

**UNIVERZITA KARLOVA**

**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

**Kvalita života seniorů v domovech pro seniory**

**Quality of Life of Eldery People in Nursing Homes**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Autor:

Mgr. Alžběta Bártová, PhD.

Marie Machotová

Praha 2024

## **Poděkování**

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí své bakalářské práce Mgr. Alžbětě Bártové, PhD. za cenné rady, odborné konzultace, ochotu a pomoc při realizaci této práce. Dále bych také ráda poděkovala své rodině a přátelům za podporu v průběhu celého studia.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci Kvalita života seniorů v domovech pro seniory vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

Marie Machotová

.....

## **Anotace**

Bakalářská práce se zaměřuje na analýzu subjektivního vnímání kvality života seniorů, kteří žijí v Domově pro seniory Říčany. Práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část se zabývá konceptem kvality života jak obecně, tak u seniorů, dále stárnutím a stářím, včetně projevů spojených s tímto obdobím. Praktická část zahrnuje kvantitativní výzkum formou dotazníkového šetření, který je určen uživatelům zmíněného Domova. Cílem práce je analyzovat kvalitu života uživatelů spojenou se zdravím.

## **Klíčová slova**

Kvalita, kvalita života, stárnutí, stáří, domov pro seniory, senioři

## **Annotation**

The bachelor thesis focuses on the analysis of the subjective perception of the quality of life of elderly people living in the Nursing Home in Říčany. The work is divided into two parts. The theoretical part deals with the concept of quality of life both generally and in seniors, as well as aging and old age, including the manifestations associated with this period. The practical part includes a quantitative research in the form of a questionnaire survey, which is intended for the users of the mentioned home. The aim of the thesis is to analyse the health-related quality of life of users.

## **Keywords**

Quality, Quality of Life, Aging, Old Age, Nursing Home, Elderly People

# OBSAH

<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>6</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>	<b>7</b>
<b>1 ÚVOD .....</b>	<b>8</b>
<b>2 KVALITA ŽIVOTA.....</b>	<b>9</b>
2.1 Definice kvality života a různé perspektivy na tento koncept .....	9
2.2 Metody a přístupy k hodnocení kvality života .....	12
<b>3 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ .....</b>	<b>16</b>
3.1 Příprava na stáří a kvalita života.....	17
3.2 Životní smysl a kvalita života.....	17
3.3 Postoj ke smrti a umírání a kvalita života.....	18
<b>4 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ .....</b>	<b>20</b>
4.1 Vymezení pojmu stárnutí a stáří .....	20
4.2 Periodizace stáří .....	21
4.3 Projevy stáří .....	22
<b>5 PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>26</b>
5.1 Kvantitativní výzkum.....	26
5.2 Dotazníkové šetření .....	26
5.3 Výzkumné hypotézy.....	27
5.4 Proces sběru dat.....	28
5.5 Zpracování dat.....	29
5.6 Vyhodnocení stanovených hypotéz.....	56
<b>6 SHRNUÍ.....</b>	<b>58</b>
<b>7 ZÁVĚR .....</b>	<b>59</b>
<b>8 SEZNAM ZDROJŮ.....</b>	<b>61</b>
<b>9 SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>65</b>
<b>10 PŘÍLOHY .....</b>	<b>66</b>

## SEZNAM TABULEK

<b>Tabulka 1: Čtyři typy kvality života podle Veenhovena (2013) .....</b>	<b>15</b>
<b>Tabulka 2: Změny ve stáří .....</b>	<b>25</b>
<b>Tabulka 3: Složení respondentů žijících v domově seniorů podle pohlaví .....</b>	<b>29</b>
<b>Tabulka 4: Složení respondentů žijících v domově seniorů podle věku .....</b>	<b>29</b>
<b>Tabulka 5: Věkové rozložení žen .....</b>	<b>30</b>
<b>Tabulka 6: Věkové rozložení mužů .....</b>	<b>30</b>
<b>Tabulka 7: Pohyblivost .....</b>	<b>32</b>
<b>Tabulka 8: Zrak .....</b>	<b>34</b>
<b>Tabulka 9: Sluch .....</b>	<b>35</b>
<b>Tabulka 10: Dýchání .....</b>	<b>37</b>
<b>Tabulka 11: Spánek.....</b>	<b>39</b>
<b>Tabulka 12: Jídlo.....</b>	<b>40</b>
<b>Tabulka 13: Mluva .....</b>	<b>41</b>
<b>Tabulka 14: Vyměšování.....</b>	<b>43</b>
<b>Tabulka 15: Běžné aktivity.....</b>	<b>45</b>
<b>Tabulka 16: Mentální funkce .....</b>	<b>47</b>
<b>Tabulka 17: Nepohodlí a příznaky .....</b>	<b>49</b>
<b>Tabulka 18: Deprese .....</b>	<b>50</b>
<b>Tabulka 19: Neklid.....</b>	<b>51</b>
<b>Tabulka 20: Vitalita .....</b>	<b>52</b>
<b>Tabulka 21: Sexuální aktivita .....</b>	<b>53</b>
<b>Tabulka 22: Vyhodnocení dotazníku 15D .....</b>	<b>55</b>

