

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ

Diplomová práce

(bakalářská)

Autor: Denisa Mertová

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

Olomouc 2015

**Jméno a příjmení autora:** Denisa Mertová

**Název bakalářské práce:** Kvalita života seniorů

**Pracoviště:** katedra Rekreologie

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

**Rok obhajoby bakalářské práce:** 2015

**Abstrakt:**

Bakalářská práce se zabývá porovnáním kvality života seniorů pobývajících v pobytovém zařízení Středisko sociálních služeb ve Frýdlantu nad Ostravicí a klientů neziskové organizace Podané ruce, která zajišťuje osobní asistenci a canisterapii v domácím prostředí. V teoretické části se věnujeme vysvětlením jednotlivých pojmů jako je stáří, potřeby, kvalita stáří, pohybová aktivita. Ve výzkumné části se věnujeme výzkumu vedeným dotazníkovým šetření pomocí dotazníku SQUALA. Výzkumným vzorkem bylo 80 seniorů. Data byla statisticky zhodnocena a porovnávána z hledisek: frekvence pohybové aktivity, věk, způsob bydlení, zdravotní stav, kvalita života, vzdělání, finanční situace, pohlaví a vlastnit kolo. Z výsledku vyplývá, že frekvence pohybové aktivity a finanční situace neměla výrazný vliv na kvalitu života seniorů žijících v domově po seniory nebo v domácím prostředí.

**Klíčová slova:** potřeba, senior, kvalita života, stárnutí, SQUALA, pohybová aktivita

Souhlasím s půjčováním bakalářské práce v rámci knihovních služeb.

**Autor 's first name and surname:** Denisa Mertová

**Title of bachelor 's thesis:** Quality of life of seniors

**Department:** Department of recreology

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

**The year of presentation:** 2015

**Abstract:**

The bachelor thesis deals with comparing of life quality of senior citizens living in the residential facility of Středisko Sociálních Služeb (Social Service Centre) in Frýdlant nad Ostravicí and of clients of Podané Ruce, a non-profit organization, which provides personal assistance and dog-therapy in the home environment. In the theoretical part, some terms, e.g. old-age, needs, old-age quality, physical activities, are dealt with. In the research part, a questionnaire survey using the SQUALA questionnaire is investigated. The research sample consisted of 80 senior citizens. The data was statistically evaluated and compared from the following perspectives: physical activity frequency, age, the way of housing, health condition, life quality, education, financial situation, sex and bicycle ownership. The results show that the physical activity frequency and financial situation do not have any significant effects on life quality of senior citizens living in retirement homes or in the home environment.

**Keywords:** need, senior citizen, life quality, aging, SQUALA, physical activity

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

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně s odbornou pomocí Mgr. Julie Wittmannové, Ph. D. a uvedla všechny literární a odborné zdroje a řídila se zásadami vědecké etiky.

Ve Frýdlantu nad Ostravicí dne 30. 6. 2015.

.....

Děkuji Mgr. Julii Witmannové Ph.D., za odborné vedení, cenné rady a připomínky, které mi pomohly vypracovat bakalářskou práci. Děkuji také p. Mgr. Milanu Kubovi ze Střediska sociálních služeb za ochotu a trpělivost při sběru dat v zařízení. Zároveň děkuji neziskové organizace Podané ruce za umožnění dotazníkového šetření v organizaci.

## OBSAH

ÚVOD.....	8
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1.1 Stáří a stárnutí.....	10
1.2 Členění věkových kategorií ve stáří.....	11
1.3 Teorie stárnutí.....	12
1.3.1 Stochastické teorie .....	12
1.3.2 Nestochastické teorie .....	13
1.3.3 Sociální teorie .....	13
1.4 Životní změny ve stáří.....	13
1.5 Aspekty stárnutí.....	14
1.5.1 Biologické aspekty stárnutí.....	14
1.5.2 Psychické aspekty stárnutí.....	16
1.5.3 Sociální aspekty stárnutí.....	17
1.6 Gerontologie.....	18
1.7 Kvalita života.....	19
1.7.1 Hlavní činitelé kvality života.....	20
1.7.2 Dimenze kvality života.....	20
1.7.3 Metody měření kvality života.....	21
1.7.4 Potřeby.....	22
1.8 Sociální služby.....	22
1.8.1 Sedm principů sociální služby.....	23
1.8.2 Formy sociálních služeb.....	23

1.9	Středisko sociálních služeb.....	25
1.10	Podané ruce.....	26
1.11	Pohybová aktivita.....	28
2	CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	30
3	METODIKA.....	32
3.1	Výzkumný soubor .....	32
3.2	Průběh výzkumu.....	33
3.3	Metody výzkumu .....	33
3.4	Vyhodnocení SQUALA.....	33
4	VÝSLEDKY A DISKUZE.....	35
4.1	Subjektivní kvalita života u celého souboru respondentů dle SQUALA.....	35
4.2	Základní charakteristiky vybraných proměnných a jejich vliv na výsledné hodnocení kvality života.....	32
	ZÁVĚRY.....	58
	SOUHRN.....	60
	SUMMARY.....	61
	REFERENČNÍ SEZNAM.....	62
	PŘÍLOHY.....	65

## ÚVOD

Téma mé práce je úzce spjato s profesí, kterou nyní vykonávám. Stáří je podle encyklopedií poslední etapa našeho života. Ale pro starého člověka je to pocit naplněného života a dosáhnutí své cesty.

Celý život jsem se seniory setkávala jen doma nebo na ulici. Před čtyřmi lety jsem začala pracovat pro neziskovou organizaci Podané ruce, která zajišťuje osobní asistenci v domácím prostředí klientů. Před tím jsem pracovala ve středisku sociálních služeb ve Frýdlantu nad Ostravicí. Měla jsem tak možnost poznat dvě odlišné sociální služby. Po předchozí zkušenosti v jiném zařízení jsem pochopila jak je poslání organizace Podané ruce důležité. Jak lidé, kteří můžou zůstat v domácím prostředí, a mají možnost využívat této služby, jsou mnohem spokojenější, protože nemusí být v pobytovém zařízení. Nahlížíjí na život úplně jinými očima, jsou plní energie a optimismu, protože jsou v prostředí, ve kterém žili, mají zde své blízké a pocit bezpečí. Protože jsem měla možnost pracovat jak v pobytovém zařízení a nyní u klientů přímo doma, můžu porovnat výhody a nevýhody těchto služeb. Každá z těchto služeb plní svou funkci dokonale. Pokud člověk opravdu nemá nikoho, kdo by se o něho postaral, je pro něj pobytové zařízení jediným východiskem. Najde zde spoustu nových známých, zdravotnickou péči, zajištění volnočasových aktivit a v neposlední řadě jak mnozí říkají, najdou zde „nový domov“. Chvilí jsem pracovala na oddělení ergoterapie a musím říct, že to byl pro mě skvělá pracovní zkušenost. Lidé jsou rádi za jakékoliv zpestření volného času, kterého mají v pobytovém zařízení dostatek. Pracovnice na úseku ergoterapie jsou opravdu velmi tvořivé a vždy dokázaly vytvořit zajímavý program všem. Pak jsou lidé, kteří jsou částečně soběstační nebo žijí v rodině, která je ochotna se o ně postarat, i v rámci zajištění terénních služeb. K těmto lidem docházím do jejich domovů nyní já. Začátky těchto terénních služeb bývají obtížné, jedná se o zásah do soukromí a někteří lidé to snášejí hůře. Mohu říct, že po čase nás alespoň někteří klienti začnou považovat jako součást jejich rodiny. Stále se s mými bývalými klienty navštěvuji, a musím říct, že na osobní asistenci nedám dopustit. Toto je také veliká výzva do budoucna. Stát stále apeluje na to, aby lidé co nejvíce pobývali v domácím prostředí ať už v péči rodiny nebo zajištění některé ze služeb. V současné době je zaveden systém pobírání příspěvku na sociální péči. Mnozí lidé si proto mohou dovolit využívat sociální službu ve svém domácím prostředí i bez podpory rodiny. Míst v pobytových zařízeních není mnoho, tudíž je někdy velice obtížné svého rodinného příslušníka do takových zařízení umístit.



Své dotazníkové šetření jsem prováděla ve dvou zcela odlišných sociálních službách. Všude jsem se však dočkala velkého ohlasu zvláště v domově pro seniory, kde jsem dříve pracovala. Klienti tohoto zařízení byli vstřícní a ochotní se mnou dotazník vyplnit, i přes varování některých vedoucích pracovníků jednotlivých úseků. Jsem ráda, že jsem se s těmito lidmi měla šanci setkat a strávit s nimi nějaký čas. Během vyplňování dotazníku jsme si i příjemně popovídali.

Všem, kteří se podíleli na vyplňování dotazníků, děkuji.

# 1 TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1 Stáří a stárnutí

Stáří je poslední vývojovou etapou, která uzavírá lidský život. Podle Kalvacha (1997, 18) „je stáří obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života.“ Stáří je důsledkem a projevem genetických procesů, které jsou modifikovány zevními faktory. Z těchto faktorů jsou zvláště významné nemoci, životní podmínky a způsob života. Obecně je stárnutí a stáří definováno nahromaděním škodlivých změn, ke kterým dochází v buňkách a v tkáních s narůstajícím věkem u každého jedince. Tyto změny jsou zodpovědné za vyšší riziko onemocnění a úmrtí (Ondrušová, 2011).

Dvořáčková (2012, 9) zase označuje „stárnutí a stáří jako specifický biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nekódovaný, je nevratný, neopakuje se, jeho povaha je různá a zanechává trvalé stopy.“ Dále stáří považujeme za souhrn určitých změn, vedoucích k projevům zranitelnosti a k poklesu výkonnosti jedince. Těchto změn dosahuje organismus v průběhu času (Dvořáčková, 2012).

Pichaud (1998, 82) uvádí, že „stáří je období, kdy se výrazně mění dosavadní způsob života. Produktivní člověk přechází pozvolna do období stárnutí a stáří. Tento stav si nejčastěji poprvé uvědomí, když přijde období tzv. syndromu prázdného hnízda – osamostatnění dospělých dětí a narozením vnoučat.“

Topinková a Neuwirth (1995, 13) uvádějí, že „stárnutí je specifickým, nevratným a neopakovatelným biologickým procesem, který je univerzální pro celou přírodu a jehož průběh je nazýván životem. Délka života je přitom geneticky determinována a pro každý přírodní druh specifická.“

Sýkorová (2007, 224-225) zdůrazňuje, že „rozdíly mezi seniory spočívají v tom, jak prožívají stárnutí a jak se s ním vyrovnávají.“

Rozlišuje šest přístupů:

1) Přístup „mladé staří“ – člověk má pocit subjektivního pocitu mladosti, fyzické i finanční soběstačnosti. Sám se rozhoduje.

- 2) Přístup „vyrovnané stáří“ – vzniká moudrá akceptace na stáří. Důchod je z pohledu seniora chápán jako čas svobody a možnost myslet na sebe a být užitečný i druhým. Autonomie je autonomii sebevědomou, která je založená na sebeúctě.
- 3) Přístup „ambivalentní stáří“ – typické je překonávání negativního postoje k penzionování a stáří. Senior vnímá ohrožení fyzické a finanční soběstačnosti.
- 4) Přístup „popírání stáří“ – tento přístup se vyznačuje absolutní distancí od stáří, starých a od vlastních zdravotních potíží.
- 5) Přístup „vážně nemocné, imobilní stáří“ – přístup zabývající se identifikací se slabými a nemocnými. Obtíže stáří nejsou bagatelizovány ani zveličovány. Důležitou roli zde hraje rodina, která je zdrojem pomoci a podpory autonomie seniora. Neomezuje jeho svobodu ani rozhodování.
- 6) Přístup „zvládnání čtvrtého věku“ – tento přístup znamená přijetí statusu starého a nemocného člověka. Senior se snaží vykonávat pasivní činnosti, dokud nejsou vyčerpány jeho psychické rezervy (Sýkorová, 2007).

## **1.2 Členění věkových kategorií ve stáří**

Hlavním ukazatelem, který nám určuje stáří člověka, je kalendářní věk. Tento věk je sice kalendářně vymezitelný, ale nevypovídá nám nic o změnách, které proběhly v životě člověka. Tím jsou myšleny pracovní schopnosti a změny sociálních rolí v životě člověka (Ondrušová, 2011).

Stuart-Hamilton (1999, 19) „považuje kalendářní věk za nepřesnou míru a nemůže být pokládán za spolehlivý prediktor životního stavu konkrétního jedince. Kalendářní věk je spíše považován za administrativní nástroj v demografii a statistice.“

Za počátek stáří je dnes považován věk 65 let a za vlastní stáří je považován věk 75 let. Kromě kalendářního věku mluvíme také o věku biologickém a sociálním věku. Biologický věk nám vypovídá o celkovém stavu organismu. Změny, které pozorujeme u starého člověka, jsou způsobeny spíše nemocemi než samotným stárnutím (Ondrušová, 2011).

V posledních letech jsou vypracovávány metody, které nám zjišťují skutečný biologický věk. Tyto metody jsou založeny na kompletním zkoumání anamnézy jedince, přes zjišťování jeho životního stylu, určením analýzy rizikových faktorů až po laboratorní a genetická vyšetření.

Výsledky tohoto zkoumání nám můžou určit biologický věk jednotlivých orgánů (Kalvach, 1997).

Sociální věk nám udává roli člověka, kterou zastává ve společnosti. Za vznik sociálních stáří je považováno období, ve kterém člověk odchází do starobního důchodu. V současné době pozorujeme významnou změnu v sociální periodizaci. Je zdůrazňován koncept celoživotního vzdělávání, osobnostního rozvoje a seberealizace (Kalvach a kol. 2004).

Světová zdravotnická organizace (WHO) rozděluje jednotlivé věkové cykly takto:

30 – 44 let	dospělost
45 – 59 let	střední věk (zralý věk)
60 – 74 let	senence (časné stáří)
75 – 89 let	kmetství (vlastní stáří)
90 a více	patriarchum (dlouhověkost)

V současné době je však více známé členění stáří podle Mühlparcha (2004):

65 – 74 let	mladší senioři (penzionování, trávení volného času)
75 – 84 let	staří senioři (snižuje se funkční zdatnost, výskyt nemocí)
85 – a více	velmi staří senioři (snížená soběstačnost a zabezpečení)

### **1.3 Teorie stárnutí**

Podle Webera a kol. (2000, 13-15) rozděluje teorie stárnutí do tří hlavních skupin.

#### **1.3.1 Stochastické teorie**

Podstatou těchto teorií je, že děje v našem těle spojené se stárnutím jsou náhodné a s vyšším věkem přibývají poruchy buněčného řízení.

1) Teorie překřížení – ke stárnutí může docházet v důsledku přehození proteinů a dalších buněk.

2) Teorie opotřebenění – vychází z předpokladu, že došlo k poškození životně nenahraditelných částí organismu, od zániku buněk vedoucího k poškození tkáně.

3) Teorie volných radikálů – vychází z předpokladu, že superoxidové radikály mohou poškodit proteiny a enzymy.

### 1.3.2 Nestochastické teorie

Tyto teorie vychází z principu, že stárnutí je geneticky předurčeno.

1) Pacemakerova teorie – můžeme ji také nazývat také teorií genetických hodin. Poukazuje na změny, které docházejí v lidském organismu již v období adolescence.

2) Genetická teorie – říká, že délka života je pozoruhodná a specifická pro každý živočišný druh.

### 1.3.3 Sociální teorie

Podle Jarošové (2006,15) se „sociální teorie vztahují ke stárnutí a stáří a jsou ovlivňovány strukturou společnosti a příslušnou sociální změnou. Postoj k seniorům je ovlivněn jejich počtem. Ve společnosti, v níž je vysoké procento seniorů, je vyšší riziko jejich devalvace a naopak – ve společnosti s jejich nízkým zastoupením se senioři těší vyššímu sociálnímu statusu.“

## 1.4 Životní změny ve stáří

V našem organismu probíhá řada změn na úrovních tělesných, psychických a sociálních. Reakce stárnoucího člověka na tyto změny, jsou ovlivněny hlavně osobností člověka, výchovou, vzděláním, prostředím, ve kterém žije a životními zkušenostmi. Ve chvíli, kdy si člověk uvědomí, že stárne, nastává problém jeho adaptace na stáří. Mnozí si vytvoří závislost na svém okolí nebo zaujmou nepřátelský postoj vůči všemu. Stárnoucí osoba se vyznačuje celkovým úbytkem sil a jednotlivých schopností. Snižuje se její výkonnost, zvyšuje se potřeba odpočinku a mění se její žebříček životních hodnot a potřeb. U stárnoucích osob dochází k celkovým změnám psychického stavu v emočních projevech jedince (Malíková, 2011).

