

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta filozofická

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Kvalita života ve vyšším věku

Autor práce: **Linda Kubová**

Plzeň 2023

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta filozofická
Katedra sociologie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program Sociologie
Kvalita života ve vyšším věku

Autor práce:
Vedoucí práce:

Linda Kubová
PhDr. Mgr. František Kalvas, Ph.D.
Katedra sociologie

Plzeň 2023

Prohlašuji, že jsem práci zpracoval(a) samostatně a použil(a) jen uvedených pramenů a literatury.

Plzeň, srpen 2023

.....

Poděkování

Mé poděkování patří vedoucí bakalářské práce PhDr. Františkovi Kalvasovi, Ph.D. za jeho vstřícný přístup, trpělivost a čas, který mi věnoval během celého studia, a především při psaní této práce. Poděkování patří též personálu Domova pro seniory sv. Jiří za jejich vstřícnost a spolupráci. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině, kteří mě podporovali během celého studia na vysoké škole.

Obsah

Úvod	- 7 -
1 Kvalita života.....	- 8 -
1.1 Historický vývoj	- 9 -
1.2 Pojetí kvality života	- 10 -
1.3 Měření kvality života	- 12 -
1.4 Faktory ovlivňující kvalitu života seniorů	- 14 -
2 Stáří a stárnutí.....	- 16 -
2.1 Stáří.....	- 16 -
2.1.1 Kalendářní stáří.....	- 16 -
2.1.2 Biologické stáří.....	- 17 -
2.1.3 Sociální stáří	- 17 -
2.2 Stárnutí.....	- 18 -
2.3 Změny ve vyšším věku	- 18 -
2.3.1 Biologické aspekty stárnutí	- 19 -
2.3.2 Psychické aspekty stárnutí.....	- 19 -
2.3.3 Sociální aspekty stárnutí.....	- 20 -
2.4 Gerontologie	- 20 -
2.5 Adaptace a příprava na stáří.....	- 21 -
2.5.1 Příprava na stáří.....	- 21 -
2.5.2 Adaptace na stáří	- 23 -
3 Životní potřeby	- 25 -
3.1 Maslowova pyramida potřeb	- 25 -
3.2 Potřeby lidí ve vyšším věku.....	- 26 -
4 Senioři.....	- 28 -
4.1 Důvody k odchodu do domova pro seniory	- 28 -
4.2 Adaptace seniorů.....	- 29 -
4.3 Nevhodné zacházení se seniory	- 30 -
5 Výzkum	- 34 -
5.1 Cíle výzkumu	- 34 -
5.2 Hypotézy	- 34 -
5.3 Užité metody.....	- 34 -

5.4	Výzkumný vzorek.....	- 36 -
5.4.1	Obecná charakteristika	- 36 -
5.4.2	Domov pro seniory sv. Jiří	- 37 -
5.5	Realizace a postup sběru dat	- 38 -
6	Základní analýza dat.....	- 40 -
7	Vyhodnocení jednotlivých domén WHOQOL-BREF.....	- 44 -
8	Vyhodnocení hypotéz	- 49 -
	Závěr.....	- 51 -
	Summary.....	- 53 -
	Literatura	- 54 -
	Přílohy	I

Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem si jako téma vybrala „Kvalita života ve vyšším věku“, jelikož stárnutí je komplexní celoživotní proces, který se týká každého z nás, a proto se poslední roky stává téma stárnutí populace jedním z nejvíce diskutovanějších témat.

Důvodem volby tohoto tématu je mé aktivní působení v sociální sféře již od střední školy. Měla jsem možnost setkat se s různými lidmi ze sociálních skupin a dostat se na místa, kam se jen tak nikdo nedostane, a to díky mojí střední škole, které nabízela takové možnosti pro své studenty. Pracovala jsem v domově pro seniory a v domově pro seniory se zvláštním režimem a vždy mě zajímalo, jak by klienti hodnotili svoji kvalitu života v porovnání s jinou skupinou seniorů.

Téma domov pro seniory a kvalita péče je stále hodně rozporuplné téma v naší společnosti. Jedna skupina lidí jsou zastánci této sociální služby a druhá skupina jsou zase odpůrci. Měli bychom se na tuto oblast daleko více zaměřit. Nejen teoreticky, ale především z toho praktického pohledu.

Cílem bakalářské práce byla kvalita života seniorů ve vybraném prostředí. Tedy zjistit, porovnat a zhodnotit rozdíly kvality života seniorů žijících v domovech pro seniory a seniorů žijících ve svých vlastních domácnostech. Bakalářská práce vychází z předpokladu, že senioři žijící ve vlastní domácnosti jsou se svým životem a jeho kvalitou spokojenější než senioři žijící v domovech pro seniory.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je rozdělena na několik kapitol. Nejdříve se zabývám kvalitou života, historickým vývojem, různými pohledy na kvalitu života, jaké faktory ovlivňují kvalitu života a jak se měří kvalita života. V druhé kapitole definuji stárnutí a stáří, kde uvádím rozdělení kalendářního věku, změny ve stáří, gerontologii a adaptaci na stáří. Dále se rozepíšu o životních potřebách lidí ve vyšším věku. V poslední teoretické části se zabývám důvody, které seniory vedou k odchodu do domova pro seniory, následnou adaptací a nevhodnému chování vůči nim.

V části praktické analyzuji a interpretuji realizovaný terénní průzkum. Jeho cílem je na základě dotazníkového šetření zjistit a porovnat rozdíly kvality života seniorů žijících v domovech pro seniory a seniorů žijících ve vlastních domácnostech. Dalším cílem je ukázat aspoň nějaké části společnosti názory seniorů z různého prostředí na jejich kvalitu života.

1 Kvalita života

Díky prodlužující se délce života začíná být důležité zkoumání faktorů, které ovlivňují stárnutí a následnou kvalitu života jedinců ve stáří. Kvalitou života se zabývá spousta oblastí lidské činnosti jako je například medicína, psychologie, sociologie, politologie, technika nebo například i ekonomie. Sociologové zkoumají kvalitu života v různých sociálních kolektivech a provádějí komparativní analýzy, nejen v rámci daného společenství, ale také při mezikulturním srovnání. Snaží se identifikovat determinanty, které mají význačný vliv na tuto kvalitu. Z psychologické perspektivy se specialisté zaměřují především na subjektivní blahobyt jednotlivých jedinců a usilují o jeho kvantifikaci prostřednictvím variabilních metodik. Hodnocení kvality života je dnes mezioborovou záležitostí a závisí na hledisku zkoumání. Každý vědní obor nahlíží na kvalitu života trochu jinak.

Existuje již celá řada definic, ale do dnešní doby nebyla přijata žádná jediná hlavní uznávaná definice. Jednou z nejznámějších definic je od Světové zdravotnické organizace, která kvalitu života chápe jako to *„jak člověk vnímá své postavení v životě kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“* (WHOQOL Group in Orley 1993 cit. Dragomireckou 2009, s. 9).

Více se o kvalitě života začalo mluvit v minulém století při diskusích ohledně sociálně slabých skupinách. Nejdříve se kvalita života vyhodnocovala pomocí jasně objektivních ukazatelů (produktivita práce nebo průměrný výsledek). Později se zjistilo, že člověku nestáčí k dobrému životu jen uspokojení potřeb po ekonomické stránce, proto na scénu nastoupila sociologie, která se zajímá o subjektivní životní pocit, který ovlivňuje osobní zkušenost. Kvalita života je zásadní pro hodnocení individuálního i skupinového lidského života.

Celkově lze konstatovat, že kvalita života reflektuje výsledek vzájemného propojení a ovlivňování mnoha různorodých faktorů. Zahrnuje zdravotní, sociální, ekonomické a environmentální podmínky, které jsou v těsném vzájemném vztahu a spolu působí. Tyto faktory mají značný dopad na individuální lidský rozvoj a stejně tak na celý společenský rámec (Hnilicová in Payne, 2005, str. 207).

V následujících kapitolách se budeme podrobněji zaměřovat na to, jak se za posledních sto let vyvíjel termín kvalita života a jak se kvalita života měří. Rozdělíme si tři základní

pohledy: medicínský, psychologický a sociální. V neposlední řadě se zaměříme na faktory ovlivňující kvalitu života seniorů.

1.1 Historický vývoj

Pojem "kvalita života" byl poprvé zmíněn v době před dvacátými lety v souvislosti s ekonomickým rozvojem a rolí státu v poskytování finanční podpory pro méně privilegované vrstvy společnosti. Diskuse se točila kolem toho, jak státní dotace ovlivňují pohodu chudších lidí a celkový stav státních financí (Hnilicová in Payne, 2005, str. 205).

Tento termín se objevil znovu o něco později, konkrétně v šedesátých letech, kdy americký prezident Johnson ve svém projevu prohlásil, že jeho domácí politika má za cíl zvýšit kvalitu života občanů. Postupem času se ukázalo, že neustálý ekonomický růst nevede automaticky k větší spokojenosti, ale spíše k narůstajícím požadavkům, které nelze vždy uspokojit (Hnilicová in Payne, 2005, str. 205).

V sedmdesátých letech německý politik Willy Brandt přišel s programem, který měl zlepšit kvalitu života pro občany. V oblasti sociologie tento pojem slouží k rozlišení mezi vnějšími podmínkami života, jako jsou příjmy, politická situace nebo počet automobilů v domácnosti, a samotným subjektivním pocitem jednotlivců. První použití termínu "kvalita života" pro výzkumné účely lze datovat do tohoto období (Hnilicová in Payne, 2005, str. 205).

Studium kvality života prošlo významným rozkvětem zejména v nedávné době. Odborné týmy se touto problematikou zabývají a snaží se ji zkoumat z různých úhlů. Zkoumání kvality života zahrnuje hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a ovlivňují subjektivní pocit lidského štěstí. Hlavním cílem je podporovat a vytvářet prostředí a podmínky, které jednotlivcům umožní žít způsobem, který je pro ně nejvhodnější (Hnilicová in Payne, 2005, str. 206).

1.2 Pojetí kvality života

Rozsah kvality života v různých oblastech je určován dvěma faktory: tím, jak jsou tyto oblasti důležité pro jednotlivce, a jak jsou v těchto oblastech využívány. Rozdělujeme tři pohledy na kvalitu života: psychologický, medicínský a sociální.

Psychologický pojetí

V oblasti psychologie se zaměřujeme na psychologický koncept kvality života a provádíme výzkumy, které se snaží zachytit subjektivní prožívání celkového pohodlí a spokojenosti jednotlivců. V rámci tohoto konceptu zkoumáme několik klíčových aspektů.

Prvním z nich je "spokojenost se životem", což zahrnuje hledání odpovědí na otázky, co přispívá k pocitu spokojenosti u lidí. Analyzujeme strukturu faktorů, které mají vliv na to, jak se lidé cítí spokojení, a zjišťujeme, jak společenské instituce ovlivňují jejich spokojenost.

Dále se věnujeme "subjektivní pohodě" (subjective well-being) a "štěstí" (happiness, flow), kdy se zaměřujeme na celkové hodnocení kvality života jako celku. Termín "subjektivní pohoda" zahrnuje jak kognitivní, tak emocionální složky. Kognitivní část se týká racionálního hodnocení vlastního života a míry spokojenosti s ním. Emocionální složka se zabývá tím, jak lidé prožívají různé situace a jaké emoce v nich převažují. Analyzujeme celkové emoční ladění jedince a sledujeme, zda převažují pozitivní nebo negativní emoce.

Subjektivní pohoda a související pojmy nejsou v odborné literatuře jednoznačně definovány. Nicméně většina odborníků rozlišuje dvě základní komponenty. První z nich je "aktuální subjektivní pohoda," což zahrnuje momentální emocionální prožitek jednotlivce v krátkém časovém úseku. Druhou komponentou je "habituální subjektivní pohoda," což vychází z dlouhodobých emocionálních zkušeností a odráží typický emocionální stav daného jedince. Tato dlouhodobá orientace vzniká na základě kognitivních úsudků a obvykle je velmi stabilní.

(Payne, 2005)

Medicínský pojetí

Výraz "kvalita života" začal být v oblasti medicíny více užíván od 70. let a postupně získává větší význam i v klinických studiích. Tento termín je relativně nový v kontextu zdravotnictví, ale stále více se jím zabývá. Ve zdravotnictví se zaměřujeme na výzkum

kvality života především v oblasti psychosomatiky a fyzického zdraví. Často používáme termín "health related quality of life," což lze volně přeložit jako "kvalita života ovlivněná zdravím." Tím myslíme, že kromě klinických ukazatelů, jako je tělesná teplota, krevní testy a hladina hemoglobinu, zkoumáme také subjektivní a objektivní faktory týkající se duševního a fyzického stavu pacienta. To zahrnuje jeho aktuální emoční stav, úroveň napětí a úzkosti, míru únavy a schopnost se starat o sebe.

Tento přístup je zvláště důležitý u pacientů s onkologickým onemocněním a psychickými problémy. V případech, kdy nemáme možnost úplného uzdravení, je klíčové zaměřit se na zlepšení kvality života jako cíl terapie. To je často případ u pacientů s rakovinou, kde musíme zvažovat, zda intenzivní terapie má smysl, pokud by mohla výrazně zhoršit jejich kvalitu života. Výzkumy ukázaly, že agresivní léčebný přístup může snížit kvalitu života pacientů více než samotná nemoc. Proto je důležité při rozhodování o terapii zohlednit nejen klinické výsledky, ale i to, jaký vliv bude mít terapie na život pacienta.

