

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

Kvalita života seniorů v domovech seniorů

Bakalářská práce

Autor: Veronika Procházková, obor: aplikované pohybové aktivity

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

Olomouc 2019

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Veronika Procházková

Název diplomové práce: Kvalita života seniorů v domovech seniorů

Pracoviště: Katedra aplikovaných pohybových aktivit

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

Rok obhajoby diplomové práce: 2019

Abstrakt:

Bakalářská práce je zaměřená na zjišťování kvality života seniorů a jejich postojů ke stáří a stárnutí. K dosažení výsledků byly použity české verze standardizovaných dotazníků. Pro zjištění kvality života byl použit dotazník WHOQOL-BREF a pro zjištění postojů ke stáří a stárnutí jsme použili dotazník AAQ. Použili jsme doplňující otázky, týkající se pohybové aktivity seniorů. Zde měli senioři odpovědět, jestli a jak často provozují pohybovou aktivitu.

Našeho šetření se zúčastnilo celkem 40 seniorů, data od jednoho seniora nebylo možné zpracovat pro náš statistický výzkum, tak byla využita data pouze od 39 seniorů. Výsledky dotazníku byly poté porovnány z hlediska pohlaví, vzdělání, rodinného stavu, subjektivního vnímání zdravotního stavu, kvality života a dvou domovů – domov SeneCura a domov Pohoda Chválkovice.

Senioři hodnotí nejvýše kvalitu života dle dotazníku WHOQOL-BREF v doméně prostředí a nejnižší v doméně fyzické zdraví. V dotazníku AAQ se senioři nejvíce ztotožňovali s oblastí psychologický růst a nejméně s oblastí psychosociální ztráty. Nalezli jsme rozdíly ve vnímání kvality života u probandů rozdělených dle proměnné provozování pohybových aktivit, subjektivního vnímání zdravotního stavu, subjektivního vyjádření kvality života a místa pobytu.

Dle Spearmanovy korelace se v našem výzkumném šetření ukázalo, že nekoreluje celá DOM 3 (sociální vztahy) u dotazníku WHOQOL-BREF (7) a dalších sedm korelací nemáme statisticky významné. Korelace byly nalezeny v celém dotazníku AAQ kromě psychologického růstu a v celém dotazníku WHOQOL-BREF kromě DOM 3 (sociální vztahy).

Klíčová slova: senior, stáří, stárnutí, kvalita života, pohybová aktivita, WHOQOL-BREF, AAQ

Souhlasím s půjčováním bakalářské práce v rámci knihovních služeb.

Bibliographic identification

Author's first name and surname: Veronika Procházková

Title of thesis: Quality of life of seniors in seniors' homes

Department: Department of adapted physical activities

Supervisor: Mgr. Julie Wittmannová Ph.D.

Abstract:

The bachelor thesis is on the topic Quality of life of seniors and their attitudes towards old age and aging. We used czech versions of standardized questionnaires to achieve results. The WHOQOL-BREF questionnaire was used to determine the quality of life and the AAQ questionnaire was used determine attitudes to old and aging. We used additional questions regarding physical activity for seniors. Here the seniors had to answer, if and how often they do physical activity.

A total 40 seniors participated in our research, data from one senior could not be processed for our statistical research, so only 39 seniors were used. The results of the questionnaire were then copared in terms of gender, education, material status, subjective perception of health status and quality of life and two homes for the elderly – SeneCura and Pohoda Chválkovice.

Seniors evaluate the highest quality of life according to the WHOQOL-BREF questionnaire in the enviromental domain and the least in the physical health domain. In the AAQ questionnaire seniors most identified themselves with the area of psychological growth and least with the area psychosocial loss. We found differences in the variable physical activity, subjective perception of health status quality of life and place of residence.

According to Spearman's correlations – DOM 3 (social relations) does not correlate with WHOQOL-BREF questionnaire and the other seven correlations are not statistically significant. Correlations are found in the whole questionnaire AAQ except psychological growth. Correlations are found in the whole questionnare WHOQOL-BREF except DOM 3 (social relations).

Key words: senior, old age, aging, quality of life, physical activity, WHOQOL-BREF, AAQ

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

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

V Olomouci dne

.....

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

OBSAH

OBSAH	6
ÚVOD	8
1 PŘEHLED TEORETICKÝCH POZNATKŮ	9
1. 1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	9
1.2 POSTOJE KE STÁŘÍ	9
1.3 STÁŘÍ A LIDSKÉ POTŘEBY	10
1.3.1 <i>Teorie lidských potřeb</i>	11
1. 4 PERIODIZACE STÁŘÍ	12
1. 4. 1 <i>Biologické stáří</i>	12
1. 4. 2 <i>Sociální stáří</i>	12
1.4.3 <i>Kalendářní stáří</i>	13
1.5 ZMĚNY VE STÁŘÍ	13
1. 5. 1 <i>Tělesné projevy stáří</i>	14
1.5.2 <i>Psychické změny</i>	14
1.5.3 <i>Sociální změny</i>	15
1.5.4 <i>Komunikační bariéry</i>	15
1. 6 POHYBOVÁ AKTIVITA SENIORŮ	16
1.7 SOUČASNÝ SYSTÉM PÉČE O SENIORY	17
1.7. 1 <i>Rodinná péče</i>	17
1.7.2 <i>Sociální péče</i>	18
1.7.3 <i>Zdravotní péče</i>	18
1.7.4 <i>Sociální služby</i>	19
1.8 KVALITA ŽIVOTA	19
1. 8.1 <i>Kvalita života seniorů</i>	20
1.8.2 <i>Zjišťování kvality života u seniorů</i>	21
2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	22
3 METODIKA	23
3.1 <i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	23
3.2 <i>Průběh a organizace výzkumu</i>	26

3.3 Použité metody.....	26
3.4 Administrace a vyhodnocení dotazníků.....	27
3.4.1 WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life Assessment).....	27
3.4.2 AAQ (Attitudes Toward Aging Questionnaire)	29
3.4.3 Anketa vlastní konstrukce	30
3.4.4 Statistické zpracování dat	31
4 VÝSLEDKY	32
4.1 Kvalita života u celého souboru respondentů dle dotazníku WHOQOL-BREF	32
4.2 Vybrané proměnné a jejich vliv na kvalitu života	33
4.3 Postoj ke stárnutí a stáří u celého souboru respondentů dle dotazníku AAQ	44
4.4 Vybrané základní proměnné a jejich vliv na stáří a stárnutí	45
4.5 Vztah mezi jednotlivými doménami dotazníků WHOQOL-BREF a AAQ	53
5 DISKUZE	55
5.1 Diskuze WHOQOL-BREF.....	55
5.2 Diskuze AAQ	56
5.3 Diskuze korelace WHOQOL-BREF a AAQ.....	57
6 ZÁVĚRY	58
7 SOUHRN.....	60
8 SUMMARY	62
9 REFERENČNÍ SEZNAM.....	64
10 PŘÍLOHY	68

ÚVOD

Téma mé bakalářské práce jsem si zvolila „Kvalita života seniorů v domovech seniorů.“ K výběru takového tématu mě dovedla především má zvědavost, jak kvalitu života doopravdy vidí senioři žijící v domovech seniorů.

Senioři ve vyšším věku mají již problémy jak zdravotní, tak s péčí o svůj domov. V takových případech obvykle vypomáhá jejich rodina. Bohužel, ne vždy je to možné. Jak z časové náročnosti, tak z fyzické vzdálenosti či nízké informovanosti o potížích, které přicházejí s vysokým věkem.

Nepříznivé okolnosti, jak finanční problémy nebo zhoršující se zdravotní stav vedou seniory k velkému rozhodnutí. Zda odejít do domova pro seniory. Pro starší lidi je to většinou velice těžké, přece musí odejít odněkud, kde prožili celý svůj život, kde mají své přátele a známé.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, jak svou kvalitu života vnímají senioři žijící v domovech pro seniory. Jaké faktory přispívají k jejich spokojenosti a naopak, které jim ve spokojenosti brání.

Má práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části definuji pojmy stáří, stárnutí, lidské potřeby a postoje, periodizaci stáří, změny ve stáří a pohybovou aktivitu seniorů. Dále je zde popsán současný stav péče o seniory a jejich kvalita života.

V praktické části jsou výsledky dotazníkového šetření, kde jsem využila dotazník hodnocení kvality života WHOQOL-BREF a dotazník AAQ, který vyjadřuje postoje ke stáří a stárnutí.

Výzkumné šetření proběhlo v Olomouci v domově pro seniory SeneCura a v domově seniorů Pohoda Chválkovice. V obou domovech mi vyšli všichni velice vstřícní a byli moc ochotní. Byla to pro mě skvělá zkušenost a k tomu jsem získala cenné rady od starší generace.

1 PŘEHLED TEORETICKÝCH POZNATKŮ

1.1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Stáří je zároveň tělesný, psychický, sociální a duchovní jev (Gruss, 2009). Ve stáří se mění dosavadní způsob života. Velkým mezníkem je odchod do penze a narození vnoučat. S věkem dochází k úbytku sil, zhoršování zdravotního stavu, zpomalování životního tempa a ke zhoršení ekonomické situace. Zásadní životní změna, která může nastat, je úmrtí celoživotního partnera. Objevují se pocity zbytečnosti a sociální izolace. Všechny změny se vzájemně prolínají. (Pichuad & Thareauová. 1998).

Stárnutí je přirozený jev pro každého jedince, rodinu, komunitu a společnost. Je třeba zdůraznit, že stárnutí a stáří není nemocí, ale přirozeným fyziologickým procesem. Nemoci a poruchy funkcí pouze stáří doprovází. (Jarošová, 2006). Topinková s Neuwirthem (1995) 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 geneticky determinovaná a pro každý přírodní druh specifická.

1.2 POSTOJE KE STÁŘÍ

V každém věku je velmi důležité udržovat sociální vazby a navazovat nová přátelství. Bohužel, někteří senioři dávají přednost soukromí a uzavírají se do sebe. Jejich rozhodnutí by mělo být okolím akceptováno. Osobnost každého seniora je utvářena jeho předchozím vývojem.

Pět vyrovnávacích strategií o zvládnutí stáří:

- Konstruktivní strategie: senior se dokáže vyrovnat s omezeními, které stáří přináší. Snaží se být aktivní, je tolerantní, navazuje nové kontakty, má smysl pro humor, akceptuje svá omezení a je schopen přizpůsobit se změnám.
- Strategie závislosti: jedinec je více pasivní, spoléhá se na pomoc druhých a nechce se rozhodovat sám. Je pod vlivem partnera, má rád soukromí, odpočinek, neví, co je pro něj lepší. Je snadno ovlivnitelný, což pro něj může být i destruktivní.
- Strategie obranná: člověk odmítá přijmout změny ve stáří. Snaží se svou soběstačnost dokázat přehnanou aktivitou a odmítá pomoc druhých. Na svých zvyklostech nechce nic měnit, bývá konfliktní.

- Strategie hostility: senior je nepřátelský vůči lidem i vůči sobě samému. Je obětí svého života, chce být litován. Často bývá agresivní, stále si na něco stěžuje a vyhledává konflikty. Nerozumí se s mladými lidmi.
- Strategie sebenenávisti: tento typ člověka obrací svou nenávist a zlobu proti sobě. Je sebekritický, trpí pocitem osamělosti, život hodnotí kriticky, netouží nic dělat. U těchto jedinců je těžké najít pozitivní přístup. (Klevetová & Dlabalová, 2008, p.31-33).

1.3 STÁŘÍ A LIDSKÉ POTŘEBY

Pro lidské potřeby existuje nespočet různých dělení. Lidské potřeby dělíme na nižší (primární, fyziologické, viscerogenní a biogenní) a vyšší (sekundární, psychologické, sociogenní a psychogenní).

Možný způsob dělení z holistického hlediska:

- Biologické potřeby: vše, čeho si žádá naše tělo (potrava, tekutiny, spánek, dýchání, vylučování, odpočinek a pohyb)
- Psychologické potřeby: potřeba bezpečí, jistoty, respektování lidské důstojnosti, touha po důvěře
- Sociální potřeby: osobní kontakt s druhými lidmi, komunikace a láska
- Duchovní potřeby: potřeba smyslu života, potřeba odpuštění (Příbyl, 2015).

Stejně jako kdokoliv jiný, i senioři potřebují uspokojovat své potřeby. Často, ale bývají odkázaní na pomoc druhých. Mezi hlavní potřeby seniorů patří pocit bezpečí a jistoty, stabilita, jistota, důvěra a spolehlivost.

Jako společenské tabu je vnímaná jejich sexualita a intimní vztahy. Ve společnosti panuje názor, že sexuální aktivita ve stáří končí, ale právě naopak, pro mnoho seniorů zůstává důležitým aspektem života. Naopak se i v mnoha případech objevuje sexuální nechuť. Často je na vině hormonální pokles, obavy ze selhání či nespokojenost v partnerském životě (Dvořáčková, 2012).

1.3.1 Teorie lidských potřeb

Nejznámější teorii týkající se lidských potřeb vytvořil ve 40. letech 20. století americký psycholog Abraham Harold Maslow. Jedná se o motivační teorii, která je založena na pořadí naléhavosti a na pořadí, ve kterém se základní lidské potřeby projevují (Říčan, 2007).



Obrázek 1 Maslowova pyramida potřeb (Maslow, 2013)

I psycholog Henry Alexander Murray se zabýval lidskými potřebami. Rozdělil lidské potřeby do dvou hlavních skupin:

- Viscerogenní (primární): potřeby vrozené, které jsou utvářeny fyziologickými procesy. Jedná se o potřeby nedostatku (kyslík, potrava a tekutiny), přebytku (sekrece, urinace a defekace), obrany a úniku (škodliviny, anomálie a bolest).
- Psychogenní (sekundární): potřeby získané, které se odehrávají převážně na nevědomé úrovni a jsou zakotveny v psychickém, povahovém založení, tvoří podstatu osobnosti. Jsou spojené s neživými předměty (zisk, uchovávání, vytváření a udržování) (Příbyl, 2015).

Oproti tomu M. M. Neef rozlišoval tyto základní potřeby (Fisher, 2012).

- Bytí (subsistence)
- Ochranu
- Lásku/city
- Porozumění
- Participaci
- Reakci (ve smyslu odpočinku)
- Kreaci/tvoření
- Svobodu

1. 4 PERIODIZACE STÁŘÍ

1. 4. 1 Biologické stáří

Proces biologického stárnutí probíhá individuálně u každého jedince. Biologické stárnutí úzce souvisí s pojmem biologický věk. Tímto pojmem se označují veškeré vývojové změny organismu člověka probíhající na organické úrovni. Elementárně přináší změny struktury a změny funkcí. Ve stáří je za základní změny považováno opotřebování orgánů, zpomalený metabolismus a pokles biologických adaptačních mechanismů. (Stuart-Hamilton, 1999).

1. 4. 2 Sociální stáří

Sociální stáří je provázáno několika změnami. V první řadě je to odchod do penze, změna, která může prožívání člověka výrazně ovlivnit. Odchodem do penze se sociální role seniora mění. Končí pracovní role a nastává nová role prarodiče. Většinou s ukončením profese u seniora, klesá jeho autorita a společenská prestiž. Senior bývá společností akceptován jako méněcenný až zbytečný. Odchod do penze prožívají hůře muži než ženy. (Rabušic, 1998). U seniora se snižuje i jeho manuální zručnost, což způsobuje problémy s orientací a objevuje se tzv. handicap sociální integrace. Senior by proto měl být aktivní až do vysokého věku, účastnit se společenských akcí, aby si co nejdéle mohl udržet psychickou, sociální a fyzickou rovnováhu. (Pacovský, 1994). Dle Příhody (1974) je prožívání samoty a vyrovnávání se s osamělostí subjektivní záležitostí.