Podle Venglářové (2007, 12) lze změny ve stáří rozdělit do tří skupin:

Tělesné změny

- změny vzhledu

- úbytek svalové hmoty
- změny termoregulace
- změny činnosti smyslů
- kardiopulmonální změny
- změny v trávicím systému
- změny vylučování moči
- změny sexuální aktivity

#### Psychické změny

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

#### Sociální změny

- odchod do penze
- změna životního stylu
- ztráty blízkých lidí
- osamělost
- finanční obtíže

### 1.5 Aspekty stárnutí

Stárnutí je proces, který je ovlivněn celou řadou různých okolností. Stárnutí ovlivňují změny tělesné, psychické a sociální vlivy. To má za následek individuální stárnutí každého jedince. Podle toho rozlišujeme aspekty stárnutí sociální, biologické a psychologické. Dochází také často ke spojení sociálních a psychologických aspektů. Nesporný je zde také vliv tělesných změn na psychiku. Všechno souvisí se vším (Malíková, 2011).

#### 1.5.1 Biologické aspekty stárnutí

Biologické aspekty představují průběh tělesných změn ve stárnoucím organismu. U jednotlivých osob probíhají tyto změny odlišnou rychlostí a intenzitou a to v závislosti na výskyt obvyklých nemocí ve stáří. Typickým projevem stárnutí je celkové snížení výkonnosti všech funkcí v organismu (Malíková, 2011).

Jarošová (2006, 22-24) uvádí přehled těchto typických biologických změn:

- Celková atrofie postihující všechny orgány a tkáně. Dochází k atrofii kůže, svalů a jater.
- Snižuje se celková elasticita orgánů a tkání, která se projevuje hlavně v cévním systému a plicích.
- Snižuje se funkce endokrinních žláz, to má za následek vznik hormonální nerovnováhy v důsledku nerovnoměrného snížení jednotlivých funkcí.
- Mění se distribuce tělesných tekutin. Snižuje se obsah tekutin v buňkách.
- Zvyšuje se obsah tělesného tuku a mění se ukládání vápníku v těle, který proniká do buněk a membrán.
- Zmenšuje se postava v důsledku zmenšení meziobratlového prostoru a shrbené pozice těla z důvodu svalové ochablosti.
- Snižuje se elasticita kůže a výkonnost kosterního svalstva.
- Objevují se změny na kůži. Vznikají stařecké skvrny.
- V důsledku snížené činnosti vlasové pokožky a vlasových kořínků padají a šednou vlasy.
- Zmenšuje se postava v důsledku zmenšení meziobratlového prostoru a shrbené pozice těla z důvodu svalové ochablosti.
- Zpomaluje se růst nehtů v důsledku zpomalených metabolických procesů.
- Snižuje se činnost nervového systému.
- Objevují se poruchy spánku (obtížné usínání, časté noční buzení, mělký spánek).
- Zhoršují se metabolické změny.
- Vznikají změny v oběhovém systému člověka (klesá elasticita cév, snižuje se průtok krve všemi orgány, vzniká systolická hypertenze, klesá srdeční výkonnost při zátěži).
- Nastávají změny v respiračním systému. Snižuje se poddajnost plic.
- V trávicím systému klesá tvorba slin, snižuje se kyselost žaludečních šťáv, klesá motilita trávicí trubice, vzniká diabetes mellitus.

- Zhoršuje se funkce smyslových orgánů. Snižuje se chuť, čich, hmat, sluch a zrak. Zhoršuje se vidění blízka, zhoršuje se stav čočky, zvyšuje se výskyt glaukomu. Atrofické změny sluchové dráhy vedou ke stařecké nedoslýchavosti. Na zhoršení funkce smyslových orgánů mají vliv i další okolnosti.

### 1.5.2 Psychické aspekty stárnutí

Stáří ovlivňuje také psychické aspekty. Často se poukazuje na vzájemnou souvislost mezi změnami biologickými a psychickými. Z toho vyplývá, že stupňující se tělesné změny jsou seniorem prožívány negativně, a to se projeví zejména změnami v jeho psychice. V některých případech dochází i k situaci, kdy tělesné změny mohou vést ke změnám intelektovým. Obecně se, ale předpokládá, že změny v psychické oblasti při fyziologickém stárnutí nastupují pozvolna (Malíková, 2011).

Jarošová (2006, 24-28) uvádí přehled těchto psychických změn:

- Snížení kognitivních a gnostických funkcí (zvýšené zapomínání, snížení schopnosti paměti, snížení koncentrace).
- Snížení fatických funkcí (snížení funkce řeči, pokles schopnosti cokoliv pojmenovat).
- Snížení výkonnosti intelektových funkcí.
- Zvýšená emoční nestabilita až labilita, výkyvy nálad, proměnlivost rozhodnutí a postojů, změny požadavků.
- Citová oploštělost ve stáří, ztráta schopnosti citových prožitků.
- Celkové povahové změny – z pozitivních vlastností do neutrálních nebo až silně negativních, nebo úplně opačně z negativních postojů do neutrálních.
- Zvýraznění povahových vlastností a osobnostních projevů, většinou těch negativních.
- Celkový nebo částečný pokles zájmu seniora – ve všech oblastech života nebo jen v některých (rezignace, sociální izolace).
- Změny v pořadí životních hodnot – orientace na rodinu, zdraví, duchovní hodnoty.
- Změny potřeb a jejich pořadí – souvisejí se změnou životních hodnot a uspokojení potřeby lásky, sounáležitosti, duchovních potřeb a spirituality.
- Změna zájmu a potřeb a jejich uspokojení.
- Tendence k bilancování svého života a posuzování situací s časovým odstupem a nadhledem.
- Snížená schopnost adaptace na změny, nové a náročné situace.



### 1.5.3 Sociální aspekty stárnutí

Důležitým úkolem každého jedince ve věku nad 60 let je potřeba dosáhnout integrity vlastního pojetí. Teorie psychosociálního vývoje podle E. H. Eriksona říká, že každý člověk v tomto věku řeší problém mezi integritou a zoufalstvím. Aby bylo této integrity dosaženo, je důležité, aby byly dosaženy základní podmínky. To je pravdivost, smíření a kontinuita. Senior musí přijmout svůj dosavadní život a akceptovat jeho smysl. Přijímá své stáří, životní chyby, nesplněná přání a nedosažitelné cíle. Sám sebe se akceptuje takovým, jakým je, neodsuzuje se a odpouští si (Malíková, 2011).

Sociální stárnutí je také provázáno několika významnými změnami. Mezi největší z těchto změn se uvádí odchod z pracovního života, nástup do starobního důchodu a odchod dětí z domu (Pichaud, 1998).

#### Nejvýznamnější nepříznivé sociální aspekty

Podle Malíkové (2011, 22) rozlišujeme tyto nepříznivé sociální aspekty:

- Odchod do důchodu – často jej hůře zvládají muži, kteří nemají zájmy, koníčky a jakékoliv jiné než pracovní aktivity.
- Omezení sociální integrace ve společenských, kulturních a jiných aktivitách a činnostech.
- Změna ekonomické situace seniorů – zhoršení finančního zabezpečení, limitace výši penze atd.
- Generační osamělost – úmrtí partnera nebo stárnutí osamělé osoby.
- Zhoršená možnost kontaktů s přáteli a jinými osobami. Zhoršení participace na dříve vykonávaných oblíbených činnostech.
- Sociální izolace – omezení rodinných kontaktů, úbytek přátel z důvodu jejich nemoci či úmrtí.
- Strach z osamělosti a nesoběstačnosti.
- Fyzická závislost – z důvodu nemoci, pohybového nebo smyslového omezení apod.
- Nutná, ale nevyhovující změna životního stylu.
- Strach ze stáří, samoty, nesoběstačnosti.
- Vliv ageismu.
- Stěhování.

## Nejvýznamnější pozitivní sociální aspekty

Podle Jarošové (2006,31) rozlišujeme pozitivní sociální aspekty takto:

- Funkční rodina, dobré rodinné vztahy a pevná citová pouta.
- Plánovaná ekonomická příprava na zabezpečení stáří (zajištění penzijního připojištění nebo hledání vhodného bydlení).
- Plánovaná příprava na vyplnění volného času (zájmy, koníčky, efektivní nakládání s volným časem).
- Možnost uspokojení potřeba seniora.

### **1.6 Gerontologie**

Pojem gerontologie pochází z řeckého původu a znamená „nauka o starém člověku.“ Je to věda o stárnutí a stáří. Tento obor se zabývá se problematiku seniorského věku.

Gerontologii členíme na experimentální, sociální, klinickou a geriatrii. Dalšími obory, které se vztahují k problematice seniorů jsou gerontopsychologie a gerontopedagogika (Malíková, 2011).

Podle Webera (2000,11) je gerontologie „novou gerontologií, jejímž cílem není jen zabývat se degenerativními onemocněními ve stáří, ale především základními fyziologickými mechanismy stárnutí, které působí na funkční zdatnost jedince.“ Dále poukazuje na to, že mezi procesy normálního stárnutí a chorobnými pochody jsou významné rozdíly. Zjišťují se různá rizika, která vznikají jako důsledek fyziologických pochodů ve stáří. Například změna krevního tlaku a obezita. Řada gerontologických studií využívá poznatky z více oborů – fyziologie, sociologie a porovnává je s behaviorálními aspekty. Pátrá po možnostech jak zlepšit fyziologické a mentální funkce.

Podle Haškovcové (2010, 9) popisujeme jednotlivé obory takto:

#### a) Gerontologie klinická

Zabývá se zvláštnostmi jednotlivých chorob ve stáří a specifickými aspekty léčby starých lidí.

#### b) Gerontologie experimentální

Zabývá se mechanismem biologického procesu stárnutí buněk, tkání, orgánů a organismů a procesy biologického a psychologického stárnutí člověka.

### c) Gerontologie sociální

Zabývá se problematikou sociálních dopadů stárnutí a stáří člověka. Zkoumá sociální a společenské vlivy, které ovlivňují proces stárnutí. Dále zjišťuje a kategorizuje sociální potřeby stárnoucích a starých lidí. Zakladatelem geriatrické geriatry byl Leo Ignaz Nasher. U nás je geriatrické geriatrické samostatným klinickým oborem (Malíková, 2011).

### d) Geriatrické geriatrické

Geriatrické geriatrické je samostatný medicínský obor, zabývající se chorobami ve stáří a specifickými aspekty v léčbě starých lidí. Vzhledem ke stárnutí populace dochází ke stárnutí medicíny. Geriatrické geriatrické nenahrazuje činnost lékařských oborů, ale doplňuje je při uplatnění geriatrické geriatrické režimu, jehož cílem je zlepšení soběstačnosti starších a nemocných lidí (Malíková, 2011).

### e) Gerontopsychologie

Zabývá se psychickými změnami ve stáří.

### f) Gerontopedagogika

Disciplína, která zabezpečuje podporu a pomoc seniorům při uspokojování potřeb.

## 1.7 Kvalita života

Podle psychologického slovníku vyjadřuje kvalita života pocit životního štěstí. K obecným znakům patří soběstačnost a pohyblivost. Z psychologického hlediska se kvalita života označuje jako míra seberealizace a duševní harmonie. Ze sociologického hlediska posuzujeme kvalitu života z hlediska životní úrovně speciálních skupin, jakou jsou staří lidé nebo příslušníci etnických skupin. Z lékařského hlediska označuje kvalita života na jaké úrovni a s jakým omezením lidé žijí. Individuální kvalitu života můžeme ve stáří zvyšovat především duševní a tělesnou činností a aktivním životním stylem (Psychologický slovník, 2000).

Tokárová (2002, 20) vyjadřuje tento pojem ve dvou významech:

- Jako normativní kategorii (na vyjádření žádoucích, postulovaných optimálních úrovně nebo stupně, přibližující se k očekáváním, potřebám či představám jednotlivců).
- Jako všeobecný výraz na označení specifických charakteristik, vlastností, atributů, kterými se daný objekt liší od objektů jiných, bez zdůrazňování míry uspokojení určitých potřeb.

„Z filozofického hlediska lze říci, že kvalitu života netvoří pouze příčina materiální a formální, tj. výběr z možností, které pak člověk uskutečňuje, ale patří sem i to, k čemu člověk směřuje a čemu říká smysl života“ (Dvořáčková, 2012, 66).

Kvalitu života najdeme v medicíně pod zkratkou HRQL (health related quality of life), Existuje velké množství definic pro kvalitu života, a však můžeme říci, že kvalita života je úzce spojena se způsobem života, kterým člověk žije (Mareš, 2006).

Koncept kvality života zahrnuje širokou škálu různorodých oblastí zkušenosti člověka. Od fyzických funkcí až po oblasti spojené s dosažením životních cílů. Problematika kvality života je zkoumaná v několika vědních oborech. V medicíně, pedagogice, andragogice, ekonomii, psychologii a v dalších. Jejich úhel pohledu je v některých případech až zásadně rozdílný. Koncept kvality života nemá ještě doposud všeobecně jednotnou definici a stává se předmětem mnoha interpretací (Gurková, 2011).

#### 1.7.1 Hlavní činitele kvality života

Podle Jesenského (2000) nám kvalitu života ovlivňuje působení několika činitelů, díky kterým si můžeme zkvalitnit náš život. Tyto činitele lze rozdělit do dvou skupin.

- vnější (patří zde ekonomické, ekologické, výchovné, materiální hledisko)
- vnitřní (somatické a psychické vybavení)

#### 1.7.2 Dimenze kvality života

Na kvalitu života můžeme nahlížet z několika hledisek, ať už objektivního nebo subjektivního. Za subjektivní pohled považujeme celkovou spokojenost se životem, a mezi objektivní pohled zahrnujeme odhad celkové spokojenosti se životem. V současné době se však odborníci přiklánějí spíše k subjektivnímu hodnocení kvality, díky němuž zaznamenala medicína veliký posun (Dvořáčková, 2012).

Podle Křivohlavého (2002) můžeme uvažovat o rozdělení kvality života do dvou rovin na makro-rovinu (jde zde spíše o otázky kvality života velkých společenských celků, například různých zemí nebo kontinentů). Život je zde pojat jako morální hodnota. V mezo-rovině jde spíše o otázky kvality života v malých sociálních skupinách, například ve školách, školkách, nemocnicích nebo v podnicích. Pro tuto dimenzi představují hodnoty hlavně vzájemné vztahy mezi lidmi.

Podle WHO můžeme rozčlenit jednotlivé oblasti kvality života do čtyř okruhů, bez ohledu na pohlaví, postižení, národnost nebo věk.

- 1) Fyzické zdraví a úroveň samostatnosti – zde patří únava, bolest, energie, odpočinek, závislost na lékařské pomoci, schopnost pracovat.
- 2) Psychické zdraví a duševní stránka – zde patří sebe pojetí, víra, spiritualita, paměť, myšlení.
- 3) Sociální vztahy – patří zde sociální podpora a osobní vztahy.
- 4) Prostředí – patří zde dostupnost zdravotnické péče, domácí prostředí, bezpečí, příležitost pro získávání nových dovedností a vědomostí (Mühlpachr, 2005).

### 1.7.3 Metody měření kvality života

Jednotlivé analýzy zabývající se měřením kvality života jsou velmi náročné. Musí obsahovat velký okruh témat a položek, protože kvalita života je oblast široce rozměrná (Hudáková, Majerníková, 2013).

