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0876-3.
- SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. 2012. *Sociologie stáří seniorů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3850-5.
- SENIOR PASY. 2019. *Faktory ovlivňující duševní zdraví*. [online]. [cit.2021-11-2]. Dostupné z: <https://www.seniorpasy.cz/novinky/faktory-ovlivnujici-dusevni-zdravi/?id=170>
- SVATOŠOVÁ, Marie. 1995. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce Homo. ISBN 80-902049-2.
- SVOBODOVÁ, Kamila. 2010. Dvacet let sociodemografické transformace. Sborník příspěvků XL. konference České demografické společnosti. *Demografické stárnutí a životní podmínky seniorů v České republice*. [online]. [cit. 2022-03-08]. Dostupné z: <https://www.czechdemography.cz/res/archive/002/000232.pdf?seek=1470164071>
- ŠOLCOVÁ, Iva a Vladimír KEBZA. 2005. *Prediktory osobní pohody (well-being) u reprezentativního souboru české populace*. [online]. [cit. 2022-02-07]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/psycho/2013/Studie_prediktory_osobni_pohody.pdf
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda. 2004. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0586-9.
- ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana, Cyril HÖSCHL a Lucie VIDOVIČOVÁ. 2014. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2628-4.
- TOMEŠ, Igor, ŠÁMALOVÁ, Kateřina a kol. 2017. *Sociální souvislosti aktivního stáří*. Praha: Karolinum, Univerzita Karlova. ISBN 978-80-246-3612-2.
- YALOM, Irvin D. 2012. *Chvála psychoterapie: otevřený dopis nové generaci psychoterapeutů a jejich pacientů*. 3. vydání. Přeložila: Helena HARTLOVÁ. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0210-3.

Seznam zkratk

DpS – domov pro seniory

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

WHO – World Health Organization

Seznam obrázků

Obr. 1. Vývoj počtu obyvatel mezi lety 2000–2020 (Zdroj: czso.cz, 2022)	7
---	---

Seznam tabulek

Tab. 1: Tabulka poruch kognitivních funkcí v DpS v roce 2007	25
Tab. 2: Tabulka poruch kognitivních funkcí v DpS v roce 2013	26
Tab. 3: Tabulka fází umírání dle Kübler-Ross	28
Tab. 4: Spearmanovy korelace mezi hodnocením jednotlivých domén dotazníku WHOQOL-BREF	44
Tab. 5: Skóre v jednotlivých doménách dotazníku WHOQOL-OLD – vlastní výzkum	48
Tab. 6: Populační normy v dotazníku WHOQOL-OLD a výsledky v jednotlivých doménách ve výzkumu Grochalové (2015), Kaňokové (2018) a ve vlastním výzkumu (2022) .	49
Tab. 7: Spearmanovy korelace mezi jednotlivými vztahy domén dotazníku WHOQOL-OLD	54
Tab. 8: Populační normy v dotazníku WHOQOL-OLD a výsledky v jednotlivých doménách ve výzkumu Grochalové (2015), Kaňokové (2018) a ve vlastním výzkumu (2022) .	55