## **SEZNAM ZKRATEK**

**APACHE II** – Acute Psychological and Chronic Health Evaluation System

**CASP** – Indikátor kvality života

**HRQoL** – Health Related Quality of Life

**ILF** – Index kvality života

**LSS** – Life Satisfaction Scale

**MANSA** – Manchester Short Assessment of Quality of Life

**QALY** – Quality-adjusted life year

**SEIQoL** – Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life

**tj.** – to jest

**tzn.** - to znamená

**VAS** – Visual Analogous Scale

**WHO** – World Health Organization

**WHOQOL** – World Health Organization Quality of Life

**WHOQOL-OLD** – World Health Organization Quality of Life Old

# 1 ÚVOD

Česká republika, stejně jako ostatní země světa, čelí fenoménu stárnutí populace. Tento trend s sebou přináší také výzvy v oblasti péče o seniory, jelikož se tradiční model péče o starší jedince v rodině stává stále méně udržitelným a domovy pro seniory tak představují důležitou alternativu.

Mnoho lidí může vnímat domovy pro seniory s jistými obavami. Mohou je vnímat jako zařízení, kde se senioři ocitají izolovaní od své rodiny a přátel, a tak může jejich život ztrácet na kvalitě. Je však důležité uvědomit si, že se domovy pro seniory v posledních letech značně proměnily a zaměřují se na kvalitní život, kde klientům nabízí širokou škálu služeb a aktivit. Je to také místo, kde mohou senioři navázat přátelství s lidmi stejné věkové kategorie.

Proto jsem si pro svou bakalářskou práci vybrala téma „Kvalita života seniorů v domovech pro seniory“. Zajímá mě totiž subjektivní pohled uživatelů, kteří žijí v domově pro seniory, na jejich kvalitu života. Pro svůj výzkum jsem si vybrala zařízení, ve kterém jsem v rámci školy vykonávala praxe. Tímto zařízením je Domov seniorů Říčany.

Má bakalářská práce je strukturována do dvou hlavních částí, a to teoretické a praktické, empirické části. Teoretická část se zabývá poznatky dané problematiky a je rozdělena do tří kapitol. Zaměřuji se na pojmy stáří a stárnutí, na změny biologické, psychické a fyzické spojené s tímto obdobím, dále na kvalitu života obecně, kvalitu života seniorů a faktory, které kvalitu života ovlivňují. Cílem teoretické části je souhrnné přiblížení problematiky starších lidí a seniorů. Praktická část je realizována pomocí dotazníkového šetření. V další fázi práce jsou stanoveny hypotézy, které jsou následně potvrzeny, či vyvráceny.

Cílem této bakalářské práce je analyzovat subjektivní vnímání kvality života seniorů, kteří žijí v Domově pro seniory v Říčanech u Prahy. Práce se zaměřuje na to, jak senioři, kteří žijí v tomto domově hodnotí svou kvalitu života. Výsledky empirické části, z již výše zmíněného domova pro seniory, jsou následně analyzovány, zpracovány a vyhodnoceny.

Touto prací bych mimo jiné také ráda ukázala starším jedincům, či rodinám, kteří váhají nad umístěním do domova seniorů, že domovy pro seniory mohou být místem, kde lidé žijí kvalitní a plnohodnotný život.



## 2 KVALITA ŽIVOTA

V současné společnosti si lidé často pod pojmem kvalita života představí především stabilní zaměstnání, materiální zabezpečení, tzn. dostatek peněz a s tím spojené pohodlné bydlení, kvalitní stravu či dovolenou. Ba dokonce, jak ve své knize píše Hogenová (2002), že si samotnou kvalitu života můžeme objednat stejně jako dobré jídlo, po němž se dostaví pocit nasycenosti.

Méně už si ale lidé pod tímto pojmem představí abstraktnější pojmy, které jsou stejně důležité jako ostatní. Je jimi například svoboda, smysluplnost či umění stárnout, jež do kvality života spadají také.

### 2.1 Definice kvality života a různé perspektivy na tento koncept

Ve slovníku spisovného jazyka českého pojem kvalita vyjadřuje za prvé jakost; hodnotu u zboží, látek či pokrmů, ale také za druhé souhrn typických vlastností, zpravidla kladných (Slovník spisovného jazyka českého, 2011).

Gurková (2011) vnímá kvalitu jako relativní pojem, který můžeme vyjádřit jak kvalitativně (subjektivně, u toho, kdo ji posuzuje), tak i kvantitativně (objektivně). „*Tím zároveň zahrnuje proces hodnocení. Pokud chceme vymezit, na jaký druh hodnocení je kvalita zaměřená, musíme určit jeho předmět a zároveň normu (standard), se kterou je předmět porovnáván*“ (Gurková, 2011, s. 21). Vzhledem k tomu, že předmětem hodnocení je život, klíčovou otázkou se stává, jaký typ života chceme hodnotit. Chceme hodnotit život jednotlivce, skupiny, komunity? Teprve s jasně definovaným předmětem a normou můžeme smysluplně hodnotit a zlepšovat kvalitu života (Gurková, 2011).

Kvalita života je tedy koncept jak objektivní – posuzován podle vnějších, jasně daných kritérií, například na základě zdravotního vyšetření, tak subjektivní – zohledněn vlastním vnímáním, ačkoli se nemusí shodovat s vnějším pohledem (Veenhoven, 2013).