Na základě konceptu kvality života podle Vaňurové a Mülpachra (2005) dělíme takto dvě oblasti činitelů kvality života:

- vnitřní činitelé - patří zde somatické i psychické vybavení, které je ovlivněné nemocí, poruchou nebo defektem
- vnější činitelé – zahrnují ekologické, výchovně vzdělávací, společensko-kulturní, pracovní, ekonomické a materiálně technické faktory

Mezi poměrně známé patří dotazníky hodnocení kvality života od Světové zdravotnické organizace, které se nazývají WHOQOL (World organization Quality of Life Assessment), které byly vytvořené v 90. letech. Tyto dotazníky jsou standardním nástrojem pro měření kvality života. Jedná se o základní dvě verze dotazníku. Sebehodnotící dotazník WHOQOL-100 obsahuje sto položek a zahrnuje šest základních domén týkajících se kvality života. Mezi domény patří fyzické zdraví, prožívání, fyzická nezávislost, sociální vztahy, prostředí a duchovní oblast. Zkrácenou verzi dotazníku WHOGOL-100 je dotazník WHOQOL-BREF, obsahuje 26 položek rozdělených do 4 domén. Patří tam fyzické zdraví, prožívání, sociální stavy a prostředí (Hudáková, Majerníková, 2013).

Mareš (2014, 22-31) se ve svém článku o problémech se zajišťováním kvality života seniorů zaměřuje na nutnosti změn v systému v poskytování sociálních a zdravotních služeb v naší

zemi. Dlouhodobá zdravotnická a o sociální péče by měla poskytovat takovou kvalitu služeb, aby uspokojila zdravotní i sociální potřeby seniorů a zajistila jim tak optimální kvalitu života v rámci jejich věku. Specifikuje 12 dotazníku, které se používají ve věkové skupině starých osob pro zjištění kvality života, kterou mohou ovlivňovat různé nemoci. V závěrečné studii poukazuje na nedostatky dosavadních dotazníku.

#### 1.7.4 Potřeby

Podle Nekonečného (1995, 125) chápeme potřebu „jako základní formu motivu a to ve smyslu nějakého nedostatku v biologické či sociální dimenzi bytí.“ Během života se jednotlivé potřeby člověka mění a to z hlediska jak kvantity, tak kvality. Trachtová (2001) uvádí, že potřebou rozumíme projev nějakého nedostatku, něčeho co nám v životě chybí.

Nejnámější teorií týkajících se lidských potřeb sestavil ve 40. letech 20. století americký psycholog A. H. Maslow. Jde o motivační teorii založenou na pořadí naléhavosti a na pořadí, ve kterém se základní lidské potřeby projevují. Tyto potřeby jsou uváděny od nejnižších po nejvyšší (Říčan, 2007).

- 1) Potřeby fyziologické – patří zde potřeba příjmu jídla a tekutin, potřeba kyslíku, potřeba vyprazdňování, potřeby zaměřené na sexualitu a potřeba režimu spánku.
- 2) Potřeba bezpečí – vyjadřuje potřebu bezpečí, touhu po důvěře, stabilitě a ochraně.
- 3) Potřeba sounáležitosti a lásky – potřeba být milován a milovat, potřeba náklonnosti a sounáležitosti, potřeba začlenění.
- 4) Potřeba uznání a ocenění – potřeba úcty k sobě sama.
- 5) Potřeby kognitivní – potřeba poznávat, porozumět a orientovat se v určitém oboru.
- 6) Potřeby estetické – potřeba touhy po kráse, po krásných věcech.
- 7) Potřeba seberealizace – každý jedinec má potřebu se seberealizovat v jakémkoli slova smyslu (Trachtová, 2001).

#### 1.8 Sociální služby

Podle Sokola a Trefilové (2008, 56-57) „byl v roce 2006 byl přijat nový zákon o sociálních službách zákon č. 108/2006 Sb. Cílem tohoto zákona je co nejširší podpora procesu sociálního začleňování a sociální soudržnosti společnosti. Posláním sociální služby je snaha umožnit

lidem, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci, zůstat rovnocennými členy společnosti. Důležitým znakem kvality sociální služby je schopnost podporovat uživatele služby v naplňování cílů, kterých chtějí s pomocí sociální služby při řešení své nepříznivé sociální situace dosáhnout.“ Poslání služeb je specifikováno jako pomoc lidem udržet si nebo znovu nabýt své místo v největšinové společnosti nebo ve svém přirozeném prostředí.

Sociální službou se rozumí činnost nebo soubor činností, která podle zákona o sociálních službách zajišťuje podporu a pomoc osobám za účelem sociálního začlenění do společnosti nebo prevence sociální péče (Hrozenská a Dvoráčková, 2013).

### 1.8.1 Sedm principů sociální služby

- nezávislost a autonomie pro uživatele služeb
- začlenění a integrace
- respektování potřeb
- partnerství
- kvalita (záruka kvality poskytuje ochranu zranitelným lidem)
- rovnost bez diskriminace
- standardy (Malíková, 2011)

### 1.8.2 Formy sociálních služeb

#### Sociální poradenství:

- poskytování poradenství pro seniory, popřípadě i další aktivity jako organizování volného času seniorů
- zajištění pečovatelské služby o víkendech, o svátcích apod.
- základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace

#### Služby sociální péče:

Cílem je zajistit bezpečnost základních životních potřeb, v případě že je nelze zajistit bez přítomnosti jiné osoby.

Osobní asistence – je terénní služba, která zajišťuje služby a pomáhá seniorům zvládat každodenní péči o sebe a integrovat se do společnosti.

Pečovatelská služba – dělí se na terénní nebo ambulantní. Poskytuje pomoc zdravotně postiženým lidem nebo seniorům, kteří potřebují pomoc v domácnosti nebo v péči o sebe sama.

Tísňová péče – jde o telefonickou či elektronickou pomoc osobám, které se nacházejí v ohrožení zdraví a života. Služba je dostupná po celých 24 hodin.

Průvodcovské a předčitatelské služby – Jedná se o terénní nebo ambulantní péči lidem se sníženou schopností komunikace nebo orientace v prostoru.

Podpora samostatného bydlení – Je odlišná služba od pečovatelské služby, je více zaměřena na osobnostní růst a podporu rozvoje schopností seniora samostatně žít.

Odlehčovací služba – dělí se terénní, ambulantní a pobytová. Má vytvořit odlehčení osobám starající se o osobu blízkou.

Centra denních služeb – jedná se o ambulantní typ služby.

Denní stacionáře – ambulantní služba, sloužící osobám se sníženou soběstačností.

Týdenní stacionář – jedná se o pobytovou službu, která má podobnou náplň funkce jako denní stacionář. Služby jsou poskytovány většinou pracovní dny od pondělí do pátku.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením – jsou to pobytové celoroční služby pro osoby se sníženou soběstačností skrz zdravotní postižení. Součástí výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické služby.

Domovy pro seniory – jedná se o pobytové celoroční služby pro osoby se sníženou soběstačností způsobenou stářím. Pro osoby, které nemohou setrvat ve svém domácím prostředí.

Domovy se zvláštním režimem – jedná se o ambulantní typ služeb pro dva typy lidí. Jednak pro osoby se sníženou soběstačností a potom také pro osoby s různými závislostmi.

Chráněné bydlení – pobytová služba, umožňující osobě se sníženou soběstačností žít v důstojných podmínkách vlastního bydlení. Pracovníci těchto služeb uživatele pravidelně kontrolují nebo jim poskytují poradenství.

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče – služby, které jsou poskytovány v nemocnicích nebo léčebnách (Malíková, 2011).



## Služby sociální prevence

Měly by předcházet sociálnímu vyloučení lidí ze společnosti.

- telefonická krizová pomoc
- azylové domy
- kontaktní centra
- tlumočnické služby
- krizová pomoc
- intervenční centra
- nízkoprahová denní centra
- noclehárny
- služby následné péče
- sociálně aktivizační služby pro seniory se zdravotním postižením
- sociálně terapeutické dílny
- terapeutické komunity
- terénní programy sociální rehabilitace (Malíková, 2011)

### **1.9 Středisko sociálních služeb**

Středisko sociálních služeb města Frýdlantu nad Ostravicí je příspěvkovou organizací Města.

Transformace Domova pro seniory proběhla k 1. 1. 2011 a v současné době poskytuje v souladu se zákonem o sociálních službách čtyři registrované sociální služby.

- domov pro seniory s kapacitou 64 osob
- domov se zvláštním režimem s kapacitou 30 osob
- pečovatelská služba s kapacitou 57 klientů
- odlehčovací služba s kapacitou 2 osoby.

Posláním Střediska sociálních služeb města Frýdlant nad Ostravicí je, v rámci frýdlantského regionu poskytovat občanům pomoc a podporu tam, kde už se jim vlastními silami a schopnostmi nedostává a vytvořit zájemcům o služby bezpečné prostředí, s cílem zajistit kvalitní a odborné sociální služby těmto skupinám:

- 1) Seniorům v tíživé životní situaci.
- 2) Seniorům s duševním onemocněním, kteří vyžadují pravidelnou pomoc druhého člověka.
- 3) Seniorům a lidem s fyzickým postižením, bydlícím ve svém bydlišti.

Pomoc a podporu poskytuje středisko formou pobytových a terénních sociálních služeb s respektem k lidským právům a prostřednictvím individuální podpory či pomoci. Smyslem služby je, umožnit uživatelům střediska prožít důstojný, a podle jejich přání i aktivní život, odstranit bariéry předsudků a společenských stigmat a to vše při zachování přirozené vztahové sítě. Respektování práv a lidské důstojnosti každého uživatele, s režimem přizpůsobeným jeho specifickým potřebám ([www.sssfno.cz/o-nas/poslani-sss](http://www.sssfno.cz/o-nas/poslani-sss)).

### **1.10 Podané ruce**

V rámci společnosti Podané ruce, o.s. vnikla v roce 2001 samostatná organizační jednotka s názvem Podané ruce, o.s.- Projekt OsA Frýdek-Místek, jejíž název byl v roce 2011 upraven na Podané ruce, o.s. - Projekt OsA. Od června 2014 je název změněn na Podané ruce - osobní asistence.

Organizační jednotka má dva statutární zástupce. Ty zvolilo představenstvo mateřské organizace. Statutární zástupci zastupují organizační jednotku navenek, a to každý samostatně.

Hlavní činností je poskytování sociální služby osobní asistence zdravotně znevýhodněným osobám a seniorům.

Cílem projektu je zajištění služeb osobní asistence.

Osobní asistence je služba terénní, prováděná přímo v bydlištích klientů nebo tam, kde si klient určí.

#### Cíle organizace:

- 1) Naplnit potřeby handicapovaných lidí v přirozeném rodinném prostředí bez významných negativních dopadů na rodinu a umožnit handicapovaným lidem žít způsobem, který se co nejvíce blíží běžnému životu a takto rozšiřovat hranice důstojného života.
- 2) Podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho setrvání ve vlastním domácím prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu.

3) Rozvíjet schopnosti uživatelů služeb a umožnit jim, pokud toho mohou být schopni, vést samostatný život.

V současné době organizace poskytuje službu osobní asistence. Jde o službu terénní a je poskytována především v domácnostech klientů, ale také tam, kde klient potřebuje (škola, školka, zaměstnání, volnočasové aktivity atd.). Osobní asistenci poskytuje organizace dle potřeby až 24 hodin denně 7 dní v týdnu.

Kapacita organizace je v současné době 190 klientů, kterým může kvalitně poskytnout službu osobní asistence. V případě naplnění kapacity je klient zařazen do pořadníku a organizace se pro něj snaží najít řešení jeho svízelné situace ([www.podaneruce.eu](http://www.podaneruce.eu)).

Osobní asistence je poskytována bez omezení věku. Je poskytována v Moravskoslezském, Zlínském, Olomouckém a Jihomoravském kraji.

#### Cílová skupina:

- 1) Osoby s chronickým duševním onemocněním.
- 2) Osoby s chronickým onemocněním.
- 3) Osoby s jiným zdravotním postižením.
- 4) Osoby s kombinovaným postižením.
- 5) Osoby s mentálním postižením.
- 6) Osoby s tělesným postižením.
- 7) Osoby se sluchovým postižením.
- 8) Osoby se zdravotním postižením.
- 9) Osoby se zrakovým postižením.
- 10) Senioři.

Zakladatelkou osobní asistence u nás je paní Ing. Jana Hrdá, která v roce 1982 při autonehodě utrpěla těžký úraz páteře, po kterém úplně ochrnula. V té době vychovávala dvě malé děti. I přes svůj handicap se nevzdala a se životem bojovala dál. Všem handicapovaným lidem pomohla neocenitelným způsobem. V roce 1990 se spolupodílela na založení Pražské organizace vozíčkářů a iniciovala vznik kurzů osobní asistence, které si kladly za cíl větší osamostatnění postižených, tak aby mohli žít sami v běžné domácnosti a mohli se více zapojit do života. Osobní asistenci začala sama využívat. Paní Hrdá byla místopředsedkyní Národní rady osob se zdravotním postižením, byla také v řadě sociálních projektů a zapojovala se do vzdělávání zaměstnanců v sociálních službách. Za svou záslušnou činnost se dočkala významného ocenění. Stala se nositelkou ceny Olgy Havlové. Zemřela v srpnu loňského roku ve věku 62 let (<http://www.invarena.cz/?p=17101>).

### **1.11 Pohybová aktivita**

Podle Dohnala a Hodaně (2005) rozumíme pohybovou aktivitou jakoukoliv aktivitu, kterou produkujeme kosterním svalstvem a zvyšuje nám tepovou a dechovou frekvenci.

Nedostatek pohybu má za následek morfologické i funkční změny v organismu, které zásadním způsobem ovlivňují kvalitu života jedince. U seniorů přiměřená pohybová zátěž významně ovlivňuje kvalitu stárnutí. Vyšší věk je spojován s rostoucím množstvím zdravotních komplikací a zhoršováním neuromuskulárních funkcí. Tyto negativní změny vedou často k poruchám mobility, nárůstu počtu pádů a k zraněním. Prospěšnost pravidelně realizovaných pohybových aktivit nám slouží jako prevence proti zhoršení životního stylu. Toto platí ve středním i seniorském věku (Štěpánková, Höschl, Vidovičová a kol., 2014.)

Vhodný návrh pohybové aktivity u seniorů musí respektovat jejich aktuální zdravotní stav a úroveň jejich pohybových a zdravotních schopností. Při návrhu vhodné pohybové aktivity je třeba zohlednit možné rizika, která jsou spojená s realizací pohybových aktivit.

Štílec (2004) řadí k základním pohybovým aktivitám pro seniory chůzi, jógu, plavání jako obecně pohybové aktivity aerobního charakteru s minimem skoku a dopadů. Naopak velmi riziková jsou cvičení, kdy dochází k rychlým změnám polohy těla.

V pohybové aktivitě u seniorů se vychází ze zdravotně rehabilitačních cvičení a cvičení pro tělesně oslabené. Jedná se o relaxační a dechové cvičení, uvědomování si vlastního těla nebo posilující cvičení (Štílec, 2004).

Podle Uhlíře (2008) lze dostatečnou pohybovou aktivitou ve stáří snížit některé zdravotní potíže.

Pozitivní účinek u pohybově aktivních dospělých vyššího věku se projevuje v těchto oblastech:

- Zlepšení ukazatelů fyzické kondice (dechový objem, srdeční výdej).
- Zlepšení možnosti kontroly krevního cukru, citlivosti receptorů na inzulín.
- Snížení úbytku kostní hmoty.
- Snížení rizika pádů a zlomenin.
- Zlepšení potíží s močením.
- Snížení rizika tlustého rakoviny střeva.
- Zlepšení kvality spánku (Uhlíř, 2008).

Cvičení seniorů vychází především ze zachovalých funkcí organismu, které je třeba stále rozvíjet a posilovat. Cílem cvičení je hlavně fyzická a psychická zdatnost.

Hlavní úkoly cvičení:

- Zachovat, obnovit a získat dostatek pohybových vzorců.
- Vhodnými cviky kompenzovat potenciaální oslabení nebo zkrácení svalstva.
- Působit preventivně v rizikových oblastech.
- Celkově aktivovat organismus ke zlepšení koordinace, dynamiky, vytrvalosti a posílení soběstačnosti (Uhlíř, 2008, 16).

Aktivní životní styl se správně zvolenou pohybovou aktivitou způsobuje mnoho pozitivních změn v oblasti zdraví. Snižuje se riziko kardiovaskulárních chorob, zlepšuje se výkonnost kardiopulmonálních funkcí, dostavuje se zlepšení v oblasti zažívání, snižuje se napětí v těle a odbourává se stres. Zlepšuje se celková koordinace těla a rovnováhy. Člověk si udržuje optimální svalovou sílu (MŠMT, 2008).