Měření kvality života v rámci zdravotnictví přináší další cenné informace o pacientovi, které jsou z jeho subjektivního pohledu důležité. To zahrnuje emocionální prožívání nemoci, úroveň sociální podpory, informace o partnerském vztahu a další aspekty. Celkově tedy zohledňování kvality života zpřesňuje rozhodovací proces v léčbě a pomáhá lékařům lépe porozumět potřebám a prožívání pacientů.

(Payne, 2005)

Sociální pojetí

V sociologickém kontextu je důraz kladen na různé atributy sociálního úspěchu, jako jsou postavení ve společnosti, majetek, vybavení domácnosti, vzdělání a rodinný stav, které ovlivňují hodnocení kvality života. V rámci těchto přístupů je zkoumán vzájemný vztah těchto faktorů se subjektivním vnímáním životní kvality. Významnou roli hrají studie, které zkoumají, jak jednotlivé sociální a sociálně-zdravotní programy ovlivňují kvalitu života obyvatel určitého regionu.

V tomto směru se zaměřuje i Mezinárodní společnost pro studium kvality života (International Society for Quality of Life Studies), která se zabývá tím, jak sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální faktory spolu ovlivňují rozvoj jednotlivců. Tímto přístupem je kvalita života chápána jako výsledek kombinace těchto podmínek.

Důležitým pojmem v tomto rámci je "životní úroveň", která zahrnuje kvantitativní i kvalitativní aspekty dostupných statků a služeb. Ukazatele, jako je hrubý domácí produkt (HDP) na osobu, průměrná délka života, kojenecká úmrtnost, počet lékařů na obyvatele, podíl HDP věnovaný na školství a zdravotnictví nebo počet televizorů a telefonů na domácnost, jsou používány jako relevantní indikátory životní úrovně.

(Payne, 2005)

1.3 Měření kvality života

V poválečných letech minulého století v oblasti medicíny začali s měřením kvality života. Používalo se to především v onkologii, například při hodnocení nežádoucích účinků chemoterapie. O několik let později se sledování kvality života rozšířilo do všech odvětví medicíny a stalo se předmětem společenských věd.

Obecně lze kvalitu života měřit ze tří perspektiv. Dle Křivohlavého (2002) se dělí metody měření kvality života na:

- 1. Metoda měření kvality života druhou osobou**
- 2. Metoda měření kvality svého vlastního života**
- 3. Metoda kombinovaná na základě spojení obou předchozích metod**

Metoda měření kvality života druhou osobou

APACHE II - je skórovací systém, který se používá k hodnocení závažnosti onemocnění a predikci rizika úmrtí u pacientů hospitalizovaných na jednotce intenzivní péče. Tento skórovací systém bere v úvahu různé klinické faktory a fyziologické parametry pacienta v průběhu prvních 24 hodin hospitalizace na jednotce intenzivní péče. Mezi hodnocené parametry patří například hladina vědomí, vitální znaky (jako je krevní tlak, srdeční frekvence), fyziologické parametry (jako je pH krve, hladina sodíku) a další. Celkové skóre se pohybuje v rozmezí 0–71 bodů, vyšší skóre znamená závažnější stav a vyšší riziko úmrtí (Křivohlavý, 2002).

Karnofskyho index – metoda, která se používá k posouzení celkové funkční schopnosti pacienta, zejména u osob s onkologickými onemocněními. Tento index umožňuje lékařům a zdravotnickým pracovníkům zhodnotit, jak dobře pacient zvládá každodenní činnosti a jaká je jeho závislost na pomoci ostatních. Index je zpravidla hodnocen na stupnici od 0 do 100, kde vyšší hodnota značí lepší funkční schopnost a menší závislost na péči. Hodnoty indexu jsou rozděleny do několika kategorií, které popisují různé úrovně funkčního stavu a závislosti na péči (Křivohlavý, 2002).

Metoda měření kvality svého vlastního života

Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – známá též jako Systém individuálního hodnocení kvality života. Je to jeden z nejčastějších způsobů diagnostikování. Tato technika se nespolehá na pevná kritéria, nýbrž se zakládá na jedinečných představách jednotlivce o tom, co pro něj má zásadní význam. Klíčovým základem jsou svědectví subjektu, která se odvíjejí od jeho vlastního souboru hodnot. K tomu nejlepším způsobem je provádění rozhovoru s danou osobou. Jen tak lze získat hlubší porozumění aspektům života, které jsou subjektu důležité. Mezi nejčastější zmíněné aspekty patří zdraví, rodina, práce, náboženství a finance a další. Je třeba poznamenat, že pořadí těchto aspektů se může měnit během života (Křivohlavý, 2002).

SQUALA – metoda se zaměřuje na to, jak jednotlivci sami hodnotí svůj vlastní životní stav a subjektivní pohodu. SQUALA klade důraz na osobní pohled a vnímání každého jednotlivce, což ji činí vhodnou pro získání hlubšího porozumění tomu, co pro něj znamená kvalitní život. Při použití metody SQUALA se často využívá dotazník, který obsahuje otázky týkající se různých aspektů života, jako jsou fyzické a psychické zdraví, rodinné vztahy, pracovní situace, společenské aktivity a další. Respondenti jsou požádáni, aby vyjádřili své pocity, názory a hodnocení těchto oblastí.

Metoda kombinovaná na základě spojení obou předchozích metod

Manchester Short Assessment of Quality of Life – zkráceně MANSA. Tato metoda byla vyvinuta jako způsob hodnocení různých aspektů života, které mají vliv na celkovou spokojenost jednotlivců. MANSA se používá především v oblasti psychologie a sociální péče k posouzení toho, jak jednotlivci vnímají svůj životní stav a jakým způsobem jsou spokojeni s různými oblastmi svého života. Nástroj MANSA zahrnuje sadu otázek, které se

týkají různých aspektů života, jako je zdraví, rodinné vztahy, práce, volný čas, společenské kontakty a další.

Life Satisfaction Scale – zkráceně LSS. Tato škála se zaměřuje na subjektivní hodnocení jednotlivců týkající se jejich celkového životního stavu, včetně různých aspektů jako jsou osobní cíle, vztahy, práce, zdraví a další. LSS obsahuje sadu otázek nebo tvrzení, na která respondenti reagují na základě svého vnímání a zkušeností. Typicky jsou otázky formulovány tak, aby odhalily míru spokojenosti jednotlivců s různými oblastmi jejich života. Hodnocení se obvykle provádí na škále, kde respondenti vybírají odpovědi od "velmi nespokojený" po "velmi spokojený". LSS má široké využití v psychologickém výzkumu, sociální péči, ekonomii a dalších oblastech (Křivohlavý, 2002).

1.4 Faktory ovlivňující kvalitu života seniorů

Kvalita života seniorů je záležitostí mimořádného významu, která se dotýká fyzického, psychického, sociálního a environmentálního aspektu jejich existence. Tento komplexní koncept reflektuje celou paletu faktorů, jež mají klíčový vliv na zajištění plnohodnotného a spokojeného stáří. V této části provedeme analýzu faktorů, které mají vliv na kvalitu života.

Zdravotní stav a fyzická pohoda seniorů patří k nejzákladnějším determinantům jejich kvality života. Chronická onemocnění, snížená pohyblivost či trvalá bolest mohou zásadně limitovat schopnost seniorů zapojit se do běžných každodenních aktivit a nalézt radost ze života.

Nezastupitelným prvkem je také sociální síť a interakce. Stupeň zapojení do společenského života, udržování vztahů s rodinou, přáteli a účast na komunitních akcích má podstatný vliv na duševní pohodu seniorů. Osamělost a izolace mohou vést k duševním obtížím, jako jsou deprese či úzkost.

Neméně důležitou složkou je i finanční stabilita. Ekonomická situace má vliv na přístup k základním potřebám, jako je zdravotní péče, stravování a bydlení. Starší lidé čelí stresem a nejistotou, pokud mají finanční potíže, což může negativně působit na jejich celkový životní komfort.

Zdravá strava a aktivní životní styl jsou rovněž významnými pilíři kvality života seniorů. Správná výživa a pravidelná fyzická aktivita podporují fyzickou kondici, snižují riziko vzniku onemocnění a pozitivně ovlivňují energetickou úroveň a pohodu.

Zajištění přístupu k dostatečné zdravotní péči, včetně preventivních prohlídek a správné léčby, je dalším klíčovým faktorem ovlivňujícím kvalitu života seniorů. Pravidelná péče o zdraví a kontrola chronických onemocnění hrají zásadní roli v udržení dobrého zdravotního stavu.

Nesmíme opomenout ani psychické zdraví. Starší lidé se mohou potýkat s depresí, úzkostí či kognitivními problémy. Podpora duševního zdraví a dostupnost psychologické péče jsou klíčové pro zachování celkové pohody a vitality.

Bydlení a okolní prostředí taktéž hrají významnou úlohu. Bezpečné a přizpůsobené bydlení má vliv na soběstačnost a komfort seniorů. Důležitá je i dostupnost zdravotnických zařízení a veřejné dopravy, což umožňuje snadný přístup ke službám a aktivitám.

Rozmanité volnočasové aktivity a zájmy jsou dalším důležitým faktorem. Možnost aktivně a smysluplně trávit volný čas přispívá k celkovému pocitu radosti a naplnění. Účast na organizovaných aktivitách, umělecká tvorba nebo třeba cvičení mohou obohatit každodenní život seniorů.

Moderní technologie a dostupnost informací hrají v dnešní době také klíčovou roli. Schopnost využívat digitální nástroje umožňuje starším lidem komunikovat, získávat informace a udržovat kontakt s okolním světem.

Nakonec nelze opominout důstojnost a respekt vůči seniorům. Vnímání sebe sama jako důležité součásti společnosti, respektování autonomie a poskytování individuální péče jsou základními hodnotami, které ovlivňují, jak senioři vnímají své místo ve společnosti a kvalitu svého života.

Celkově lze říct, že kvalita života seniorů je výsledkem komplexního a vzájemně propojeného působení různých faktorů. Zajištění optimální kvality života vyžaduje zohlednění fyzických, psychických, sociálních a environmentálních aspektů a zároveň respektování jedinečných potřeb a preferencí každého jednotlivce.

2 Stáří a stárnutí

2.1 Stáří

Co nás napadne, když se řekne slovo „stáří“? Jedna skupina společnosti si vybaví pod tím to slovem spokojenost, možnost věnování se vnučatům a zálibám nebo také žádný stres z práce. Zatím co druhá skupina si stáří vybaví jako poslední etapu života, osamělost, ztráta soběstačnosti a společenské prestiže.

Stejně jako ostatní vývojová období nemá ani stáří jednotnou definici. Holmerová (2007, s. 60) ve své knize Vybrané kapitoly z gerontologie uvádí, že „*stáří je přirozenou a závěrečnou etapou v rámci ontogenetického vývoje člověka.*“ Sice každý autor definoval úplně jinak tento pojem, ale v podstatě se všichni shodují na tom, že stáří je poslední vývojová etapa lidského života, která končí smrtí. Velký rozdíl je mezi fyziologickým a chronologickým věkem, skutečný věk závisí na míře opotřebování psychofyzického organismu.

Dodnes nebyla vytvořená ani jednotná periodizace stáří, ale panuje shoda na rozdělení do tří kritérií kalendářní, biologické a sociální stáří.

2.1.1 Kalendářní stáří

Kalendářní stáří se vymezuje na základě dosažení věkové hranice, od které se hovoří o stáří. Obvykle se za začátek považuje hranice 65 let. Střední délka života (pravděpodobná doba dožití) je v České republice u žen 78 let a u mužů 71 let. Potvrzuje to demografická fakta, který tvrdí, že ženy se dožívají vyššího věku než muži. „*Za dlouhověkost se obvykle považuje věk 90 a více let dispozici bývá geneticky podmíněná, takže existují dlouhověké rody. Opakem dlouhověkosti je progerie, předčasné, urychlené stárnutí, kdy biologický věk, věkový dojem, jakým daný člověk působí, je vyšší než věk kalendářní*“ (Čeledová et al. 2016, s. 17). Pokud se budeme bavit o maximální přirozené délce lidského života přička by se měla pohybovat kolem 120 let (Čeledová et al. 2016, s. 14)

Stáří můžeme rozdělovat na spoustu dalších etap, existuje několik rozdělení. Dle Holmerové, Juraškové a Zikmundové (2007, s. 27) lze třídit jednotlivé životní etapy v rámci stáří následně, podobné dělení jako v knize Vybrané kapitoly z gerontologie má i Světová zdravotnická organizace (WHO):

-
- 60 až 74 let: počínající stáří
 - 75 až 89 let: vlastní stáří
 - 90 a více let: dlouhověkost

Švancara rozděluje stárnutí úplně jinak než předchozí autoři, podle něj začíná stáří již před 50. věkem (Šimíčková-Čížková 2010, s. 143):

- Stárnutí: presenium (věkové rozmezí od 46-65 let)
- Stáří: senium (věkové rozmezí od 65-75 let)
- Vysoký věk (od věkové rozmezí 75 let)

2.1.2 Biologické stáří

Biologické stáří se týká konkrétních a postupných zhoršujících změn, které postihují daného jedince. Existují lékařské metody, které umožňují zjistit, jak je někdo ve skutečnosti na tom, a to nezávisle na dojmu vytvořeném jeho kalendářním věkem. Rychlost procesu stárnutí je ovlivněna nejen biologickými a genetickými faktory, ale také psychickými a sociálními změnami. Tyto změny mají dopad na funkčnost. Způsob, jakým starší člověk žije, ovlivňuje jeho biologickou, sociální a psychickou funkčnost. To je ovlivněno historií nemocí, stresovými situacemi, ale také vzděláním, profesní kvalifikací, tělesnou a duševní aktivitou.