Čepelka (2019) vymezuje kvalitu života ve dvou dimenzích. První dimenzí je dimenze vnější, která představuje aspekty prostředí, ve kterém člověk žije. Patří sem například služby a zařízení, které má člověk ve svém prostředí k dispozici či vliv životního prostředí, tzn. faktory ovlivňující naše zdraví. Druhá dimenze je vnitřní. Ta zahrnuje vlastnosti každého jedince, tzn. fyzické a duševní zdraví, subjektivní pohodu atd. „*Tyto dvě dimenze předurčují způsoby zjišťování či měření a do velké míry odlišují i sociologický a psychologický přístup ke kvalitě života*“ (Čepelka 2019, s. 137)

Definovat ale samotný pojem „kvalita života“ není jednoduché, neboť „zahrnuje širokou škálu různorodých oblastí zkušenosti člověka – od fyzických funkcí až po oblasti spojené s dosahováním životních cílů a prožíváním životního štěstí“ (Gurková, 2011, s. 23).

Felce a Perry (1995) píší, že kvalita života je neuchopitelný pojem, který lze přiblížit na různých obecných úrovních, tzn. od hodnocení blahobytu společnosti nebo komunity až po konkrétní hodnocení situace jednotlivců nebo skupin.

I přesto má ale samotný koncept mnoho definic, například definice Světové zdravotnické organizace (WHO) zní: „Kvalita života je subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře a k systému hodnot, ve kterých daný člověk žije, a také ve vztahu ke svým cílům, očekáváním a starostem“ (Národní zdravotnický informační portál, 2024).

Teoli a Bhardwaj (2023) definují kvalitu života jako pojem, který se snaží postihnout pohodu populace nebo jednotlivce s ohledem na pozitivní i negativní aspekty celé jejich existence v konkrétním okamžiku, který zahrnuje nejen materiální věci, ale i celkovou spokojenost a naplnění životem. Mezi klíčové složky kvality života patří osobní zdraví (fyzické, psychické a duchovní), vztahy, úroveň vzdělání, pracovní prostředí, sociální status, pocit bezpečí a svobody, možnost rozhodovat o svém životě, sounáležitost se společností a také okolní prostředí.

I když je pojem kvality života relativně nový a začal se ve společenských vědách používat až ve druhé polovině 20. století (Hudáková a Majerníková, 2013), tak se v průběhu historie vyvíjel a byl zkoumán z různých úhlů pohledů. Jen v dřívějších dobách nebylo užívané toto pojmosloví (Kebza, 2005). Různé vědní obory se zaměřují na specifické aspekty kvality života a používají různé ukazatele k jejímu hodnocení. Při snaze o definování kvality života je důležité zohlednit všechny tyto přístupy, jelikož žádný z nich není sám o sobě dostačující (Fařunová, 2007). Některé z přístupů budou zmíněny níže.

### **Sociologické pojetí kvality života**

Sociologie, dle Dvořáčkové (2012), zkoumá kvalitu života z hlediska atributů sociální úspěšnosti, životního stylu, vzdělání, majetku a dalších faktorů. Důležitým konceptem v tomto ohledu je především „životní styl“, který odráží všeobecné sociální podmínky, jež určují kvalitu života a způsob života lidí ve společnosti. Na základě životního stylu se posuzují jak obecné sociální procesy, tak i poměr manuální a intelektuální práce. Z tohoto hlediska je životní styl důležitým ukazatelem kvality života jak na úrovni společnosti, tak i u jednotlivých osobností. Životní styl je ovlivněn ekonomickým

postavením, a to jak jedince, tak i celé společnosti. Změny v příjmech a výdajích (např. odchod do důchodu) vedou k modifikaci chování a životního stylu. Důležitou roli hrají také hodnoty, které jsou ovlivněny rodinným zázemím, výchovou a individuální zkušeností. Lze je rozdělit na individualistické (sebeurčení, úspěch, štěstí) a kolektivistické (spravedlnost, benevolence). Mezi další determinanty životního stylu a situace jednotlivce patří povolání, zdraví, věk, pohlaví, životní události, politická orientace a společenské změny.

### **Medicínské pojetí kvality života**

V medicíně se pojem kvalita života začal užívat od 70. let minulého století. Přesto je ale stále tato problematika ve zdravotnictví poměrně nová, byť často zdůrazňována. V medicínském pojetí hraje důležitou roli fyzické i psychické zdraví, těžiště tohoto zkoumání je tedy posunuto do oblasti psychosomatického a fyzického zdraví. V tomto pojetí se často operuje s pojmem „*Health Related Quality of Life*“ (HRQoL), tj. kvalita života ovlivněná zdravím. Tento pojem můžeme chápat jako subjektivní vnímání životní pohody člověka, které je ovlivněno jeho onemocněním, úrazem, léčbou a případnými vedlejšími účinky. Jinými slovy, jedná se o to, jak se pacient cítí a jak zvládá svůj život s danou diagnózou. Vedle klinických ukazatelů, které hodnotí, zda terapie funguje (hladina hemoglobinu, krevní markery, tělesná teplota atd.), se sledují i jak subjektivní, tak objektivní hodnoty o fyzickém a psychickém stavu pacienta. To zahrnuje například přítomnost bolesti, intenzitu únavy, převažující typ emocí atd. Tento přístup byl a je stále aktuální při sledování kvality života především u onkologických a psychiatrických pacientů. Jelikož zde většinou nelze dosáhnout úplného uzdravení, zaměřujeme se na kvalitu života pacienta a její zlepšení jako na primární cíl terapie. Nesoustředíme se tedy pouze na vyléčení choroby, ale i na to, aby pacient mohl žít co nejkvalitnější život s danou diagnózou (Payne et al., 2005).