1.4.3 Kalendářní stáří

Kalendářní věk je určen datem narození, lze jej tedy snadno a jednoznačně určit. Stáří může trvat velmi dlouho a v jeho průběhu dochází k psychickým, fyzickým i sociálním změnám. Každý stárne jinak, někteří lidé stárnou rychleji, jiní pomaleji ve smyslu biologickém. Důležitou roli hrají vlastní předpoklady či společenské podmínky. V současné době začíná stáří v kalendářním věku od 65 let a dělíme jej na 3 věkové skupiny. Od 65 do 74 let hovoříme o mladých seniorech, dále následuje kategorie starých seniorů v rozmezí 75-84 let a poslední skupina velmi starých seniorů nad 85 let. Prožívání stáří závisí na osobním přístupu jedince, jeho osobnosti, povahových rysech, životních zkušenostech a na předchozím životě. (Jarošová, 2006).

1.5 ZMĚNY VE STÁŘÍ

Dle chronologického stárnutí je zřejmé, že některé změny probíhají rychle a jiné pomaleji (Křivohlavý, 2002).

Čtyři oblasti, ve kterých se v seniorském věku dějí změny (Wernerová & Zvoníková, 2016, p. 68-73).

- **Tělesné změny:** jsou projevem „biologického stárnutí“, začínají se projevovat individuálně – v jiném rozsahu, v jiném čase a jinou rychlostí. Záleží na životním stylu člověka, dědičnosti, prodělaných nemocech a chronických onemocněních. Patří sem změna vzhledu, úbytek svalové hmoty, snižování výkonnosti, oslabení tělesných funkcí, atrofie tkání, změna termoregulace, změny na kloubech, zažívacím traktu a další.
- **Duševní změny:** zde existují velké rozdíly mezi jednotlivci, které závisí na biologických a sociokulturních vlivech. Změny se týkají vnímání, pozornosti, paměti, myšlení a změn osobnosti. Objevuje se nedůvěřivost, nízká sebedůvěra, emoční labilita, obtížné osvojování nových věcí, zhoršení úsudku. Přibývá duševních poruch, zejména depresí a dochází k nárustu demence.
- **Smyslové změny:** dochází ke zhoršení smyslového vnímání, které se projevuje zhoršením zrakového a sluchového vnímání, a tím může být narušena i samotná komunikace.

- **Sociální změny:** mezi tyto změny patří odchod do důchodu, změna ekonomické situace, změny životního stylu, omezení sociálních aktivit, strach z osamělosti, úmrtí partnera. K sociálním rizikům patří i chudoba, izolovanost, zanedbávání a týrání.

1. 5. 1 Tělesné projevy stáří

Fenotypem stáří rozumíme tělesné projevy, jimiž se odlišují staří lidé od mladých. S věkem obvykle stoupá tělesná hmotnost a snižuje se tělesná výška. Velmi zřejmé jsou změny postojů a chůze, také dochází k úbytku svalové hmoty. Dále dochází u úbytku sluchové ostrosti pro vysoké tóny, u zraku se projevují změny akomodace a čich i chuť výrazně klesá, zejména u kuřáků. Ukázalo se, že některé změny probíhají pomalu, jiné rychleji.

Křivohlavý (2002) uvádí jako nejvýraznější:

- Rychlost reflexů na jednoduché akustické a vizuální podněty
- Sexuální aktivita mužů
- Svalová síla
- Srdeční kapacita
- Vitální kapacita
- Bazální metabolismus
- Váha mozku
- Rychlost vedení vzruchu nervovými vlákny

Samozřejmě všechny tyto změny mají vliv na vzhled a chování seniora. Objevují se pocity nedůvěry a nejistoty. S těmito změnami souvisí i změny psychické. (Dvořáčková, 2012).

1.5.2 Psychické změny

Stárnutí je spojeno se změnou osobnosti. Do popředí se dostávají negativní rysy osobnosti. Sociální a psychické změny ztěžují seniorům adaptaci na nové prostředí.

Jedlička (1991) uvádí charakteristický obraz psychiky seniorů:

- Psychické změny sestupné povahy – pokles elánu, vitality, zpomalení psychomotorického tempa, snížení výbavnosti, všípivosti a pozornosti, snížení schopnosti navazovat a udržovat vztahy

- Psychické změny vzestupné povahy – zvýšená tolerance k druhým, zvýšení vytrvalosti, trpělivosti
- Psychické funkce, které se s věkem nemění – např. jazykové znalosti, intelekt, slovní zásoba

Úbytek nastává pozvolna. Ve všech oblastech života nastává částečný nebo celkový pokles zájmu seniora.

1.5.3 Sociální změny

Postoj společnosti ke stáří se stále mění a vyvíjí a s tím také souvisí jejich společenská role. Člověk je veden celý život k nezávislosti, jak to od něj moderní společnost očekává. Ale v momentě, kdy člověk odchází do penze, dochází ke změně společenské role. Odchodem do důchodu je člověk postaven před zásadní problém: musí změnit svůj životní styl a objevuje se nadbytek volného času. Odchodem do důchodu se mění vnímání, prožívání a chování. (Vohralíková & Rabušic, 2004).

Objevuje se „syndrom prázdného hnízda“, kdy děti odcházejí z domova a manželé se náhle ocitají sami. S věkem dochází k vyčleňování seniorů ze společnosti, vznikají problémy s navazováním nových vztahů, objevuje se strach z osamělosti. Ke stáří patří i smrt, která znamená konec partnerského soužití. Člověk se musí smířit se smrtí svých vrstevníků, ale i se ztrátou životního partnera (Hojda, 2009).

Erikson (1999) uvádí, že naši společnosti chybí „životaschopný ideál stáří“, následkem toho nevíme, jak začlenit seniory do struktur společnosti, co očekávat a co nabízet.

1.5.4 Komunikační bariéry

Komunikace je předávání informací k druhým. Buď cestou verbální (slovní) či cestou neverbální (mimoslovní). Většinu informací přijímáme mimoslovně, proto je důležité sledovat mimo-řečové signály. Předpokladem jasné komunikace je shoda verbálních a neverbálních sdělení.

Každý člověk má svůj styl komunikace. Například vrozené tempo řeči či často používaná slova. Právě u seniorů se setkáváme s jiným kulturním a historickým kontextem. Mnoho seniorů například zažilo vykání rodičům. Starší lidé obvykle komunikují pomaleji, proto je nutné ponechat jim dostatek času na promyšlení odpovědi. (Venglářová, 2007).

Tabulka 1

Interní a externí bariéry komunikace (Pokorná, 2010)

Interní bariéry	Externí bariéry
Vyplývající ze schopností a dovedností jedince, jeho prožívání a zdravotního stavu	Dány zevním prostředím, jeho uspořádáním atd.
Obava z neúspěchu	Vyrušení další osobou
Negativní emoce (strach, zlost)	Hluk, šum
Bariéry postoje (xenofobie)	Vizuální rozptylování
Nepřípravenost	Neschopnost naslouchat
Fyzické nepohodlí, nemoc	Komunikační zahlcení

1. 6 POHYBOVÁ AKTIVITA SENIORŮ

Mnoho lidí ve vyšším věku mění svůj životní styl a tím omezují pohybovou aktivitu. Zásadním atributem aktivního stárnutí je, že pohybová aktivita má pozitivní vliv na fyziologické a psychické funkce a v neposlední řadě na celkovou kvalitu života seniorů. Je zjevné, že česká společnost bude postupně stále více stárnout. Přiměřená pohybová aktivita představuje v tomto ohledu široce dostupný a velmi účinný způsob, který může přispívat k tomu, aby velká část stárnoucí populace mohla prožít celý život kvalitně a bez omezení. Pohybová aktivita tedy není pouze jedním z hlavních prediktorů objektivního zdraví ve stáří, ale klíčovou determinantou vnímaného zdraví a subjektivní pohody. (Slepička, Mudrák & Slepičková, 2015).

Světová zdravotnická organizace uvádí obecná kritéria pohybové aktivity pro věkovou skupinu nad 65 let (Slepička, Mudrák & Slepičková, 2015)

1. Lidé starší 65 let by měli týdně věnovat minimálně 150 minut středně intenzivní pohybové aktivitě nebo 75 minut intenzivní pohybové aktivitě.

2. Pokud se jedná o pohybovou aktivitu aerobního typu (jízda na kole, plavání, běh), tak by měla být prováděna v desetiminutových souvislých blocích.
3. Další přínos pro lidi starší 65 let může představovat zvýšení úrovně pohybové aktivity až na dvojnásobek základní doporučené úrovně pohybové aktivity.
4. Senioři a seniorky se sníženou pohyblivostí by měli také alespoň třikrát týdně provozovat cvičení směřující ke zvýšení rovnováhy. Tato cvičení výrazně přispívají ke snížení rizika pádů a s tím souvisejících úrazů.
5. Senioři a seniorky by také měli alespoň dva dny v týdnu provádět posilovací cvičení, které je zaměřené na procvičování hlavních svalových skupin.
6. Je důležité začleňovat do pravidelného pohybového režimu i protahovací cvičení.
7. Někteří starší lidé samozřejmě nejsou schopni, například v důsledku zdravotních problémů, takového množství pohybové aktivity dodržet. V takovém případě by se měli věnovat alespoň takové pohybové aktivitě, jakou jim jejich zdraví či okolnosti dovolí (plavání).

1.7 SOUČASNÝ SYSTÉM PÉČE O SENIORY

1.7.1 Rodinná péče

U starších osob je velká pravděpodobnost, že budou vzhledem ke svým zdravotním problémům jednou potřebovat pomoc svého okolí. Senior se jednou dostane do situace, kdy nebude oporou pro svou rodinu, ale stane se z něj příjemce pomoci. (Tošnerová, 2001).

Za optimální způsob péče o seniory je považována možnost setrvání co nejdéle v domácím prostředí za podpory péče jeho rodiny. Jedna z nejdůležitějších sociálních jistot seniora a hlavním zdrojem pomoci je rodinné zázemí. (Jarošová 2006).

Nyní, ale mladé rodiny nežijí se svými rodiči ve společné domácnosti. Oba partneři jsou většinou pracovně vytíženi a ani moderní trend v bydlení soužití dvou generací není příliš populární. Ve druhé polovině dvacátého století byl narušen klasický model pečující rodiny výraznou medicinalizací a institucionalizací seniorské péče. (Rheinwaldová, 1999).

Pocit životní spokojenosti ve stáří ovlivňuje manželské soužití. Manželé jsou vůči sobě potenciaální pečovatelé, kdy jim děti poskytují doplňkovou pomoc a oporu. Radikální změnou je potom smrt partnera. (Sýkorová, 1996).

Podle Pacovského (1994) musí rodina chtít, mít možnost a umět se starat o starého člověka. Rodinám nepůsobí problémy občasná péče o seniora, bohužel s věkem a nemocemi seniora je potřeba náročnější dlouhodobá péče, na kterou již rodina sama nestačí.

1.7.2 Sociální péče

Sociální péče je poskytována lidem, kteří jsou společensky znevýhodněni s cílem zlepšit jejich kvalitu života a začlenit je do společnosti. Sociální péče zajišťuje stravování, ubytování, pomoc při chodu domácnosti, pomoc při prosazování práv, ošetřování a poskytování informací. Cílem sociální péče o seniory je mimo jiné i podporovat rozvoj nebo alespoň zachovávat stávající soběstačnost seniora. Základními činnostmi sociální péče je pomoc s hygienou, poskytnutí stravy a ubytování, poradenství, terapeutické činnosti a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (Matoušek & Koldinská, 2007).

Podmínky poskytování podpory a pomoci fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci upravuje v České republice Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. Podle něj má každá osoba nárok na bezplatné poskytnutí sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení.

1.7.3 Zdravotní péče

Praktický lékař pro dospělé poskytuje primární péči. Lékař uplatňuje primární, sekundární a terciální prevenci. V péči o seniory spolupracuje jak s rodinou, tak například s domácí ošetřovatelkou či pečovatelskou službou. Na doporučení praktického lékaře je poskytována domácí ošetřovatelská péče a je hrazena ze zdravotního pojištění. Tuto péči zajišťují různé agentury státní, městské, charitativní i soukromé. V případě potřeby poskytují zdravotní péči ambulantní specialisté. (Zavázalová, Zikmundová & Zaremba, 2004).

Zdravotní péči v České republice vymezuje zákon 372/2011 Sb. o zdravotních službách. Zdravotní péči se rozumí soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem:

- předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo zdravotního stavu
- udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu
- udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení
- pomoci při reprodukci a porodu

- posuzování zdravotního stavu (MZ ČR, 2011).

1.7.4 Sociální služby

Sociální péče zahrnuje poskytování sociálních dávek a sociálních služeb. Tato péče je realizovaná pouze státními subjekty (poskytování sociálních dávek), ale současně také státními i nestátními subjekty. (Jarošová, 2006). Mezi tyto služby patří:

- osobní asistence
- pečovatelská služba
- tísňová péče
- průvodcovské a předčitatelské služby
- podpora samostatného bydlení
- odlehčovací služby
- centra denních služeb
- denní stacionáře
- týdenní stacionáře
- domovy pro osoby se zdravotním postižením
- domovy pro seniory
- domovy se zvláštním režimem
- chráněné bydlení
- sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče (MPSV ČR, 2006)

1.8 KVALITA ŽIVOTA

Jako první začal pojem „kvalita života“ používat Samuel H. Ordway a H. Fairfield Osborn v medicínském prostředí. (Nordenfelt, 1994). Později se termín používal i u nevyléčitelných chorob, kdy cílem léčby není plné uzdravení, ale zachování určité kvality života. Kvalita života je subjektivní, kdy je kladen důraz zejména na vlastní hodnocení života, spokojenost, štěstí a smysluplnost. Toto plně vystihuje pojem well-being, tedy pocit štěstí a pohody. Celková spokojenost se tedy považuje výsledek osobních hodnot a životního stylu. (Marková, 2012).

Kebza (2005) uvádí čtyři základní komponenty subjektivní pohody:

- psychická osobní pohoda
- sebeúcta
- sebeuplatnění

- osobní zvládnutí každodenních nároků

Do hodnocení kvality života můžeme také zahrnout vzdělání, zdravotní stav, materiální podmínky, stabilitu rodiny apod. (Dragomirecká, 2009).

1. 8.1 Kvalita života seniorů

Pro kvalitu života seniorů je důležité vytvořit si program pro volný čas. Aktivita je prevencí nesoběstačnosti. Společné setkávání vrstevníků, navazování kontaktů mají velký význam pro prožití kvalitního stáří. Je důležité udržovat se aktivně v rovnováze s odpočinkem, uspořádat si činnosti tak, aby zahrnovaly fyzickou i duševní činnost, udržovat přátelské vztahy a navazovat nové vztahy. Jakákoliv aktivita, ať sociální, psychická nebo fyzická, dává životu ve stáří smysl a pocit naplnění. (Langmeier & Krejčířová, 1998). Dle (Zavázalové, 2001) každý senior může dosáhnout spokojeného stárnutí, ať už je aktivní či nikoli. Nejdůležitější je vnitřní postoj k vlastnímu životu. Staří lidé jsou více citlivější, vnímavější k obtížím každodenního života a o to více na ně všechny změny působí.

Většina seniorů nepovažuje vyšší věk či nemoc jako příčinu zhoršení kvality života. Kvalita života je individuální věc a každý ji vnímá jiným způsobem. (Zvoníková, 2015).

Dle Vidovičové a Kafkové (2012) jsou aktivnější lidé, kteří mají větší vzdělání a pozitivní náhled na současnost. Zavázalová (2001), ale tvrdí opak. Úspěšného a spokojeného stáří může dosáhnout každý, ať už je aktivní či nikoliv.

Předpoklady kvalitního života ve stáří jsou ovlivněny řadou vnějších a vnitřních faktorů. Prvořadým faktorem je zdraví, mobilita, schopnost sebeobsluhy, ztráta životního partnera, osamělost, pocit bezpečí a rodinný život. (Ondrušová, 2011).

Musschenga (1997) hovoří o třech vzájemně provázaných oblastech kvality života:

- kvalita života jako stupeň normálního fungování
- kvalita života jako stupeň spokojenosti se životem
- kvalita života jako úroveň lidského rozvoje

Základním znakem hodnocení kvality života ovšem zůstává spokojenost seniorů s vlastním životem. (Hudáková, Eliášová, Magurová, Majerníková, & Obročníková, 2017).