2.1.3 Sociální stáří

Sociální stáří zachycuje proměnu sociálních rolí a potřeb seniora. Dochází ke změně životního stylu a ekonomického zajištění z důvodu odchodu do důchodu a tím spojené ztráty společenské prestiže. Seniorům vzniká nárok na starobní důchod a sociální zabezpečení. Lidé ve vyšším věku se často setkávají s diskriminací převážně od mladší generace. Mezi jednu z největších životních změn je odstěhování vlastních dětí a následné narození vnoučat.

2.2 Stárnutí

Stárnutí je přirozený a nevyhnutelný proces, který postihuje všechny živé organismy v průběhu času. Jedná se o komplexní soubor biologických, psychologických a sociálních změn, které se projevují na různých úrovních. Lidé se v dnešní době dožívají daleko vyššího věku, než tomu bylo před desítkami let. Je to zapříčiněné především tím, že je lepší úroveň životních a pracovních podmínek, a především od minulého století se velmi posunula i kvalita zdravotní péče.

Ptáčková a kolektiv (2021, s. 18) ve své knize Psychosociální adaptace ve stáří i nemoci charakterizují stárnutí jako „*biologický jev, proces, který nelze zastavit a který neprobíhá lineárně ani konzistentně a u každého člověka se projevuje v různé podobě.*“

Ani stárnutí nemá jednotnou definici, každý autor stárnutí vnímá jinak. Příkladem je Pichaud, který definuje stárnutí naprosto jiným způsobem než Ptáčková a kolektiv. „*Stárnout znamená vyrovnávat se s životními ztrátami, a přitom dál plánovat budoucnost a žít v naději...*“ (Pichaud et al. 1998, s. 34).

Faktorů ovlivňující rychlost a způsob stárnutí je mnoho. Lidé mohou rychleji stárnout, pokud nadměrně přetěžují organismus. Drogy, alkohol, kouření a těžká fyzická práce zvyšují riziko předčasného stárnutí.

2.3 Změny ve vyšším věku

V období stáří se lidé musí potýkat s několika změnami, na které do teď nebyli zvyklí a jsou neodmyslitelnou součástí stárnutí. Starší člověk potřebuje více času, aby se všem změnám ve svém životě mohl postupně přizpůsobit a necítil se tak pod nátlakem. „*Reakce stárnoucího člověka na tyto změny, a jakým způsobem se s nimi bude srovnávat, jsou ovlivněny hlavně jeho osobností, životními zkušenostmi, výchovou, vzděláním, prostředím, ve kterém žije, reakcemi okolí, jeho možnostmi.*“ (Malíková 2020, s. 41)

Obecně ve stáří dochází k celkovému úbytku sil, senior potřebuje více času na různé činnosti než dřív, zvýšena potřeba spánku, změna hodnot a potřeb a celková změna psychiky. Jak jsem již výše zmiňovala průběh stárnutí je ovlivněn celou řadou důvodů a podle toho potom záleží, jak se se změnami dotyčný člověk vyrovná. Rozlišujeme biologické, sociální a psychologické aspekty stárnutí (Malíková 2020, s. 42)

Stáří představuje v životě jedince velkou změnu, na kterou je potřeba se adaptovat. Jde o přechod z aktivního životního období do životní etapy penze. Tato změna činí mnohým veliké potíže. Je potřeba se na tuto změnu pořádně připravit.

2.3.1 Biologické aspekty stárnutí

Při procesu biologického stárnutí dochází k několika významným změnám, především jde o celkovou sníženost všech funkcí. Ve stáří dochází k hodně změnám, co se týče vzhledu. Kůže seniorů není taková jako za jejich mladých let, postupně se začne svrašťovat, vysušovat a mohou se na kůži začít objevovat pigmentové skvrny. Mezi nejznámější první příznaky patří nacházení šedivých vlasů, postupem času vlasy i ochlupení na zbytku těla začnou ubývat. Seniori se mohou ve vyšším věku zkrátit až o 2-3 centimetry v důsledku zmenšení meziobratlového prostoru. V stáří dochází ke zvyšování obsahu tělesného tuku a mění se ukládání vápníku v těle. Dochází k ochabování svaloviny a úbytku kostní hmoty a pro seniory začíná být pohyb čím dál tím namáhavější (Příbyl 2015, s. 8)

Snižuje se funkce smyslových orgánů. Dochází k zhoršení zraku a sluchu, zvýšená citlivost na pachy, změna chuťových buněk. Seniori mají často problémy se spánkem, kdy velká část musí brát léky. Změny ve stáří se projevují tím, že se senior rychleji unaví, má pomalejší reakce a potřebuje více času na znovu nabrání sil.

2.3.2 Psychické aspekty stárnutí

Podle Malíkové (2020, s. 46) psychické aspekty stárnutí významně nezhoršují kvalitu života staršího člověka. Pokud senior negativně prožívá tělesné změny a v důsledku toho se začnou následně projevovat psychické změny.

Zhoršují se kognitivní funkce. Seniori mají problém se zapomínáním. Paměť se stává bezprostřední a krátkodobá, myšlení se zpomaluje, a proto je nutné trénovat paměť a myšlení (na trénování paměti jsou nejlepší křížovky, sudoku...). Řeč seniorů se může radikálně změnit, kdy řeč může být nesrozumitelná, pomalá a monologická. Dochází k snížení výkonnosti intelektových funkcí.

Ve stáří se lidem mění povaha. Například dříve laskavý člověk je najednou neochotný nebo naopak, jeho chování je překvapením pro jeho okolí. Druhý příklad je, že

senior v mládí měl povahu extroverta a nyní je introvert. Ve stáří se nám mění postoje, než jaké jsme měli v mládí, orientujeme se spíše na rodinu, zdraví a spokojenost. Schopnost adaptace je ve stáří velmi nízká a tím klesá i tolerance k náročným životním situacím (Malíková 2015, s. 49)

2.3.3 Sociální aspekty stárnutí

Stáří je proměna sociálních rolí a potřeb jedince. Dochází ke změně životního stylu a ekonomického zajištění. Mezi nejvýznamnější nepříznivé sociální aspekty patří například odchod do důchodu, kdy lidé to berou jako ztrátu životního programu a sociální prestiže. Daleko hůře to snáší muži, kteří nemají žádné zájmy a jakékoli jiné aktivity. Dalším významným aspektem je omezení sociální integrace v různých aktivitách, ztráta partnera nebo omezený kontakt s přáteli, tím se zvyšuje strach z osamělosti a může to vést až k depresím a v nejhorším případě k úmrtí. Přibývá čím dál tím víc případů, kdy si senior sáhl na svůj vlastní život. Velkým strašákem seniorů je ztráta soběstačnosti a museli by být odkázáni na pomoc druhých (Hrozenská a Dvořáčková 2017, s. 84)

Lidé by se měli v brzkém věku začít psychicky připravovat na svou poslední vývojovou etapu. Důležité je být zajištěn po ekonomické stránce a mít i ve stáří nadále možnost uspokojovat své potřeby. Lidem pomůže i fakt vědět, že ve své rodině mají oporu a nebudou na to sami.

2.4 Gerontologie

Stářím a stárnutím se věnuje vědní disciplína, která se jmenuje gerontologie. Název oboru se skládá z dvou starších řeckých pojmů, „gerón“ neboli starý člověk a ze slova „logos“, což znamená nauka (Příbyl 2015, s. 14).

„Gerontologie je interdisciplinární věda, souhrn poznatků o stáří a starých lidech. Zkoumá zákonitosti, příčiny a projevy stárnutí, problematiku života starých lidí a života ve stáří“ (Čevela et al. 2012, s. 245).

Cílem gerontologie je porozumět komplexnímu procesu stárnutí a jeho dopadům na různé oblasti lidského života. Výzkumy v tomto oboru zkoumají způsoby, jakými se mění

fyzické a mentální zdraví s přibývajícím věkem, a také jakým způsobem mohou být zlepšeny podmínky a kvalita života starších lidí.

Gerontologie zahrnuje i studium sociálních a psychologických aspektů stárnutí, jako je například zkoumání mezilidských vztahů, sociální izolace, kvalita péče a podpora pro starší osoby. Kromě toho se také zabývá otázkami spojenými se změnami v pracovním životě, důchodovým systémem a ekonomickými výzvami souvisejícími se stárnutím populace. Gerontologie se dělí do třech schématických okruhů:

Gerontologie teoretická (někdy též experimentální) – zabývá biologickým procesem a zjišťuje proč a jak živé organismy stárnou.

Gerontologie sociální – zabývá se vztahem mezi společností a seniorem a vzájemném stárnutím. Mezi hlavní cíle náleží zabránění předčasného stárnutí, snaha o plnou soběstačnost a zlepšovat kvalitu života lidem ve vyšším věku.

Gerontologie klinická – zabývá se léčbou chorob lidí ve stáří. (Čevela et al. 2012, s. 245)

Klinická gerontologie se označuje také jako geriatric. „Geriatrická medicína shrnuje a zobecňuje napříč všemi obory seniorskou problematiku zdravotního a funkčního stavu, specifických potřeb geriatrických pacientů, zvláštností ve výskytu klinickém obraze, průběhu, vyšetřování, léčení, prevenci i sociálních souvislostech chorob ve stáří“ (Kalvach 2004, s.102).

2.5 Adaptace a příprava na stáří

Stáří představuje v životě jedince velkou změnu, na kterou je potřeba se adaptovat. Jde o přechod z aktivního životního období do životní etapy penze. Proces stárnutí představuje situaci, kterou mnoho z nás vnímá jako náročnou. Je důležité se připravit na fázi třetího věku, aby přechod do této etapy nebyl náhlým zlomem, ale spíše pokračováním vhodných aktivit. Způsob, jakým starší lidé prožívají svůj život, má významný vliv na jeho kvalitu.

2.5.1 Příprava na stáří

Příprava na stáří nezabere pár měsíců nebo let, ale je to celoživotní záležitost. Rozlišuje se na dlouhodobou, středně dlouhou a krátkodobou přípravu na stáří.

Dlouhodobá příprava na stáří začíná již v dětství, kdy rodiče učí své potomky účtě, správnému chování k ostatním lidem a že rodina je jednou z nejdůležitějších věcí v životě. Názornou ukázkou dětem ukazují rodiče tím, jak se chovají ke svým vlastním rodičům. Velkou část názorů, postojů a chování děti odkoukají od rodičů. Klíčovým prvkem je finanční gramotnost, kterou by měl jedinec pochopit již v nízkém věku. Ve výchově by měl být důraz kladen na zodpovědnost za vlastní život. Důležitým bodem je i zdravá životospráva a dostatek pohybu (Příbyl 2015, s. 27).

Středně dlouhá příprava na stáří by měla začít již ve středním věku života. Nezbytné dbát o fyzickou pohodu. Pravidelná fyzická aktivita a vyvážená strava vám umožní udržet si zdraví i ve vyšším věku. Pravidelné návštěvy lékaře a preventivní prohlídky jsou nedílnou součástí tohoto procesu. Emocionální stránka je také důležitá. Udržování sociálních kontaktů, setkávání s blízkými a angažování se ve společenských aktivitách může předejít pocitu osamění a izolace. Důležitým krokem je příprava, která zahrnuje finanční zajištění stáří z vlastních zdrojů, protože částka penze nemusí být u všech dostačující. Spoření a investování zajistí dostatečné finanční zázemí pro období po odchodu do důchodu. Člověk by měl začít přijímat stáří jako součást života (Mlýnková 2011, s. 20).

Krátkodobá příprava na stáří by měla začít nejpozději 5 let před plánovaným odchodem do starobního důchodu. Příprava by měla být spíše praktická například udělat úpravy bytu, koupit nové spotřebiče, protože některé jsou finančně velmi náročné a je lepší si takové věci zařídit, když člověk stále chodí do práce a má vyšší příjem, než pak bude následná částka penze. Zároveň odchod do penze pro lidi nebude tolik stresový, když budou vědět, že doma mají vše připravené, můžou si začít užívat zaslouženého odpočinku a věnovat se svým zálibám než předělávat byt. (Příbyl 2015, s. 27). Kromě toho je vhodné se věnovat rozvoji nových dovedností a zájmů. Učení novým věcem a aktivní zapojení do různých činností pomáhá udržet mysl v kondici a zabráňuje pasivitě.

V rámci přípravy na stáří je důležité také zvážit možnosti péče. Může jít o domácí péči, život v zařízení pro seniory nebo jiné formy podpory, které mohou zajistit potřebnou péči, pokud by ji jedinec v budoucnu potřeboval.