## 2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Ve své bakalářské práci se zabývám hodnocením kvality života u osob v seniorském věku. Můj výzkumný vzorek tvoří senioři umístění v domově pro seniory ve Frýdlantu nad Ostravicí a klienti organizace Podané ruce, využívající osobní asistenci ve svém domácím prostředí.

Cílem šetření bylo zjistit subjektivní kvalitu života dvou rozdílných skupin seniorů (žijící v domově pro seniory a žijící v domácím prostředí, využívající služby Podaných rukou) pomocí dotazníku SQUALA. Vytipovali jsme si proměnné faktory, o kterých si myslíme, že mohou mít na výsledky výzkumu vliv (pohlaví, způsob bydlení, vzdělání, věk, vlastnit kolo, finanční situace, frekvence cvičení, vyjádření o vlastním zdravotním stavu a kvalitě života).

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

Pro splnění cíle bakalářské práce jsme si stanovili následující výzkumné otázky:

- 1) Jaká je úroveň hodnocení kvality života dle dotazníku SQUALA u celého souboru respondentů - vyjádřeno profilem hrubými skóry dimenzí SQUALA (abstraktní hodnoty, zdraví, blízké vztahy, volný čas, základní potřeby)?
- 2) Ovlivňují vybrané základní proměnné výsledky hodnocení subjektivní kvality života seniorů?
  - a) Ovlivňuje pohlaví výsledky hodnocení subjektivní kvality života dle SQUALA ?
  - b) Ovlivňuje věk výsledky hodnocení subjektivní kvality života dle SQUALA ?
  - c) Ovlivňuje vzdělání výsledky hodnocení subjektivní kvality života dle SQUALA ?
  - d) Ovlivňuje finanční situace výsledky hodnocení subjektivní kvality života SQUALA ?
  - e) Ovlivňuje frekvence cvičení výsledky hodnocení subjektivní kvality života dle SQUALA ?
  - f) Ovlivňuje místo pobytu výsledky hodnocení subjektivní kvality života dle SQUALA ?

g) Ovlivňuje subjektivní vyjádření o vlastním zdravotním stavu výsledky hodnocení subjektivní kvality života SQUALA ?

h) Ovlivňuje subjektivní vyjádření o vlastní kvalitě života výsledky hodnocení subjektivní kvality života SQUALA?

ch) Ovlivňuje vlastnění kola výsledky hodnocení subjektivní kvality života dle SQUALA?

### 3 METODIKA

#### 3.1 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří 80 respondentů. Jsou to senioři, kteří žijí v pobytovém zařízení domov pro seniory a dále klienti využívající osobní asistenci ve svém domácím prostředí. Sběr dat probíhal od dubna 2014 do července 2014. Výzkum se zabývá subjektivním hodnocením kvality života. Vybrali jsme některé proměnné, o kterých si myslíme, že mohou mít na výsledky dotazníku SQUALA vliv. Respondenty jsme si rozdělili dle následujících parametrů (Tab. 1).

Tab. 1: Zastoupení souboru v četnosti a procentech (n=80)

<b>Pohlaví</b>	žena	40	50 %
	muž	40	50 %
<b>Vzdělání</b>	základní	22	27,5 %
	střední	25	31,25 %
	střední s maturitou a vysokoškolské	33	41,25 %
<b>Frekvence cvičení</b>	1 krát týdně	5	6 %
	2, 3 krát a více	16	20 %
	ne	35	44 %
	sám 2, 3 krát a více	21	26 %
	sám 1 krát týdně	3	4 %
<b>Zdravotní stav</b>	spokojený	39	48,75 %
	ani spokojený/á ani nespokojený/á	12	15 %
	spíše nespokojený/á, úplně nespokojený/á	29	36,25 %
<b>Kvalita života</b>	velmi dobrá	18	22,5 %
	ani slabá ani dobrá	44	55 %
	slabá, velmi slabá	18	22,5 %
<b>Způsob bydlení</b>	doma	41	51,25 %
	v zařízení	39	48,75 %



<b>Finanční situace</b>	podprůměrná	13	16,25 %
	průměrná	59	73,75 %
	nadprůměrná	8	10 %
<b>Věk</b>	60 – 74 let	45	56,3 %
	75 – 89 let	29	36,2 %
	90 a více	6	7,5 %
<b>Vlastnit kolo</b>	ano	24	30 %
	ne	56	70 %

### 3.2 Průběh výzkumu

Sběr dat jsem uskutečnila ve Středisku sociálních služeb a v organizaci Podané ruce. Nejdříve jsem se dohodla v Podaných rukou, zda můžu mezi klienty rozeslat dotazníky a následně je s nimi vyplnit. Paní metodička mi po té podepsala souhlas o dotazníkovém šetření (viz Příloha 1). Po té jsem navštívila Středisko sociálních služeb, a sešla jsem se panem metodikem a seznámila ho s mým zájmem, provést v zařízení dotazníkové šetření. Podepsal mi také informovaný souhlas (viz Příloha 2). Každý proband mi musel podepsat informovaný souhlas (viz Příloha 3). Dotazník SQUALA (viz. Příloha 4) a doplňující dotazník jsem s každým respondentem vyplňovala zhruba hodinu, protože někdy bylo pro někoho obtížné porozumět některým otázkám.

### 3.3 Metody výzkumu

Pro svůj výzkum jsem si vybrala metodu dotazníkového šetření. Dotazník SQUALA (Subjective Quality of life analysis = dotazník hodnocení subjektivní kvality života.), který byl vytvořen roku 1992 ve Francii. Do českého jazyka byl přeložen v roce 2006 p. Dragomireckou (Dragomirecká a kol., 2006).

K dotazníku jsem přiložila vlastní dotazník obsahující doplňující informace ohledně pohlaví, vzdělání, finanční situace, frekvenci cvičení, posouzení kvality života, posouzení zdravotního stavu, způsobu bydlení, vlastnictvím kola. Informace získané z odpovědí rozdělí probandy dle určitých kritérií, která mohou ovlivňovat hodnocení subjektivní kvality života v celkových výsledcích.

### 3.4 Vyhodnocení SQUALA

Dotazník SQUALA obsahuje 23 položek. Já jsem využila českou verzi, která obsahuje 21 položek. Jsou vynechány položky mít víru a zajímat se o politiku.

Nejprve hodnotíme důležitost jednotlivých bodů. Máme k dispozici pěti bodovou škálu (nezbytné, velmi důležité, středně důležité, málo důležité a bezvýznamné). K jednotlivým bodům přisuzujeme důležitost. Po té přejdeme na druhou stranu dotazníku, která obsahuje stejné položky, avšak respondent je dotazován na své celkové hodnocení v těchto oblastech. Opět máme k dispozici pěti bodovou škálu (Dragomirecká a kol., 2006).

Skórování dotazníku SQ

- 1) Aritmetickým průměrem hodnot v pozorované oblasti.
- 2) Minimální nejnižší hodnotou, která byla dosažena.
- 3) Maximální nejvyšší hodnotou, která byla dosažena.
- 4) Směrodatnou odchylkou (Std. Dev.), je to hodnota, která vyjadřuje vychýlení jednotlivých oblastí od průměrné hodnoty.

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

Výstupem dotazníku SQUALA je hrubé skóre jednotlivých dimenzí a celkové skóre. Ve výsledcích jsou nejprve uvedeny hodnoty celého souboru probandů ( $n=80$ ) pomocí celkového skóre a hrubého skóre jednotlivých dimenzí SQUALA.

## 4 VÝSLEDKY A DISKUZE

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



Graf 1: Hodnota medián hrubých skóre dimenzí SQUALA (SQ1 – SQ5)

Pozn.: popis dimenzí SQUALA 1 – 5:

SQ1 - abstraktní hodnoty (pocit bezpečnosti, spravedlnosti, svoboda, krása, umění a pravda)

SQ2 - zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama)

SQ3 - blízké vztahy (rodinné vztahy, láska, sexuální život)

SQ4 - volný čas (spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek, koníčky)

SQ5 - základní potřeby (prostředí, bydlení, peníze a jídlo)

Subjektivní kvalita života v grafu 1 je vyjádřena hodnotami medián hrubých skóre dimenzí z celého souboru. Dimenzi SQ1 abstraktní hodnoty (pocit bezpečnosti, spravedlnosti, svoboda, krása, umění a pravda) respondenti hodnotí ze všech dimenzí nejvýše. Hodnocení této oblasti je i statisticky významně vyšší než hodnocení ostatních oblastí (SQ 2, 3, 4, 5) na  $p \leq 0,05$  (dle Wilcoxnova párového testu). Další dimenze, které respondenti hodnotili téměř totožně, byly SQ2 - zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama) a SQ4 - volný čas (spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek, koníčky). Další v pořadí je SQ3 -

blízké vztahy (rodinné vztahy, láska, sexuální život). Nejnižší hodnocena je oblast SQ5 - základní potřeby (prostředí, bydlení, peníze a jídlo).

Respondenty nejvýše hodnocenou oblastí kvality života byla sledována dimenze SQ1 - abstraktní hodnoty (pocit bezpečnosti, spravedlnosti, svoboda, krása, umění a pravda). Myslím si, že v dnešní době, kdy většina seniorů tráví svůj čas čtením jak novin, tak jiných tiskovin a jsou neustále informováni masivními kampaněmi v médiích, kde se neustále probírají válečné konflikty, migrační politika, politika a kauzy ohledně různých úplatků, zvolila tyto abstrakty (pocit bezpečnosti, spravedlnosti, svobody) jako nejvýše hodnocené. Cítí se v této oblasti spokojeně a prožívají tuto oblast kvalitně. Ostatní oblasti SQ2 - zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama), SQ4 - volný čas (spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek, koníčky) hodnotili respondenti téměř totožně, z toho odvodňují, že v těchto oblastech jsou respondenti spokojeni téměř na stejné úrovni, což se týče jejich kvality života. V porovnání s jinými pracemi jsme zjistili, že hodnocení subjektivní kvality života všech respondentů u celého souboru se podobá výsledkům bakalářské práce (Kopetzká, 2015), kde respondenti nejvýše hodnotili oblast SQ1 abstraktní hodnoty, SQ2 zdraví a nejnižší hodnotili oblast SQ3 blízké vztahy a SQ5 základní potřeby. Naopak (Herzig, 2014) ve své práci uvádí jako nejvýše hodnocenou oblast u celého souboru, oblast SQ5 základní potřeby a nejnižší oblast SQ1 abstraktní hodnoty. Což se zcela odlišuje od výsledků naší práce.

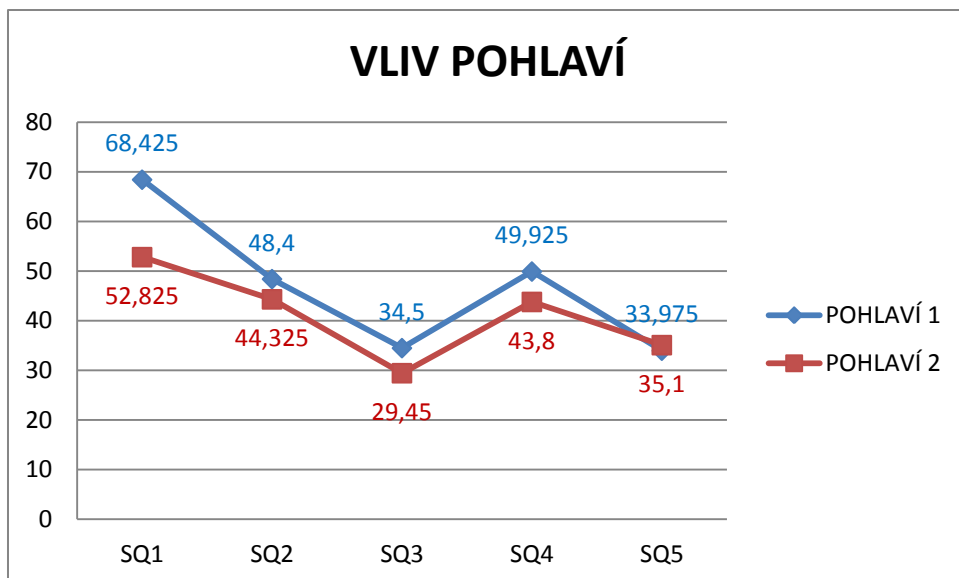
## **4.2 Základní charakteristiky vybraných proměnných a jejich vliv na výsledné hodnocení kvality života**

### **a) Vliv pohlaví na výsledky dotazníku SQUALA**

První položka, která může ovlivnit hodnocení kvality života je pohlaví.

*Tab. 2: Pohlaví respondentů*

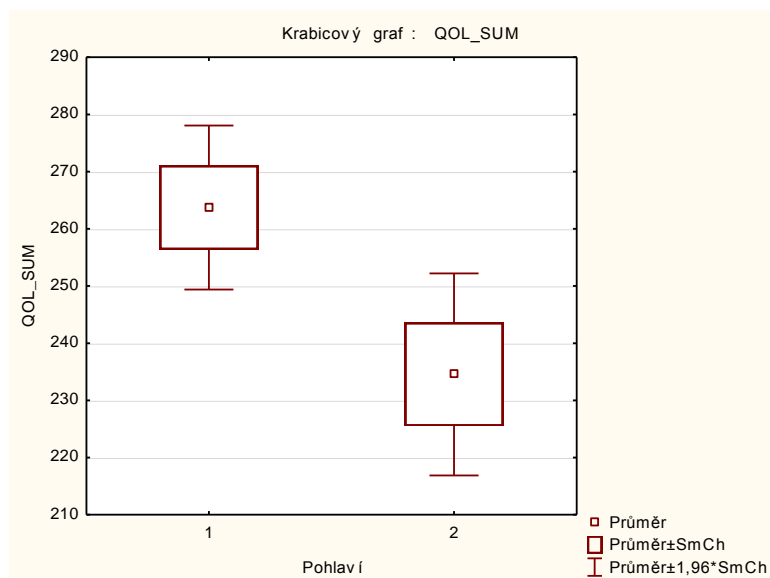
<b>Pohlaví</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>Procenta</b>
Žena	40	50 %
Muž	40	50 %



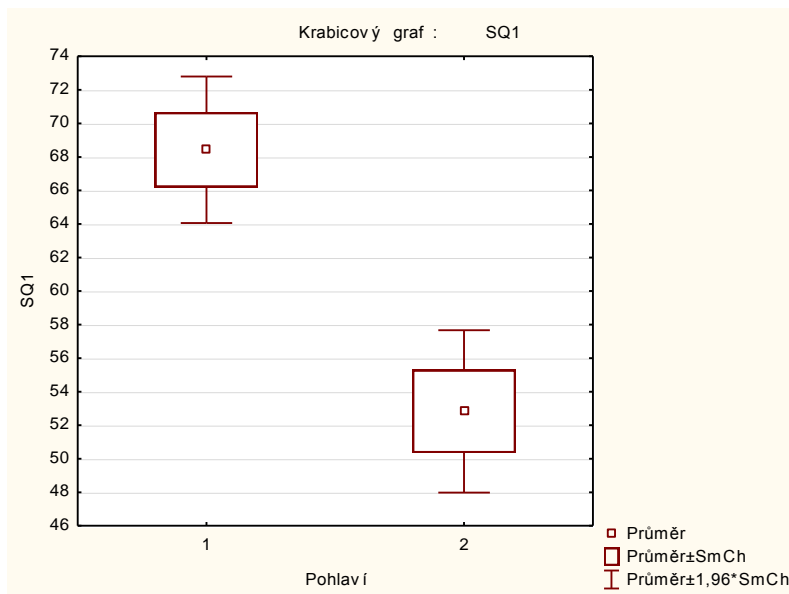
Graf 2: Hodnocení kvality života dle pohlaví (muži/1, ženy/2)

Tab. 3: Hodnocení kvality života podle T-testu dle pohlaví u dimenzí SQUALA.