1.8.2 Zjišťování kvality života u seniorů

Zjišťování kvality života seniorů je realizováno ze tří perspektiv:

- Objektivní měření sociálních ukazatelů v termínech možností, bariér a zdrojů okolí
- Subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem
- Subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi (Dragomirecká & Bartoňová, 2006).

Objektivní metody měření kvality života:

- APACHE II (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System)
- The Karnofsky Performance Scale
- Vas (Visual Analogue Scale)
- ILF (Index kvality života)
- QL – Spitzer Quality of Life Index (Vařurová, 2005).

Subjektivní metody měření kvality života:

- SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life)
- SEIQoL – DW (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life Direct Weighting)
- LQoLP (Lancashire Quality of Life Profile)
- LQoLP – EU (Lancashire Quality of Life Profile – European Version)
- Dotazník SQUALA (Subjective quality of life analysis) (Vařurová, 2005).

Smišené metody měření kvality života:

- MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life)
- LSS (Life Satisfactory Scale) (Vařurová, 2005).

Nejvyužívanější formou zjišťování kvality života seniorů je prostřednictvím dotazníků a strukturovaných rozhovorů. Všeobecné dotazníky jsou určeny pro jakékoliv pacienty či pro zdravou populaci. Naopak speciální dotazníky jsou primárně určeny pro

pacienty s určitými potížemi. Od poloviny 90. let se měřením kvality života v ČR zabývá Psychiatrické centrum v Praze (Ondrušová, 2011).

2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Mým hlavním cílem v bakalářské práci je zjišťování kvality života seniorů a jejich postojů ke stáří a stárnutí. Zvolila jsem si dotazník WHOQOL-BREF, jenž je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100, pro zjištění kvality života a dotazník AAQ pro zjištění postojů ke stáří a stárnutí. Svůj výzkum jsem doplnila vlastní anketou pro zjištění pohlaví, věku, finanční situace, rodinného stavu, vzdělání, frekvencí pohybových a společenských aktivit, kvality života a zdravotního stavu.

Cílem mé bakalářské práce je:

1. zjistit, jak hodnotí senioři kvalitu svého života
2. zjistit, jaký postoj mají senioři ke stárnutí a stáří

Pro splnění cílů mé bakalářské práce byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. Jaká je úroveň kvality života seniorů dle dotazníku WHOQL-BREF u oslovených seniorů?
2. Ovlivňují vybrané proměnné – pohlaví, pohybová aktivita, získané vzdělání, subjektivní vyjádření o vlastním zdravotním stavu a kvalitě života – výsledky hodnocení kvality života oslovených seniorů?
3. Jaké jsou postoje seniorů ke stáří a stárnutí dle dotazníku AAQ u oslovených seniorů?
4. Ovlivňují vybrané proměnné – pohybová aktivita, pohlaví, získané vzdělání, subjektivní vyjádření o vlastním zdravotním stavu a kvalitě života – postoje ke stáří a stárnutí?
5. Existuje vzájemný vztah mezi jednotlivými doménami dotazníků WHOQOL-BREF a AAQ?

3 METODIKA

Byla použita forma kvantitativního typu výzkumu u seniorů žijících v sociálním zařízení. Pro zjištění kvality života seniorů byl využit dotazník WHOQOL-BREF, což je zkrácená verze dotazníku WHOQOL-100. Poté byl využit dotazník AAQ (Attitudes Toward Aging Questionnaire), který hodnotí postoje seniorů ke stáří a stárnutí. Etická komise Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci schválila projekt výzkumné práce s názvem Hodnocení kvality života seniorů pod jednacím číslem 71/2017.

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Data byla sesbírána v domovech pro seniory u 40 probandů. Dvacet z domova SeneCura a 20 z domova Pohoda Chválkovice. Při zpracování dat bylo zjištěno, že data od jednoho respondenta nelze využít pro další statistické zpracování, z důvodu chybějících informací a dále v práci pracujeme pouze se souborem 39 respondentů. Kritériem pro výběr respondentů byl věk 60 let a vyšší a porozumění zadaným otázkám a dotazníkům. Charakteristika výzkumného souboru je popsána v Tabulce 2.

Tabulka 2

Charakteristika výzkumného souboru v četnosti (n= 39)

Proměnné	Charakteristika výzkumného souboru	n	Pohlaví	
			ženy	muži
Věk	rané stáří: 60 – 74 let	6	3	3
	vlastní stáří: 75– 89 let	27	21	6
	dlouhověkost: 90 let a více	6	4	2
Pohlaví	muž	11		
	žena	28		
Vzdělání	základní	10	8	2
	střední bez maturity	7	6	1
	střední s maturitou	16	12	4
	vysokoškolské	6	2	4
Rodinný stav	svobodný/á	5	2	3
	rozvedený/á	5	5	0
	ženatý/vdaná, s druhem	2	2	0
	vdovec/vdova	27	19	8
Finanční situace	výrazně podprůměrné	1	1	0
	mírně podprůměrné	0	0	0
	průměrné	37	27	10
	mírně nadprůměrné	1	0	1
	výrazně nadprůměrné	0	0	0
Zvíře	ano	1	1	0
	ne	39	27	11
Pohybové aktivity	ano 1x/týdně	2	2	0
	ano 2x/týdně	13	8	5
	ano 3x/týdně	16	15	1
	ne	8	3	5

Organizované společenské akce	ano	32	21	11
	ne	7	7	0
Kouření	ano	1	1	0
	ne	38	27	11

Tabulka 2

Charakteristika výzkumného souboru v četnosti (n=39) – pokračování

Proměnné	Charakteristika výzkumného souboru	<u>Pohlaví</u>		
		n	ženy	muži
Zdravotní stav	velmi spokojený/á	2	1	1
	spíše spokojený/á	18	14	4
	ani spokojený/á – ani nespokojený/á	12	7	5
	spíše nespokojený/á	7	6	1
	úplně nespokojený/á	0	0	0
Kvalita života	velmi dobrá	1	0	1
	dobrá	26	20	6
	ani dobrá – ani slabá	11	8	3
	slabá	1	0	1
	velmi slabá	0	0	0

Poznámka: n= základní soubor

3.2 Průběh a organizace výzkumu

Pro svůj výzkum jsme si vybrala dva domovy pro seniory.

Jako první jsem navštívila domov pro seniory – SeneCura. Domov se nachází v klidné části Slavonín a byl otevřen v červnu 2015. Péči zde poskytují 24 hodin 7 dní v týdnu. Kapacita je 32 lůžek pro službu Domov pro seniory a 80 lůžek pro Domov se zvláštním režimem. V České republice je SeneCura největším soukromým provozovatelem domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem poskytujících zdravotní a sociální péči o seniory s demencí.

Poté jsem navštívila domov seniorů Pohoda Chválkovice. Domov poskytuje služby Chráněné bydlení a Domov pro seniory. Kapacita je 334 uživatelů a věková skupina jsou mladší senioři (60-79 let) a starší senioři (80 a více let).

Jako první jsem vždy kontaktovala vedoucí sociálního úseku a požádala o možnost výzkumu pro svou bakalářskou práci. S jejich souhlasem jsem si domluvila osobní setkání. V obou domovech jsem dotazníky vyplňovala s každým seniorem zvlášť. Vždy jsem četla otázky a respondenti mi odpovídali. Jelikož to bylo časově náročnější, musela jsem domovy navštívit vícekrát.

Každý senior byl zvlášť seznámen s důvodem vyplňování dotazníků, poté byl podepsán informovaný souhlas o anonymitě výzkumu. Následně byly vyplněny dotazníky kvality života WHOQOL-BREF, dotazník zjišťování postojů ke stáří a stárnutí AAQ a anketa vlastní konstrukce. Hodně respondentů se rozvykládalo o svém osobním životě a dozvěděla jsem se toho mnohdy i mnohem více, než pro co jsem původně přišla.

Všechny vyplněné dotazníky jsem pečlivě zkontrolovala a následně zapsala do tabulky v programu Microsoft Office Excel 2016. Data poté byla zaslána ke statickému zpracování.

3.3 Použité metody

Ve svém výzkumu jsem používala metodu dotazníkového šetření. Kvalitu života seniorů jsem zjišťovala pomocí české verze standardizovaného dotazníku Světové

zdravotnické organizace WHOQOL-BREF. Hodnocení proběhlo v oblastech fyzické zdraví, sociální vztahy, prožívání a prostředí. Pro zjišťování postojů ke stáří a stárnutí byl využit standardizovaný dotazník AAQ (doména psychosociální ztráty, fyzické změny a psychologický růst). Dané dotazníky jsem doplnila anketou vlastní konstrukce. (Viz Příloha 2).

3.4 Administrace a vyhodnocení dotazníků

3.4.1 WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life Assessment)

Standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100. Která obsahuje 24 otázek a má čtyři domény:

- Fyzické zdraví
- Prožívání
- Sociální vztahy
- Prostředí

Jsou tu také zahrnuty dvě samostatné otázky, které hodnotí celkovou kvalitu života a spokojenost se zdravím. Dotazník může respondent vyplňovat sám nebo může být použita metoda rozhovoru. Doba vyplnění dotazníku je cca 10-15 minut (Dragomirecká & Bartoňová, 2006). Respondenti mohou skórovat na škále od 4 do 20 bodů.

Tabulka 3

Přehled domén a položek dotazníku WHOQOL-BREF (Dragomirecká & Bartoňová 2006).

domény	položky	
fyzické zdraví	q3	bolest a nepříjemné pocity
	q4	závislost na lékařské péči
	q10	energie a únava
	q15	pohyblivost
	q16	spánek
	q17	každodenní činnosti
	q18	pracovní výkonnost
	prožívání	q5
q6		smysl života
q7		soustředění
q11		přijetí tělesného vzhledu
q19		spokojenost se sebou
q26		negativní pocity
sociální vztahy		q20
	q21	sexuální život
	q22	podpora přátel
prostředí	q8	osobní bezpečí
	q9	životní prostředí
	q12	finanční situace
	q13	přístup k informacím
	q14	záliby
	q23	prostředí v okolí bydliště
	q24	dostupnost zdravotní péče
	q25	doprava
	2 samostatné položky	Q1
Q2		spokojenost se zdravím

3.4.2 AAQ (Attitudes Toward Aging Questionnaire)

Metoda AAQ (Attitudes Toward Aging Questionnaire) je standardizovaný dotazník Světové zdravotnické organizace, který hodnotí postoje ke stáří a stárnutí. Konečná verze obsahuje 24 položek a ve třech doménách hodnotí postoje člověka.

1. Doména psychosociální ztráty – obsahuje prožitky samoty, sociálního vyloučení, uzavření se a postupné ztráty fyzické soběstačnosti
2. Doména fyzické změny – týká se fyzického zdraví, kondice, cvičení, celkové reflexe stárnutí
3. Doména psychologického růstu – obsahuje kladné zkušenosti, které můžeme označit jako „moudrost“ či „zralost“, týkající se především pozitivního vztahu k sobě a okolnímu světu (Dragomirecká & Prajsová, 2009).

Hodnoty hrubého skóru jsou v rozmezí 8-40. Čím vyšší je skóre, tím se více senioři ztotožňují s otázkami v jednotlivých doménách dotazníků.

Intervaly populačních norem domén AAQ (Dragomirecká & Prajsová, 2009)

Interval normy spodní hranice:

- psychosociální ztráty = 22,7
- fyzické změny = 21,1
- psychologický růst = 24,1

Interval normy průměr:

- psychosociální ztráty = 25,58
- fyzické změny = 23,83
- psychologický růst = 26,17

Interval normy horní hranice:

- psychosociální ztráty = 28,5

- fyzické změny = 26,6
- psychologický růst = 28,2

Tabulka 4

Přehled položek a dimenzí dotazníku AAQ (Dragomirecká, 2007).

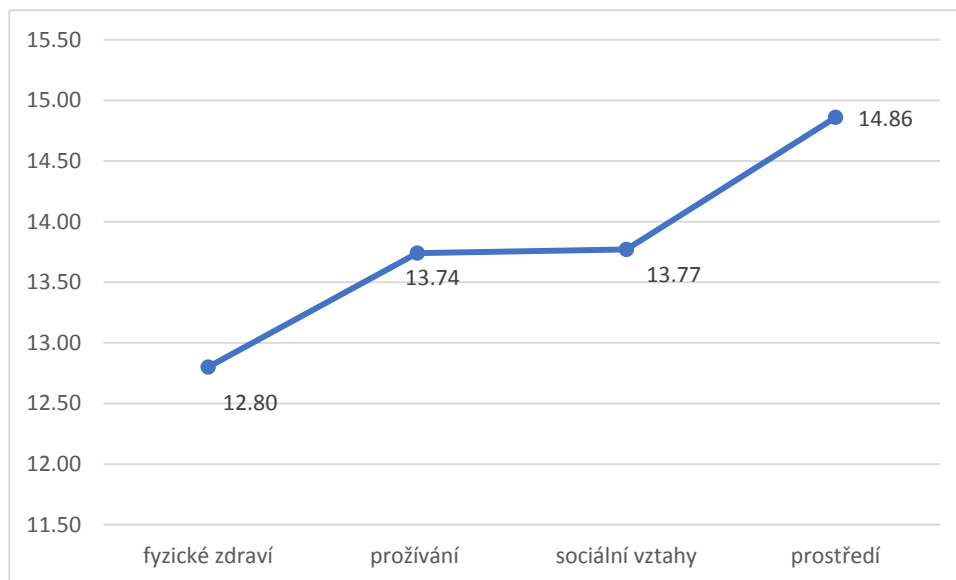
domény		položky
psychosociální ztráty	aaq7	stáří je čas samoty
	aaq10	stáří je čas depresí
	aaq14	je obtížné hovořit o pocitech
	aaq17	stáří je období ztrát
	aaq21	ztráta fyzické soběstačnosti
	aaq24	je obtížné najít si přátele
	aaq32	nejsem začleněný do společnosti
	aaq34	cítím se vyřazený
fyzické změny	aaq12	cvičení je důležité
	aaq13	stárnutí je snazší
	aaq16	necítím se starý
	aaq19	identita není dána věkem
	aaq20	mám dost energie
	aaq22	fyzické problémy mě neomezují
	aaq36	zdravotní stav je dobrý
	aaq37	udržuji se aktivní
psychologický růst	aaq2	lepší vyrovnání se životem
	aaq4	je výsadou dožít se vyššího věku
	aaq8	moudrost přichází s věkem
	aaq9	stáří přináší příjemné věci
	aaq15	jsem vůči sobě tolerantnější
	aaq25	předávání zkušeností
	aaq30	můj život má význam
aaq33	příklad mladým lidem	

3.4.4 Statistické zpracování dat

Pro zpracování dat byl použit statistický program Statistica. Všechny data byly vloženy do tabulky Microsoft Office Excel 2016. Pro určení statistické významnosti byl využit Mann-Whitneyův U test a Kruskal-Wallisův ANOVA test ($p \leq 0.05$). Pro korelaci mezi dotazníky Spearmanova korelace, vše na ($p \leq 0.05$).