K tomu patří i zabezpečení majetku a majetkových záležitostí. Jedinec by měl zvážit, co se stane s jeho majetkem v případě, že nebude schopný si jej sám řídit. Důležité je nezapomenout ani právní stránku. Aktualizace závěti a dalších právních dokumentů je důležité pro zajištění toho, aby byla vaše vůle dodržena.

2.5.2 Adaptace na stáří

Životní doba se neustále prodlužuje, zatímco počet nově narozených dětí klesá. Tím dochází k proměně složení věkových skupin lidí a k jevu nazývanému demografické stárnutí. Počet starších lidí se postupně zvyšuje. Jak se člověk přizpůsobuje stáří, závisí na různých faktorech. Zásadní je osobnost jedince, která se vyvíjí během celého života, a také jeho pohled na svět a získané zkušenosti.

Z hlediska přizpůsobování se vyššímu věku můžeme rozlišit pět strategií vyrovnávání se s vlastním stářím:

Konstruktivní přístup – označuje se jako ideální model adaptace na stáří. Senior pokračuje v aktivitách, která začal rozvíjet již v mladém věku. Snaží se být v maximální možný míře soběstačný. Navazuje vztahy s ostatními lidmi, má smysl pro humor, vykazuje toleranci a schopnost přizpůsobení se. Má své vlastní zájmy, které stále rozvíjejí. Na minulost vzpomíná bez hořkosti a ničeho nelituje. Je smířený s realitou stárnutí, uvědomuje si možnosti svých schopností a také omezení (Venglářová 2007, s. 13).

Závislost – ve stáří se projevuje tendence ke zvýšené závislosti u seniora, který po většinu svého života byl pasivní a spoléhal se na podporu druhých. I v této fázi života očekává, že jeho potřeby budou uspokojovány někým jiným. Často přehnaně zdůrazňuje své problémy, což ho činí náchylnějšího k manipulaci ze strany ostatních. Tento typ lidí preferuje spíše pohodlný způsob života, nemají velké ambice a raději přenechávají odpovědnost i povinnosti na mladší generaci. V rámci mezilidských vztahů projevuje opatrnost a podezřívavost vůči ostatním lidem. Tato strategie je méně příznivá, ale stále sociálně přijatelná (Venglářová 2007, s. 13).

Obranný postoj – senior stáří odmítá, brání se mu a své city má velmi pod kontrolou. Takovou reakci můžeme vidět u jedince, který celý svůj život byl velmi aktivní. Do penze odchází až tehdy, kdy je k tomu donucen. Často se jedná o lidi, kteří měli prestižní zaměstnání a zapojovali se do společenského dění. Tyto osoby často prožívají obavu z podřízenosti a ztráty aktivity. Proto neustále hledají různé činnosti a brání se jakékoli formě pomoci. Zároveň zanedbávají udržování sociálních vazeb s tím, že tvrdí, že na to "nemají čas". Senior má tendenci svalovat vinu na druhé a odmítá veškerou pomoc (Mlýnková 2011, s. 20).

Nepřátelský postoj – jednatel se v minulosti často dostával do konfliktů s ostatními lidmi. Jejich tendence svádět vinu na druhého se neztrácí ani nyní. Vyzařují agresivitu, podezřívavost a často pociťují nespokojenost. Zejména vůči mladým lidem projevují nepřátelský postoj, pramenící z pocitu závidění. Starobu vnímají jako další nepříznivý úděl. Většinu času žijí osaměle, protože rodina a ostatní lidé se jim raději vyhýbají (Mlýnková 2011, s. 21).

Sebenávist – jednatel se považuje za oběť nepříznivě osudu a často nahlíží na svůj život s lítostí a pesimismem. Pohlíží na smrt jako na únik z toho, co považuje za promarněný život. Pociťuje samotu, avšak aktivně nevyhledává sociální interakce. Tito senioři jsou značně náchylní k depresím a potenciálnímu sebevražednému chování. Nemívají koníčky, spíše se vymlouvají na svou nemožnost.

Způsob, jakým se starší lidé chovají, nemusí bezvýhradně odpovídat pouze jednomu z těchto strategických přístupů, které jsem zde uvedla. Může se objevovat i řada jiných přístupů, což závisí na individuální povaze každé osoby.

3 Životní potřeby

Každý člověk na naší planetě má potřeby, které musí uspokojovat. Proč je musíme uspokojovat? To je jednoduché. Základní životní potřeby je nutné uspokojovat, protože to jsou nevyhnutelné věci, bez kterých nemůžeme žít jako je například jídlo a spánek. Fyziologické potřeby nejsou jediné, které je třeba uspokojovat.

Snažíme se uspokojovat potřeby každý sám, ale s narůstajícím věkem a přibývajícím změnami důsledku stárnutí už nebudeme soběstační jako za mladých let a budeme potřebovat pomoc od druhých.

Člověk ve vyšším věku dle Haškovcové potřebuje „přiměřené zdraví, materiální a finanční zabezpečení, a dále místo, kde je doma, kde se cítí vážen a ctěn a kde ho má někdo rád“ (Haškovcová 2010, s. 125)

3.1 Maslowova pyramida potřeb

Teoriemi potřeb se zabývalo a zabývá nespočet autorů, ale mezi ty nejznámější patří Abraham Maslow se svojí hierarchií potřeb. „*Ta předpokládá, že tzv. vyšší potřeby nemohou být efektivně naplňovány, pakliže nejsou naplňovány ty nižší.*“ (Ptáčková a Ptáče 2021, s. 24) Maslow rozdělil hierarchii potřeb do pomyslné pyramidy.

Základnou jsou fyziologické potřeby, díky kterým je člověk naživu. Spadá sem potřeba potravy, pohybu, dýchání nebo také vyměšování. Pokud některá z potřeb není dostatečně uspokojovaná, tělo se začne hlásit o naplnění chybějící potřeby. Nad základnu Maslow umístil bezpečí a jistotu. Je důležité vyhnout ohrožujícím jevům při naplnění člověk dosáhne jistoty a stability. Sounáležitost a láska je další důležitá potřeba. Při neuspokojení dochází k pocitu méněcennosti, osamělosti při nejhorším to může přejít až k depresím. Poslední dvě položky nejsou nutné pro přežití, ale pomáhají nám k dlouhodobé spokojenosti. Předposlední je uznání a sebeúcta, potřeba vychází z vnitřní touhy člověka být uznávaný od svého okolí i sám sebe. Vrcholem této pyramidy lidských potřeb je seberealizace, přijmout sám sebe a využít svého potenciálu. Pro někoho poslední bod může být až celoživotní proces. Hodně lidem se za celý život bohužel nepodařilo přijmout sám sebe (Procházková 2018).

Na následující straně ukázka pyramidy lidských potřeb od Abrahama Maslowa.

Obrázek č. 1: Maslowova pyramida lidských potřeb, *Filozofie úspěchu* (<https://www.filozofie-uspechu.cz/maslowova-pyramida-lidskych-potreb/>)



3.2 Potřeby lidí ve vyšším věku

Maslowova teorie potřeb se dá aplikovat i na potřeby lidí ve starším věku. Pro zdravé a mladé lidi je naplňování biologických fyzických potřeb něco naprosto přirozeného, tak pro lidi ve vyšším věku to může být až nadlidský úkol, obzvláště pokud jsou nemocní. Potřeby seniorů jsou klíčovým aspektem zajištění kvalitního života této významné demografické skupiny. S postupujícím věkem se mění fyzické, emocionální a sociální potřeby seniorů, a proto je důležité poskytnout jim vhodnou podporu a péči. Důležité je, aby při takových činnostech si člověk stále zachoval stejnou důstojnost jako předtím, a to nezbytně nutné brát v úvahu při pomoci lidem ve vyšším věku nebo nemocným osobám.

Fyzické potřeby zahrnují přístup k adekvátní zdravotní péči, léčbě a rehabilitaci. Zajištění dostupného zdravotnického vybavení, pravidelných lékařských prohlídek a možností prevence nemocí je pro seniory nezbytné. Důležitou složkou je také podpora aktivního životního stylu, zahrnující pravidelnou fyzickou aktivitu, která přispívá k udržení zdraví a pohyblivosti.

Emocionální potřeby seniorů jsou spojeny s psychickým zdravím a duševní pohodou. S blížícím se stářím se mnohdy mohou objevit pocit osamění, deprese či úzkost. Je nezbytné

poskytovat prostředí, kde se senioři cítí respektováni, slyšeni a mohou se vyrovnávat se svými emocemi. Aktivity jako terapeutická setkání, umělecké dílny či meditace mohou pozitivně ovlivnit jejich duševní zdraví.

Sociální potřeby seniorů zahrnují udržení kontaktu s rodinou, přáteli a komunitou. Sociální izolace může mít negativní vliv na jejich celkový blahobyt. Podpora možnosti účastnit se kulturních, společenských a rekreačních aktivit umožňuje senioři udržovat smysluplné vztahy a zapojení do společnosti.

V neposlední řadě jsou důležité i finanční potřeby seniorů. Zajištění důstojného životního standardu a přístupu ke kvalitním službám, včetně zdravotní péče a bydlení, je klíčové pro jejich životní spokojenost.

Pocit bezpečí člověk potřebuje stále bez ohledu na věk. Při neuspokojení potřeby mohou lidé zažívat smutek, protože část populace neumí reagovat na samotu. Často si jako lék na samotu kupují domácího mazlíčka (Ptáčková a Ptáček 2021, s. 24).

„V období stáří může být pro seniory velmi frustrující, pokud mají pocit, že z nich druzí dělají nemohoucí a neschopné, kterým je potřeba se vším pomáhat, přestože se sami vnímají jako prakticky soběstační. Zachování autonomie je důležitou potřebou v životě seniora, rozumí se tím schopnost zvládnout, řídit a ovlivňovat způsob každodenního života podle vlastních představ a pravidel“ (Ptáčková a Ptáček 2021, s. 26)

Celkově je klíčové vnímat potřeby seniorů komplexně a respektovat je jako důležitou součást společnosti. Poskytování vhodné podpory, péče a možností aktivního zapojení umožňuje starším lidem žít plnohodnotný a spokojený život i v pokročilém věku.

4 Senioři

4.1 Důvody k odchodu do domova pro seniory

Matoušek (2003, s. 163) říká, že vyšší věk lidí není důvod zvýšené péče. Potřeba seniorům zajistit sociální služby probíhá až když se objeví mimořádné situace způsobené sociálními či zdravotními důvody.

Odchod do domova pro seniory je rozhodnutím, které může být motivováno různými faktory a zvažováno z různých perspektiv. Vzhledem k unikátním potřebám a okolnostem jednotlivců a rodin můžeme identifikovat několik hlavních důvodů, proč se někteří rozhodují pro tento krok.

Prvním faktorem je ztráta nezávislosti, kterou mohou senioři pocítit v důsledku postupujícího stárnutí. Domovy pro seniory mohou nabídnout potřebnou péči a podporu, která je důležitá pro udržení kvality života.

Sociální izolace a osamění jsou dalšími aspekty, které mohou motivovat starší lidi k odchodu do domova pro seniory. Ztráta partnera nebo omezená schopnost setkávání s rodinou a přáteli mohou vést ke snaze najít prostředí, kde je společenská interakce snadněji dosažitelná.

Někteří senioři mohou mít komplexní zdravotní potřeby, které je obtížné zvládnout v domácím prostředí. Domovy pro seniory mohou být vybaveny specializovanou péčí a zdravotnickými službami, které jim umožňují získat potřebnou péči na jednom místě.

Bezpečnost je dalším faktorem, který hraje v rozhodnutích o odchodu do domova pro seniory důležitou roli. Riziko pádů a zranění v domácím prostředí může některé seniory motivovalo hledat místo, kde jsou zajištěna bezpečnostní opatření.

Rodinní příslušníci někdy nemohou poskytovat potřebnou péči kvůli vlastním závazkům nebo vzdálenosti. Pro tyto osoby může být domov pro seniory vhodným řešením, které zajišťuje péči a podporu.

V neposlední řadě může být odchod do domova pro seniory motivován také potřebou struktury a péče. V tomto prostředí jsou k dispozici služby jako stravování, úklid a pečovatelská péče, což může usnadnit každodenní život seniorů.

Všechny tyto důvody ukazují, že rozhodnutí k odchodu do domova pro seniory je závislé na individuálních potřebách, preferencích a okolnostech jednotlivce. Je to důležitá

volba, která může zlepšit kvalitu života a zajištění potřebné péče pro seniory v různých fázích stárnutí.

V České republice existují tři typy rezidenční péče, které se liší obsahem poskytovaných služeb:

1. **Domovy – penzióny pro důchodce**, kteří nemají žádný zdravotní problém. Pronajímají si svůj byteček, který si mohou vybavit svým nábytkem a mají možnost si zaplatit služby, které jim třeba uklidí, vyperou, dojdou na nákup nebo vyžehlí oblečení.
2. **Domy s pečovatelskou službou** jsou na podobném principu jako u předchozího bodu. Senioři si zde taky mohou pronajímat byty, ale mají tam navíc i pečovatelskou službu, která jim pomůže, s čím budou potřebovat. Většinou jde o pomoc při základní hygienické péči, pomoc při jídle nebo případně i jednoduché ošetrovatelské výkony.
3. **Domovy důchodců** představují klasickou formu o seniory, nabízejí velké spektrum služeb, patří sem i péče o zdravotně postižené seniory nebo hospicová péče.