Proměnná	t-testy; grupováno: Pohlaví (mertova)										
	Průměr 1	Průměr 2	t	sv	p	Poč.plat. 1	Poč.plat. 2	Sm.odch. 1	Sm.odch. 2	F-poměr Rozptyly	p Rozptyly
QOL_SUM	263,725	234,550	2,51380	78	0,01400	40	40	46,2523	56,9966	1,51855	0,19653
SQ1	68,425	52,825	4,68673	78	0,00001	40	40	14,1019	15,6301	1,22847	0,52356
SQ2	48,400	44,325	1,43806	78	0,15441	40	40	10,9399	14,1953	1,68368	0,10795
SQ3	34,500	29,450	1,97688	78	0,05158	40	40	11,9185	10,9074	1,19399	0,58250
SQ4	49,925	43,800	1,98219	78	0,05098	40	40	11,2737	15,9634	2,00501	0,03257
SQ5	33,975	35,100	-0,54518	78	0,58718	40	40	7,8658	10,4139	1,75285	0,08360



Graf 3: Hodnocení kvality života dle pohlaví v dimenzích SQUALA (muži 1/ženy 2)



Graf 4: Hodnocení kvality života dle pohlaví v dimenzích SQUALA 1 (muži 1/ženy 2)

Dle t-testu byl nalezen statisticky významný rozdíl ve výsledcích hodnocení u SQ1 mezi pohlavími. Muži (1) hodnotí subjektivní kvalitu života v dané oblasti SQ1 abstraktní hodnoty výše než ženy (2). Nejmenší hodnota kvality života byla u žen zaznamenána u SQ3 (29,45) což jsou blízké vztahy a u mužů SQ5 což jsou základní potřeby. Stejně i u celkové SQUALA hodnotili muži svou kvalitu života (263,725) výše než ženy (234,55).

Domnívám se, že výsledky zaznamenaný v grafu 2 odráží skutečnost, že muži se více přiklánějí k odpovědnosti a pocitu bezpečí, a cítí se v dané oblasti spokojenější. Nejnižší hodnota byla u žen zaznamenána u SQ3 (29,45) což jsou blízké vztahy. Z toho usuzuji, že ženy už se v dané oblasti necítí spokojené nebo se cítí spokojené méně. Některé z nich jsou už vdovy nebo nemají partnera a mohou se cítit osamělé. Chtěly by mít ještě nový vztah nebo lásku, ale nedaří se jim to najít. U mužů je nejnižší hodnocená oblast SQ5 základní potřeby. Z toho vyplývá, že se cítí v této oblasti nespokojení a subjektivně hodnotí svůj život v této oblasti jako méně kvalitní. Mohou mít pocit, že nedostatečně zabezpečují rodinu, nemají takové finanční zázemí, jaké by chtěli nebo nejsou spokojení s vlastním bydlením.

Statisticky významný rozdíl byl nalezen mezi probandy rozdělenými dle pohlaví na  $p \leq 0,05$  mezi SQ SUM (celkové skóre dotazníku) a u SQ1 abstraktní hodnoty.

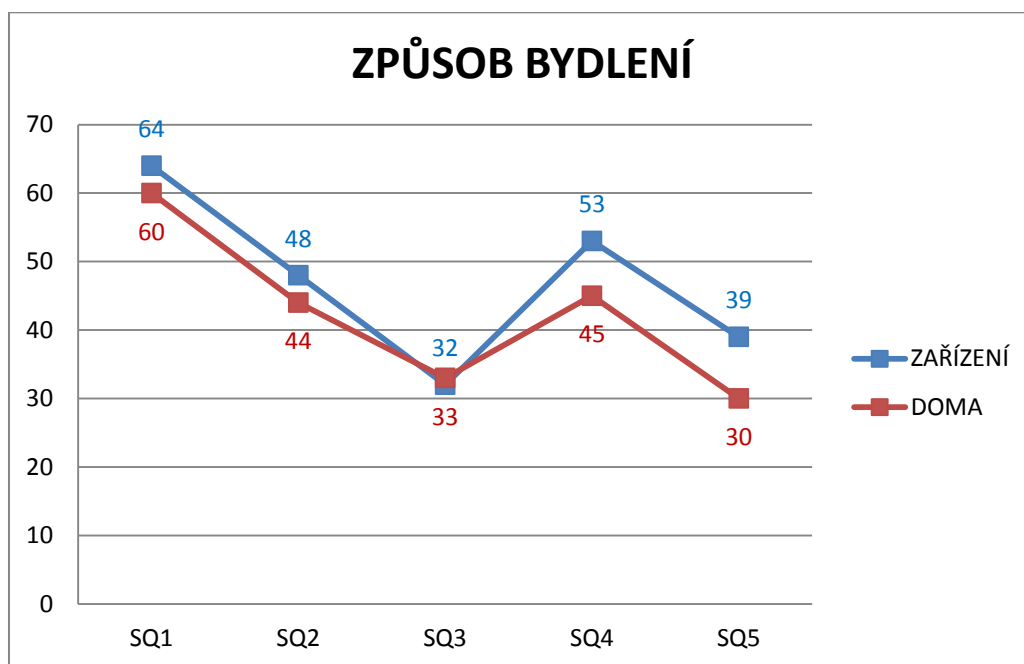
#### **b) Vliv způsobu bydlení na výsledky dotazníku SQUALA**

V souboru bylo 41 respondentů z domácího prostředí a 39 respondentů z domova pro seniory. Dle grafu 4 můžeme usuzovat, že hodnocení jednotlivých dimenzí SQ1-5 vykresluje v obou

křivkách podobný tvar, respondenti ze zařízení vykazují lehce zvýšené subjektivní hodnocení kvality života oproti respondentům žijících v domácím prostředí, statisticky významný rozdíl (dle t-testu), ale nacházíme pouze u celkového hodnocení SQUALA SUM a v dimenzích SQ4 a SQ5.

Tab. 4: Způsob bydlení

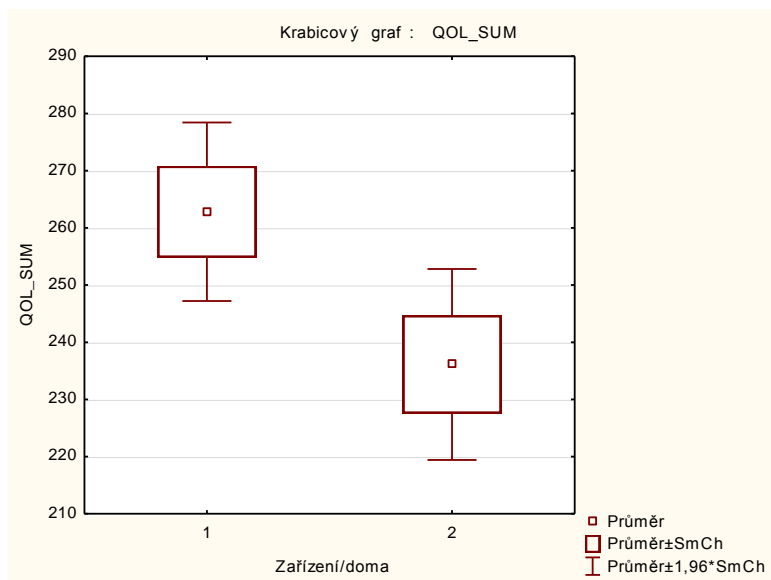
Místo pobytu	Počet respondentů	Počet procent
V zařízení	39	48,75 %
Doma	41	51,25%



Graf 5: Hodnocení kvality života dle způsobu bydlení

Tab. 5: Hodnocení kvality života pomocí t-testu dle způsobu bydlení v dimenzích SQUALA

Proměnná	t-testy; grupováno: Zařízení/doma (mertova)										
	Průměr 1	Průměr 2	t	sv	p	Poč.plat 1	Poč.plat. 2	Sm.odch. 1	Sm.odch. 2	F-poměr Rozptyly	p Rozptyly
QOL_SUM	262,8205	236,1220	2,284664	78	0,025051	39	41	49,71014	54,54411	1,203942	0,567296
SQ1	62,8205	58,5366	1,146042	78	0,255282	39	41	16,8349	16,59382	1,029266	0,926512
SQ2	48,9487	43,9024	1,792970	78	0,076854	39	41	10,60525	14,20881	1,795043	0,072696
SQ3	32,1538	31,8049	0,133283	78	0,894311	39	41	11,01802	12,32316	1,250948	0,490000
SQ4	50,9231	43,0000	2,607825	78	0,010915	39	41	13,54211	13,62167	1,011786	0,973205
SQ5	37,5641	31,6585	3,017668	78	0,003440	39	41	10,09376	7,24434	1,941368	0,040591



Graf 6: Hodnocení kvality života dle způsobu bydlení v dimenzích SQUALA (zařízení 1/doma 2)



Graf 7: Hodnocení kvality života dle způsobu bydlení v dimenzích SQUALA 4 (zařízení 1/doma 2).





Graf 8: Hodnocení kvality života dle způsobu bydlení v dimenzích SQUALA 5 (zařízení 1/doma 2)

Na obrázku (graf 6) je znázorněn statistický významný rozdíl mezi výsledky subjektivního hodnocení kvality života u celkového skóre dotazníku SQUALA dle způsobu bydlení. Respondenti žijící v domácím prostředí mají subjektivní hodnocení kvality života nižší (236,122) než respondenti, kteří žijí v zařízení (262,820). Respondenti žijící v zařízení jsou celkově spokojenější ve všech oblastech než respondenti žijící doma.

Na obrázku (graf 7) je znázorněn statisticky významný rozdíl mezi hodnocením SQ4 - volný čas (spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek, koníčky) mezi skupinami. Z toho vyplývá, že respondenti žijící v zařízení hodnotí subjektivní kvalitu života v dimenzi SQ4 (50,923) výše, než respondenti žijící doma (43,00). Mají zde organizován volný čas. Můžou se věnovat koníčkům, které mají rádi. V zařízení jsou organizovány různé výlet a společenské akce, kterých se můžou zúčastnit, mají kolem sebe dostatek kontaktu s jinými lidmi, necítí se osamoceni. V domácím prostředí většinou lidé žijí sami nebo s rodinou, ta někdy nemá dostatek času se jim věnovat. Někteří lidé potřebují při různých aktivitách dopomoc, která se jim však nedostává. Já jako osobní asistentka mám klienty, kterým organizuji volný čas, ale někdy to bohužel není v takové míře, jak by si představovali. Rodina má někdy jiné představy než sami klienti. Respondenti žijící v zařízení hodnotí téměř u všech oblastí SQUALA kvalitu života vyšší než respondenti žijící v domácím prostředí.

Na obrázku (graf 7) je znázorněna SQ5 - základní potřeby (prostředí, bydlení, peníze a jídlo). Opět si můžeme povšimnout, že se statisticky významně liší v této SQ5 subjektivní hodnocení

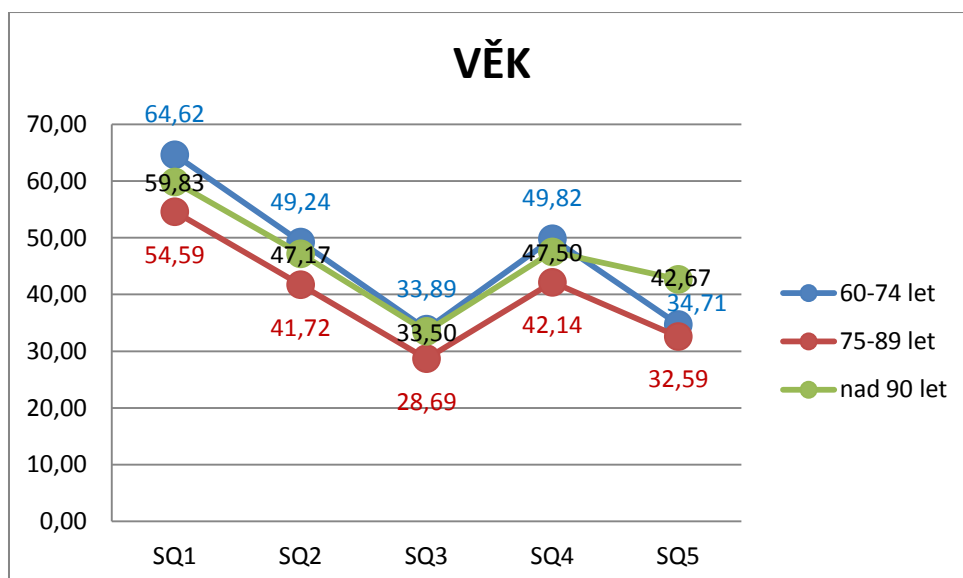
kvality života respondentů žijící v zařízení (37,564) před respondenty, kteří pobývají v domácím prostředí (31,658). Respondenti žijící v zařízení, podle svých zkušeností vyplývajících z mého tříletého působení v těchto zařízeních, pocítují vyšší kvalitu života v dané oblasti, protože mají kde bydlet, a každý den je o ně postaráno. Cítí se v této oblasti zabezpečenější a spokojenější než respondenti žijící doma, kteří jsou někdy nejistí a neví, co je čeká do budoucna.

### c) Vliv věku na výsledky dotazníku SQUALA

Podle WHO jsme respondenty rozdělili do 3 skupin od 60 – 74 let, od 75 – 89 let a ve skupině třetí věk nad 90 let.

Tab. 6: Věk respondentů

Věk respondentů	Počet respondentů	Procenta
60 – 74 let	45	56,3 %
75 – 89 let	29	36,2 %
Nad 90 let	6	7,5 %



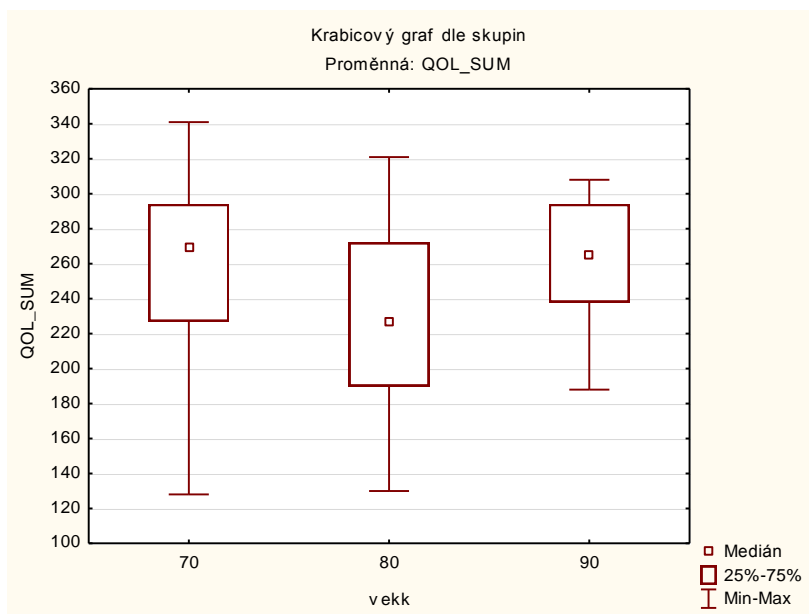
Graf 9: Hodnocení kvality života dle věku

Tab. 7: Hodnocení kvality život dle věku v dimenzích SQUALA dle Kruskal-Wallis ANOVA

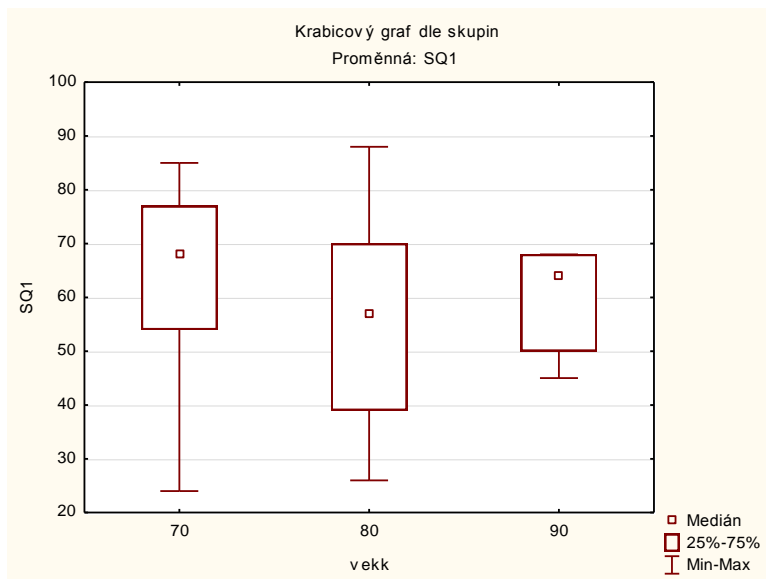
Vícenásobné porovnaní p hodnot (oboustr.); QOL_SUM (mertova)			
Nezávislá (grupovací) proměnnávekk			
Kruskal-Wallisův test: $H(2, N=80) = 6,581148$ $p = ,0372$			
Závislá:	70	80	90
QOL_SUM	R:45,667	R:31,672	R:44,417
70		0,034320	1,000000
80	0,034320		0,664207
90	1,000000	0,664207	

Tab. 8: Hodnocení kvality života dle věku v dimenzích SQUALA 1 dle Kruskal-Wallis ANOVA

Vícenásobné porovnaní p hodnot (oboustr.); SQ1 (mertova)			
Nezávislá (grupovací) proměnnávekk			
Kruskal-Wallisův test: $H(2, N=80) = 6,088782$ $p = ,0476$			
Závislá:	70	80	90
SQ1	R:46,067	R:32,586	R:37,000
70		0,044538	1,000000
80	0,044538		1,000000
90	1,000000	1,000000	



Graf 10: Hodnocení kvality života dle způsobu věku v dimenzích SQUALA



Graf 11: Hodnocení kvality života dle způsobu věku v dimenzích SQUALA 1

Respondenty jsme rozdělili do věkových kategorií 60 – 74 let, 75 – 89, nad 90 let. V kategorii 60 až 74 let subjektivně hodnotili celkovou SQUALU nejvýše (269 bodů). Téměř totožně hodnotili celkovou kvalitu SQUALU i respondenti z věkové kategorie nad 90 let (265). Věková kategorie 75 až 89 let hodnotila celkovou SQUALU nejnižší ze všech věkových kategorií (227) a rozdíl v celkovém hodnocení mezi kategorií do 74 let a mezi 75 – 89 let byl i statisticky významný (dle Kruskal-Wallis ANOVA testu). Dále byl statisticky významný rozdíl u hodnocení subjektivní kvality života dle věkových skupin potvrzen u SQ SUM na  $p = 0,0372$  (dle Kruskal-Wallis ANOVA), viz tab. 7 a u SQ1 abstraktní hodnoty (pocit bezpečnosti, spravedlnosti, svoboda, krása, umění a pravda) na  $p = 0,0476$  (dle Kruskal-Wallis ANOVA), viz tab. 8.