4 VÝSLEDKY

4.1 Kvalita života u celého souboru respondentů dle dotazníku WHOQOL-BREF

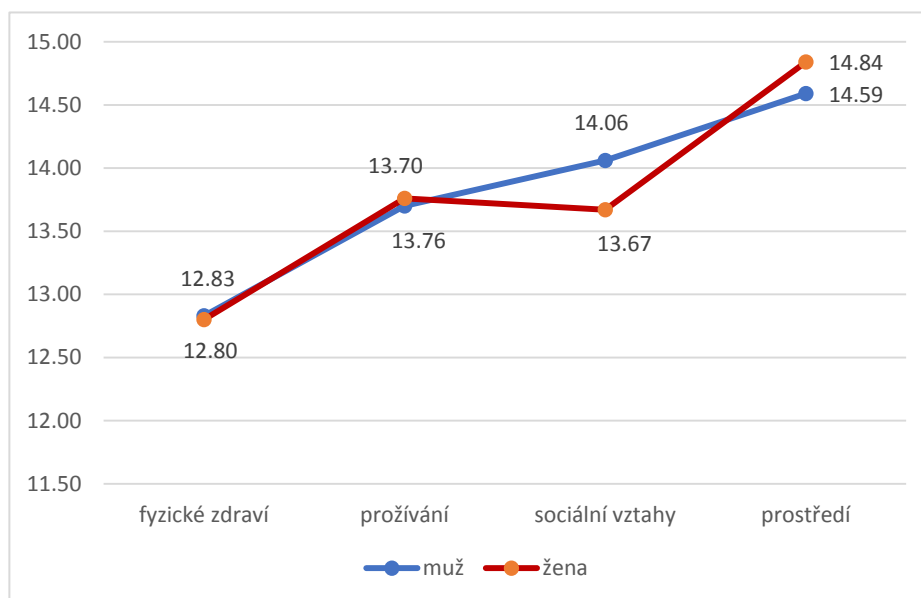


Obrázek 2 Hodnocení kvality života u všech respondentů dle WHOQOL-BREF

Z grafu lze vidět, že výsledky celého souboru seniorů se pohybují mezi 12,80 až 14,86 bodů. Senioři hodnotí kvalitu života podobně v kategoriích prožívání a sociální vztahy. Nejvyšší hodnocení kvality života nalezneme v doméně prostředí (14,86). Naopak nejnižší kvalitu života hodnotí senioři v doméně fyzické zdraví (12,80).

4.2 Vybrané proměnné a jejich vliv na kvalitu života

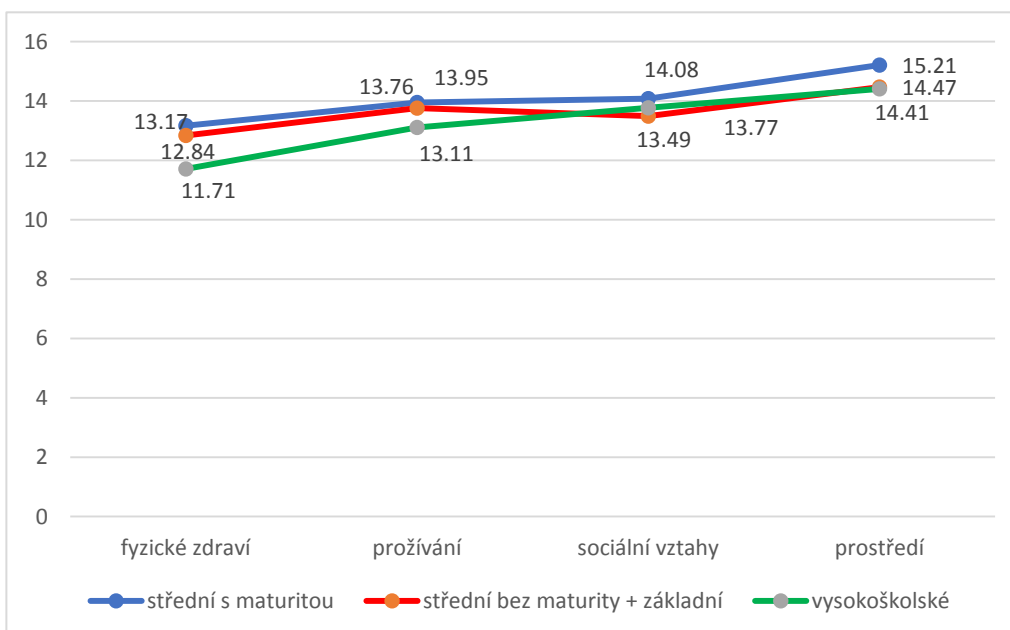
a) Ovlivňuje pohlaví výsledky kvality života seniorů dle WHOQOL-BREF?



Obrázek 3 Hodnocení kvality života dle pohlaví

Podle Mann – Whitneyova U Testu nebyla ve výzkumném souboru u pohlaví nalezena žádná statistická významnost ($p \leq 0,05$) mezi ženami ($n=28$) a muži ($n=11$) v žádné doméně. Pohlaví tedy nemá v našem souboru žádný vliv na kvalitu života. U mužů i u žen je nejvýše hodnocena kvalita života v doméně prostředí.

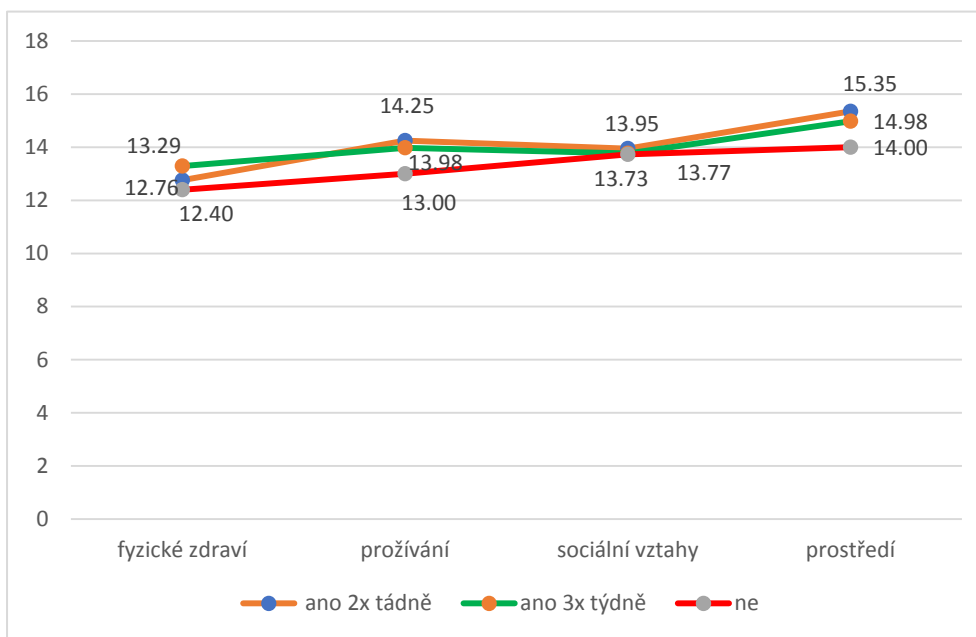
b) Ovlivňuje vzdělání výsledky kvality života seniorů dle WHOQOL-BREF?



Obrázek 4 Hodnocení kvality života dle získaného vzdělání

V anketě vlastní konstrukce jsme se seniorů dotazovali, zda dosáhli základního vzdělání, středního vzdělání bez maturity, středního vzdělání s maturitou a vysokoškolského. Pro náš statistický výzkum jsme spojili otázky střední vzdělání bez maturity a základní vzdělání. Celkem vyšlo 6 seniorů s vysokoškolským vzděláním, 17 seniorů se vzděláním základním či vzděláním středního bez maturity a 16 seniorů se vzděláním středním s maturitou. Podle Kruskal – Wallisova ANOVA testu se neprokázala v žádné z domén statistická významnost ($p \leq 0,05$) v našem výzkumném souboru v oblasti vzdělání. Dosažené vzdělání nemá vliv na kvalitu života u dotazovaných seniorů.

c) Ovlivňují pohybové aktivity výsledky života seniorů dle WHOQOL-BREF?



Obrázek 5 Hodnocení kvality života dle četnosti provozování pohybové aktivity

V anketě vlastní konstrukce jsme se dotazovali seniorů, zda provozují pohybovou aktivitu 2x týdně, 3x týdně nebo neprovozují žádnou pohybovou aktivitu. Dle Kruskal –Wallisova ANOVA testu se statistická významnost ($p \leq 0,05$) u proměnné pohybová aktivita ukázala v doméně prostředí (DOM 4). Významnost se ukázala u seniorů, kteří neprovozují pohybovou aktivitu a u seniorů, kteří provozují pohybovou aktivitu alespoň 2x týdně. Výše hodnotí kvalitu života respondenti, kteří provozují pohybovou aktivitu minimálně 2x týdně na rozdíl od seniorů, kteří neprovozují žádnou pohybovou aktivitu.

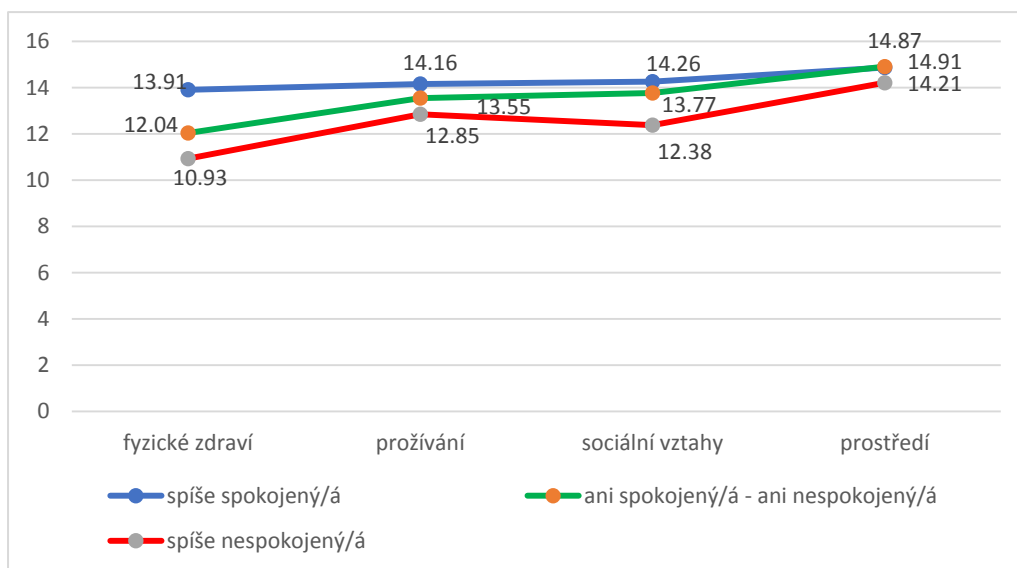
Tabulka 5

Statistická významnost v doméně 4 (prostředí) z hlediska pohybové aktivity

Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); DOM4			
Nezávislá (grupovací) proměnná: Pohyb			
Kruskal-Wallisův Test: $H(2, N = 39) = 8,970637$ $p = ,0113$			
	2	3	4
2		0,413538	0,010234
3	0,413538		0,278441
4	0,010234	0,278441	

Poznámka. H = hypotéza; N = základní soubor; p = hladina významnosti; 2 = pohybová aktivita 2x týdně; 3 = PA 3x týdně; 4 = PA ne; červená barva = statisticky významný rozdíl

d) Ovlivňuje subjektivní vyjádření o vlastním zdravotním stavu výsledky kvality života seniorů dle WHOQOL-BREF?



Obrázek 6 Hodnocení kvality života dle subjektivního vyjádření o vlastním zdraví

V anketě vlastní konstrukce jsme se ptali seniorů, zda jsou velmi spokojeni, spíše spokojeni, ani spokojeni – ani nespokojeni, spíše nespokojeni a úplně nespokojeni se svým zdravotním stavem. Odpovědi seniorů jsme pro statistické zpracování upravily následovně: spíše spokojeni (20), spíše nespokojeni (7) a ani spokojeni – ani nespokojeni (12).

Dle Kruskal – Wallisova ANOVA testu je statistická významnost ($p \leq 0,05$) se objevuje v DOM 1 (fyzické zdraví), v DOM 3 (sociální vztahy) a v celém WHOQOL-BREF. Statistická významnost se objevuje mezi seniory, kteří hodnotí své zdraví jako spíše spokojený a seniory, kteří hodnotí své zdraví jako spíše nespokojený.

Tabulka 6

Statistická významnost v doméně 1 (fyzické zdraví) z hlediska zdravotního stavu

Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); DOM1			
Závislá: DOM1			
Nezávislá (grupovací) proměnná: Zdraví			
Kruskal-Wallisův Test: $H(2, N = 39) = 16,02029$ $p = ,0003$			
	2	3	4
2		0,010092	0,001561
3	0,010092		1,278441
4	0,001561	1,000000	

Poznámka. H = hypotéza; N = základní soubor; p = hladina významnosti; 2 = spíše spokojený; 3 = ani spokojený/á – ani nespokojený/á; 4 = spíše nespokojený; červená barva = statisticky významný rozdíl

Tabulka 7

Statistická významnost v doméně 3 (sociální vztahy) z hlediska zdravotního stavu

Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); DOM3			
Závislá: DOM3			
Nezávislá (grupovací) proměnná: Zdraví			
Kruskal-Wallisův Test: $H(2, N = 39) = 7,677989$ $p = ,0215$			
	2	3	4
2		0,991990	0,031088
3	0,991990		0,315569
4	0,031088	0,315569	

Poznámka. H = hypotéza; N = základní soubor; p = hladina významnosti; 2 = spíše spokojený; 3 = ani spokojený/á – ani nespokojený/á; 4 = spíše nespokojený; červená barva = statisticky významný rozdíl

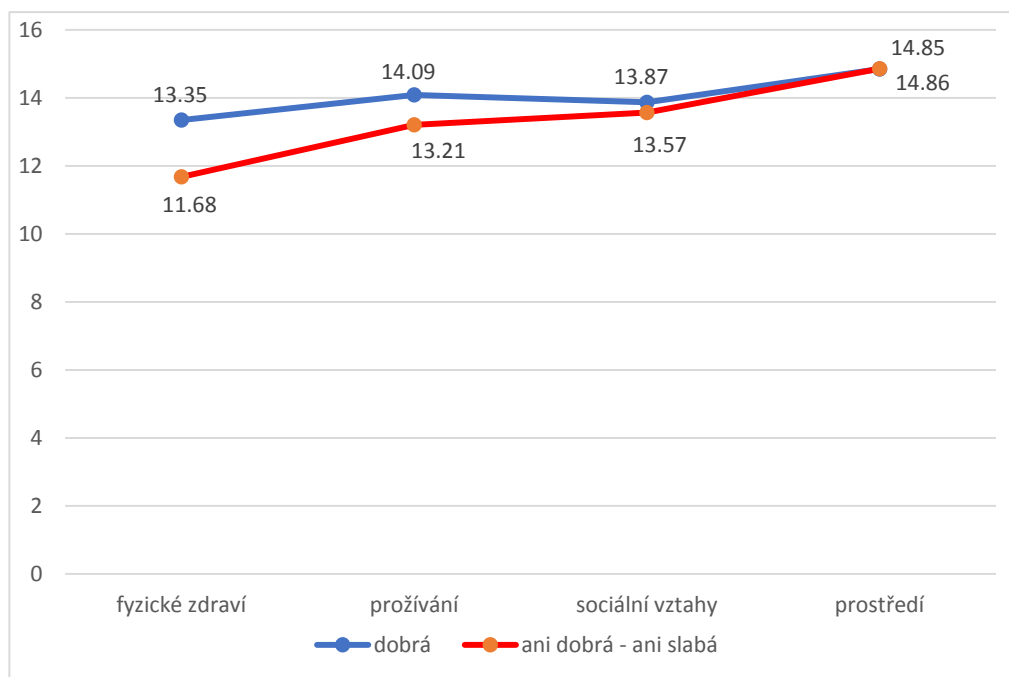
Tabulka 8

Statistická významnost v celém WHOQOL-BREF

		Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); CELBREF		
		2	3	4
Závislá: CELBREF	Nezávislá (grupovací) proměnná: zdraví			
	Kruskal-Wallisův Test: $H(2, N = 39) = 11,44555$ $p = ,0033$			
	2		0,120613	0,004189
	3	0,120613		0,507011
	4	0,004189	0,507011	

Poznámka. H = hypotéza; N = základní soubor; p = hladina významnosti; 2 = spíše spokojený; 3 = ani spokojený/á – ani nespokojený/á; 4 = spíše nespokojený; červená barva = statisticky významný rozdíl

e) Ovlivňuje subjektivní vyjádření o kvalitě života výsledky kvality života seniorů dle WHOQOL-BREF?