Seznam grafů

Graf 1: Hodnocení kvality života pracovníků v dotazníku WHOQOL-BREF ve vztahu k hodnocení jejich fyzického zdraví – srovnání podle Kruskal-Wallisovy ANOVA	40
Graf 2: Hodnocení kvality života pracovníků v dotazníku WHOQOL-BREF ve vztahu k hodnocení jejich prožívání – srovnání podle Kruskal-Wallisovy ANOVA	41
Graf 3: Hodnocení kvality života pracovníků v dotazníku WHOQOL-BREF ve vztahu k hodnocení sociálních vztahů – srovnání podle Kruskal-Wallisovy ANOVA	42
Graf 4: Hodnocení kvality života pracovníků v dotazníku WHOQOL-BREF ve vztahu k hodnocení prostředí – srovnání podle Kruskal-Wallisovy ANOVA	43
Graf 5: Histogram četností odpovědí respondentů v doméně Fungování smyslů v dotazníku WHOQOL-OLD	45
Graf 6: Histogram četností odpovědí respondentů v doméně Nezávislost v dotazníku WHOQOL-OLD	46
Graf 7: Histogram četností odpovědí respondentů v doméně Naplnění v dotazníku WHOQOL-OLD	46
Graf 8: Histogram četností odpovědí respondentů v doméně Sociální zapojení v dotazníku WHOQOL-OLD	47
Graf 9: Histogram četností odpovědí respondentů v doméně Smrt a umírání v dotazníku WHOQOL-OLD	47
Graf 10: Histogram četností odpovědí respondentů v doméně Blízké vztahy v dotazníku WHOQOL-OLD	48
Graf 11: Hodnocení kvality života seniorů v doméně Fungování smyslů v dotazníku WHOQOL-OLD ve vztahu k hodnocení kvality života v doméně Nezávislost – srovnání podle Kruskal-Wallisovy ANOVA	51
Graf 12: Hodnocení kvality života seniorů v doméně Fungování smyslů v dotazníku WHOQOL-OLD ve vztahu k hodnocení kvality života v doméně Naplnění – srovnání podle Kruskal-Wallisovy ANOVA	51
Graf 13: Hodnocení kvality života seniorů v doméně Fungování smyslů v dotazníku WHOQOL-OLD ve vztahu k hodnocení kvality života v doméně Sociální zapojení – srovnání podle Kruskal-Wallisovy ANOVA	52
Graf 14: Hodnocení kvality života seniorů v doméně Fungování smyslů v dotazníku WHOQOL-OLD ve vztahu k hodnocení kvality života v doméně Smrt a umírání – srovnání podle Kruskal-Wallisovy ANOVA	52

Graf 15: Hodnocení kvality života seniorů v doméně Fungování smyslů v dotazníku WHOQOL-OLD ve vztahu k hodnocení kvality života v doméně Blízké vztahy – srovnání podle Kruskal-Wallisovy ANOVA	53
---	----

Seznam příloh

Příloha 1	Dotazník WHOQOL-OLD
Příloha 2	Dotazník WHOQOL-BREF

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Doris Heinzová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2022
Název práce:	Hodnota zdraví u pracovníků a klientů v domovech pro seniory
Název v angličtině:	The value of health for workers and clients in nursing homes
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá hodnotou zdraví u zaměstnanců a klientů domova pro seniory v Července a v Litovli. Teoretická část popisuje období stáří a s ním spojenou kvalitu života, hodnotu zdraví a faktory, které jej ovlivňují. Praktická část předkládá výsledky výzkumného šetření, které bylo založeno na dotazníkových metodách Světové zdravotnické organizace. Pro klienty DpS byla použita verze dotazníků WHOQOL-OLD a pro zaměstnance verze dotazníků WHOQOL-BREF.
Klíčová slova:	Hodnoty, Hodnota zdraví, Senior, Stáří, Kvalita života, Osobní pohoda
Anotace v angličtině:	The diploma thesis deals with the value of health among employees and home clients for the elderly in July and Litovel. The theoretical part describes the period of old age and the associated quality of life, the value of health and the factors that affect it. The practical part presents the results of a research survey, which was based on questionnaire methods of the World Health Organization. The WHOQOL-OLD questionnaire version was used for DpS clients and the WHOQOL-BREF questionnaire version was used for employees.

Klíčová slova v angličtině:	Values, The value of health, Senior, Age, Quality of life, Personal well-being.
Přílohy vázané v práci:	Standardizovaný dotazník Světové zdravotnické organizace WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF.
Rozsah práce:	71 (bez příloh)
Jazyk práce:	Český jazyk

Příloha č. 1: Dotazník WHOQOL-OLD – česká verze

WHOQOL-OLD – česká verze

Instrukce

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

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

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

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

Obáváte se toho, co přinese budoucnost?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

Děkujeme Vám za spolupráci

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

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

8. (F29.4) Jak moc se bojíte umírání?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Následující otázky se týkají Vašich **velmi blízkých (intimních) vztahů**, které máte. Uvažujte, prosím, o těchto otázkách ve vztahu ke svému partnerovi nebo jinému blízkému člověku, se kterým sdílíte blízkost více než s kýmkoliv jiným ve svém životě.

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	málo	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

Chcete k dotazníku něco dodat?

DĚKUJEME VÁM ZA SPOLUPRÁCI

Příloha č. 2: Dotazník Světové zdravotnické organizace Kvalita života - WHOQOL-BREF (krátká verze)

PCP 2003/NUDZ 2015

Příloha č. 2

KVALITA ŽIVOTA DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

WHOQOL-BREF (krátká verze)

INSTRUKCE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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