V oblasti SQ1 abstraktní hodnoty (pocit bezpečnosti, spravedlnosti, svoboda, krása, umění a pravda) se respondenti v kategorii 60 až 74 let hodnotili jako nejvýše spokojeni (68). Domnívám se, že respondenti v této kategorii se stále zajímají o různé dění ve světě, někteří jsou politicky aktivní nebo navštěvují různé společenské a kulturní akce. Jsou aktivnější než vyšší věkové kategorie. Další v pořadí s nejvyšší hodnotou u SQ1 se umístila kategorie nad 90 let (64). Věková kategorie nad 90 let se umístila sice na druhém místě, ale to může být způsobeno malým počtem respondentů 90 let (pouhých 6 respondentů). Věková kategorie 75 až 89 let ohodnotila SQ1 nejnižší (26) a rozdíl v hodnocení SQ1 abstraktní hodnoty mezi věkovou kategorií do 74 let a mezi 75 – 89 let byl také statisticky významný (dle Kruskal-

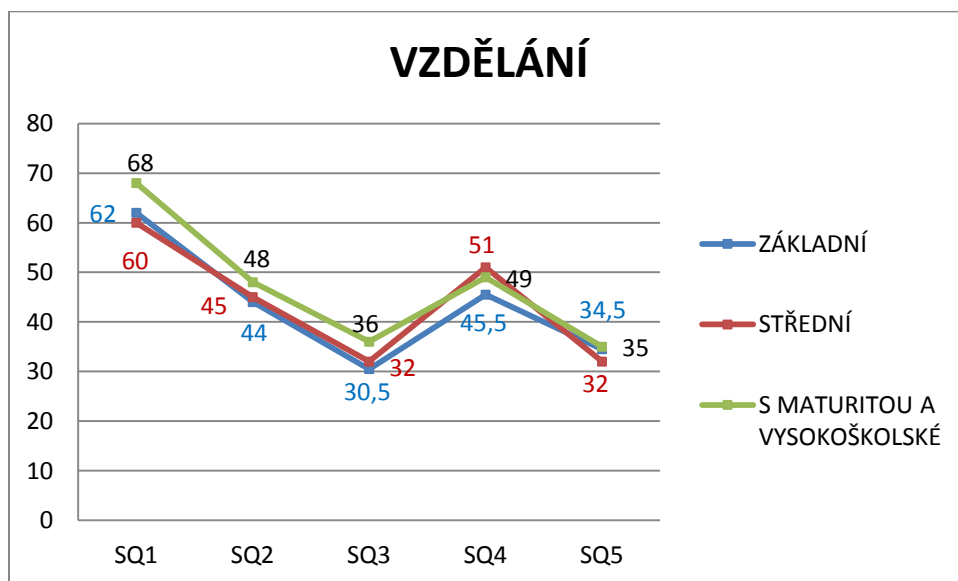
Wallis ANOVA testu). Subjektivní posouzení kvality života dle jednotlivých SQ v závislosti na věku ukazuje skutečnost že, věková kategorie 60 – 74 let a věková kategorie 75 – 89 let hodnotí SQ5 - základní potřeby (prostředí, bydlení, peníze a jídlo) se stejnou významností (33). Kdežto věková kategorie nad 90 let hodnotí SQ5 výše (46), ale přesto tento rozdíl není statisticky významný. Z toho usuzuji, dle mých profesních zkušeností, že lidé staršího věku nad 90 let mnohem významněji hodnotí a uvažují nad základními potřebami, protože většina respondentů nad 90 let již nejsou soběstační, a základní potřeby jsou pro ně nejdůležitější. V našem souboru ale byli tito nejstarší probandi v dané oblasti spokojeni z celého souboru nejlépe.

#### d) Vliv vzdělání na výsledky dotazníku SQUALA

Další položkou, která mohla ovlivnit subjektivní hodnocení kvality života je vzdělání. To jsme rozdělili do 3 skupin.

Tab.9: Vzdělání respondentů

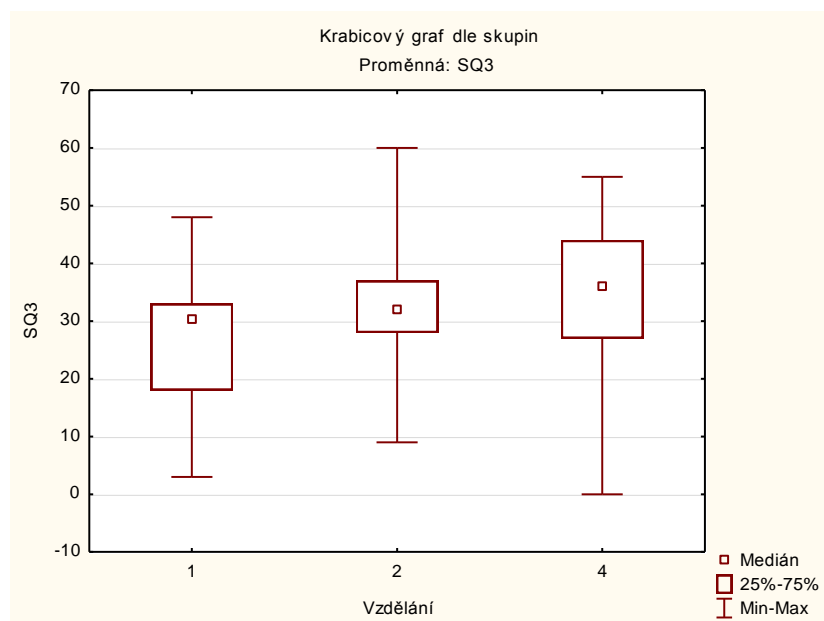
Vzdělání	Počet respondentů	Procenta
Základní	22	28 %
Střední	25	31 %
S maturitou a vysokoškolské	33	41 %



Graf 12: Hodnocení kvality života dle vzdělání

Tab. 10: Hodnocení kvality života dle vzdělání dle Kruskal-Wallis ANOVA

Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); SQ3 (mertova)			
Nezávislá (grupovací) proměnná : Vzdělání			
Kruskal-Wallisův test: $H(2, N=80) = 6,222623$ $p = ,0445$			
Závislá:	1	2	4
SQ3	R:30,841	R:40,720	R:46,773
1		0,437594	0,038227
2	0,437594		0,977779
4	0,038227	0,977779	



Graf 13.: Hodnocení kvality života dle vzdělání v dimenzích SQUALA 3

Respondenty jsme dle vzdělání rozdělili do tří skupin na základní, střední, a střední s maturitou plus vysokoškolské. U respondentů se základním vzděláním činila celková hodnota SQ (229,5). Respondentům se středním vzděláním činila celková hodnota SQ (263) a respondentům s maturitou a vysokoškolským diplomem činila celková hodnota SQ (267). Respondenti s vyšším vzděláním hodnotí celkově svou kvalitu života výše než respondenti se základním vzděláním. Respondenti s nižším vzděláním hodnotí celkově svou kvalitu života níže. Myslím si, že respondenti s vyšším vzděláním mají trochu jiný úhel pohledu při subjektivním hodnocení kvality života, než respondenti s nižším vzděláním. V minulosti mohli respondenti s vyšším vzděláním mít lepší zaměstnání, což se mohlo zobrazit na jejich úhlu pohledu a celkovém hodnocení spokojenosti.

Statisticky významný rozdíl u hodnocení subjektivní kvality života dle vzdělání byl potvrzen pouze u SQ3 - blízké vztahy (rodinné vztahy, láska, sexuální život) na  $p = 0.0445$  (dle

Kruskal-Wallis ANOVA), a to mezi respondenty se základním vzděláním a respondenty s maturitou a VŠ vzděláním, viz tab. 10.

#### e) Vliv frekvence cvičení na výsledky dotazníku SQUALA

Respondenti měli zodpovědět otázku, v jaké frekvenci (jak často) a jestli cvičí organizovaně nebo sami.

Tab. 11: Frekvence cvičení

Frekvence cvičení	Počet respondentů	Procenta
Organizovaně 1 týdně	5	6 %
Organizovaně 2,3 a více týdně	16	20 %
Necvičí	35	44 %
Cvičí sám/sama 1 týdně	21	26 %
Cvičí sám/sama 2,3 a více týdně	3	4 %

Dle provedeného Kruskal-Wallis ANOVA testu nebyl nalezen žádný statisticky významný rozdíl. Domnívala jsem se, že frekvence PA ovlivní celkové hodnocení kvality života, protože pohybová aktivita má velmi pozitivní vliv jak po tělesné stránce, tak i po duševní. Ani v subškále zdraví (SQ2) se však tato domněnka nepotvrdila. Nejvýše hodnotí celkovou SQUALU respondenti cvičící sami 2,3 krát za týden a více (269). Překvapilo mě, že větší polovina respondentů je stále cvičících, ať už sami nebo organizovaně. Což považuji za velmi pozitivní. Lidé se stále snaží v rámci svých možností vykonávat jakoukoli pohybovou aktivitu, která má pozitivní vliv jak na jejich zdraví, tak i na celkovou kvalitu života. Senioři žijící v zařízení mají ještě tu výhodu, že o pohybovou aktivitu se jim stará tým pracovníků, který jim sestavuje cvičení tak, aby ho zvládli v rámci jejich zdravotního stavu. Což u lidí, žijících v domácím prostředí není někdy možné.

#### f) Vliv subjektivního hodnocení zdravotního stavu na výsledky dotazníku SQUALA

Respondenti hodnotili svůj zdravotní stav ve třech tvrzeních: 1 = Spokojený/á, spíše spokojený/á 3 = ani spokojený/á, ani nespokojený/á , 5 = spíše nespokojený/á a úplně nespokojený/á. Dle tab. 12 zdravotní stav, vyplývá, že 49 % respondentů je v oblasti hodnocení zdravotního stavu spokojených.

Tab. 12: Zdravotní stav

Zdravotní stav	Počet respondentů	Procenta
Spokojený/á – spíše spokojený/á	39	48,75 %
Ani spokojený/á - ani nespokojený/á	12	15,00 %
Spíše nespokojený/á, úplně nespokojený/á	29	36,25 %

Tab. 13: Hodnocení kvality života dle zdravotního stavu v dimenzích SQUALA SUM

Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); QOL_SUM (mertova) Nezávislá (grupovací) proměnná : Zdrav. Stav Kruskal-Wallisův test: H ( 2, N= 80) =21,20585 p =,0000			
Závislá: QOL_SUM	1	3	5
	R:49,923	R:48,167	R:24,655
1		1,000000	0,000028
3	1,000000		0,009605
5	0,000028	0,009605	

Tab. 14: Hodnocení kvality života dle zdravotního stavu v dimenzích SQUALA 1 – abstraktní hodnoty

Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); SQ1 (mertova) Nezávislá (grupovací) proměnná : Zdrav. Stav Kruskal-Wallisův test: H ( 2, N= 80) =12,81208 p =,0017			
Závislá: SQ1	1	3	5
	R:46,000	R:51,750	R:28,448
1		1,000000	0,006203
3	1,000000		0,010454
5	0,006203	0,010454	

Tab.15: Hodnocení kvality života dle zdravotního stavu v dimenzích SQUALA 2 - zdraví

Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); SQ2 (mertova) Nezávislá (grupovací) proměnná : Zdrav. Stav Kruskal-Wallisův test: H ( 2, N= 80) =46,13686 p =,0000			
Závislá: SQ2	1	3	5
	R:54,808	R:50,208	R:17,241
1		1,000000	0,000000
3	1,000000		0,000107
5	0,000000	0,000107	

Tab. 16: Hodnocení kvality života dle zdravotního stavu v dimenzích SQUALA 4 – volný čas



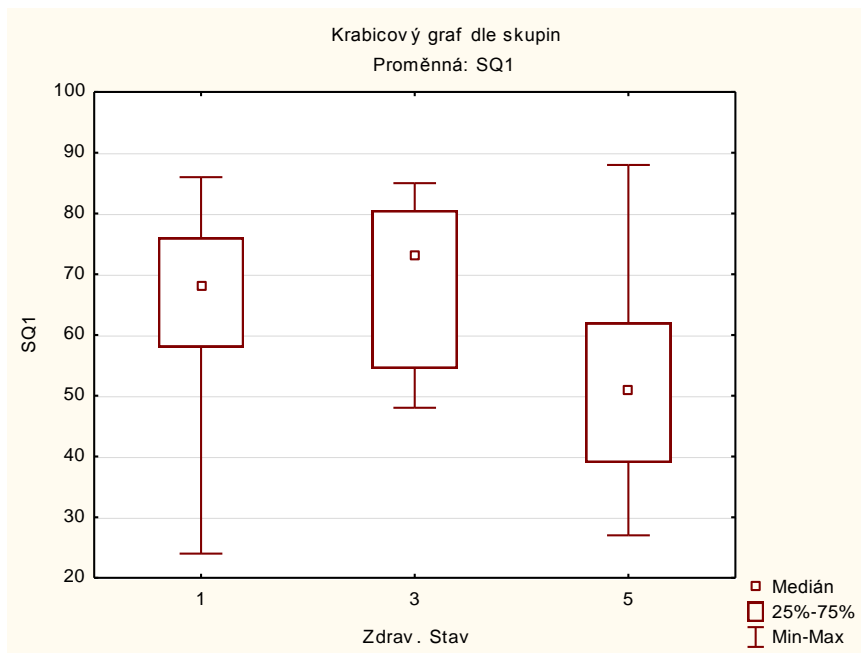
Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); SQ4 (mertova)			
Nezávislá (grupovací) proměnná : Zdrav. Stav			
Kruskal-Wallisův test: $H(2, N=80) = 10,28955$ $p = ,0058$			
Závislá:	1	3	5
SQ4	R:47,000	R:46,042	R:29,466
1		1,000000	0,006266
3	1,000000		0,113077
5	0,006266	0,113077	

Tab. 17: Hodnocení kvality života dle zdravotního stavu v dimenzích SQUALA 5 -základní potřeby

Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); SQ5 (mertova)			
Nezávislá (grupovací) proměnná : Zdrav. Stav			
Kruskal-Wallisův test: $H(2, N=80) = 6,836873$ $p = ,0328$			
Závislá:	1	3	5
SQ5	R:47,244	R:37,708	R:32,586
1		0,641597	0,030300
3	0,641597		1,000000
5	0,030300	1,000000	



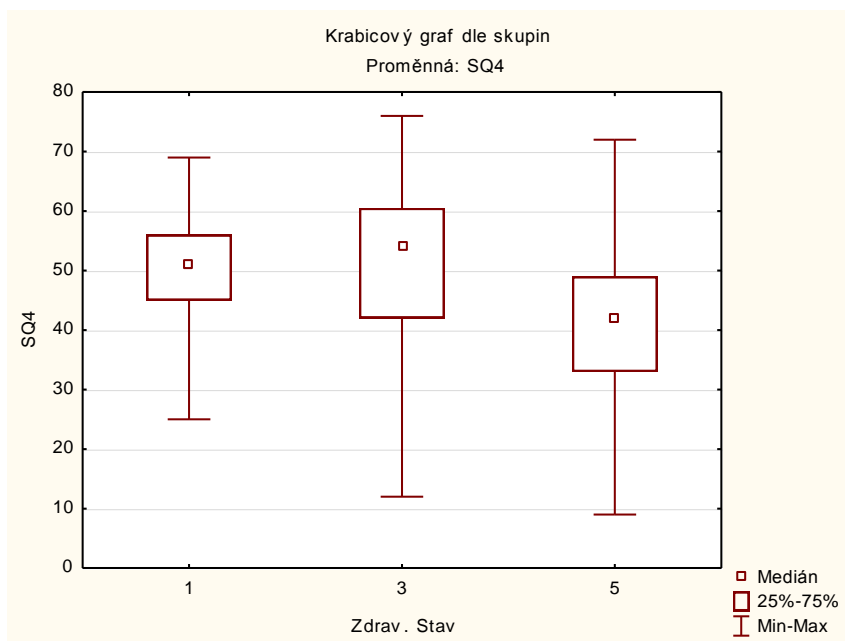
Graf 14: Hodnocení subjektivní kvality života dle zdravotního stavu v dimenzích SQUALA



Graf 15.: Hodnocení subjektivní kvality života dle zdravotního stavu v dimenzích SQUALA 1 abstraktní hodnoty



Graf 16: Hodnocení subjektivní kvality života dle zdravotního stavu v dimenzích SQUALA 2- zdraví



Graf 17: Hodnocení subjektivní kvality života dle zdravotního stavu v dimenzích SQUALA 4 volný čas



Graf 18: Hodnocení subjektivní kvality života dle zdravotního stavu v dimenzích SQUALA 5 základní potřeby

Dle provedeného Kruskal-Wallis ANOVA testu jsme našli statisticky významný rozdíl mezi probandy rozdělenými dle subjektivně hodnoceného zdravotního stavu v hodnocení kvality života na  $p \leq 0,05$ . Mezi QOL SUM, SQ1 abstraktní hodnoty a SQ2 zdraví mezi skupinami 1 (spokojený/á, spíše spokojený/á), 3 (ani spokojený/ani nespokojený) a 5 (spíše nespokojený/á, nespokojený). Dále u a SQ4 volný čas a SQ 5 základní potřeby mezi skupinou spokojený se

zdravotním stavem a spíše nespokojený a nespokojený. Popsáno v tabulce 16 a 17, hodnoceno dle provedeného Kruskal-Wallis ANOVA na  $p \leq 0.05$ .

Nejvýše hodnotili celkovou SQUALU respondenti (268) ve skupině 1 (spíše spokojený/á, spokojený/á). Oblast SQ1 abstraktní hodnoty a SQ4 volný čas hodnotí nejvýše respondenti, kteří jsou se svým zdravotním stavem ani spokojení ani nespokojení a téměř souhlasně ti, kteří jsou spokojeni (velmi spokojeni a spokojeni). Domnívám se, že pokud lidé hodnotí svůj zdravotní stav průměrně, jsou schopni ještě vykonávat určité činnosti. Věnovat se koníčkům, trávit nějakým způsobem volný čas. Jsou tedy v této oblasti spokojeni. Nejnižší hodnotili jednotlivé oblasti SQUALA respondenti subjektivně hodnotící svůj zdravotní stav na úrovni spíše nespokojený/á, úplně nespokojený/á. Respondenti hodnotící takto svůj zdravotní stav se necítí v daných oblastech spokojeně, neprožívají je kvalitně.

Pokud se lidé v našem souboru hodnotí jako spokojení se svým zdravotním stavem, hodnotí subjektivně výše i kvalitu života, který prožívají.

#### g) Vliv hodnocení subjektivní kvality života na výsledky dotazníku SQUALA

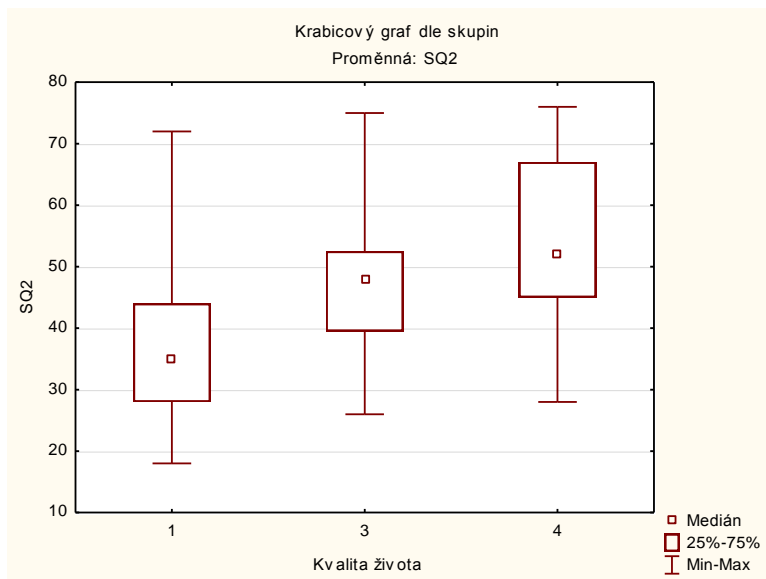
K posouzení kvality života měli respondenti na výběr z možností velmi dobrá, ani slabá ani dobrá a slabá, velmi slabá. Nejvíce hodnocena byla kvalita života ani slabá ani dobrá.

Tab. 18: Kvalita života

Kvalita života	Počet respondentů	Procenta
Velmi dobrá	18	22,5 %
Ani slabá ani dobrá	44	55 %
Slabá, velmi slabá	18	22,5 %

Tab. 19: Hodnocení subjektivní kvality života v dimenzích SQUALA 2 zdraví

Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); SQ2 (mertova) Nezávislá (grupovací) proměnná : Kvalita života Kruskal-Wallisův test: $H(2, N=80) = 15,78589$ $p = ,0004$			
Závislá: SQ2	1 R:22,118	3 R:42,602	4 R:52,079
1		0,006068	0,000337
3	0,006068		0,412182
4	0,000337	0,412182	



Graf 19: Hodnocení subjektivní kvality života v dimenzích SQUALA 2

Dle provedeného vícenásobného porovnání hodnot (Multiple comparison p-values)

Kruskal-Wallisův test jsme našli statisticky významný rozdíl v subjektivním hodnocení kvality života (velmi dobrá = 4, ani slabá ani dobrá = 3, slabá, velmi slabá = 1) u SQ2 - zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama)  $p=0,0004$ . U rozlišení závislosti mezi jednotlivými skupinami byl rozdíl potvrzen mezi skupinou 1 (velmi dobrá) a dalšíma dvěma (Ani dobrá/ani slabá a slabá, velmi slabá). V Grafickém znázornění dle obrázku (graf 16) je zřejmé, že nejvíce hodnocena oblast dle subjektivního posouzení kvality života je oblast SQ2 – zdraví. Nejvýše tuto oblast hodnotí respondenti, kteří považují svou kvalitu života jako velmi dobrou. Domnívám se tedy, že pokud se cítí člověk zdravý, je se svou kvalitou života spokojen. Naopak respondenti, hodnotící subjektivně svou kvalitu života jako velmi slabou, hodnotí oblast SQ2 zdraví nejnižší, tudíž nejsou v této oblasti tak spokojeni, jak by chtěli být. Domnívám se tedy, že subjektivní hodnocení zdravotního stavu se odráží na subjektivním posouzení kvality života respondentů. Pokud je člověk spokojený se svým zdravotním stavem, hodnotí i subjektivní kvalitu života výše.

#### **h) Vliv finanční situace na výsledky v dimenzích SQUALA**

Předposlední položkou, která nám může ovlivnit hodnocení kvality života je finanční situace. Tu jsme rozdělili do 3 skupin. Respondenti se nejvíce přiklání k možnosti druhé. Hodnotí svojí finanční situaci jako průměrnou.

Tab. 20: Finanční situace

<b>Finanční situace</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>Počet procent</b>
<b>Podprůměrná</b>	13	16,25 %
<b>Průměrná</b>	59	73,75 %
<b>Nadprůměrná</b>	8	10 %

Respondenti, kteří hodnotili svou finanční situaci jako podprůměrnou, hodnotili nejvýše SQ1 abstraktní hodnoty (54) a nejnižše SQ3 blízké vztahy (32) a SQ5 základní potřeby (32). Domnívám se, že respondenti tuto oblast SQ5 hodnotili nejnižše z důvodu nespokojenosti s nedostatkem financí na základní lidské potřeby. Musí financovat bydlení, léky, což u mnoha seniorů jsou vysoké položky, musí kupovat potraviny a jiné věci. Respondenti hodnotící svou finanční situaci jako průměrnou, hodnotili nejvýše oblast SQ1 abstraktní hodnoty (64), a nejnižše SQ5 základní potřeby (34). Respondenti, kteří hodnotili svou finanční situaci jako nadprůměrnou, hodnotili nejvýše oblast SQ1 abstraktní hodnoty (58) a nejméně oblast SQ3 blízké vztahy (31). Z mé zkušenosti se seniory se domnívám, že špatná finanční situace se někdy odráží na jejich celkové spokojenosti, což se může projevit na subjektivním hodnocení kvality života. Mnozí z nich si myslí, že pokud by měli více financí, byla by jejich kvalita života mnohem vyšší a byli by celkově spokojenější. Mohli by si zaplatit nákladnější operace, léky nebo lázně, tudíž by se jim zlepšil zdravotní stav, cítili by se lépe a byli by v této oblasti spokojenější.

Dle provedeného Kruskal-Wallis ANOVA testu nebyl nalezen žádný statisticky významný rozdíl.

### **Ch) Vliv vlastnění kola na výsledky v dimenzích SQUALA**

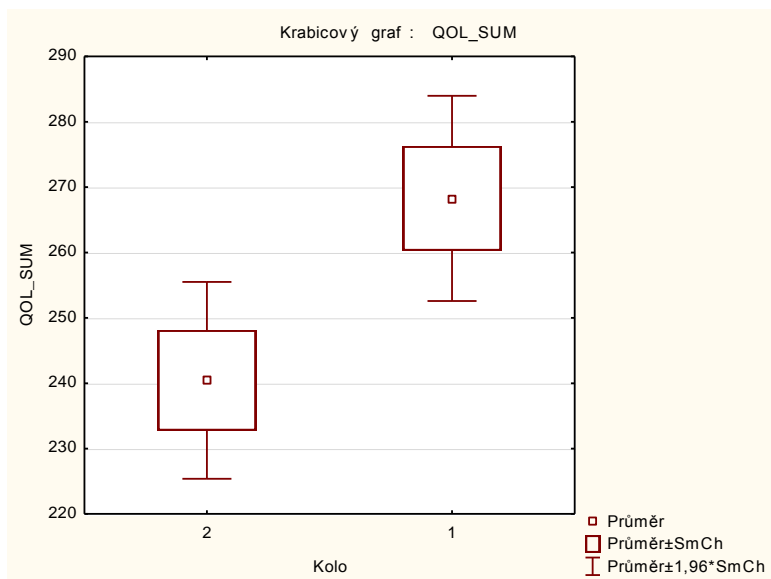
Domníváme se, že vliv vlastnění a používání kola může mít vliv na subjektivní hodnocení kvality života.

*Tab. 21: Vlastnit kolo*

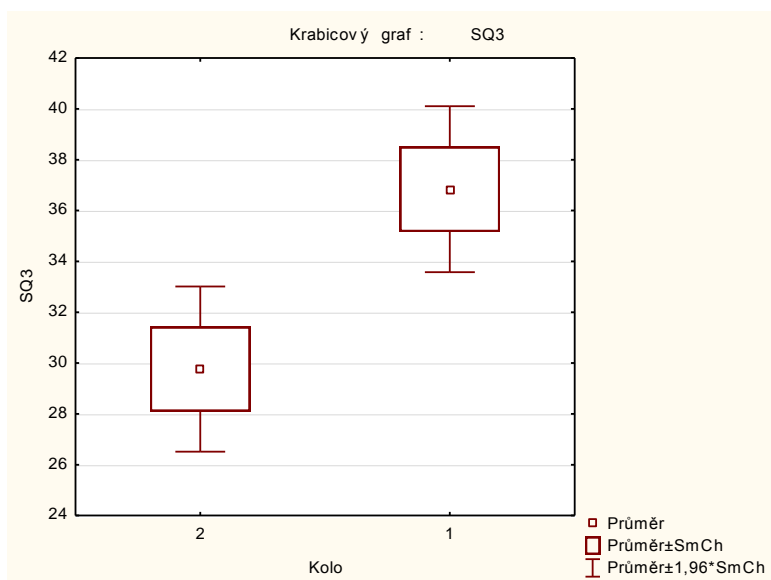
<b>Mít kolo</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>Procenta</b>
<b>Ano</b>	24	30 %
<b>Ne</b>	56	70 %

Tab. 22: Hodnocení kvality života pomocí t-testu - vlastní kolo v dimenzích SQUALA

Proměnná	t-testy, grupováno: Kolo (mertova)										
	Průměr 2	Průměr 1	t	sv	p	Poč.plat 2	Poč.plat 1	Sm.odch. 2	Sm.odch. 1	F-poměr Rozptyly	p Rozptyly
QOL_SUM	240,4364	268,2800	-2,20470	78	0,030421	55	25	56,98628	40,03386	2,026215	0,060817
SQ1	58,4000	65,5200	-1,78710	78	0,077800	55	25	16,43911	16,69112	1,030894	0,895043
SQ2	45,0727	49,2000	-1,34810	78	0,181527	55	25	13,17384	11,53617	1,304071	0,482835
SQ3	29,7636	36,8400	-2,61338	78	0,010754	55	25	12,29568	8,33007	2,178754	0,039434
SQ4	45,0905	50,7600	-1,68958	78	0,095100	55	25	15,29376	10,12945	2,279565	0,029738
SQ5	34,7818	34,0000	0,35084	78	0,726655	55	25	9,85204	7,68115	1,645125	0,183204



Graf 20: Hodnocení subjektivní kvality života v dimenzích SQUALA SUM (ano/1, ne/2)



Graf 21: Hodnocení subjektivní kvality života v dimenzích SQ3

Nejvýše hodnocenou oblastí u posouzení subjektivní kvality života dle možnosti vlastnit kolo je u obou možností oblast SQ1 abstraktní hodnoty, u respondentů kteří mají kolo (65,5) a u respondentů kteří nemají kolo (58,4). Nejnižší hodnotí respondenti, kteří mají kolo SQ5 základní potřeby (34) a respondenti, kteří nemají kolo SQ3 blízké vztahy (29,76). Celkovou SQUALU hodnotí respondenti, kteří mají kolo výše (268,28), než respondenti, kteří kolo nemají (240,43). Domnívala jsem se, že respondenti budou nejvíce spokojeni v oblasti SQ4 volný čas. Tato domněnka se však nepotvrdila.

Na obrázku (tab. 22) je znázorněn statistický významný rozdíl u celkové SQUALY a u SQ3 blízké vztahy, dle možnosti vlastnit kolo. Respondenti vlastníci kolo, mají subjektivní hodnocení kvality života vyšší a cítí se v dané oblasti spokojenější než respondenti, kteří kolo nevlastní.