Obrázek 7 Hodnocení kvality života dle subjektivního vyjádření o kvalitě života

Seniorů jsme se dotazovali, zda hodnotí kvalitu svého života jako slabou, dobrou či ani dobrou – ani slabou. Pouze jeden senior hodnotil kvalitu svého života jako slabou, proto jsme toto hodnocení vynechali. Celkem 27 seniorů hodnotilo kvalitu svého života jako dobrou a 11 seniorů ani dobrá – ani slabá.

Podle Mann – Whitneyova U Testu se prokázala statistická významnost v DOM 1 (fyzické zdraví), viz Tabulka 9.

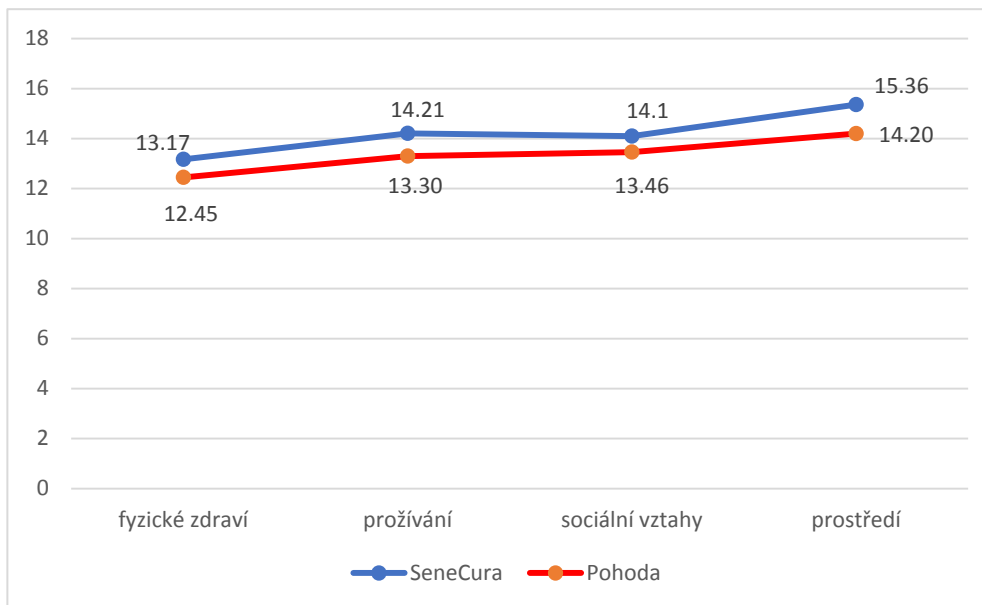
Tabulka 9

Statistická významnost v doméně 1 (fyzické zdraví) z hlediska subjektivní vyjádření o kvalitě života

Proměnná	Mann-Whitneyův U Test Dle proměn. Kvalita života Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$						
	Sčt poř. skup. 1	Sčt poř. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené	p-hodn.
DOM1	591,00	150,00	84,00	2,05	0,03	2,07	0,03
DOM2	568,00	173,00	107,00	1,31	0,18	1,33	0,18
DOM3	538,00	203,00	137,00	0,35	0,72	0,38	0,70
DOM4	510,500	230,50	132,50	-0,49	0,61	-0,51	0,60
CELBREF	574,00	167,00	101,00	1,51	0,13	1,51	0,13

Poznámka. p = hladina významnosti; DOM 1 (fyzické zdraví), DOM 2 (prožívání), DOM 3 (sociální vztahy), DOM 4 (prostředí) ;červená barva = statisticky významný rozdíl

e) Ovlivňuje místo pobytu výsledky kvality života seniorů dle WHOQOL-BREF?



Obrázek 8 Hodnocení kvality života dle místa pobytu

Podle Mann-Whitneyova U Testu se prokázala statistická významnost ($p \leq 0,05$) v DOM 4 (prostředí) proměnné místo pobytu (SeneCura a domov Pohoda).

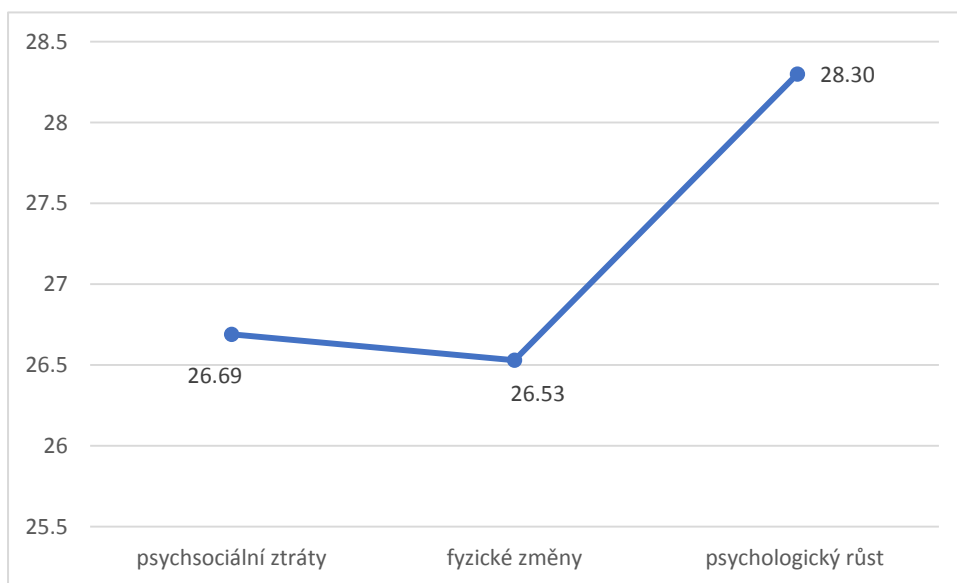
Tabulka 10

Statistická významnost v doméně 4 (prostředí) z hlediska místo pobytu

Proměnná	Mann-Whitneyův U Test Dle proměn. Místo pobytu Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,05000$						
	Sčt poř. skup. 1	Sčt poř. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené	p-hodn.
PSZTRAT	473,00	307,00	97,00	2,59	0,00	2,61	0,00
FYZZMEN	446,50	333,50	123,50	1,85	0,06	1,87	0,06
PRUST	406,00	374,00	164,00	0,71	0,47	0,72	0,46
CELAAQ	477,00	303,00	93,00	2,71	0,00	2,71	0,00
DOM1	408,50	371,50	161,50	0,78	0,43	0,79	0,42
DOM2	426,00	354,00	144,00	1,27	0,20	1,28	0,19
DOM3	424,00	356,00	146,00	1,22	0,22	1,31	0,18
DOM4	509,50	270,50	60,50	3,62	0,00	3,70	0,00
CELBREF	450,00	330,00	120,00	1,95	0,05	1,95	0,05

Poznámka. p = hladina významnosti, PSZTRAT (psychosociální ztráty), FYZZMEN (fyzické změny), PRUST (psychologický růst). DOM 1(fyzické změny), DOM 2 (prožívání), DOM 3 (sociální vztahy), DOM 4(prostředí), červená barva = statisticky významný rozdíl

4.3 Postoj ke stárnutí a stáří u celého souboru respondentů dle dotazníku AAQ

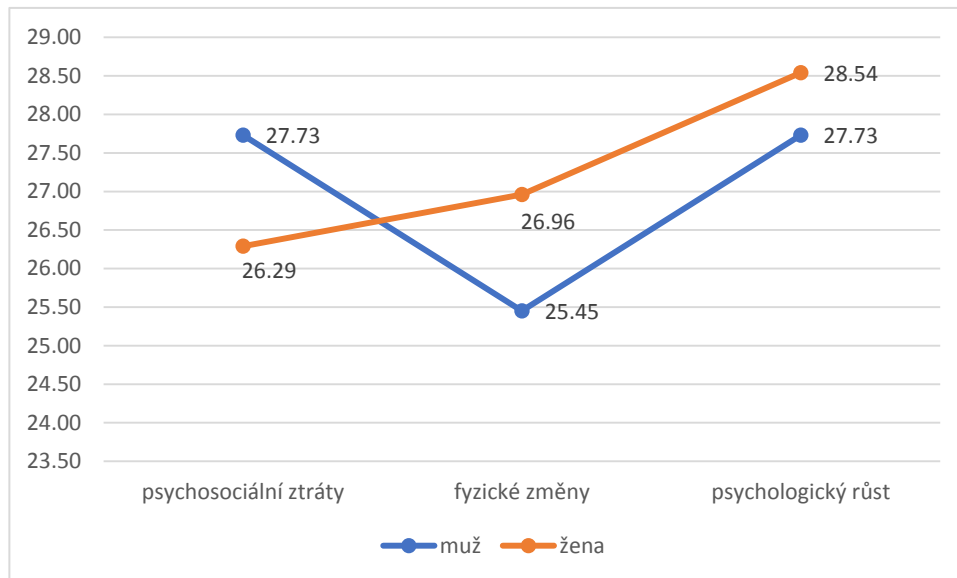


Obrázek 9 Postoje ke stárnutí a stáří u celého souboru respondentů dle dotazníku AAQ

Podle grafu se senioři našeho výzkumu nejvíce ztotožňovali s postoji v doméně psychologický růst, s hodnotou skóre 28,30. Senioři se tedy nejvíce ztotožňovali s otázkami, které souvisí s kladnými zkušenostmi, zejména kladného vztahu k okolnímu světu a k sobě samým. Zde patří například pojmy „zralost“ či „moudrost“. V doméně fyzické změny s hodnotou 26,53 můžeme vidět, jak se senioři staví ke své fyzické kondici, zdraví, pohybové aktivitě a k relaxaci. (Dragomirecká & Prajsová, 2009).

4.4 Vybrané základní proměnné a jejich vliv na stáří a stárnutí

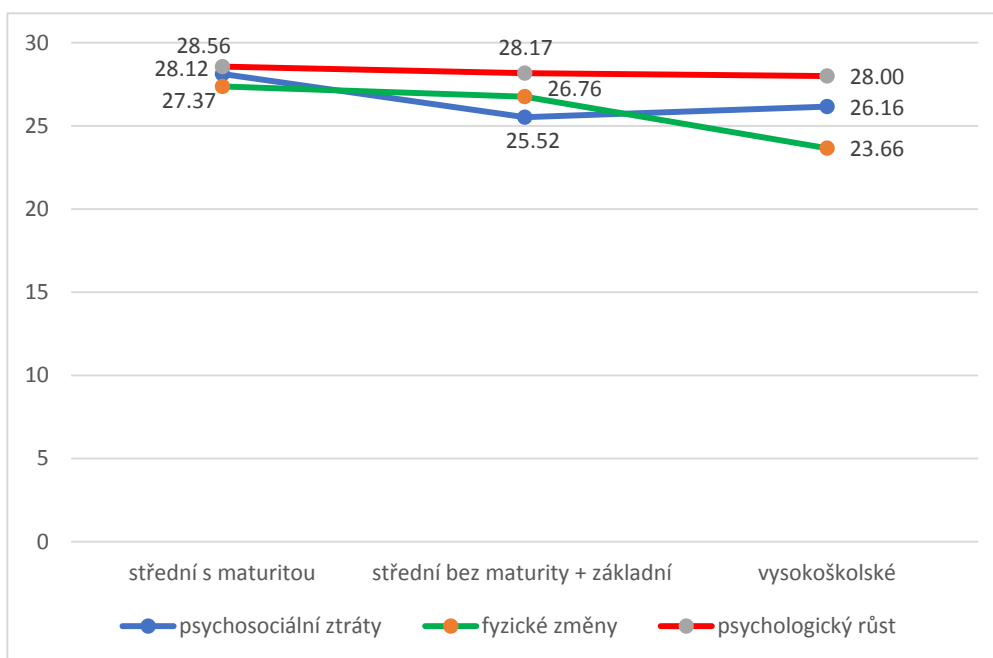
a) Ovlivňuje pohlaví výsledky dotazníku dle AAQ?



Obrázek 10 Hodnocení postojů ke stáří a stárnutí dle pohlaví

Dle Mann-Whitneyova U Testu nebyla v našem souboru u pohlaví nalezena statistická významnost ($p \leq 0,05$) mezi ženami ($n=28$) a muži ($n=11$) v žádné doméně. Ve výzkumném souboru nemá pohlaví žádný vliv na postojích seniorů ke stáří a stárnutí.

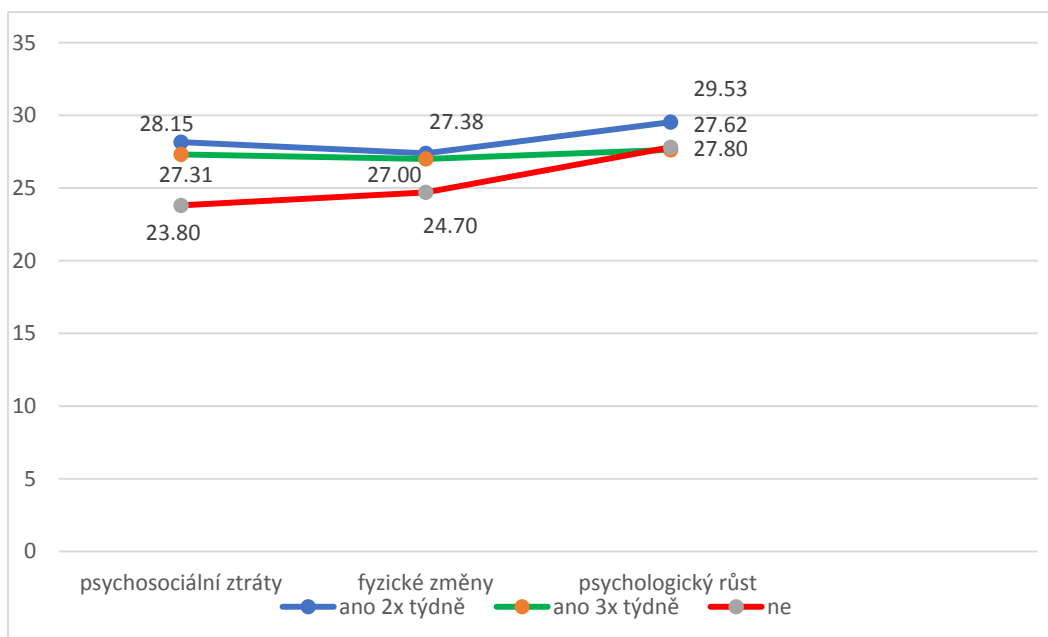
b) Ovlivňuje získané vzdělání výsledky dotazníku dle AAQ?



Obrázek 11 Hodnocení postojů ke stáří a stárnutí dle získaného vzdělání

V anketě vlastní konstrukce jsme se seniorů dotazovali, zda dosáhli základního vzdělání, středního vzdělání bez maturity, středního vzdělání s maturitou a vysokoškolského vzdělání. Pro náš statistický výzkum jsme spojili otázky střední vzdělání bez maturity a základní vzdělání. Celkem vyšlo 6 seniorů s vysokoškolským vzděláním, 17 seniorů se vzděláním základním či vzděláním středního bez maturity a 16 seniorů se vzděláním středním s maturitou. Dle Kruskal–Wallisova ANOVA testu nebyla v souboru získané vzdělání nalezena statistická významnost ($p \leq 0,05$) v žádné doméně. Postoje ke stáří a stárnutí tedy nejsou ovlivněny dosaženým vzděláním

c) Ovlivňují pohybové aktivity výsledky dotazníku dle AAQ?



Obrázek 12 Hodnocení postojů ke stáří a stárnutí života dle četnosti provozování pohybové aktivity

V anketě vlastní konstrukce jsme se ptali seniorů, zda provozují pohybovou aktivitu 2x týdně (13), 3x týdně (16) nebo neprovozují žádnou pohybovou aktivitu (10). Dle Kruskal –Wallisova ANOVA testu je významný statistický rozdíl ($p \leq 0,05$) v hodnocení dotazníku AAQ jako celku – celkovém skóre mezi seniory co provozují pohybovou aktivitu 2x týdně a těmi, co pohybovou aktivitu neprovozují.