### **Psychologické pojetí kvality života**

V psychologickém pojetí není pojem „kvalita života“ jednorozměrný koncept, ale zahrnuje různé aspekty, které se vzájemně propojují a ovlivňují. Zaměřuje se na subjektivní prožívání člověka a zahrnuje například životní spokojenost, kde můžeme zkoumat, co činí lidi spokojenými a jaké faktory k tomu přispívají. Jindy se jedná o prožívání subjektivní pohody, která se zaměřuje na obecné hodnocení kvality života a prožitek štěstí. Důležitou roli hraje také prožitek osobní svobody, jež zdůrazňuje vliv prožívané smysluplnosti a subjektivního zdraví (Dvořáčková, 2012).

Psychologický přístup se vzhledem ke kvalitě života zaměřuje na individuální pocity pohody a spokojenosti, které jsou ovlivněny životním stylem, způsobem života, rodinnou a zdravotní situací, hodnotami a postoji člověka. Naše pocity pohody a spokojenosti jsou ovlivněny uspokojováním našich potřeb a nároků v různých oblastech života. Specifické schopnosti člověka, jako je adaptace na změny a zvládnání zátěže pomáhají lépe zvládat výzvy a překážky, čímž ovlivňují jeho pocity pohody a spokojenosti. Tyto pocity mohou být ale krátkodobé a specifické pro danou oblast, nebo trvalé a zahrnující více stránek života. Každopádně se individualizace kvality života a životní úrovně projevuje v životním stylu jedince (Dvořáčková, 2012).

## **2.2 Metody a přístupy k hodnocení kvality života**

V České republice se pojem kvalita života stává čím dál důležitějším tématem. Odborníci z různých oblastí, jako jsou psychologové, lékaři, sestry a sociální pracovníci, se zabývají tím, jak definovat a měřit tento komplexní koncept (Dvořáčková, 2012).

Například autor Křivohlavý (2002) rozděluje metody k měření kvality života do tří skupin:

1. Metoda, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba (tj. metoda objektivní)
2. Metoda, kde kvalitu života hodnotí osoba sama (tj. metoda subjektivní)
3. Metoda vzniklá kombinací metodou objektivní a subjektivní (tj. metoda smíšená)

### **Hodnocení kvality života druhými lidmi**

V následujícím textu bych ráda přiblížila několik objektivních metod, kterými lze měřit kvalitu života druhými lidmi a jež nám podávají informace o celkovém stavu pacienta. Následující metody popisuje Křivohlavý (in Payne et al., 2005, s. 281 - 287).

Jedním z přístupů, jak měřit kvalitu života, může být objektivní metoda APACHE II. (Acute Psychological and Chronic Health Evaluation System). Tato metoda předpokládá, že závažnost onemocnění lze kvantifikovat odchylkou stavu pacienta od normálního stavu. Výsledek se vyjadřuje jedním číslem a platí přitom, že čím je číslo vyšší, tím je větší pravděpodobnost úmrtí pacienta.

Jiným příkladem může být Karnofsky index, kterým vyjadřuje lékař svůj názor na celkový zdravotní stav např. onkologického pacienta k danému datu. Je určen především pro

dospělé pacienty a vyjadřuje se hodnotami po desítkách od 100 (normální stav pacienta) do 0 (pacient je mrtev).

Další metodou je metoda VAS (Visual Analogous Scale), která je další z objektivních metod. U této metody se hodnotí celkový stav kvality života pacienta na úsečce, která je buď dlouhá a vodorovná a má 10 cm nebo jde o šikmo stoupající úsečku ve 45°. Tato úsečka je na koncích označena dvěma extrémy, které hodnotí celkový stav pacienta: velmi špatný nebo velmi dobrý.

Vedle těchto metod existuje i metoda, kdy kvalitu života vyjadřujeme slovně. Jedná se o metodu ILF, tedy Index kvality života pacienta. Tato metoda není již pouze na hodnotiteli, nýbrž i na lékařích, psychologích, zdravotních sestrách apod., kteří spolu vzájemně spolupracují. V tomto systému jsou předem slovně formulována hodnotící kritéria, mezi kterými je například sociální opora pacienta, bolest pacienta či emocionální stav pacienta (Křivohlavý in Payne et al., 2005, s. 281 - 287).

### **Subjektivní hodnocení kvality života**

Dále bych také ráda shrnula několik metod, kterými lze kvalitu života hodnotit z pohledu vlastního subjektivního, kde se data sbírají většinou pomocí rozhovorů či dotazníků. Leckdy totiž existuje rozdíl v tom, jak kvalitu života pacienta hodnotí například lékař, a jak ji vidí pacient sám.