## ZÁVĚRY

Cílem bakalářské práce bylo zjistit subjektivní hodnocení kvality života seniorů žijících v domácím prostředí a v domově pro seniory. Ta byla zjišťována pomocí dotazníků SQUALA, vyjádřena parciálními skóry, hrubými skóry, a celkovým skórem. Při posuzování subjektivní kvality života jsme si zvolili proměnné, o kterých jsme předpokládali, že můžou mít na celkové hodnocení vliv. Proměnnými jsou pohlaví, věk, vzdělání, frekvence PA, subjektivní vyjádření zdravotního stavu, subjektivní vyjádření kvality života, způsob bydlení, finanční situace, možnost vlastnit kolo.

Nejvýše hodnocená dimenze u celého souboru je SQ1 abstraktní hodnoty a SQ4 volný čas. Nejnižší hodnocenými dimenzemi byly SQ3 blízké vztahy a SQ5 základní potřeby. Nejprve jsme posuzovali hodnocení kvality života dle pohlaví. V celkových výsledcích byl statisticky významný rozdíl nalezen mezi celkovou SQUALOU a SQ 1 abstraktní hodnoty. Muži hodnotili kvalitu života výše než ženy, což se liší od zpracovaných předchozích prací (Herzig, 2014, Kopetzká, 2015). U rozdělení respondentů dle způsobu bydlení byl nalezen statisticky významný rozdíl mezi celkovou SQUALOU a SQ4 volný čas a SQ5 základní potřeby. Z šetření vyplynulo, že respondenti žijící v zařízení hodnotí svou celkovou kvalitu života výše než respondenti žijící doma. Dále jsem posuzovala kvalitu života dle hodnocení finanční situace a frekvence pohybové aktivity. I když jsem předpokládala, že frekvence a organizovanost cvičení bude mít na kvalitu života vliv, statisticky významný rozdíl se nepotvrdil u žádné ze zkoumaných dimenzí. U finanční situace taktéž nebyl potvrzen. U posouzení kvality života dle věku jsme našli statisticky významný rozdíl u věkové kategorie do 74 let, a věkové kategorie 75 až 89 let, u SQ1 abstraktní hodnoty a celkové SQUALY. Věková kategorie 75 až 89 let hodnotila celkovou SQUALU nejnižší ze všech věkových kategorií. Domnívám se, že je to z důvodu vyššího věku. Lidé už nejsou v daných oblastech tak spokojeni jako lidé mladšího věku. U vzdělání byl nalezen statisticky významný rozdíl pouze u SQ3 – blízké vztahy. Z výsledku vyplynulo, že lidé s vyšším vzděláním, hodnotí kvalitu života lépe. U hodnocení subjektivní kvality života dle zdravotního stavu byl nalezen statisticky významný rozdíl ve všech oblastech kromě SQ3 a u hodnocení subjektivní kvality života byl nalezen statisticky významný rozdíl u SQ2 zdraví mezi skupinami 1 (velmi slabá), 3 (ani dobrá, ani slabá) a 4 (velmi dobrá). Poslední položkou, která mohla ovlivnit subjektivní hodnocení kvality života, je možnost vlastnit kolo. Respondenti vlastníci kolo, mají subjektivní hodnocení kvality života vyšší než respondenti, kteří kolo nemají. Zde byl statisticky významný rozdíl nalezen mezi celkovou SQUALOU a SQ 3 blízké vztahy.

Z celkového hodnocení vyplynulo, že respondenti žijící v zařízení, hodnotí svou kvalitu života lépe než respondenti žijící v domácím prostředí, což mě velmi překvapilo. Domnívala jsem se, že respondenti žijící v domácím prostředí budou hodnotit kvalitu života výše. Překvapilo mě také, že muži hodnotí kvalitu života vyšší než ženy. Významným ukazatelem v hodnocení kvality života je celková soběstačnost respondentů a jejich zdravotní stav.

Vedoucí nadřízení v obou zařízeních, měli zájem být informováni o celkových výsledcích dotazníku.

## SOUHRN

Úkolem mé bakalářské práce bylo celkové zhodnocení kvality života seniorů, kteří pobývají v domově pro seniory nebo využívají terénních služeb neziskové organizace Podané ruce, ve svém domácím prostředí.

V teoretické části práce se zabývám definováním pojmů stáří, stárnutí, senior, kvalita života, potřeby, pohybová aktivita. Dále se zde zabývám významem sociálních služeb a jejich dělení. Zmínila jsem také obě organizace, jejich náplň činnosti a služby, které poskytují.

Hlavním cílem mé práce bylo zjistit subjektivní kvalitu života seniorů ve zcela odlišných prostředích. Vybrala jsem si k tomu dotazník kvality života SQUALA, který mi pomohl porovnat subjektivní hodnocení kvality života seniorů z různých hledisek. Dále jsem zkoumala, zda vybrané proměnné (věk, pohlaví, způsob bydlení, vzdělání, finanční situace, frekvence cvičení, subjektivní posouzení kvality života zdravotního stavu, mít kolo) mohou mít vliv na kvalitě života respondentů.

Celkem jsem sesbírala 80 dotazníků. Z výsledku šetření vyplynulo, že pohybová aktivita a posouzení finanční situace nemají žádný vliv na kvalitu života dotazovaných seniorů. Nejvýše hodnocená dimenze u celého souboru je SQ1 abstraktní hodnoty a SQ4 volný čas. První statistickou významnost jsme našli u pohlaví mezi SQ celkovou a SQ1. U subjektivního hodnocení kvality života, byl nalezen statisticky významný rozdíl u SQ SUM a SQ1 abstraktní hodnoty, SQ2 zdraví, SQ4 volný čas a SQ5 základní potřeby. Statisticky významný rozdíl byl také potvrzen u posouzení kvality života dle vzdělání u SQ3 blízké vztahy a u posouzení kvality života dle věku jsme našli statisticky významný rozdíl u věku do 74 let a mezi věkovou kategorií 75 – 89 let. Poslední položkou, u které byl nalezen statisticky významný rozdíl, byla možnost vlastnit kolo. Statisticky významný rozdíl byl nalezen u SQ SUM a u SQ3 blízké vztahy.

Výsledkem zkoumání je, že u našeho souboru probandů, pohybová aktivita, měřená pouze pomocí doplňující otázky, nemá žádný vliv na hodnocení kvality života seniorů žijících v zařízení nebo v domácím prostředí. Celkově muži hodnotí kvalitu života výše než ženy.

## SUMMARY

The aim of my bachelor thesis consisted in an overall assessment of life quality of senior citizens living in retirement homes or making use of field social services provided by Podané Ruce, a non-profit organization, in their home environment.

In the theoretical part of my thesis, I dealt with specification of the following terms: old-age, ageing, senior citizen, life quality, needs, physical activity. Furthermore, I dealt with the significance of social services and their classification. I also mentioned both the organizations, their activities and services they provide.

The main aim of my thesis was to find the subjective life quality of senior citizens in two completely different environments. I decided to use the SQUALA Life Quality Questionnaire, which helped me to compare subjective assessment of life quality of senior citizens from various perspectives. I further examined whether the specified variables (i.e. age, sex, way of housing, education, financial situation, frequency of exercise, subjective assessment of life quality, health condition, ownership of a bicycle) can influence respondents' life quality.

In total I managed to collect 80 questionnaires. The investigation showed that physical activities and assessment of life quality have no effect on life quality of senior citizens who took part in the questionnaire. SQ1 - abstract values and SQ4 - free time are the top rated dimensions of the whole set. The first statistical significance was found for sex. It was between the total SQ and SQ1. Regarding subjective assessment of life quality, I found a statistically significant difference for SQ SUM and SQ1 abstract values, SQ2 health, SQ4 free time and SQ5 vital needs. A statistically significant difference was also proved for life quality assessment based on education in SQ3 close relationships, and a statistically significant difference for life quality assessment based on the age was found in the age category not exceeding the age of 74 and between the ages of 74 and 89. The last item, for which I found a statistically significant difference, was a possibility of bicycle ownership. A statistically significant difference was found for SQ SUM and SQ3 close relationships.

The result of the investigation is as follows: regarding our set of respondents, physical activities measured only by supplementary questions, do not have any effects on life quality assessment by senior citizens living in facilities or in their home environment. In total, men evaluate their life quality higher than women.

## REFERENČNÍ SEZNAM

Dohnal, T., Hodaň, B. (2005). *Rekreologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Dragomirecká, E., et al. (2006). *SQUALA. Příručka pro uživatele české verze dotazníku subjektivní kvality života SQUALA*. Praha: Psychiatrické centrum.

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

Gurková, E. (2011). *Hodnocení kvality života*. Praha: Grada Publishing.

Hartl, P., Hartlová, H. (2000). *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum.

Hartl, P., Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.

Haškovcová, H. (1989). *Fenomén stáří*. Praha: Panorama.

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

Herzig, R. (2014). *Kvalita života seniorů v domově seniorů*. Diplomová práce (bakalářská) Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.

Holzerová, V., Dvořáčková, D. (2013). *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada Publishing.

Hrozenská, M., Dvořáčková D. (2013). *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, a. s.

Hudáková, L., Majerníková, L'. (2013). *Kvalita života senioru v kontextu s ošetřovatelstvím*. Praha: Grada Publishing.

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

Jesenský, J. (2000). *Andragogika a gerontoagogika handicapovaných*. Praha: Univerzita Karlova.

- Jiráček, R., Holmerová I., Borzová C. a kol. (2009). *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada Publishing.
- Kalvach, Z. (1997). *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: Karolinum.
- Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček. J. (2004). *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kopetzká, Z. (2015). *Vliv pohybové aktivity na kvalitu života seniorů (Svitavsko)*. Diplomová práce (bakalářská), Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada publishnig.
- Malíková, E. (2011). *Péče o seniory v pobytových zařízeních*. Praha: Grada Publishing.
- Mareš, J. (2014). *Problémy se zjišťováním kvality života seniorů*. Praktický lékař 94 (1) 22-31.
- Mareš, J. (2006). *Problémy s pojetím pojmu kvalita života a s jeho definováním*. Brno: MSD.
- Matoušek, O. a kol. (2007). *Sociální služby*. Praha: Portál.
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky. (2008). *Pokyny EU pro pohybovou aktivitu*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Mühlpachr, P. (2004). *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita.
- Nekonečný, M. (1995). *Psychologie osobnosti*. Praha: Academica.
- Ondrušová, J. (2011). *Stáří a smysl života*. Praha: Univerzita Karlova
- Pichaud, C., Thareavová, I. (1998). *Soutěží se staršími lidmi*. Praha: Portál.
- Prošková, D. (2012). *Kouzelný svět domova*. Praha: Grada Publishing.
- Říčan, P. (2007). *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál.
- Sak, P., Kolesárová, K. (2012). *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada Publishing.
- Sokol, R., Trefilová V. (2008). *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Praha: ASPI.
- Stuart – Hamilton, I. (1999). *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál.
- Suchá, J. (2012). *Cvičení paměti pro každý věk*. Praha: Portál.

- Štílec, M. (2004). *Program aktivního stylu života pro seniory*. Praha: Portál.
- Štěpánková, H., Höschl C., Vidovičová, L. a kol. (2014). *Gerontologie*. Praha: Karolinum.
- Švancara, J. (1974). *Diagnostika psychického vývoje*. Praha: Zdravotnické nakladatelství.
- Sýkorová, D. (2007). *Autonomie ve stáří*. Praha: Nakladatelství Slon.
- Tokárová, A. (2002). *K metodologickým otázkám výzkumu a hodnocení kvality života*. In *kvalita života v kontextech globalizácie a výkonné společnosti*. Prešov: Prešovská univerzita.
- Topinková, E., Neuwirth, J. (1995). *Geriatricie pro praktického lékaře*. Praha: Grada Publishing.
- Trachtová, E. & kol. (2001). *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDV PZ.
- Vad'urová, H. & Mühlpachr, P. (2005). *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita.
- Uhlíř, P. (2008). *Pohybová cvičení seniorů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Venglářová, M. (2007). *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada publishing. a. s.
- Walsch, D. (2005). *Skupinové hry pro seniory*. Praha: Portál.
- Weber, P. a kol. (2000). *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: DUZP.
- Wehner, L., Schwinghammerová, Y. (2013). *Smyslová aktivizace*. Praha: Grada Publishing.
- [www.invarena.cz/?p=17101](http://www.invarena.cz/?p=17101)
- [www.sssfno.cz/o-nas/poslani-sss](http://www.sssfno.cz/o-nas/poslani-sss)
- [www.podaneruce.eu](http://www.podaneruce.eu)

## **PŘÍLOHY**

Seznam příloh

Příloha 1 Žádost o provedení šetření v Podaných rukou

Příloha 2 Žádost o provedení šetření ve Středisku sociálních služeb

Příloha 3 Informovaný souhlas

Příloha 4 Dotazník SQUALA



Příloha 1

Bc. Helena Fejkusová

Podané ruce o.s

Zborovská 465

738 01 Frýdek - Místek

Věc: Žádost o umožnění provedení šetření pro bakalářskou práci

Vážení,

Chtěli bychom Vás požádat o možnost uskutečnit šetření v rámci zpracování diplomové práce. Studentka 3. Ročníku Denisa Mertová by se ve své práci chtěla zabývat hodnocením kvality života klientů Vaší organizace. Poskytnuté informace využije pouze pro bakalářskou práci. Studentka se potřebuje spojit s uživateli Vaší služby, ty požádá o vyplnění dotazníků. Klienti se sami rozhodnou, na základě dobrovolnosti, zda se šetření účastní či nikoliv.

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

Za umožnění šetření předem děkujeme

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

Katedra APA, FTK UP Olomouc

.....

V Olomouci dne 19. dubna 2014

Příloha 2

Středisko sociálních služeb

Padlých hrdinů 312

739 11 Frýdlant nad Ostravicí

Věc: Žádost o umožnění provedení šetření pro bakalářskou práci

Vážení,

Chtěli bychom Vás požádat o možnost uskutečnit šetření v rámci zpracování diplomové práce. Studentka 3. Ročníku Denisa Mertová by se ve své práci chtěla zabývat hodnocením kvality života klientů Vaší organizace. Poskytnuté informace využije pouze pro bakalářskou práci. Studentka se potřebuje spojit s uživateli vašeho zařízení, ty požádá o vyplnění dotazníků. Klienti se sami rozhodnou, na základě dobrovolnosti, zda se šetření účastní či nikoliv.

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

Za umožnění šetření předem děkujeme.

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

Katedra APA, FTK UP Olomouc

.....

V Olomouci dne 19. dubna. 2014

Příloha 3

### **Informovaný souhlas**

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

Jméno:

Datum narození:

Účastník/zákonný zástupce byl do studie zařazen pod číslem:

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

Denisa Mertová

Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.

(vedoucí práce)

---

Podpis účastníka/ zákonného zástupce:

---

Hlavní řešitel projektu

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

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

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

	Ne- zbytné	Velmi důležité	Sřadně důležité	Málo důležité	Bezvý- znamné		Zcela spo- kojen	Velmi spo- kojen	Spíše spo- kojen	Ne- spo- kojen	Velmi zklamán
1. být zdravý											
2. být fyzicky soběstačný											
3. cítit se psychicky dobře											
4. příjemné prostředí, bydlení											
5. dobře spát											
6. rodinné vztahy											
7. vztahy s ostatními lidmi											
8. mít a vychovávat děti											
9. postarat se o sebe											
10. mlouvat a být mlouvan											
11. mít sexuální život											
12. zajímat se o politiku											
13. mít víru (náboženství)											
14. odpočívat ve volném čase											
15. mít koníčky ve volném č.											
16. být v bezpečí											
17. práce											
18. spravedlnost											
19. svoboda											
20. krása a umění											
21. pravda											
22. peníze											
23. dobré jídlo											
24. zdraví											
25. fyzická soběstačnost											
26. psychická pohoda											
27. prostředí, bydlení											
28. spánek											
29. rodinné vztahy											
30. vztahy s ost. lidmi											
31. děti											
32. péče o sebe sama											
33. láska											
34. sexuální život											
35. účast v politice											
36. víra											
37. odpočinek											
38. koníčky											
39. pocit bezpečnosti											
40. práce											
41. spravedlnost											
42. svoboda											
43. krása a umění											
44. pravda											
45. peníze											
46. jídlo											

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