(Matoušek a kolektiv 2003, s. 178)

4.2 Adaptace seniorů

Adaptace seniorů na nové prostředí v domově pro seniory je klíčovým procesem, který ovlivňuje jejich pohodu, spokojenost a kvalitu života v této fázi. Je to velice rizikový proces a může vzniknout řada problému.

V první fázi je důležité poskytnout seniorům prostor pro vyjádření svých obav, pocitů a očekávání ohledně nového životního kroku. Komunikace s novými klienty je klíčem k tomu, aby se cítili slyšeni a respektováni. Domov pro seniory by měl vytvořit prostředí, které podporuje otevřenou komunikaci a interakci mezi rezidenty a personálem.

Postupné zasazování nových klientů do komunity existujících rezidentů může být účinným způsobem, jak podpořit sociální integraci. Společné aktivity, setkávání a zájmové skupiny mohou pomoci seniorům navázat nové vztahy a pocítit se součástí nového společenství. Poskytování individuální péče a respektování osobních potřeb a preferencí

seniorů je klíčové. Adaptace může být usnadněna, když je personál citlivý k jedinečným potřebám každého klienta a snaží se zajistit, aby byl jejich nový domov pro seniory co nejpříjemnější.

Zároveň je důležité dbát na to, aby bylo seniorům umožněno udržovat určitou míru autonomie a kontroly nad svým životem. Zapojení do rozhodování o každodenních záležitostech a aktivitách může podpořit jejich pocit důstojnosti a svévolnosti. Nabízení psychologické podpory a odborného poradenství seniorům, kteří se s novým prostředím stále seznamují, může pomoci zvládat možné stresy a emocionální výzvy. Domov pro seniory by měl poskytovat dostatečně vstřícné prostředí pro ty, kteří potřebují podporu v procesu adaptace (Matoušek a kolektiv 2003, s. 182).

Celkově lze říci, že adaptace seniorů jako nových klientů v domově pro seniory je proces, který vyžaduje citlivý a individualizovaný přístup. Podpora, komunikace a zapojení do společenství jsou klíčové faktory, které mohou usnadnit přechod do nového životního prostředí a pomoci seniorům vytvořit si pohodlný domov.

4.3 Nevhodné zacházení se seniory

Téma, o kterém jsme již několikrát slyšeli v novinách či televizi. Bylo to jen pár případů, ale kolik takových případů se nikdo nedostalo nebo nedostane na povrch?

Nevhodné zacházení se seniory, také označované jako seniorčina či geriatrické zneužívání, představuje závažný problém ve společnosti. Násilí na seniorech začíná ztrátou respektu, pokračuje nevědomým zanedbáváním a ekonomickým zneužíváním až k otevřenému násilí. Jde o případy, kdy se agresor snaží ovládnout oběť a často jedná z pozice moci. Jedná se o neetické a nepřijatelné chování vůči starším lidem, které může zahrnovat různé formy škodlivého jednání. V literatuře se věnuje méně pozornosti týrání seniorů než týrání žen a dětí, i když je nepřiměřené zacházení předpokládáno alespoň u 3–6 % starší populace. V České republice se této problematice nevěnuje tak velká pozornost, jak by měla (Bužgová a Ivanová 2007, str. 177).

Fyzické týrání

Tělesné týrání zahrnuje záměrné nebo neopatrné způsobování bolesti, zranění nebo poškození. Zahrnuje to zejména udeření, kopání, tlačení, spálení, škrcení nebo používání

chemických nebo fyzických omezovacích prostředků. Rozpoznání tělesného týrání seniorů může být obtížnější než u jiných věkových skupin, protože některé indikátory, jako jsou zlomeniny, pohmožděliny a katexie, mohou být obtížně odlišitelné od náhodného zranění nebo příznaků nemoci. Důsledky fyzického týrání jsou pro seniory vážné a častokrát mají trvalé následky, čímž se jim zhorší kvalita života.

Emocionální týrání

Emocionální týrání je jednou z nejčastějších forem násilí, které postihuje seniory. Představuje závažný problém, který ovlivňuje jejich psychickou a celkovou kvalitu života. Častokrát probíhá skrytě a je velmi špatně dokazatelná. Starší lidé mohou být zneužívání prostřednictvím ponižování, zesměšňování nebo urážek. Emocionální týrání zahrnuje jakékoliv ponižování, urážky, zesměšňování či vydírání. Dále do tohoto rozdělení patří úmyslné izolace seniorů od rodiny a přátel, tím se snaží omezit jejich sociální interakce a zvýšit tak závislost na zneuživateli. Zneuživatelé mohou také odepírat seniorům pozitivní prožitky nebo možnosti, což vede k pocitu osamění a odcizení. Emocionální zneužívání může mít vážné dopady na duševní zdraví seniorů. Mohou se objevit pocity úzkosti, deprese, nízké sebeúcty a bezmocnosti.

Finanční zneužívání

Finanční zneužívání seniorů představuje znepokojující fenomén, který má destruktivní dopad na zranitelnou skupinu starších občanů. Tato forma zneužívání zahrnuje neetické využití finančních prostředků, majetku a zájmů seniorů bez jejich informovaného souhlasu nebo vědomí. Skýtá různé projevy, jejichž cílem je získání finančních výhod na úkor seniorů (Nerenberg 2006, s. 247)

Finanční zneužívání má několik odlišných podob:

Podvod: Sem spadá falšování dokumentů, klamání ohledně potřeby finanční pomoci a vytváření falešných investičních příležitostí, které jsou zaměřeny na vyvedení peněz od seniorů.

Klamání: Tato manipulativní taktika zahrnuje získání důvěry seniorů a následné získání jejich peněz, například pod záminkou falešného "přítele" nebo člena rodiny.

Omezování přístupu k penězům: Někteří zneuživatelé mohou záměrně omezit seniorům přístup k jejich finančním zdrojům, například tím, že jim odcizí platební karty nebo provedou manipulace na jejich bankovních účtech.

Nátlak a vydírání: Senioři mohou být vydírání nebo zavražďování, aby poskytovali finanční prostředky zneuživatelům.

Zneužívání plnění úkolů: Některé osoby mohou být ustanoveny seniory jako plnomocníci, a poté zneužijí tuto pozici k neoprávněnému získání majetku nebo peněz.

Následky finančního zneužívání pro seniory mohou být závažné. Mohou zahrnovat ztrátu úspor, pokles životní úrovně, izolaci od sociálních vazeb a negativní dopady na fyzické i psychické zdraví. Prevence finančního zneužívání zahrnuje osvětu seniorů o rizicích, poskytování informací o právech a ochraně, a vytváření podpůrných mechanismů, kde mohou senioři nahlásit možná rizika a získat pomoc.

Sexuální zneužívání

Sexuální zneužívání seniorů je citlivý a závažný problém, který může mít devastující dopad na zranitelné jedince v pokročilém věku. Zpravidla jsou nejčastějšími oběťmi ženy. Senioři mohou být nuceni ke sexuálním aktivitám proti své vůli a zahrnuje to nežádoucí doteky, obtěžování, znásilnění nebo také sprosté jednání.

Zanedbávání péče

Seniorům může být odepírána nezbytná péče, strava či léčba, což může mít vážné dopady na jejich zdraví a životní kvalitu.

Zanedbávání se rozděluje na aktivní a pasivní zanedbávání. Aktivní zanedbávání znamená odmítnutí nebo selhání v ošetrovatelských povinnostech včetně vědomé a úmyslné snahy vyvolat fyzické a emoční utrpení starého člověka.

Pasivní zanedbávání znamená odmítnutí nebo selhání v plnění poskytování péče, kromě vědomě a záměrné snahy vyvolat psychické nebo emoční utrpení starého člověka. Senioři mohou týrat příbuzní nebo zaměstnanci institucionálních zařízení.

Prevence a řešení nevhodného zacházení se seniory zahrnuje edukaci, osvětu, zlepšení právní ochrany a vytvoření bezpečného prostředí pro seniory. Společnost by měla aktivně podporovat respekt k seniorům a důstojným způsobem řešit situace, kdy je zacházení se seniory neadekvátní nebo škodlivé.

5 Výzkum

5.1 Cíle výzkumu

Cílem této výzkumné části je na základě dotazníkového šetření zjistit a porovnat rozdíly kvality života seniorů žijících ve vlastních domácnostech a seniorů žijících v domovech pro seniory.

5.2 Hypotézy

Pro tento výzkum se stanovily následující hypotézy.

H1: Senioři žijící ve vlastních domácnostech jsou se svým zdravím spokojenější než senioři žijící v domovech pro seniory.

H2: Senioři z obou skupin hodnotí bez velkého rozdílu místo, ve kterém žijí jako zdravé a bezpečné.

H3: Senioři žijící ve vlastních domácnostech žijí v partnerském vztahu častěji než senioři žijící v domovech pro seniory.

5.3 Užité metody

Ke sběru dat v rámci empirického šetření pro vypracování této bakalářské práce jsem zvolila metodu anonymního dotazování, byly využity anonymní standardizované dotazníky. Při tvorbě se staly východiskem hlavně otázky z dotazníků kvality života Světové organizace především díky tomu, že byly vytvořeny speciálně pro cílovou skupinu seniorů a zahrnují všechny důležité oblasti zjišťování kvality života. Nazývají se WHOQOL (World Health Organization Quality of Life Assessment).

Prvním dotazníkem je WHOQOL-BREF. Jedná se o zkrácenou verzi dotazníku WHOQOL-100. V praxi je lepší zkrácená verze. Dotazník WHOQOL-BREF se skládá z 24 položek, které jsou přiřazené do čtyř domén (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí) a dvou samostatných položek hodnotících celkovou kvalitu života a zdravotní stav. Výhodou těchto dotazníků je, že jsou standardizované na českou populaci, vyplnění trvá jen pár minut a respondenti je pochopí bez jakýchkoliv otázek (Dragomirecká a Bartoňová 2006).

Výsledky WHOQOL-BREF jsou rozděleny do čtyř jednotlivých domén: fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Pomocí průměrných hrubých skóre se hodnotí dvě samotné položky, celková kvalita života a zdravotní stav. Získané skóre slouží k vyhodnocení kvality života jednotlivých domén (Dragomirecká a Bartoňová 2006).

Doména 1 – Fyzické zdraví

1. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?
2. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?
3. Máte dost energie pro každodenní život?
4. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?
5. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?
6. Jak se dokážete pohybovat?
7. Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?

Doména 2 – Prožívání

8. Jak moc Vás těší život?
9. Jak se dokážete soustředit?
10. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?
11. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?
12. Jak moc se zabýváte myšlenkami o smrti?

Doména 3 – Sociální vztahy

13. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?
14. Jak jste spokojen/a s mírou zájmu ze strany Vašich blízkých?
15. Cítíte se být izolován/a od lidí kolem Vás?

Doména 4 – Pro prostředí

-
16. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?
 17. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?
 18. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?
 19. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?
 20. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?
 21. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?
 22. Máte možnost věnovat se svým zálibám?

Pro účely našeho výzkumu a vzhledem k vyššímu věku respondentů, obsahuje výsledný dotazník pouze 24 otázek, které jsou do velké míry inspirovaný oběma výše uvedenými dotazníky. Z důvodu předpokládané zhoršené kvality zraku respondentů, byly dotazníky zvětšeny, než je dotazník v této práci (příloha č. B).

Výsledky jsou rozděleny do čtyř domén. Podle návodu se musí spočítat průměrné hrubé skóre jednotlivých domén. Všechny průměrné hrubé hodnoty se pohybují od minima 4 do maxima 20, kdy vyšší hodnota znamená lepší kvalitu života. Jinak to mají první dvě otázky, které jsou samostatné, hodnoty se tam pohybují od minima 1 do maxima 5. Hodnoty jsou počítány pomocí vzorce: $DOM1=(Q1, Q2, Q3, Q4, Q5, Q6, Q7) *4$. Stejným způsobem jsem zjišťovala hrubé skóre ostatních domén, jen jsem vždy změnila otázky. Ve všech vzorcích je průměr násobený číslem 4, aby to bylo srovnatelné s výsledky dotazníku WHOQOL-100. K vypočítání jsem použila příručku WHOQOL – BREF, WHOQOL – 100 (Dragomirecká, Bartoňová, 2006)

Při vyhodnocení hypotéz jsem použila Chí-kvadrát test v kontingenční tabulce a pokud vyšla prokazatelná závislost, spočítala jsem také sílu závislosti. Statisticky tuto sílu uvádí Cramerův koeficient.

5.4 Výzkumný vzorek

5.4.1 Obecná charakteristika

Do dotazníkového šetření se zapojilo celkem 102 respondentů, kteří byli vybíráni na základě několika kritérií:

- Respondent musí žít ve své domácnosti nebo v domově pro seniory

- Žít v Plzeňském kraji
- Být starší 65 let
- Mít zdravotní stav předpokládající schopnost porozumět všem otázkám v dotazníku

Senioři žijící ve vlastních domácnostech jsou zastoupeni v počtu 51, tj. 50 % respondentů a senioři žijící v domově pro seniory jsou zastoupeni též v počtu 51, tj. 50 % respondentů.