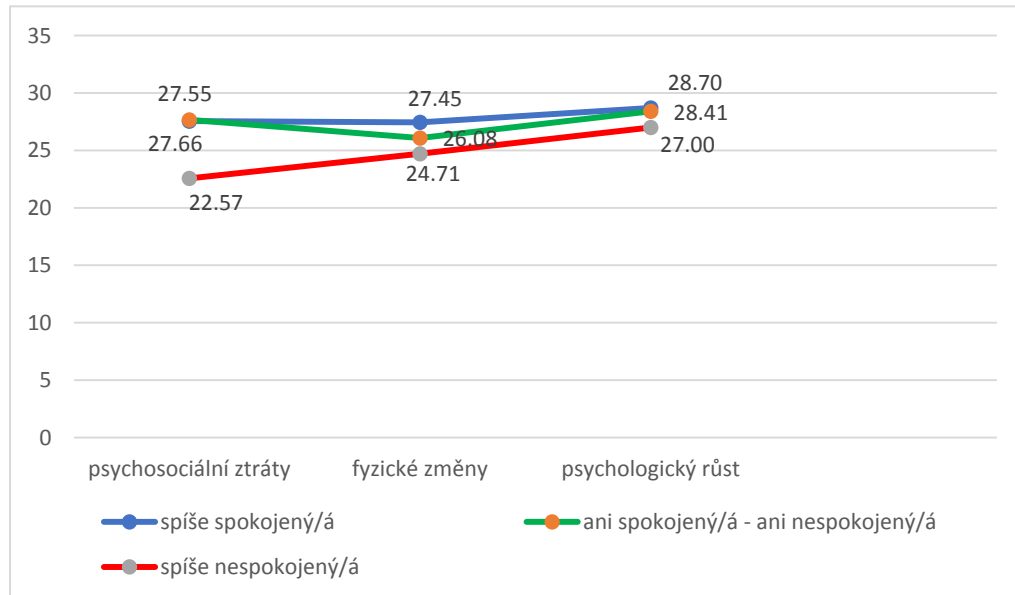
Tabulka 11

Statistická významnost v celé AAQ

Závislá: CELAAQ		Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); CELAAQ		
		Nezávislá (grupovací) proměnná: Pohyb		
		Kruskal-Wallisův Test: $H(2, N = 39 = 6,670291 p = ,0356$		
		2	3	4
2			1,000000	0,039802
3		1,000000		0,124947
4		0,039802	0,124947	

Poznámka. H= hypotéza; N= základní soubor; hladina významnosti; 2= pohybová aktivita 2x týdně; 3 = PA 3x týdně; 4 = PA ne; červená barva = statisticky významný rozdíl

d) Ovlivňuje subjektivní vyjádření o zdravotním stavu výsledky dotazníku dle AAQ?



Obrázek 13 Hodnocení postojů ke stáří a stárnutí dle subjektivního vyjádření o zdravotním stavu

V anketě vlastní konstrukce jsme se ptali seniorů, zda jsou velmi spokojeni, spíše spokojeni, ani spokojeni – ani nespokojeni, spíše nespokojeni a úplně nespokojeni se svým zdravotním stavem. Odpovědi seniorů jsme pro statistické zpracování upravily následovně: spíše spokojeni, spíše nespokojeni a ani spokojeni – ani nespokojeni.

Dle Kruskal–Wallisova ANOVA Testu je významný statistický rozdíl ($p \leq 0,05$) v hodnocení dotazníku AAQ v celkovém skóre, v doméně psychosociální ztráty a v doméně fyzické změny. Zde senioři hodnotící svůj zdravotní stav jako spíše spokojený/á se zdravotním stavem dosahují vyšší skóre v postojích ke stáří a stárnutí než senioři hodnotící zdravotní stav jako spíše neuspokojivý.

Tabulka 12

Statistická významnost v celé AAQ

Závislá: CELAAQ		Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); CELAAQ		
		Nezávislá (grupovací) proměnná: Zdraví Kruskal-Wallisův Test: $H(2, N = 39) = 8,290222$ $p = ,0158$		
		2	3	4
2			1,000000	0,012644
3		1,000000		0,095620
4		0,012644	0,095620	

Poznámka. H = hypotéza; N = základní soubor; p = hladina významnosti; 2 = spíše spokojený; 3 = ani spokojený/á – ani nespokojený/á; 4 = spíše nespokojený; červená barva = statisticky významný rozdíl

Tabulka 13

Statistická významnost v doméně psychosociální ztráty

Závislá: PSZTRAT		Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); PSZTRAT		
		Nezávislá (grupovací) proměnná: Zdraví Kruskal-Wallisův Test: $H(2, N = 39) = 6,571087$ $p = ,0374$		
		2	3	4
2			1,000000	0,053029
3		1,000000		0,064400
4		0,053029	0,064400	

Poznámka. H = hypotéza; N = základní soubor; p = hladina významnosti; 2 = spíše spokojený; 3 = ani spokojený/á – ani nespokojený/á; 4 = spíše nespokojený; červená barva = statisticky významný rozdíl

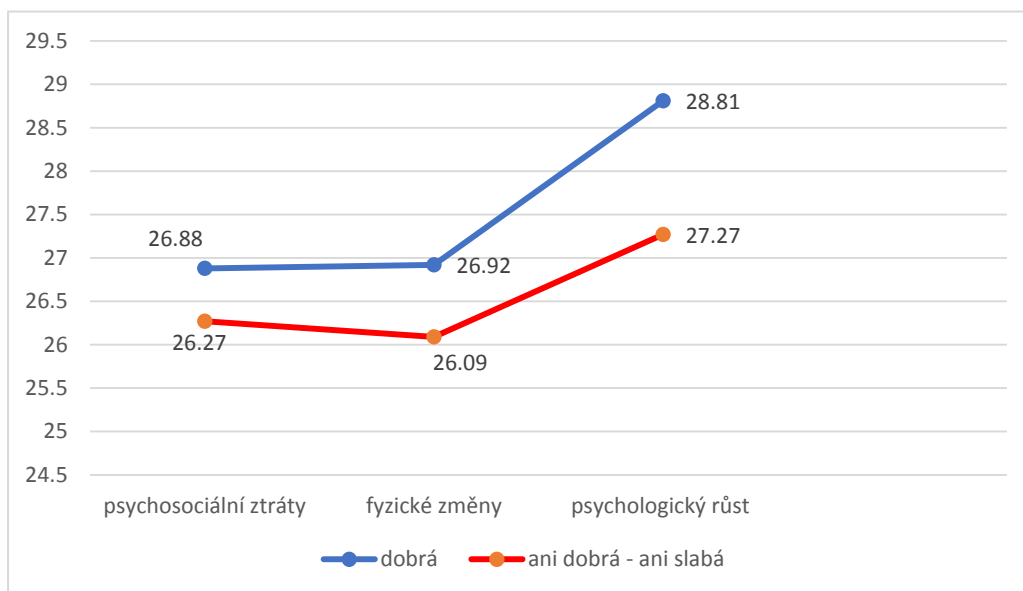
Tabulka 14

Statistická významnost v doméně fyzické změny

Závislá: FYZZMEN		Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); FYZZMEN		
		Nezávislá (grupovací) proměnná: Zdraví		
		Kruskal-Wallisův Test: $H(2, N = 39) = 6,090925$ $p = ,0476$		
		2	3	4
2			0,289942	0,078885
3		0,289942		1,000000
4		0,078885	1,000000	

Poznámka. H = hypotéza; N = základní soubor; p = hladina významnosti; 2 = spíše spokojený; 3 = ani spokojený/á – ani nespokojený/á; 4 = spíše nespokojený; červená barva = statisticky významný rozdíl

e) Ovlivňuje subjektivní vyjádření o kvalitě života výsledky kvality života seniorů dle dotazníku AAQ?

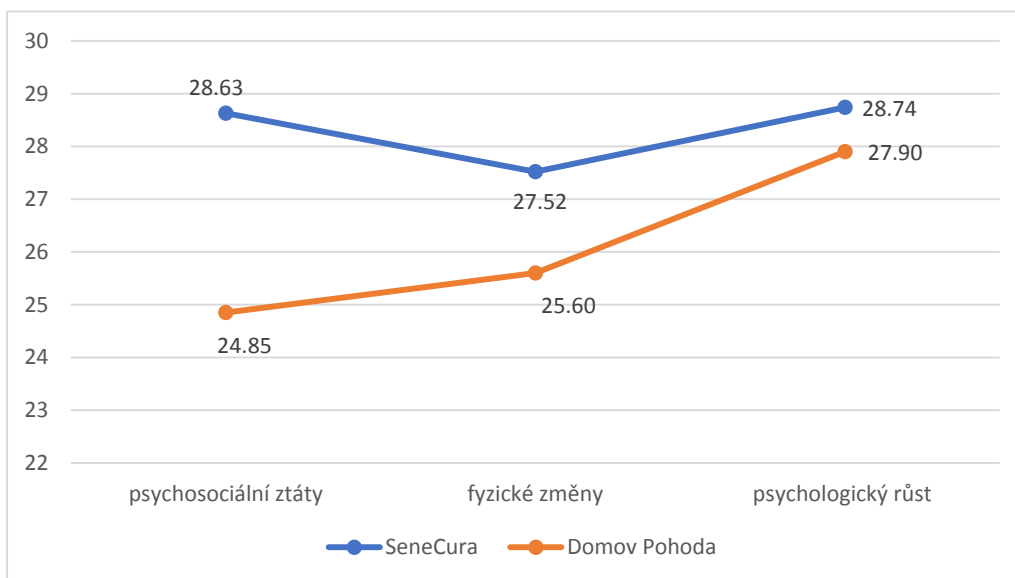


Obrázek 14 Hodnocení kvality života dle subjektivního vyjádření o kvalitě života

Seniorů jsme se dotazovali, zda hodnotí kvalitu svého života jako slabou, dobrou či ani dobrou – ani slabou. Pouze jeden senior hodnotil kvalitu svého života jako slabou, proto jsme toto hodnocení vynechali. Celkem 27 seniorů hodnotilo kvalitu svého života jako dobrou a 11 seniorů ani dobrou – ani slabou.

Podle Mann – Whitneyova U Testu se neprokázala statistická významnost ($p \leq 0,05$) v dotazníku AAQ. (Viz Tabulka 9).

f) Ovlivňuje místo pobytu výsledky kvality života seniorů dle dotazníku AAQ?



Obrázek 15 Hodnocení kvality života dle místa pobytu

Podle Mann-Whitneyova U Testu se prokázala statistická významnost ($p \leq 0,05$) v doméně psychosociální ztráty a v celém AAQ v našem výzkumném souboru u proměnné místo pobytu (domov pro seniory SeneCura a domov Pohoda). (Viz Tabulka 10).

4.5 Vztah mezi jednotlivými doménami dotazníků WHOQOL-BREF a AAQ

Vzájemný vztah mezi jednotlivými doménami dotazníků WHOQOL-BREF a AAQ jsme zjistili pomocí Spearmanovy korelace. Korelace znamená souvislost mezi dvěma jevy, veličinami a proměnnými (Maříková et. al., 1996). Pokud se tedy jedna z nich změní, změní se korelativně i druhá a naopak. V textu jsme popsali výsledky s využití neparametrické korelace pomocí Spearmanova korelačního koeficientu.

Dle Spearmanovy korelace u našeho výzkumného souboru nalezneme korelaci mezi celým souborem WHOQOL-BREF k celému souboru AAQ (0,625318 na hladině $(p \leq 0,05)$).

Další korelace:

DOM 1 (fyzické zdraví) a PSZTRAT (psychosociální ztráty), FYZZMEN (fyzické změny) a celá AAQ

DOM 2 (prožívání) a PSZTRAT (psychosociální ztráty), FYZZMEN (fyzické změny) a celá AAQ

DOM 4 (prostředí) a PSZTRAT (psychosociální ztráty), FYZZMEN (fyzické změny) a celá AAQ

Celá WHOQOL-BREF a PSZTRAT (psychosociální ztráty), FYZZMEN (fyzické změny) a celá AAQ

V dotazníku WHOQOL-BREF je nejvyšší korelace (0,58) mezi doménami DOM 1 (fyzické zdraví) a DOM 2 (prožívání). U dotazníku AAQ je nejvyšší korelace (0,52) mezi doménami FYZZMEN (fyzické změny) a PSZTRAT (psychosociální ztráty).

Výsledky domén můžeme vidět v tabulce 10.

Tabulka 15

Spearmanovy korelace jednotlivých domén

Proměnná	Spearmanovy korelace Označ. korelace jsou významné na hl. p <,05000						
	PSZTRA T	FYZZME N	PRUST	CELAAQ	DOM1	DOM2	DOM3
PSZTRAT	1,000000	0,516095	0,078061	0,854212	0,369839	0,516072	0,155497
FYZZMEN	0,516095	1,000000	0,204091	0,802040	0,642979	0,473934	-0,025726
PRUST	0,078061	0,204091	1,000000	0,379674	0,034856	0,196666	0,034721
CELAAQ	0,854212	0,802040	0,379674	1,000000	0,525764	0,551396	0,031822
DOM1	0,369839	0,642979	0,034856	0,525764	1,000000	0,477983	0,209549
DOM2	0,516072	0,473934	0,196666	0,551396	0,477983	1,000000	-0,004566
DOM3	0,155497	-0,025726	0,034721	0,031822	0,209549	-0,004566	1,000000
DOM4	0,583267	0,454032	0,243539	0,620870	0,138898	0,397484	0,193750
CELBREF	0,550428	0,631339	0,094624	0,625318	0,796694	0,725659	0,384370

Tabulka 15

Spearmanovy korelace jednotlivých domén – pokračování

Proměnná	Spearmanovy korelace Označené korelace jsou významné na hl. p <,05000		
	DOM4	CELBREF	Věk
PSZTRAT	0,583267	0,550428	-0,158138
FYZZMEN	0,454032	0,631339	-0,314042
PRUST	0,243539	0,094624	0,192026
CELAAQ	0,620870	0,625318	-0,210021
DOM1	0,138898	0,796694	-0,239073
DOM2	0,397484	0,725659	-0,268526
DOM3	0,193750	0,384370	0,377039
DOM4	1,000000	0,503826	0,062131
CELBREF	0,503826	1,000000	-0,228967

Poznámka: N= základní soubor; p= hladina významnosti; PSZTRAT = psychosociální ztráty; FYZZMEN = fyzické změny, PRUST= psychologický růst; CELAAQ = všechny domény dotazníku AAQ; DOM 1 = fyzické zdraví; DOM 2 = prožívání; DOM 3 = sociální vztahy; DOM 4 = prostředí; CELBREF= všechny domény dotazníku WHOQOL-BREF; červená barva = statisticky významný rozdíl

5 DISKUZE

V této části mé bakalářské práce předkládám diskuzi k výzkumným otázkám a cílům.

Díky dotazníku WHOQOL-BREF, který je rozdělen na oblasti fyzického zdraví, prožívání, sociálních vztahů a prostředí, jsme zjišťovali kvalitu života seniorů. Postoje ke stáří a stárnutí jsme vyhodnocovali pomocí dotazníku AAQ, který je rozdělen na oblasti psychosociálních ztát, fyzických změn a psychologického růstu.

5.1 Diskuze WHOQOL-BREF

Vyhodnocením dat získaných z dotazníku WHOQOL-BREF bylo zjištěno, že senioři mají nejvyšší kvalitu života v doméně prostředí. Poté následuje doména sociální vztahy, prožívání a fyzické zdraví.