Jedním z příkladů může být dotazník WHO QOL, který je původně z roku 1995. Jedná se o dotazník, jehož odpovědi na otázky týkajících se například zdraví, jsou ohodnoceny čísly od 1 do 5 a kvantifikovány pomocí pětistupňové škály. Což znamená, že dotyčný na otázku „Děláte si starosti se svým zdravím?“ může odpovědět: vůbec ne, trochu, středně, hodně či maximálně. Základní dotazník s názvem WHOQOL-100 obsahuje 100 otázek v šesti oblastech (fyzické zdraví, psychické zdraví, sociální vztahy, prostředí, nezávislost a duchovno). Později ale vznikla zkrácená verze tohoto dotazníku WHOQOL - BREF s 26 otázkami v prvních čtyřech, výše zmíněných, oblastech. Dotazníky WHOQOL jsou určeny lidem od 18 do 65 let a pro osoby, které jsou starší 65 let se používá dotazník WHOQOL-OLD. Ten zahrnuje 33 otázek v šesti odlišných oblastech (fungování smyslů, nezávislost, pocit naplnění, sociální zapojení, intimita a postoj ke smrti) (Čepelka, 2019).

Dalším dotazníkem vztahující se k subjektivnímu vnímání kvality života a subjektivní pohodu starších lidí je dvanáctibodový dotazník CASP. CASP se zaměřuje na

kontrolu, autonomii, seberealizaci a uspokojení. Každé otázce jsou přiřazeny stupně 0 až 3, které v součtu určují kvalitu života (Čepelka, 2019).

Křivohlavý (2002) ve své knize uvádí také metodu SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – „*Systém individuálního hodnocení kvality života*“). Tato metoda nemá předem stanovená kritéria, tudíž není dané, co je správné či nikoliv. Vychází totiž z toho, že každý jedinec má jiný systém hodnot, jiné preference a bere v potaz to, co dotyčná osoba považuje za důležité sama. Základními daty jsou tedy výpovědi dotazovaných osob.

Kvalitu života subjektivním způsobem můžeme měřit také dotazníkem 15D. Dotazník 15D je vícerozměrný, standardizovaný nástroj pro sebeposouzení kvality života souvisejícím se zdravím (HRQoL). Vývoj 15D začal na konci 70. let 20. století a kladl důraz na vytvoření univerzálního a snadno použitelného nástroje pro měření HRQoL. Dotazník poskytuje jak profil pacienta na základě 15 dimenzí zdraví (např. dýchání, psychické funkce, komunikace atd.), tak i celkové skóre kvality života na stupnici od 0 do 1 (1= bez problémů, 0= úmrtí). Vývoj 15D dále kladl důraz na splnění několika kritérií pro obecně použitelný nástroj, jako je snadná použitelnost, nízká zátěž pro respondenty, spolehlivost měření, validita získaných dat a citlivost na změny zdravotního stavu. Dotazník vychází z definice zdraví Světové zdravotnické organizace (WHO), která zohledňuje fyzickou, mentální a sociální pohodu. V současné podobě z roku 1992 obsahuje 15 dimenzí, například pohyblivost, duševní funkce, sluch, spánek nebo depresi. Každá dimenze má pět úrovní závažnosti. Platnost metody 15D byla prokázána v západních společnostech a je doporučována pro výpočet QALY (kvalitou vážených roků života) při rozhodování o alokaci zdrojů ve zdravotnictví (Sintonen, 2001).

Dotazník je k dispozici v několika jazycích, například v angličtině, arabštině, bulharštině, katalánštině, čínštině, češtině, dánštině, italštině, polštině, němčině atd. (Sintonen, 2001).

### **Metody smíšené vztahující se k měření kvality života**

Pro příklad smíšené metody vztahující se k měření kvality života bych ráda uvedla metodu zvanou LSS (Life Satisfaction Scale- „*škála životního uspokojení*“), kterou ve své knize popisuje autor Křivohlavý (2002). Tato metoda je koncipována v rámci metody MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life), která hodnotí nejen celkovou spokojenost se životem, ale i spokojenost s dalšími dimenzemi života (sebepojetí, sociální

vztahy, rodinné vztahy atd.). Metoda LSS vychází ze stejného principu jako již zmiňovaná objektivní metoda VAS. Je též na koncích označena dvěma extrémy (nemůže to být již horší a nemůže to být již lepší), akorát má oproti metodě VAS stupňů dohromady sedm.

Autor Veenhoven (2013) uvádí, že namísto obecného hodnocení „kvality života“ má smysl rozlišovat čtyři samostatné kvality. Prvním je obývatelnost prostředí a jak vhodné je prostředí pro život z hlediska zdraví, bezpečnosti, pohodlí a dostupnosti zdrojů. Druhou kvalitou je schopnost člověka žít. Jedná se o fyzické a mentální schopnosti člověka zvládat každodenní život a naplňovat své potřeby. Třetí kvalitou je užitečnost života pro prostředí, kde se lze zaměřit na to, jakým způsobem člověk přispívá k dobrému fungování a rozvoji svého okolí, například péčí o přírodu nebo společenskou angažovaností. Poslední kvalitou je ocenění života člověkem a to, jak moc si člověk váží svého života a jak je s ním spokojený. Tyto kvality jsou ale navzájem nezávislé a nelze je sčítat dohromady. Pro to shrnutí kvality života pomocí souhrnných čísel, jako je třeba index, nemá příliš smysl a přesnějším ukazatelem kvality života je pak možná délka a spokojenost daného člověka.