5.4.2 Domov pro seniory sv. Jiří

Domov pro seniory sv. Jiří je příspěvkovou organizací, jejímž zřizovatelem je Městská charita Plzeň. Je situován na krásném místě blízko Špitálského lesa na Doubravce. Domov pro seniory sv. Jiří poskytuje bezpečné zázemí seniorům, kteří vzhledem ke svému vysokému věku a zdravotnímu stavu mají sníženou soběstačnost, kvůli které nemohou zůstat v domácím prostředí sami a kdy péči nelze zajistit ani při využívání terénních a ambulantních sociálních služeb (Katalog služeb, s. 87))

Obrázek č. 1: Domov pro seniory sv. Jiří, Foto Mapy.cz, <https://mapy.cz/?source=firm&id=2036457>



Cílovou skupinou jsou senioři starší 65 let, kteří dosáhli nároku na přiznání starobního důchodu. Klienti zde mohou dle své volby využít nabídku služeb: společenské, aktivizační programy, zájmové, duchovní, pomoc při vyřizování úředních úkonů, korespondence nebo nákupu potravin či drogerie. Senioři mají možnost se zúčastnit výletů

po okolí, na výstavy a různé kulturní akce. (MCHP) Cíle služby je začlenění klientů do života v domově, aktivizace a zlepšení kontaktů s rodinami, zkvalitnění života. Plně zajištěna je lékařská a odborná lékařská péče. Zařízení poskytuje zdravotní péči, odborný dohled i odbornou pomoc klientům. Dům pro seniory zajišťuje i stravování, služby (praní, žehlení, opravu prádla, kadeřnice, pedikérka, masérka, úklid), lékařská péče, sociální služby a poradenství.

5.5 Realizace a postup sběru dat

Před začátkem výzkumu bylo důležité zkontaktovat sociální pracovníci příslušného domova pro seniory, která byla seznámena s obsahem a cíli této práce. Sociální pracovníci byl na schválení poslán dotazník a následně byly domluveny veškeré organizační záležitosti. Od sociální pracovnice jsem dostala povolení k tomu, abych zveřejnila název domova pro seniory.

Pokud jde o výběr lidí, kteří se účastnili studie, začala jsme tím, že jsem určila určitá kritéria, podle kterých jsme vybírali respondenty. Na začátku se určily kvóty, které nám pomohly s tímto výběrem. Cílem bylo zahrnout do studie jednotlivce, kteří bydlí v Plzeňském kraji a buď žijí sami v domácnosti, nebo pobývají v domově pro seniory. Zároveň jsme se zaměřili na osoby starší 65 let.

Dotazníky byly rozdány respondentům zaměstnanci, které pověřila sociální pracovnice. Respondentům bylo před vyplněním jasně sděleno, že je dotazník anonymní. Většina dotázaných seniorů vyplnila dotazník sama, v soukromí. Tento záměr byl uskutečněn především z důvodu platnosti jednotlivých odpovědí. Při slovním dotazování hrozí riziko zkreslení odpovědí. Třem respondentům byly otázky přečteny z důvodu zhoršených smyslových schopností nebo pohybového omezení.

Bez jakéhokoliv komentáře, aby nedošlo k ovlivnění jejich názoru. Dotazníky jsem osobně přinesla a předala sociální pracovníci. Během pěti dní všechny dotazníky byly vyplněny a já si je vyzvedla.

Co se týče druhé skupiny respondentů, kteří žijí ve vlastních domácnostech, předání dotazníků proběhlo většinou osobně. Dobrovolníci neboli členové rodiny pomáhali rozdávat

a předávat dotazníky k co nejvíce respondentů. Dotazníky jim byly doručeny přímo do jejich domovů, kde jsme si je po několika dnech vyzvedli.

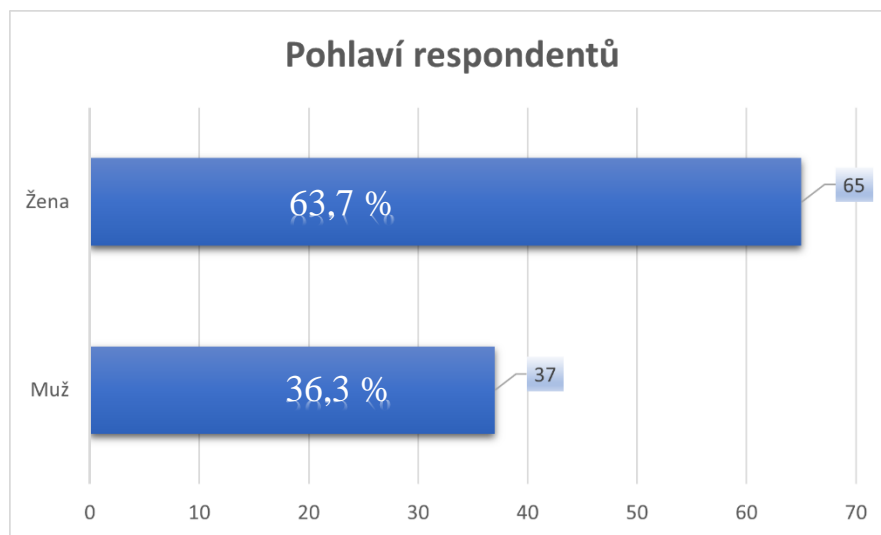
Po získání všech dotazníků od obou cílových skupin následovalo jejich přepsání do tabulky, následné zpracování a vyhodnocení pomocí programu Microsoft Excel. Hypotézy byly zpracované v programu RStudio 4.1.1.

6 Základní analýza dat

Pohlaví respondentů – obecná charakteristika

Skupinu respondentů tvořilo 37 mužů a 65 žen, což je 36,3 % mužů a 63,7 % žen. Celkem se výzkumu zúčastnilo 102 respondentů.

Graf č. 1: Pohlaví respondentů



Pohlaví respondentů podle místa bydlení

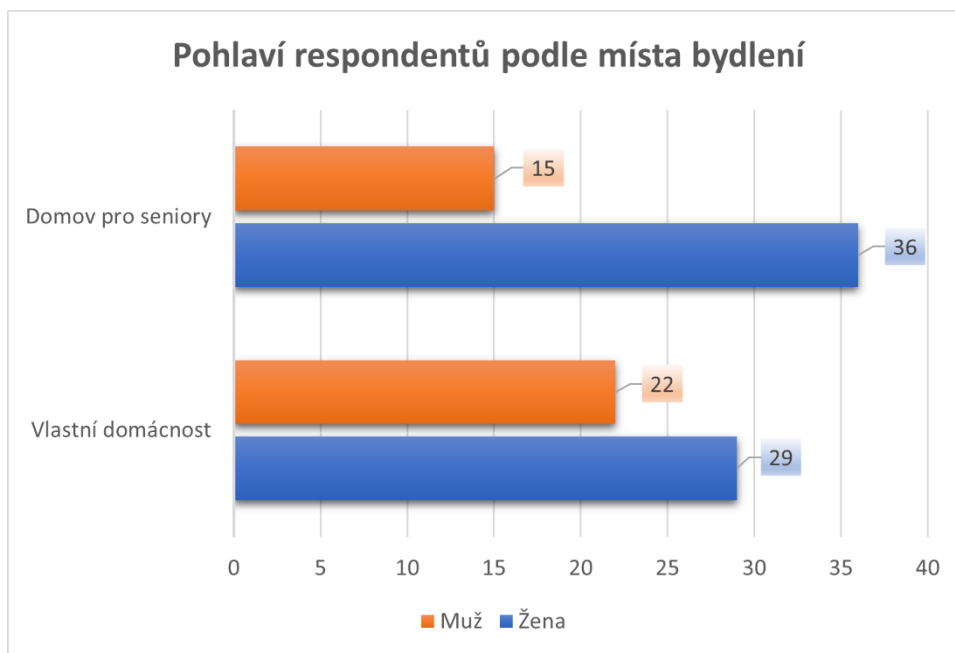
Skupina respondentů z domácího prostředí, jejichž dotazníky byly zpracovány v bakalářské práci byla tvořena 29 ženami a 22 muži, což je 57 % žen a 43 % mužů. Druhá skupina neboli respondenti z domova pro seniory byli zastoupeni 36 ženami a 15 muži, což je 71 % žen a 29 % mužů.

Tabulka č. 1: pohlaví respondentů podle místa bydlení

Bydlení	Pohlaví		Celkem
	Žena	Muž	
Domácnost	29	22	51
	57%	43%	100%
Zařízení	36	15	51
	71%	29%	100%

Pro větší názornost byla data z tabulky zpracovaná i do sloupcového grafu č. 2.

Graf č. 2: Pohlaví respondentů podle místa bydlení

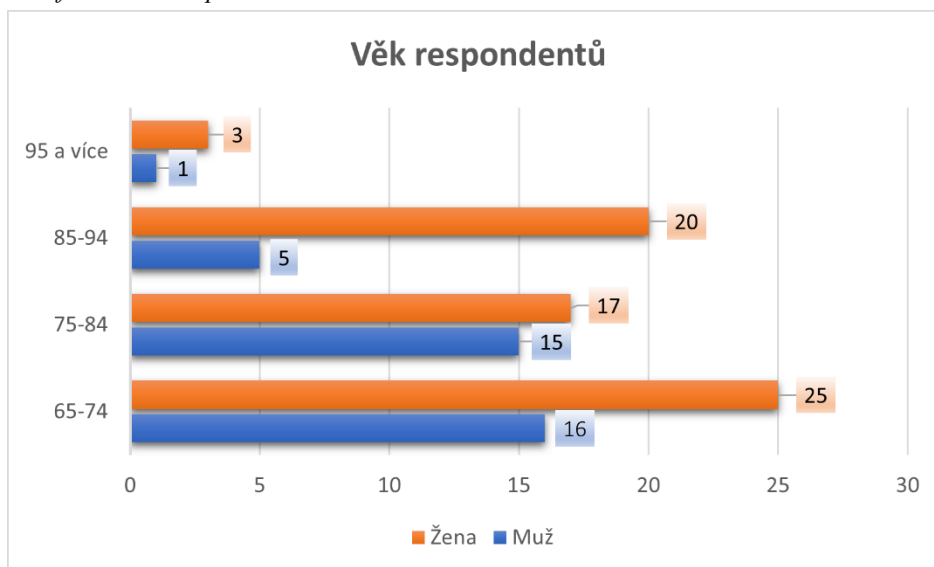


Věk

Věk dotazovaných seniorů byl v rozmezí 65–98 let, četnosti byly seskupeny do intervalů po 10 letech. Věkový průměr žen byl 78,1 let a mužů 77,9 let.

Vytvořený graf ukázal větší podíl žen než mužů, což je způsobeno známým faktem z demografie, že ženy se dožívají vyššího věku než muži. Dále je možné z grafu vyčíst ubývající počet dotázaných, v posledním věkovém intervalu vidíme pouze čtyři respondenty.

Graf č. 3: Věk respondentů



Bydlení

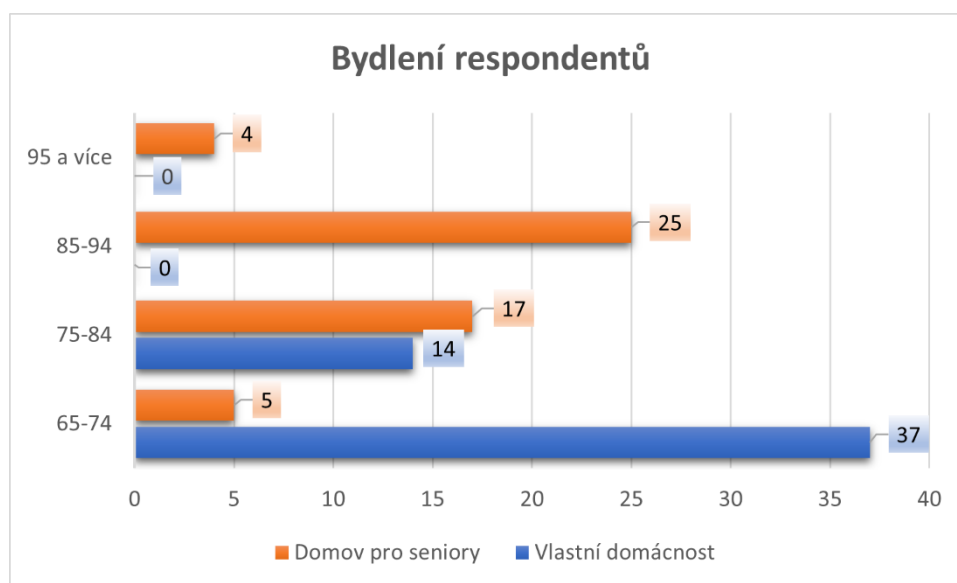
Dalším důležitým krokem bylo zaměřit se na skladbu dotázaných z hlediska způsobu a místa života. Zde byly zkoumány dvě varianty – život ve vlastní domácnosti nebo v domově pro seniory. Četnosti uvádí tabulka číslo 2. U seniorů žijících ve vlastní domácnosti byla zjištěna nejvyšší četnost u věkové skupiny 65-74 let. Nejvíce respondentů z domova pro seniory bylo zaznamenáno ve věku 85-94 let.