Nejvyšší skóre u obou pohlaví bylo zjištěno v doméně prostředí. Koblovská (2019) ve své bakalářské práci uvádí nejvyšší kvalitu života v doméně sociální vztahy, poté sestupně následují domény prostředí, prožívání a fyzické zdraví. Cruz et.al. (2011) zjišťovali kvalitu života seniorů v Brazílii. Výzkumu se účastnilo 751 respondentů (38 % mužů, 62 % žen). V celém souboru byla zjištěna vyšší kvalita života u mužů. Ženy vidí stárnutí negativněji než muži, prožívají odlišné pocity. Canković et al. (2016) zkoumali kvalitu života u srbských seniorů, kteří žili v domovech pro seniory. Výzkumu se účastnilo 200 seniorů. Nejvíce bylo zastoupeno žen (70 %) a zbytek byli muži (30 %). Dle Kruskal-Wallisova ANOVA testu ($p \leq 0,05$) byla statistická významnost nalezena mezi pohlavím v doméně sociální vztahy, kde byla u žen vyšší. V dalších třech doménách (fyzické zdraví, prožívání, prostředí) nebyla nalezena statistická významnost.

V našem výzkumu jsme zjistili statistickou významnost proměnné množství pohybové aktivity, místa pobytu a subjektivního vnímání zdravotního stavu a kvality života. Krzepota (2015) ve svém výzkumu, kterého se účastnilo 131 studentů univerzit třetího věku v západním Polsku ukazuje, že úroveň pohybové aktivity nemá na kvalitu života vliv. Naopak výzkum od Ćwirlej-Sozańska et al. (2018) ukazuje, že senioři, kteří se účastnili pohybové aktivity alespoň 150 min/týden měli mnohem vyšší kvalitu života. V našem výzkumném šetření z hlediska pohybové aktivity byl nalezen statisticky významný rozdíl. A to v celém dotazníku AAQ a v DOM 4 (prostředí). Trajkov et.al. (2018) ve své studii naznačuje, že senioři, kteří se účastní pohybové aktivity po dobu 60 minut nebo 2x/týden, mají lepší kvalitu života než senioři, kteří nemají pohybovou

aktivitu vůbec. Největší rozdíly jsou v oblastech zdraví, psychická pohoda, sociální vztahy a volného času. V našem výzkumném souboru se dle Mann – Whitneyova U Testu statistická významnost ($p \leq 0,05$) proměnné pohybová aktivita prokázala v celé AAQ a v DOM 4 (prostředí). Almeida Moreira et al. (2016) se odkazuje na výsledky Vitorino a kolektivu (2012). Ve svém výzkumu v Rio de Janeiru se 77 seniory zjistili, že senioři s vyšším vzděláním a vyšší pohybovou aktivitou mají lepší kvalitu života. Statistická významnost je v doméně sociální vztahy. V našem výzkumném šetření se statistická významnost u proměnné vzdělání neukázala, ale u proměnné množství pohybové aktivity ano – v celém dotazníku AAQ a v DOM 4 (prostředí). Talarska et.al. (2018) zjistila nejvyšší skóre v doméně prožívání a prostředí. V doméně sociálních vztahů bylo zjištěno průměrné skóre. Naopak nejnižší skóre bylo v doméně fyzické zdraví.

5.2 Diskuze AAQ

V dotazníku AAQ bylo u celého souboru zjištěno, že se senioři nejvíce ztotožňovali s doménou psychologický růst, s hodnotou skóre 28,30. Celý soubor se tedy dle intervalu normy pohybuje v horní hranici. Nejnižší skóre bylo zjištěno v doméně fyzické změny, s hodnotou skóre 26,53. V této doméně se celý soubor dle intervalu normy pohybuje v průměru. (Dragomirecká & Prajsová, 2009). Statistická významnost se v našem výzkumném šetření objevila u proměnné subjektivní vyjádření zdravotního stavu a četnosti provozování pohybové aktivity. Top a Dikmetas (2015) měřili kvalitu života a postoje ke stáří a stárnutí v Turecku u 120 seniorů nad 65 let ve dvou pečovatelských domovech. Stejně jako u našeho výzkumného šetření se senioři ztotožňovali nejvíce v doméně psychologický růst. Poté následovaly domény fyzické změny a psychosociální ztráty. Kablovská (2019) uvádí, že se senioři také nejvíce ztotožňovali s otázkami v doméně psychologický růst, poté s fyzickými změnami a nejméně v oblasti psychosociálních ztrát. Bužgová a Klechová (2011) zjišťovali postoje seniorů ke stáří a stárnutí v Bruntále. Celý soubor tvořilo 151 seniorů, kteří museli splnit tři podmínky (věk nad 65 let, porozumět otázkám a souhlas se zařazením do studie). Senioři byli rozděleni do čtyř skupin. A to na studenty Univerzity třetího věku $n=40$, na aktivní sportovce $n=36$, na seniory z domova pro seniory Pohoda Bruntál $n=35$ a na seniory žijící doma, kteří nespoutují a nevzdělávají se $n=40$. V porovnání celého souboru respondentů s našimi výsledky můžeme říct, že rozdíl je v doméně

psychologický růst o 3 body. Výsledky domén psychosociální ztráty a fyzické změny jsou téměř stejné.

Low et al (2013) zjišťovali postoje ke stáří a stárnutí, kvalitu života a jejich závislost pomocí dotazníku WHOQOL-BREF a AAQ. Pracovali se 4 593 seniory z dvaceti různých zemí světa. Průměrný věk byl 72,1. Výsledky potvrzují, že kvalita života podstatně ovlivňuje hodnocení postojů ke stáří a stárnutí. Senioři, co nebyli spokojeni se svým zdravotním stavem měli negativnější postoje k vlastnímu stárnutí v doméně fyzické změny. Tato studie je v souladu s dalšími studii, kde bylo zjištěno, že zdravotní stav může vést k horšímu očekávání fyzických změn ve stáří (Furstenberg, 2002). Ale dobré vnímání zdravotního stavu vede k lepší budoucnosti.

5.3 Diskuze korelace WHOQOL-BREF a AAQ

Dle Spearmanovy korelace u našeho výzkumného souboru nalezneme korelaci mezi celým souborem WHOQOL-BREF a celým souborem AAQ (0,625318 na hladině $(p \leq 0,05)$). Dále naše výzkumné šetření ukázalo, že nekoreluje celá DOM 3 (sociální vztahy) u dotazníku WHOQOL-BREF (7) s žádnou z dalších domén a dalších sedm různých domén ve vzájemných kombinacích. Korelace byly nalezeny v celém dotazníku AAQ kromě psychologického růstu a v celém dotazníku WHOQOL-BREF kromě DOM 3 (sociální vztahy). U práce Koblavské (2019) výsledky ukázaly korelace mezi všemi doménami s výjimkou pouze pěti vztahů.

Na základě těchto výsledků a našich srovnání tedy nemůžeme vyvozovat závěry o jasném vztahu mezi kvalitou života seniorů a jejich postoji ke stáří a stárnutí, je nutné pracovat s větším souborem probandů, abychom nějaké obecné závěry mohli stanovit.

6 ZÁVĚRY

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak senioři hodnotí kvalitu života a jejich postoje ke stáří a stárnutí. Pro zjištění kvality života seniorů jsme použili standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF, který je rozdělen do čtyř domén – fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Pro zjištění postojů ke stáří a stárnutí jsme použili dotazník AAQ, který hodnotí postoje ve třech oblastech – psychosociální ztráty, fyzické změny a psychologický růst. Dotazníky byly ještě doplněny o anketu vlastní konstrukce.

Výzkumu se účastnilo 40 seniorů, ale data od jednoho seniora nebylo možné zpracovat pro náš statistický výzkum, tak byly využity pouze data od 39 seniorů. Účastnilo se 28 žen a 11 mužů. První část výzkumu probíhala v domově pro seniory SeneCura, druhá část probíhala v domově pro seniory Pohoda Chválkovice.

Hodnocení kvality života celého souboru se pohybuje mezi 12,80 – 14,86. Nejvyšší skóre je pak v doméně prostředí (14,86), následují domény sociální vztahy (13,77), prožívání (13,74) a fyzické zdraví (12,80).

Statistickou významnost ($p \leq 0,05$) v hodnocení kvality života jsme našli u proměnné četnost provozování pohybové aktivity, místa pobytu a subjektivního vyjádření zdravotního stavu a kvality života. V doméně prostředí se statistická významnost ($p \leq 0,05$) u pohybové aktivity ukázala mezi seniory, kteří provozují pohybovou aktivitu alespoň 2x týdně a u seniorů, kteří neprovozují žádnou pohybovou aktivitu. Hodnocení kvality života dle subjektivního hodnocení zdravotního stavu ukázalo statisticky významné rozdíly ($p \leq 0,05$) v doméně fyzické zdraví a v doméně sociální vztahy a v celém dotazníku WHOQOL-BREF. Hodnocení subjektivního vyjádření kvality života se ukázalo statisticky významné v DOM 1 (fyzické zdraví). Dle místa pobytu se statistická významnost objevila DOM 4 (prostředí). Výsledky hodnocení kvality dle pohlaví a dosaženého vzdělání se neukázaly jako statisticky významné ($p \leq 0,05$). Dle pohlaví dosahovali ženy ($n=28$) i muži ($n=11$) nejvyššího skóre v DOM 4 (prostředí), ženy 14,84 a muži 14,59. Dle dosaženého vzdělání měli nejvyšší skóre jak ženy, tak muži opět v DOM 4 (prostředí).

V dotazníku AAQ se senioři nejvíce ztotožňovali s doménou psychologický růst (28,30) a nejméně s doménou fyzické změny (26,53). Statistická významnost ($p \leq 0,05$) z hlediska pohybové aktivity byla nalezena v celém souboru AAQ. Další statistická významnost ($p \leq 0,05$) z hlediska subjektivního vnímání zdraví se projevila opět v celém souboru AAQ a v doméně psychosociální ztráty a fyzické změny. Statistická významnost u proměnné místo pobytu (domov SeneCura a domov Pohoda) byla nalezena v doméně psychosociální ztráty a v celém dotazníku AAQ.

Vzájemný vztah mezi jednotlivými doménami dotazníků WHOQOL-BREF a AAQ jsme zjistili pomocí Spearmanovy korelace. Korelace znamená souvislost mezi dvěma jevy, veličinami a proměnnými (Maříková et. al., 1996). Pokud se tedy jedna z nich změní, změní se korelativně i druhá, a naopak. Dle Spearmanovy korelace u našeho výzkumného souboru nalezneme korelaci mezi celým souborem WHOQOL-BREF a celým souborem AAQ (0,625318 na hladině ($p \leq 0,05$)). Dále naše výzkumné šetření ukázalo, že nekoreluje celá DOM 3 (sociální vztahy) u dotazníku WHOQOL-BREF (7) s žádnou z dalších domén a dalších sedm různých domén ve vzájemných kombinacích. Korelace byly nalezeny v celém dotazníku AAQ kromě psychologického růstu a v celém dotazníku WHOQOL-BREF kromě DOM 3 (sociální vztahy).

7 SOUHRN

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit kvalitu života seniorů a jejich postoje ke stáří a stárnutí. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsou popsány aspekty stáří a stárnutí, postoje a lidské potřeby, periodizace stáří, změny ve stáří a pohybová aktivita seniorů. Je zde popsán současný systém péče o seniory a jejich kvalita života. Praktická část obsahuje výzkumné otázky a cíle.

Pro zjištění kvality života seniorů byl použit dotazník WHOQOL-BREF, který je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100. Dotazník WHOQOL-BREF hodnotí kvalitu života v doménách fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Dotazník AAQ byl použit pro zjištění postojů ke stáří a stárnutí. Je rozdělen do tří oblastí – psychosociální ztráty, fyzické změny a psychologický růst.

Našeho šetření se účastnilo 40 seniorů, ale data od jednoho seniora nebylo možné zpracovat pro náš statistický výzkum, tak byly využity pouze data od 39 seniorů. Z toho bylo 28 žen a 11 mužů. Výsledky dotazníků byly srovnány s proměnnými, které byly použity z ankety vlastní konstrukce (pohlaví, místo pobytu, vzdělání, pohybová aktivita, kvalita života a zdravotní stav).

Dle dotazníku WHOQOL-BREF mají senioři našeho výzkumného souboru nejvyšší kvalitu života v oblasti prostředí, následují oblasti sociální vztahy, prožívání a fyzické zdraví. Statistické významnosti byly nalezeny u proměnných pohybová aktivita, subjektivní vyjádření zdravotního stavu, subjektivní vyjádření kvality života a u místa pobytu (domov SeneCura a domov Pohoda). V dotazníku AAQ se senioři nejvíce ztotožňovali v oblasti psychologický růst, následuje oblast psychosociální ztráty a fyzické změny. Statistické významnosti byly nalezeny u pohybové aktivity, subjektivního hodnocení zdravotního stavu a u místa pobytu – domov SeneCura a domov Pohoda. Senioři, kteří odpovídali, že mají pohybovou aktivitu alespoň 2x týdně, mají nejvyšší skóre v doméně psychologický růst a to 29,53. Nejnižše se potom pohybují v doméně fyzické změny s hodnotou 27,38. Naopak senioři, kteří odpovídali, že žádnou

pohybovou aktivitu neprovozují, dosahují nejvyšší skóre v doméně psychologický růst s hodnotou 27,80. Nejnižší jsou potom v doméně psychosociální ztráty s hodnotou 23,80.

Vzájemný vztah mezi jednotlivými doménami dotazníků WHOQOL-BREF a AAQ jsme zjistili pomocí Spearmanovy korelace. Korelace znamená souvislost mezi dvěma jevy, veličinami a proměnnými (Maříková et. al., 1996). Pokud se tedy jedna z nich změní, změní se korelativně i druhá a naopak. Dle Spearmanovy korelace našeho výzkumného souboru nalezneme korelaci mezi celým souborem WHOQOL-BREF a celým souborem AAQ (0,625318 na hladině ($p \leq 0,05$)). Dále naše výzkumné šetření ukázalo, že nekoreluje celá DOM 3 (sociální vztahy) u dotazníku WHOQOL-BREF (7) s žádnou z dalších domén a dalších sedm různých domén ve vzájemných kombinacích. Korelace byly nalezeny v celém dotazníku AAQ kromě psychologického růstu a v celém dotazníku WHOQOL-BREF kromě DOM 3 (sociální vztahy).

8 SUMMARY

Purpose of my bachelor is to find out the quality of life seniors and their attitudes towards old age and aging. The bachelor thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part describes aspects of old age and aging, attitudes and human needs, periodization of old age, changes in old age and physical activity of seniors. There is described a present system of care for the elderly and their quality of life. The practical part contains research questions and objectives.

The quality of life of the elderly was determined from the WHOQOL-BREF questionnaire, which is a short version of the WHOQOL – 100 questionnaire. WHOQOL-BREF assesses the quality of life in domains physical health, experiencing, social relations and environment. The AAQ questionnaire was used to determine attitudes towards old age and aging. AAQ questionnaire is divided – psychosocial losses, physical changes and psychological growth.

In total 40 seniors participated in our research, data from one senior could not be processed for our statistical research, so only 39 seniors were used. There were 28 women and 11 men. The results of questionnaires were compared with variables that were used from a survey of their own design (gender, place of life, education, physical activity, quality of life and health).

According to the WHOQOL-BREF questionnaire, the seniors of our research group have the highest quality of life in the environment, followed by social relations, experiencing and physical health. Statistical significance was found in the variables physical activity, subjective expression of health status, subjective expression of quality of life and place of residence (SeneCura and Pohoda). In the AAQ questionnaire, seniors most identified themselves in the area of psychological growth, followed psychosocial loss and physical change. Statistical significance was found in physical

activity, subjective evaluation of health status and in the place of residence – SeneCura and Pohoda. Seniors who answered that they have physical activity at least twice a week have the highest score in the domain of psychological growth, namely 29,53. The lowest in the domain physical change with a score of 27,38. On the contrary seniors who answered that they do no physical activity have the highest score in domain psychological growth -score 27,80. They are the lowest in the domain psychosocial loss with a score of 23,80.

We found the correlation between the domains of the WHOQOL-BREF and AAQ questionnaires using the Spearman correlation. Correlation means the connection between two phenomena, quantities and variables (Maříková et. al., 1996). So if one of them changes, the other will change correlatively and conversely. According Spearman's correlation of our research set, we find a correlation between the whole WHOQOL-BREF questionnaire and the whole AAQ questionnaire (0,625318 - ($p \leq 0,05$)). Our research has shown that it does not correlate the entire DOM 3 (social relations) of the WHOQOL-BREF (7) with any of the other domains and seven different domains in combination. Correlations are in the whole AAQ questionnaire except psychological growth and in the whole WHOQOL-BREF. Questionnaire except DOM 3 (social relations).