**Tabulka 1: Čtyři typy kvality života podle Veenhovena (2013)**

	<b>Vnější kvalita života (prostředí)</b>	<b>Vnitřní kvalita života (jedinec)</b>
<b>Životní šance, předpoklady</b>	A. Vhodnost prostředí, životní prostředí, sociální kapitál, prosperita, životní úroveň	B. Životaschopnost jedince, psychologický kapitál, zdraví, způsobilost
<b>Podoba života, výsledky</b>	C. Užitečnost života	D. Porozumění vlastnímu životu, subjektivní pohoda, spokojenost, štěstí

*Zdroj: MAREŠ, J., 2006 in DVOŘÁČKOVÁ, D. Kvalita života seniorů, 2012, s. 73*

### 3 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ

Tomu, jak lze definovat kvalitu života různými perspektivami na tento koncept a metodami jejího měření, se věnuje přechodná kapitola. Výše popsané platí i v případě seniorů.

Je samozřejmé, že stárnutí populace je globální fenomén, který s sebou přináší řadu změn ve všech oblastech lidského života. Proměňuje se věková struktura společnosti, normy a hodnoty a s nimi i podoba sociálních organizací. Je proto nezbytné se problematikou stárnutí aktivně zabývat a přijímat opatření ke zlepšení fyzického, psychického a sociálního stavu starších lidí. Dnes navíc nejde jen o to zůstat naživu, ale také o kvalitu a způsob života (Jazayeri et al., 2023).

Kvalita života seniorů je komplexní pojem, který zahrnuje mnoho aspektů. Výzkumy zaměřené na aspekty ovlivňující kvalitu života ve stáří, ať už v České republice, nebo v zahraničí, se shodují na několika klíčových faktorech, které hrají v tomto ohledu důležitou roli. Mezi tyto faktory patří:

- dobrý zdravotní stav,
- stabilní manželství,
- samostatné bydlení,
- extraverté,
- sociální zapojení,
- nepřítomnost deprese a nepřítomnost problémů s alkoholem,
- příprava na stáří,
- materiální zabezpečení,
- možnost realizace koníčků,
- dostupnost zdravotních a sociálních služeb (Ondrušová, 2017).

Schopnost adaptovat se na změny stáří je klíčová pro udržení kvalitního života (Dragomirecká, 2007 in Ondrušová, 2017, s. 83).



### 3.1 Příprava na stáří a kvalita života

*„Každý si dříve či později uvědomuje, že jednou bude starý. Málokdo se však na toto období připravuje předem“ (Dvořáčková, 2012, s. 26).*

Příprava na stáří není jednorázová událost, nýbrž celoživotní proces. Již od mladého věku se vytváří návyky a postoje, které ovlivní kvalitu života ve stáří.

Rozhodování, která děláme v produktivním věku, ať už v oblasti práce, osobního života, životního stylu, či péče o zdraví, ovlivňuje, jak bude naše stáří vypadat (Zavázalová, 2001 in Dvořáčková 2012, s. 26).

Dvořáčková (2012) ve své knize popisuje tři úrovně přípravy na stáří. První je příprava dlouhodobá (celoživotní), do které bychom určitě mohli přiřadit zdravý životní styl, vzdělávání a rozvoj a s tím spojené získávání znalostí a dovedností, které ve stáří budou užitečné, budování finanční jistoty či budování sociálních sítí s udržováním pevných vztahů. Další je příprava střednědobá (asi od 45 let věku), kde bychom si mohli například stanovit cíle pro stáří a definovat to, co chceme ve stáří dělat a jak žít. Důležité je také pečovat o své zdraví a docházet na preventivní prohlídky. Poslední úroveň je příprava krátkodobá (2-3 roky před penzionováním), kdy je žádoucí vyhledat aktivity a zájmy pro stáří jako je například cestování.

### 3.2 Životní smysl a kvalita života

*„Kvalitu života netvoří pouze příčina materiální a formální, tj. výběr z možností, které pak člověk uskutečňuje, ale patří sem i to, k čemu člověk směřuje a čemu říká smysl života“ (Hogenová, 2002 in Dvořáčková 2012, s. 66).*

Výzkum Lukasové (1992, in Dvořáčková 2012, s. 66) identifikoval devět oblastí, které dělají život smysluplným. Mezi tyto oblasti patří vlastní blaho, seberealizace, rodina, zaměstnání, societa, zájmy, zážitky, služba nějakému přesvědčení a vitální potřeby. Způsob, jakým člověk usiluje o naplnění hodnoty, které jsou pro něj důležité, dává jeho životu smysl a určuje i jeho kvalitu. A právě svědomí je to, co vede člověka k hledání smyslu života.

Hledání smyslu života se může projevat plánováním a dosahováním cílů. Realizace cílů vede k pocitu spokojenosti, který je úzce spjat s osobním pojetím kvality života (Dvořáčková, 2012).