Tabulka č. 2: Bydlení respondenta

Bydlení	Věk				Celkem
	65-74	75-84	85-94	95 a více	
Domácnost	37 73%	14 27%	0 0	0 0	51 100%
Zařízení	5 10%	17 33%	25 49%	4 8%	51 100%

Z grafu je zřejmé, že s rostoucí věkem respondentů se zvyšuje také podíl respondentů žijících v domovech pro seniory. Pravděpodobně to bude způsobené tím, že respondenti z důvodu vysokého věku či změny zdravotního stavu již nejsou schopní se sami o sebe postarat v domácím prostředí a potřebují pomoc při každodenních činnostech od druhé osoby.

Graf č. 4: Bydlení respondentů



Stav

Z tabulky č. 3 vyplývá, že 35 (69 %) seniorů z vlastních domácnosti je stále v manželském svazku, což je více než polovina z dotazované skupiny. Dále 12 (24 %) seniorů odpovědělo, že má status vdovce či vdovy. Ze skupiny seniorů z vlastních domácnosti odpověděli jen 3 (6 %) seniori, že jsou rozvedení a pouze 1 (2 %) senior je svobodný či svobodná.

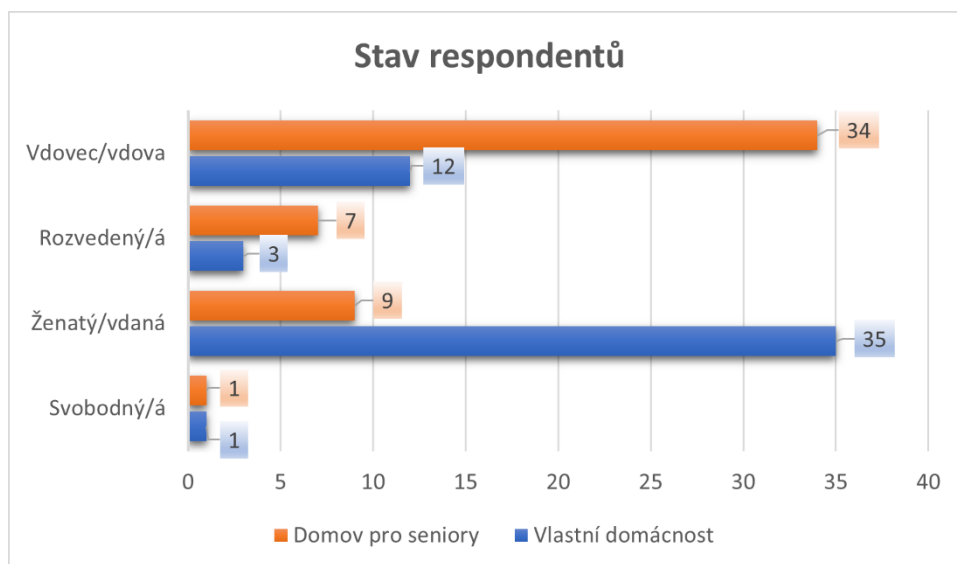
U skupiny z domova pro seniory odpovědělo pouze jen 9 (18 %) seniorů, že je v manželském svazku, jedná se o pokles 51 % ve srovnání se skupinou seniorů z vlastních domácností. Narozdíl od první skupiny, skupina respondentů z domova pro seniory odpověděla, že 34 (67 %) lidí má status vdovce či vdovy. V celkovém počtu 7 (14 %) seniorů odpovědělo, že jsou rozvedení a pouze 1 (2 %) senior má svobodný status stejně jako u první dotazované skupiny.

Pro lepší názornost byla data z tabulky zpracovaná i do sloupcového grafu č. 5.

Tabulka č. 3: Stav respondentů

Bydlení	Stav				
	Svobodný/á	Ženatý/vdaná	Rozvedený/á	Vdovec/vdova	Celkem
Domácnost	1 2%	35 69%	3 6%	12 24%	51 100%
Zařízení	1 2%	9 18%	7 14%	34 67%	51 100%

Graf č. 5: Stav respondentů



7 Vyhodnocení jednotlivých domén WHOQOL-BREF

Na základě získaných dat z dotazníků byly nejdřív vyhodnocené dvě samostatné otázky, které se týkají celkové kvality života a celkové kvality zdraví. U samostatných otázek je bodová škála od 1 až 5 a u domén je to od 4 (minimum) do 20 (maximum). Čím víc bodů jednotlivá skupina získala, tím by jejich kvalita života měla být lepší. V tabulce jsou i průměrné hodnoty populace ve stejném věku jako máme respondenty.

Jak jste spokojen/a se svým zdravím?

V rámci hodnocení subjektivního zdravotního stavu seniorů je klíčové analyzovat faktory, které mohou ovlivňovat jejich vnímání a pohled na vlastní zdravotní stav. Vzhledem k tomu byla provedena analýza hodnocení zdraví seniorů, kteří žijí buď ve vlastní domácnosti nebo v domově pro seniory. Hodnocení je založeno na škále hrubého skóre, kde minimální hodnota je 1 a maximální hodnota je 5, zatímco průměr populace je 3,33.

Výsledky analýzy ukázaly, že senioři žijící ve vlastní domácnosti udělili svému zdraví průměrné hrubé skóre 3,33. To naznačuje, že tato skupina seniorů vnímá svůj zdravotní stav na úrovni průměru populace. Na druhé straně senioři pobývající v domově pro seniory vykázali průměrné hrubé skóre 2,86, což naznačuje, že tato skupina má tendenci vnímat své zdraví mírně níže než průměrná populace.

Výsledky je možné interpretovat tak, že prostředí domova pro seniory může mít vliv na vnímání zdraví těchto osob, což může být ovlivněno různými faktory, včetně sociální interakce, péče a přístupu ke zdravotním službám. Je však třeba dávat pozor na to, že subjektivní vnímání zdraví je značně individuální a může být ovlivněno mnoha faktory, včetně psychosociálních a emocionálních aspektů.

Tabulka č. 4: Zdraví

Hodnota hrubého skóre	Zdraví				
	Vlastní domácnost	Domov pro seniory	Průměr	Min.	Max.
	3,33	2,86	3,33	1	5

Jak byste ohodnotil/a kvalitu svého života?

Kvalita života byla měřena prostřednictvím hrubého skóre, které se pohybuje na škále od 1 do 5, kde nižší hodnoty znamenají nižší kvalitu života a vyšší hodnoty znamenají vyšší kvalitu života. Průměr populace byl stanoven na hodnotu 3,83.

Výsledky analýzy ukázaly, že senioři žijící ve vlastní domácnosti udělili své kvalitě života průměrné hrubé skóre 3,9. To svědčí o téměř nadprůměrném vnímání kvality života této skupiny seniorů v porovnání s celkovým průměrem populace.

Na druhé straně senioři pobývající v domově pro seniory vykázali průměrné hrubé skóre 3,7, což naznačuje mírně nižší vnímání kvality života v této skupině ve srovnání s ostatními dvěma skupinami.

Z výsledků je možné vyvodit, že prostředí domova pro seniory může hrát určitou roli ve vnímání kvality života seniorů, a to i přesto, že výsledky se pohybují relativně blízko k průměru populace. Je třeba vzít v úvahu, že kvalita života je složitým konceptem, který může být ovlivněn různými faktory, včetně sociální interakce, fyzického zdraví, emocionálního stavu a dalších aspektů.

Tabulka č. 5: Kvalita života

Kvalita života					
Hodnota hrubého skóre	Vlastní domácnost	Domov pro seniory	Průměr	Min.	Max.
	3,9	3,7	3,83	1	5

Doména 1 – Fyzické zdraví

Hodnoty fyzického zdraví byly měřeny prostřednictvím hrubého skóre, které se pohybuje v rozmezí od 6,86 do 18,86. Průměr populace byl stanoven na hodnotu 14,59. Výsledky analýzy ukazují, že senioři žijící ve vlastní domácnosti dosáhli průměrného hrubého skóre fyzického zdraví 14,42. Tato hodnota naznačuje, že tato skupina seniorů má tendenci vykazovat mírně nižší fyzickou zdatnost ve srovnání s celkovým průměrem populace.

Naopak senioři ubytovaní v domově pro seniory vykázali průměrné hrubé skóre fyzického zdraví 12,81. Tato hodnota indikuje, že tato skupina seniorů má sklon k nižšímu hodnocení fyzického zdraví ve srovnání s ostatními dvěma skupinami.

Je důležité mít na paměti, že fyzické zdraví je komplexním jevem, ovlivněným mnoha faktory, včetně životního stylu, stravovacích návyků, fyzické aktivity a zdravotních stavů.

Tabulka č. 6: Doména 1

Doména 1					
Hodnota hrubého skóre	Vlastní domácnost	Domov pro seniory	Průměr	Min.	Max.
	14,42	12,81	14,59	6,86	18,86

Doména 2 – Prožívání

Výsledky analýzy naznačují, že senioři žijící ve vlastní domácnosti dosáhli průměrného hrubého skóre prožívání 14,15. Tato hodnota svědčí o tom, že tato skupina seniorů má tendenci vnímat a prožívat různé aspekty svého života na úrovni blízké celkovému průměru populace.

Na druhé straně senioři ubytovaní v domově pro seniory vykázali průměrné hrubé skóre prožívání 13,47. Tato hodnota naznačuje, že tato skupina seniorů má sklon vnímat a prožívat různé aspekty svého života mírně níže než celkový průměr populace.

Tabulka č. 7: Doména 2

Doména 2					
Hodnota hrubého skóre	Vlastní domácnost	Domov pro seniory	Průměr	Min.	Max.
	14,15	13,47	14,36	7,33	18,86

Doména 3 – Sociální vztahy

Zjištěné výsledky ukazují, že senioři žijící ve vlastní domácnosti dosáhli průměrného hrubého skóre sociálních vztahů ve výši 16,7. Tato hodnota naznačuje, že tato skupina seniorů hodnotí své sociální interakce a vztahy vyššími hodnotami než průměrná populace.

Naopak senioři ubytovaní v domově pro seniory vykázali průměrné hrubé skóre sociálních vztahů 16,59. Tato hodnota naznačuje, že i tato skupina seniorů hodnotí své sociální interakce a vztahy výše, než je průměr populace.

Tabulka č. 8: Doména 3

Doména 3					
Hodnota hrubého skóre	Vlastní domácnost	Domov pro seniory	Průměr	Min.	Max.
	16,7	16,59	14,21	5,33	20

Doména 4 – Prostředí

Získané výsledky naznačují, že senioři žijící ve vlastní domácnosti dosáhli průměrného hrubého skóre prostředí ve výši 14,79. Tato hodnota ukazuje, že tato skupina seniorů hodnotí okolní prostředí a podmínky, ve kterých žijí, na úrovni vyšší než průměrná populace.

Na druhé straně senioři ubytovaní v domově pro seniory vykázali průměrné hrubé skóre prostředí 16,27. Tato hodnota naznačuje, že i tato skupina seniorů vnímá a prožívá okolní prostředí a podmínky výše, než je průměr populace.

Tabulka č. 9: Doména 4

Doména 4					
Hodnota hrubého skóre	Vlastní domácnost	Domov pro seniory	Průměr	Min.	Max.
	14,79	16,27	13,76	8	19

V tabulce číslo 10 vidíme výsledky obou skupin z jednotlivých domén. Podle hodnocení WHOQOL-BREF má lepší kvalitu života skupina seniorů bydlící ve vlastních domácnostech.

Tabulka č. 10: Výsledky všech domén

Výsledky všech domén		
Hodnota hrubého skóre	Vlastní domácnost	Domov pro seniory
Doména 1	14,42	12,81
Doména 2	14,15	13,47
Doména 3	16,71	16,59
Doména 4	14,79	16,27
Celkem	60,07	59,14

7.1 Závěr

Během komplexní analýzy kvality života seniorů byly zkoumány čtyři klíčové oblasti, nazývané domény. Tyto domény zahrnovaly fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. V rámci každé domény byly analyzovány výsledky dvou skupin seniorů: těch, kteří žijí ve vlastní domácnosti, a těch, kteří jsou umístěni v domovech pro seniory. K hodnocení bylo využito hrubého skóre, které poskytuje celkový pohled na vnímání těchto čtyř oblastí.

V oblasti fyzického zdraví byla zjištěna tendence seniorů žijících ve vlastní domácnosti k mírně nižšímu vnímání fyzické zdatnosti ve srovnání s celkovým průměrem populace.

Zároveň bylo zjištěno, že seniori pobývající v domovech pro seniory vykazovali ještě nižší hodnocení fyzického zdraví. V oblasti prožívání byla zjištěna tendence seniorů žijících ve vlastní domácnosti k vyššímu vnímání různých aspektů života v porovnání s průměrem populace. Skupina seniorů z domovů pro seniory měla vnímání svého prožívání na podobné úrovni jako celkový průměr populace.

V oblasti sociálních vztahů byly obě skupiny seniorů nad průměrem populace, přičemž skupina žijící ve vlastní domácnosti vykázala vyšší hodnocení. To naznačuje, že obě skupiny seniorů vnímají sociální interakce a vztahy výše než průměrná populace.

V poslední oblasti, kterou bylo zkoumáno, tedy v prostředí, byla zjištěna tendence obou skupin seniorů k vyššímu vnímání a prožívání okolního prostředí v porovnání s průměrem populace.