9 REFERENČNÍ SEZNAM

- Almeida Moreira, P., Roriz, A., Mello, A., & Ramos, L. (2016). Quality of Life of Institutionalized Elderly in Brazil [Online]. *Social Indicators Research*, 126(1), 187-197. <https://doi.org/10.1007/s11205-015-0888-7>
- Bužgová, R., & Klechová, H. (2011). MČĜeni postojĜ seniorĜ ke stáĜí [Online]. *General Practitioner / Prakticky Lekar*, 91(7), 396-401. Retrieved from <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=6ff3f73c-f86e4254-b231-e2b41acaf794%40sessionmgr4006>
- Canković S, Nikolić EA, Jovanović VM, KvrĜlić S, Harhaji S, & Radić I. (2016). *Qualiry if life of life elderly people living in a retirement home [online]*. *Vojnosanitetski Pregled*, 73(1), 42-6. Retrieved from <http://EDS.A.EBSCOHOST.COM/EDS/PDFVIWER/PDFVIEWER?VID=0&SID=4AC2AEA9-B785-491F-A30C-FE15A8CFFA5B%40SESSIONMGR4006>
- Cruz, L. N., Polanczyk, C. A., Camey, S. A., Hoffmann, J. F., & Fleck, M. P. (2011). Quality of life in Brazil: normative values for the Whoqol-breg in a southern general population sample. *Quality of Life Research*, 20(7), 1123-1129. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9845-3>.
- Dragomirecká, D. (2007). Prediktory kvality Ĝivota ve vyšším věku. Disertační práce, Univerzita Karlova, Fakulta psychologie, Praha
- Dragomirecká, E., & Bartoňová, J. (2006). *WHOQOL-OLD Příručka pro uživatele české verze dotazníkŭ kvality Ĝivota Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Dragomirecká, E., & Prajsová, J. (2009). *WHOQOL-OLD Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality Ĝivota ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum.

- Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada.
- Erikson, E. (1999). *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Praha: Nakl. Lidové noviny.
- Fisher, K. (2012). *Max-Neef on Human Needs and Human-scale Development*. United States of America.
- Furstenberg, A., L. (2002). Trajectories of Aging: Imagined Pathways in Later Life [Online]. *International Journal Of Aging And Human Development*, 55(1), 1-24. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890406516303905?>
- Gruss, P. (2009). *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Portál.
- Hojda, Z. (2009). *Věché stáří, nebo zralý věk moudrosti?* Praha: Academia.
- Hudáková, A., Eliášová, A., Magurová, D., Majerníková, L., & Obročníková, A. (2017). *Diferenciace ve vnímání kvality života u seniorov*. *Praktický lékař*, 97(4), 168-173.
- Jarošová, D. (2006). *Péče o seniory*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta.
- Jedlička, V. (1991). *Praktická gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 263 s.
- Klvetová, D., & Dlabalová, I. (2008). *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, 31-33.
- Koblovská, R. (2019). *Senioři – kvalita života a postoje ke stáří a stárnutí*. Bakalářská práce, Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.
- Krzepota, J., Florkiewicz, B., & Biernat, E. (2015). The Relationship between Levels of Physical Activity and Quality of Life among Students of the University of the Third Age [Online]. *Central European Journal Of Public Health*, 23(4), 335-339. Retrieved from <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=25&sid=ef83d8e9-d99c47ac-a495-0df833673b9f%40sessionmgr103>.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Langmeier, J., Krejčářová, D. (1998). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- Low G, Molzahn AE, & Schopfloch D. (2013). Attitudes to aging mediate the relationship between older peoples' subjective health and quality of life in 20 countries [Online]. *Health And Quality Of Life Outcomes*, 11, 146. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-146>

- Marková, M. (2012). *Determinanty zdraví*. Brno: NCO NZO.
- Maslow, A. (2013). *O psychologii bytí*. Praha: Portál.
- Matoušek, O., & Koldinská, K. (2007). *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál.
- MPSV ČR. (2006). Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. Retrieved from Rwww.zakonyprolidi_cs_2006_108_v20190101.
- Musschenga, A. (1997). *The relation between concepts of quality of life, health and happiness*. London: Kluwer Academic Publisher.
- MZ ČR. (2011). Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách. Retrieved from <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
- Nordenfelt, L. (1994). *Concepts and measurement of quality of life in health care*. London: Kluwer academic publishers.
- Ondrušová, J. (2011). *Stáří a smysl života*. Nakladatelství Karolinum.
- Pacovský, V. (1994). *Geriatrická diagnostika*. Praha: Academia.
- Pichaud, C., Thareauová, I. (1998). *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál.
- Pokorná, A. (2010). *Komunikace se seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Příbyl, H. (2015). *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf.
- Příhoda, V. (1974). *Ontogeneze lidské psychiky*. Praha: SPN.
- Rabušic, L. (1998). *Časové aspekty důchodového věku*. Praha: Sociologický ústav AV ČR.
- Rheinwaldová, E. (1999). *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada.
- Říčan, P. (2007). *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál.
- Slepička, P., Mudrák, J. & Slepičková, I. (2015). *Sport a pohyb v životě seniorů*. Praha: Univerzita Karlova.
- Stuart-Hamilton, I. (1999). *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál.
- Sýkorová, D. (1996). *Prázdné hnízd-šance nebo břemeno?* Olomouc: Universita Palackého.
- Talarska, D., Tobis, S., Kotkowiak, M., Strugała, M., Stanisławska, J., & Wieczorowska-Tobis, K. (2018). Determinants of Quality of Life and the Need for Support for the Elderly with Good Physical and Mental Functioning. *Medical*

Science Monitor, 24, 1604–1613. <https://doi.org/10.12659/MSM.907032>

- Top, M., & Dikmetas, E. (2015). Quality of life and attitudes to ageing in Turkish older adults at old people's homes. *Health Expectations*, 18(2), 288-300. Retrieved 9.12.2018 from WEB OF SCIENCE database on the World Wide Web: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/hex.12032>
- Topinková, E., Neuwirth, J. (1995). *Geriatric pro praktického lékaře*. Praha: Grada.
- Trajkov, M., Eminovic, F., Radovanovic, S., Dopsaj, M., Pavlovic, D., & Kljajic, D. (2018). Quality of life and depression in elderly persons engaged in physical activities. *Vojnosanitetski Pregled*, 75(2), 177–184. <https://doi.org/10.2298/VSP160329336T>
- Tošnerová, T. (2001). *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky*. Praha: LF UK.
- Vaňurová, H. (2005). *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova Universita.
- Venglářová, M. (2007). *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Vidovičová, L., & Kafková, M. P. (2012). *Aktivity seniorů ve velkých městech: zdraví, prostor a subjektivní kvalita života*. *Sociologický časopis*, 48 (5), 939-963.
- Vohralíková, L. & Rabušic, L. (2004). *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Praha: VÚPSV.
- Wernerová, J., & Zvoníková, A. (2016). *Stárnutí dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav a závislost seniorů*. *Revizní a Posudkové Lékařství*, 19(2), 68-73.
- Zavázalová, H. (2001). *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova.
- Zavázalová, H., Zikmundová, K. & Zaremba, V. (2004). *Terénní zdravotnické a sociální služby pro seniory*. Praha: Grada Publishing.
- Zvoníková, A. (2015). *Stárnutí populace a disability*. *Revizní a Posudkové Lékařství*, 18(3/4), 78-80.

10 PŘÍLOHY

Příloha 1 Informovaný souhlas

Příloha 2 Anketa vlastní konstrukce

Příloha 3 Dotazník kvality života WHOQOL-BREF

Příloha 4 Dotazník postojů ke stárnutí a stáří AAQ

Příloha 1

Informovaný souhlas

Studie: Hodnocení kvality života osob v seniorském věku
(pracovní název)

Jméno: _____

Datum narození: _____

Účastník/účastnice byl(a) do studie zařazen(a) pod číslem:

1. Já, níže podepsaný(á), souhlasím se svou účastí ve studii. Je mi více než 18 let.
2. Byl(a) jsem podrobně instruován(a) o cíli studie, o jejích postupech a o tom, co se ode mne očekává. Beru na vědomí, že prováděná studie je výzkumnou činností.
3. Porozuměl(a) 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 uschována 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 mou účastí ve studii není spojeno poskytnutí žádné odměny.

6. Porozuměl(a) jsem tomu, že mé jméno se nebude nikdy vyskytovat v referátech o této studii. Já naopak nebudu proti použití výsledků této studie.

Datum: _____

Datum: _____

Podpis účastníka / účastnice

Podpis osoby pověřené touto studií

Příloha 2

VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ – DOPLŇTE ČI ZAŠKRTNĚNTE

Věk: _____

Pohlaví: MUŽ ŽENA

Způsob bydlení: V ZAŘÍZENÍ DOMA

Nejvyšší dosažené vzdělání:

- základní střední bez maturity
 střední s maturitou vysokoškolské

Rodinný stav:

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

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

- výrazně podprůměrné
 mírně podprůměrné
 průměrné
 mírně nadprůměrné
 výrazně nadprůměrné

Máte nějaké zvíře (domácího mazlíčka)?

- ANO - Jaké? _____
 NE

Účastníte se pravidelně organizovaného cvičení ve skupině cvičenců, které trvá alespoň 30 minut?

ANO

➤ kolikrát týdně: 1krát 2krát 3krát a víc

➤ **Jaké cvičení?** _____

CVÍČÍM (SPORTUJI) SÁM/SAMA

➤ kolikrát týdně: 1krát 2krát 3krát a víc

➤ **Co děláte?** _____

NE

➤ **Důvod?** nedostatek příležitostí

zdravotní stav

jiné: _____

Účastníte se organizovaných kulturních nebo společenských akcí?

ANO - **Kolikrát za měsíc?** _____

NE

Kouříte? ANO NE

Jak jste spokojená/ý se svým zdravotním stavem?

velmi spokojený/á

spíše spokojený/á

ani spokojený/á – ani nespokojený/á

spíše nespokojený/á

úplně nespokojený/á

Jak hodnotíte kvalitu svého života?

velmi dobrá

dobrá

ani dobrá ani slabá

slabá

velmi slabá

Příloha 3

Dotazník kvality života dle Světové zdravotnické organizace (WHO)

WHOQOL-BREF

(krátká verze)

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. **Odpovězte, prosím, na všechny otázky.** Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte a zakroužkujte odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první. Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti za **poslední dva týdny**.

Váš věk: _____

Jste: **muž / žena**

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

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

		vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3.	Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4.	Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohla fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5

5.	Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6.	Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7.	Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8.	Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9.	Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

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

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

15.	Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5
-----	----------------------------	---	---	---	---	---

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

		velmi nespokojen/a	nespokojena/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16.	Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17.	Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18.	Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19.	Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20.	Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5

	velmi nespokojen/a	nespokojena/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
--	-----------------------	---------------	--	------------	---------------------

21.	Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22.	Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23.	Jak jste spokojena/a s podmínkami v místě kde žijete?	1	2	3	4	5
24.	Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25.	Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

Příloha 4

Postoje ke stárnutí a stáří (WHO) AAQ – česká verze

Instrukce

Tento dotazník zjišťuje, co si myslíte o stárnutí.

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

Berte, prosím, v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Rádi bychom, abyste vycházeli ze svých **celkových životních zkušeností**.

Ptáme se tedy na Váš celkový pocit a otázka může znít např. takto:

Bojím se stárnutí.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

Měl/a byste zakroužkovat číslo, které nejlépe vystihuje, nakolik pro Vás daný výrok platí.

Proto byste měl/a zakroužkovat číslo 4, pokud se stárnutí „hodně“ bojíte, nebo zakroužkovat č. 1, pokud se stárnutí „vůbec“ nebojíte.

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

Děkujeme Vám za spolupráci.

Následující otázky zjišťují, **nakolik souhlasíte** s níže uvedenými výroky. Pokud souhlasíte s výrokem v maximální míře, zakroužkujte číslo pod slovy „výrazně souhlasím“. Pokud s výrokem vůbec nesouhlasíte, zakroužkujte číslo pod slovem „výrazně nesouhlasím“. Pokud chcete vyjádřit, že Vaše odpověď leží někde mezi „výrazně nesouhlasím“ a „výrazně souhlasím“, zakroužkujte jedno z čísel ležících mezi nimi.

1. Jak lidé stárnou, jsou schopni se lépe vyrovnávat se životem.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasí	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	m 2	3	4	5

2. Je výsadou dožít se vyššího věku.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasí	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	m 2	3	4	5

3. Stáří je čas samoty.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasí	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	m 2	3	4	5

4. Moudrost přichází s věkem.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasí	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
---------------------	------------	------------------	-----------	-------------------

1	m 2	3	4	5
---	--------	---	---	---

5. Stáří s sebou přináší mnoho příjemných věcí.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasí m 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	----------------------	-----------------------	----------------	------------------------

6. Stáří je čas depresí.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasí m 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	----------------------	-----------------------	----------------	------------------------

7. Cvičení je důležité v každém věku.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasí m 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	----------------------	-----------------------	----------------	------------------------

Následující otázky zjišťují, **nakolik** pro Vás níže uvedené výroky **platí**. Pokud pro Vás výrok platí v maximální míře, zakroužkujte číslo pod výrokem „výrazně souhlasím“. Pokud pro Vás výrok vůbec neplatí, zakroužkujte číslo pod spojením „výrazně nesouhlasím“. Pokud chcete vyjádřit, že Vaše odpověď leží někde mezi „výrazně nesouhlasím“ a „výrazně souhlasím“, zakroužkujte jedno z čísel ležících mezi nimi.

8. Stárnutí je snazší, než jsem si myslel/a.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasí m 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	----------------------	-----------------------	----------------	------------------------

9. Jak stárnu, zjišťuji, že je pro mne těžší mluvit o svých pocitech.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasí m 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	----------------------	-----------------------	----------------	------------------------

10. Jak stárnu, jsem vůči sobě tolerantnější.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasí m 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	----------------------	-----------------------	----------------	------------------------

11. Necítím se starý/á.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasí m 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	----------------------	-----------------------	----------------	------------------------

12. Stáří vidím hlavně jako období ztrát.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasí m 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	----------------------	-----------------------	----------------	------------------------

13. To, jak se uvnitř cítím, není dáno věkem.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasí m 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	----------------------	-----------------------	----------------	------------------------

14. Mám více energie, než bych vzhledem ke svému věku očekával/a.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasí m 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	----------------------	-----------------------	----------------	------------------------

15. Jak stárnu, stávám se fyzicky méně soběstačný/á.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasí m 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	----------------------	-----------------------	----------------	------------------------

16. Zdravotní problémy mě nebrání dělat to, co chci.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasí m 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	----------------------	-----------------------	----------------	------------------------

17. Jak stárnu, zjišťuji, že je pro mne těžší uzavírat nová přátelství.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasí m 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	----------------------	-----------------------	----------------	------------------------

18. Je velmi důležité předat své zkušenosti mladým lidem.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasí m 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	----------------------	-----------------------	----------------	------------------------

19. Věřím, že můj život má význam.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasí m 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	----------------------	-----------------------	----------------	------------------------

20. Nyní, když jsem starší, necítím se dost začleněný/á do společnosti.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasí m 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	----------------------	-----------------------	----------------	------------------------

21. Chci dávat dobrý příklad mladým lidem.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasí m 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	----------------------	-----------------------	----------------	------------------------

22. Cítím se kvůli svému věku z mnoha věcí vyřazený/á.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasí m 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	----------------------	-----------------------	----------------	------------------------

23. Můj zdravotní stav je lepší, než jsem ve svém věku očekával/a.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasí m 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	----------------------	-----------------------	----------------	------------------------

24. Cvičením se udržuji tak aktivní a v dobré kondici, jak je to možné.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasí m 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	----------------------	-----------------------	----------------	------------------------

Děkujeme za spolupráci.