V životním smyslu a kvalitě života hraje klíčovou roli i spiritualita, která může být vnímána jako rozšíření chápání kvality života. Pokud bychom zkoumali kvalitu života seniorů, kteří prožívají poslední část svého života, je nezbytné zohlednit i tento důležitý aspekt. Téma cílů v životě by mělo být pro seniory otevřené a měl by sám povídat o tom, jak se mu dařilo těchto cílů dosahovat. Stáří je totiž podle Vymětala (2003, in Dvořáčková 2012, s. 68) obdobím, kdy se život uzavírá do celku. V tomto období se člověk zamýšlí nad smyslem svého života a snaží se ho naplnit, protože pochopení vlastní životní cesty vede k subjektivnímu vyrovnaní a zklidnění.

### **3.3 Postoj ke smrti a umírání a kvalita života**

Zrození a smrt, dříve běžné součásti života v domácím prostředí, se přesunuly do anonymních prostor nemocnic. Tato změna prostředí a zprostředkování těchto událostí lékařským personálem vede k odcizení a iluzi nesmrtelnosti. Lidé si často neuvědomují konečnost života, a proto se na ni nepřipravují ani s ní tolik nepočítají (Dvořáčková, 2012).

Umírání je proces, který probíhá v určitém časovém rámci. V poslední době se stále více zdůrazňuje důležitost přítomnosti doprovázejícího, ideálně milované osoby, v blízkosti umírajícího. Někteří pečující se od umírajícího prakticky nevzdalují, avšak i tak se může stát, že v momentě, kdy na chvíli odejdou, umírající vydechne naposledy. Pro tento jev neexistuje racionální vysvětlení, ale je možné, že někteří umírající nejsou schopni zemřít v přítomnosti někoho druhého, zvláště milované osoby. Důležité je respektovat přání umírajícího a poskytnout mu prostor a podporu, kterou v danou chvíli potřebuje. Ať už si přeje být sám, nebo v doprovodu, je dobré umírajícímu dopřát důstojný a klidný odchod ze světa (Dvořáčková, 2012).

V kontextu kvality života seniorů a úvah o smrti se objevuje pojem „sociální smrt“. Podle Robertsonové (2010, in Dvořáčková, 2012, s. 35) se v rámci sociální smrti jedná o pocit ztráty smyslu, nepotřebnosti a izolace, který může vyústit v touhu zemřít. I když tato touha může být spojena se strachem z umírání a nejistotou ohledně posmrtného života, pramení především z neutěšené životní reality. Mezi faktory vedoucí k sociální smrti uvádí Robertsonová (2010) například nedostatek kvalitních volnočasových aktivit, nedostatek sociálních kontaktů, pocit nepotřebnosti či rezignaci na život. K sociální smrti dochází, pokud kvalita života klesne pod úroveň, kterou senior považuje za únosnou.

Karsten (2006 in Dvořáčková, 2012, s. 36) uvádí, že smíření se se smrtí je individuální proces ovlivňovaný mnoha faktory. Zdůrazňuje kvalitu dosavadního života,

pocit naplnění a dosažení životních cílů. Věk, vnímání smrti jako spravedlivé či náhlé, a přítomnost blízkých hrají také důležitou roli. Přijmout konec života je pro každého těžké a každý se s ním vyrovnává po svém.

## 4 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

*„Stárnutí je neodvratný, celoživotní biologický proces, na jehož konci je stáří“* (Ondrušová a Krahulcová, 2020).

### 4.1 Vymezení pojmu stárnutí a stáří

#### Charakteristika stárnutí

Austad (1997) už v roce 1997 uváděl kolem tří set definic stárnutí, nicméně stále neexistuje definice, která by byla definitivní (Jarošová, 2006).

Stárnutí je komplexní proces ovlivňovaný mnoha faktory. Není definováno pouze věkem, ale i individuálními a společenskými aspekty (Hrozenková a Dvořáčková, 2013). Zahrnuje genetické predispozice, životní styl a vlivy vnějšího prostředí. To znamená, že do jisté míry můžeme ovlivnit, jakým způsobem a jak rychle budeme stárnout.

O tom ve své knize píše i Mühlpachr (2004), který tvrdí, že každý stárne do určité míry svým tempem, záleží totiž na naší genetické výbavě, na životních podmínkách či zdravotním stavu. Stárnutí je tedy proces zcela individuální.

Pacovský (1990 in Malíková, 2020, s. 14) rozlišuje stárnutí fyziologické a patologické. Fyziologické stárnutí, je stárnutí, které je přirozené a probíhá od narození až do smrti. Zatímco stárnutí patologické, které se projevuje mimo jiné i sníženou soběstačností, se může projevovat různými způsoby od předčasného stárnutí po čas, kdy je kalendářní věk nižší než věk funkční. Pacovský (1990) zmiňuje, že stárnutí je cestou do stáří.

#### Charakteristika stáří

Stáří lze definovat jako přirozenou, ale poslední fázi lidského ontogenetického vývoje (Pacovský, 1990), která následuje po období středního věku a končí smrtí. Je charakterizována fyzickými, psychickými a sociálními změnami spojenými s procesem postupného stárnutí.