Celkově lze konstatovat, že vzhledem k celkovému průměru hrubých skóre v jednotlivých doménách mají obě skupiny seniorů, tedy jak ti žijící ve vlastní domácnosti, tak i ti z domovů pro seniory, tendenci k vyššímu vnímání a prožívání svého života ve srovnání s průměrem populace. Tyto výsledky mohou naznačovat specifické faktory, které ovlivňují kvalitu života seniorů v různých kontextech, a mohou být využity pro cílené intervence a podpůrná opatření, která by mohla posílit různé aspekty kvality života seniorů v obou skupinách.

8 Vyhodnocení hypotéz

Následující kontingenční tabulky zachycují četnosti počtu osob v daných kategoriích. Statisticky se jedná o chí-kvadrát test nezávislosti v kontingenčních tabulkách.

Nulová hypotéza: nezávislost znaků

Alternativní hypotéza: závislost znaků

Tyto statistické hypotézy jsou testovány na standardní hladině významnosti $\alpha = 0,05$ (chyba prvního druhu). Spočtené testovací kritérium a p hodnota pochází z programu RStudio 4.1.1. Když p hodnota je nižší než 0,05, tak zamítáme nulovou hypotézu nezávislosti, a tudíž znaky jsou na sobě vzájemně závislé, v opačném případě nelze prokázat závislost znaků. Předpokladem této statistické metody jsou absolutní očekávané četnosti větší než 5 alespoň v 80 % případech, což je splněno (proto jsem například v první hypotéze sružila kategorii 1 a 2). Pokud vyjde prokazatelná závislost, spočteme taky sílu této závislosti (0-100 %). Statisticky tuto sílu uvádí Cramerův koeficient (Anděl 2019, s. 167-170)

H1: Senioři žijící ve vlastních domácnostech jsou se svým zdravím spokojenější než senioři žijící v domovech pro seniory.

Jelikož nikdo neodpověděl pomocí škály číslem 5, není tento údaj zapsán v tabulce.

Chí-kvadrát test: 7,5739

p hodnota: 0,02266 < 0,05

Tabulka č. 11: Hypotéza č. 1

H1: Spokojenost se zdravím	Škála			
	1 a 2	3	4	Součet
Domov pro seniory	20	16	15	51
Vlastní domácnost	10	13	28	51
Součet	30	29	43	102

Zamítáme nulovou hypotézu a existuje závislost v smysl, že se svým zdravím jsou spokojenější senioři z vlastních domácností. Síla této závislosti je 27,25 %, jedná se o slabou závislost.

H2: Senioři z obou skupin hodnotí bez velkého rozdílu místo, ve kterém žijí jako zdravé a bezpečné.

Chí-kvadrát test: 94,075

p hodnota: $<2,2 \cdot 10^{-16} < 0,05$

Tabulka č. 12: Hypotéza č. 2

H2: Zdravé a bezpečné místo	Škála				Součet
	2	3	4	5	
Domov pro seniory	18	54	184	145	401
Vlastní domácnost	6	138	176	45	365
Součet	24	192	360	190	766

Zamítáme nulovou hypotézu a existuje závislost v těchto oblastech zdravé a bezpečné místo v smyslu toho, kde senioři bydlí. Síla této závislosti je 35,04 %, jedná se o slabou závislost.

H3: Senioři žijící ve vlastních domácnostech žijí v partnerském vztahu častěji než senioři žijící v domovech pro seniory.

V kategorii „Svobodný/á“ je pouze jen jeden člověk z vlastní domácnost a jeden člověk z domova pro seniory, proto tuto četnost do tabulky nezapišeme z důvodu nízké hodnoty.

Chí-kvadrát test: 27,485

p hodnota: $1,076 \cdot 10^{-6} < 0,05$

Tabulka č. 13: Hypotéza č. 3

H3: Stav	Škála		
	Vlastní domácnost	Domov pro seniory	Součet
Ženatý/vdaná	35	9	44
Rozvedený/á	3	7	10
Vdovec/vdova	12	34	46
Součet	50	50	100

Zamítáme nulovou hypotézu a existuje závislost mezi stavem a typem ubytování jednotlivých seniorů. Síla této závislosti je 52,43 %, jedná se o středně silnou závislost.

Závěr

Jedním z nejvíce diskutovaných témat je poslední roky téma stárnutí populace. Díky době, kde žijeme a je snad vše možné, tak se začala prodlužovat délka života. Všichni se, ale shodují, že je důležitější poslední vývojovou etapu našeho života si užít a udržet si kvalitu života na nějaké vyhovující úrovni. Každý ve stáří budeme mít jinou kvalitu života. Každý jsme žili úplně jiný život. Jiné návyky, životospráva, životní styl. Jak jsme se celý život chovali k našemu tělu a zdraví, tak ve stáří nám to tělo vše vrátí.

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit a porovnat kvalitu života seniorů žijících ve vlastních domácnostech a seniorů žijících v domově pro seniory.

V teoretické části jsem se věnovala několika kapitolám. Zabývala jsem se kvalitou života, jaké faktory ovlivňují naši kvalitu a jak se měří. Nepochybně jsem se zabývala i stářím, stárnutím a vším co je s tím spojené. Důležitou kapitolou jsou životní potřeby. Na závěr jsem řešila důvody k odchodu do domova pro seniory, následné adaptování a jako poslední jsem psala o týrání a nevhodném chování, kterého se někteří lidé na důchodcích dopouštějí.

K zjištění kvality života seniorů v domově pro seniory a ve vlastních domácnostech jsem použila dotazník od Světové zdravotnické organizace. Použila jsem WHOQOL-BREF dotazník. Anonymní dotazník jsem rozdala ve vesnicích nedaleko Plzně seniorům, kteří žijí ve vlastních domácnostech. Ještě před začátkem výzkumu jsem měla domluvené tři domovy pro seniory, dva od městské charity a jeden soukromí. Bohužel sociální pracovnice ze soukromého domova pro seniory změnila názor a výzkum mi tam nebyl umožněn. Chtěla jsem mít kontrast mezi soukromím a městským domovem pro seniory. Dotazníků jsem nakonec vybrala nádherných 102 kusů, 51 z domova pro seniory a 51 z vlastních domácností.

Z výzkumu vyplynulo, že spokojení a lepší kvalitu života mají senioři z vlastních domácností, ale byla jsem mile překvapeno, protože žádný velký rozdíl není. Co se týče zdraví myslím si, že velkou roli hrál fakt, že v domově pro seniory byla největší četnost lidí o 10 let starší než v druhé skupině. Čekala jsem, že nespokojení budou senioři z domova pro seniory, ale když jsem na konci provedla vyhodnocení jednotlivých domén, uviděla jsem, že sice skupina seniorů měla lepší výsledky, ale nebyl to žádný extra velký rozdíl, jak jsem si na začátku myslela.

Co se týče položených hypotéz, tak všechny tři se potvrdily. Doména 4 se zaměřovala na prostředí, ve kterém respondenti žijí. Poslední doména se skládá z pěti otázek a to bezpečnost, zdravé prostředí, peníze, informace a zdravotní péče. V této sekci senioři z domova pro seniory vyhráli na plné čáře. Ukázalo se, že senioři, kteří žijí v Domově pro seniory u sv. Jiří na Doubravce jsou velmi spokojeni se svým prostředím.

Výzkum považuji za úspěšný. Zjistila jsem to, co jsem chtěla, naplnilo se mé očekávání, a dokonce jsem byla i mile překvapená z výsledků, že senioři z domova pro seniory na tom vůbec nejsou špatně se svojí kvalitou života i na svůj vyšší věk.

Doufám, že provedený výzkum bude přínosný a zajímavý pro lidi, které zajímá kvalita života ve vyšším věku. Touto bakalářskou prací jsem se utvrdila v tom, že senioři jsou moje cílová skupina a ráda bych v této problematice pokračovala.

Summary

The theme of my work is quality of life in old age. Quality of life has been very popular in recent years and there is a lot of talk about it.

This topic is very important to me, because aging is a lifelong process that affects each of us. You can read a lot of theoretical things about the quality of life in old age, but there is not much feedback, as it really is in practice. The main goal of my work was to compare and compare two groups of people, in a home for the elderly and in their own households.

In the theoretical part, I focused on several chapters. I dealt with the quality of life, what factors affect our quality and how it is measured. Undoubtedly, I also dealt with old age, aging and everything connected with it. The needs of life are an important chapter. In the end, I addressed the reasons for going to a home for the elderly, subsequent adaptation, and lastly, I wrote about the abuse and inappropriate behavior that some people commit on retirement.

In the practical part, I focused on research, where I managed to find out that seniors who live in their own households are more satisfied than the other group. A big difference, but there is no difference between them.

Literatura

1. ANDĚL, Jiří, 2019. *Statistické metody*. Páté vydání. Praha: Matfyzpress. ISBN 978-80-7378-381-5.
2. BUŽGOVÁ, Radka a Kateřina IVANOVÁ, 2007. *Prevence týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů v rezidenčních zařízeních*. ISSN 1804-7858
3. ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA, 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3404-3.
4. ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ, 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3901-4.
5. DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ, 2006. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-82-4.
6. DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka PRAJSOVÁ, 2009. *WHOQOL-OLD: Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 978-80-87142-05-9
7. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.
8. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
9. HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ, 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations. ISBN 978-80-254-0179-8.
10. HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.
11. KALVACH, Zdeněk, 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6 (102)
12. *Katalog poskytovatelů sociálních služeb v Plzeňském kraji*, 2019. Plzeň: Typos.
13. Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing.

-
14. MALÍKOVÁ, Eva, 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2030-7.
 15. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed., 2010. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0.
 16. MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.
 17. Nerenberg, L.: Communities Respond to Elder Abuse. In: Mellor, J. M., Brownell, P. (eds.) *Elder Abuse and Mistreatment: Policy, Practice, and Research*. US: The Haworth Press, 2006, s. 247. ISBN 10:0-7890-3023-3
 18. PAYNE, J. (2005). *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton.
 19. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ I., 1998. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-184-3.
 20. PTÁČKOVÁ, Hana a Radek PTÁČEK, 2021. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0876-3.
 21. PŘIBYL, Hugo, 2015. *Sociální gerontologie*. Opava. – ISBN: 978-80-7345-437-1
 22. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka, 2010. *Přehled vývojové psychologie*. 3., upr. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2433-0.
 23. VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.

Online zdroj:

24. Teorie motivace podle Maslowa [online]. Mentem trenujte svůj mozek, 2018. [cit. 28.4.2022]. Dostupné z: <https://www.mentem.cz/blog/teorie-motivace/>

Přílohy

Příloha A – Seznam grafů, obrázků a tabulek

Příloha B – Dotazník

Seznam grafů a tabulek

Grafy

Graf č. 1: Pohlaví respondentů

Graf č. 2: Pohlaví respondentů podle místa bydlení

Graf č. 3: Věk respondentů

Graf č. 4: Bydlení respondentů

Graf č. 5: Stav respondentů

Tabulky

Tabulka č. 1: pohlaví respondentů podle místa bydlení

Tabulka č. 2: Bydlení respondenta

Tabulka č. 3: Stav respondentů

Tabulka č. 4: Zdraví

Tabulka č. 5: Kvalita života

Tabulka č. 6: Doména 1

Tabulka č. 7: Doména 2

Tabulka č. 8: Doména 3

Tabulka č. 9: Doména 4

Tabulka č. 10: Výsledky všech domén

Tabulka č. 11: Hypotéza č. 1

Tabulka č. 12: Hypotéza č. 2

Tabulka č. 13: Hypotéza č. 3

Obrázky

Obrázek č. 1: Maslowova pyramida potřeb (dostupné:

Obrázek č. 2: Domov pro seniory sv. Jiří, Mapy.cz (dostupné:

Kvalita života

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Linda Kubová a jsem studentka bakalářského programu sociologie na Filozofické fakultě Západočeské univerzity v Plzni. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění krátkého dotazníku zaměřeného na kvalitu života seniorů. Cílem mé práce je porovnat kvalitu života mezi skupinou seniorů žijících v domově pro seniory a skupinou seniorů žijících ve svých domovech.

Dotazník Vám zabere maximálně 10 minut a je zcela anonymní. Na následující otázky vyberte vždy jednu odpověď. Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, vyberte prosím odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

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

Děkuji za Váš čas strávený nad tímto dotazníkem a především za Vaše odpovědi.

1 Jak jste spokojen/a se svým zdravím?

velmi nespokojen/a nespokojen/a ani spokojen/a, ani nespokojen/a spokojen/a velmi spokojen/a

2 Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?

velmi špatná špatná ani dobrá, ani špatná dobrá velmi dobrá

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

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jak moc Vás těší život?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jak se dokážete soustředit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

	vůbec ne	spíše ne	středně	spíše ano	zcela
Máte dost energie pro každodenní život?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Máte možnost věnovat se svým zálibám?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jak se dokážete pohybovat?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jak jste spokojena s mírou zájmu ze strany Vašich blízkých?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6 Následující otázky se týkají toho, jak často jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kvalita života

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cítíte se být izolován/a od lidí kolem Vás?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jak moc se zabýváte myšlenkami o smrti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7 Pohlaví

Žena Muž

8 Váš věk

9 Bydlíte

Ve vlastní domácnosti V domově pro seniory

10 Stav

Svobodný/á Ženatý/vdaná Rozvedený/á Vdovec/vdova