Všechny tyto změny se vzájemně prolínají, a proto je obtížné samotné stáří charakterizovat a periodizovat (Mühlpachr, 2004).

Nicméně autoři Malíková (2020) a Ptáčková et al. (2021) se shodují na tom, že období stáří je většinou vnímáno negativně. Lidé na stáří pohlížejí jako na období, které s sebou přináší řadu omezení a problémů od možné ztráty soběstačnosti, ztráty sociálních vazeb, sociální izolace až po snížení mentálních funkcí. Ačkoliv některé z výše uvedených

příkladů mohou nastat a postupné stárnutí a samotné stáří nám přinese určité výzvy, může to být i obdobím klidu, moudrosti a spokojenosti. Stáří tedy není hrozba, ale součást života.

## 4.2 Periodizace stáří

Periodizace je rozdělení lidského života do věkových období nebo fází, které reflektují biologické, psychologické a sociální změny, jež v průběhu života probíhají.

Kalvach (2004) rozděluje stáří na kalendářní, sociální a biologické.

### Kalendářní stáří

Kalendářní stáří nebo také kalendářní věk (Pacovský, 1990) lze sice jednoznačně chronologicky vymezit podle let (Dziechciaż a Filip, 2014), ale nepostihuje interindividuální rozdíly, neboť se kalendářní stáří různí a v důsledku zvyšování průměrné délky života se věková hranice posouvá (Kalvach, 2004).

Například Světová zdravotnická organizace (WHO) uvádí tři období stáří po patnáctileté periodizaci:

- 60–74 let: časně stáří, senescence
- 75–89 let: vlastní stáří, senium
- 90 a více let dlouhověkost (Pacovský, 1990; Příhoda 1974 in Kalvach, 2004, s. 47)

Kocemba (2007 in Dziechciaż a Filip, 2014, s. 836):

- 60–75 let: rané stáří (třetí věk)
- 75–90 let: zralé stáří
- 90–120 let: dlouhověkost

Dalším hodně rozšířeným a používaným členěním je následující:

- 65–75: let mladí senioři
- 75–84: let staří senioři
- 85 a více let velmi staří senioři (Mühlpachr, 2004 in Malíková, 2020, s. 14).

Lze najít spoustu rozdělení, většinou se setkáváme se třemi obdobími, ale lze najít i autory, kteří stáří dělí pouze do dvou etap. Touto autorkou je například Vágnerová (2007),

která uvádí, že od věku 60 do 75 let se jedná o období raného stáří a po 75. roce života nastává období pravého stáří.

### **Sociální stáří**

Za počátek sociálního stáří lze považovat odchod do starobního důchodu. Toto období s sebou přináší změny v mnoha oblastech života (Kalvach, 2004), a to jak v negativním, tak i v pozitivním slova smyslu (Mlýnková, 2011).

Odchodem do důchodu ztrácí jedinec své sociální prostředí a hrozí mu sociální izolace. Sociální role ale nejsou jediné změny v tomto období, mění se též ekonomická situace. Někteří senioři jsou odkázáni pouze na příjmy z penze, která mnohdy nestačí na udržení životního standardu, na který byli doposud zvyklí. Na druhou stranu mají lidé v tomto věku už určité zkušenosti, nadhled a také více prostoru na aktivity, na které dříve neměli dostatek času (Mlýnková, 2011).

### **Biologické stáří**

Zatímco se chronologické stárnutí týká plynutí času, biologické stárnutí a stáří souvisí s poklesem funkcí (Hamczyk et al., 2020). Biologické stáří je charakterizováno involučními změnami jedince (Kalvach, 2004) a představuje objektivní hodnocení zdravotního stavu člověka. Teoreticky by měl být biologický věk jedince shodný s chronologickým, kalendářním věkem. Nicméně lidé nestárnou stejným tempem, a proto je velmi těžké biologické stáří vymezit (Dean a Morgan, 1988).

Dziechciaz a Filip (2014) píší, že biologické stárnutí je charakterizováno postupnými změnami v metabolismu, což vede k narušené schopnosti organismu seberegulovat a regenerovat. Tyto změny vedou dále ke strukturálním a funkčním změnám v tkáních a orgánech. Jedná se o přirozený a nevratný proces, který může probíhat několika způsoby.

## **4.3 Projevy stáří**

Co způsobují přibývající roky s našim tělem a myslí? Jak se projevuje stáří na naší psychice a fyzické a sociální stránce? Přesto, že jsou tyto aspekty propojené a mnohdy je nelze brát samostatně, tak bych je v následujícím textu ráda blíže specifikovala.

## **Tělesné projevy stáří**

Kalvach (2004) nazývá fenotypem stáří tělesné projevy starších jedinců, neboť se odlišují od mladých lidí. S přibývajícím věkem se snižuje tělesná výška, a přibývá tuk, čímž se naopak zvyšuje tělesná hmotnost. K viditelným změnám dochází i v obličeji, kůže stárne a vzrůstá výskyt vrásek. Nápadné jsou i změny postoje a chůze, neboť se zhoršuje rovnováha a dochází k úbytku svalové hmoty a síly.

Méně viditelné, ale také zásadní, změny se projevují v oblasti smyslového vnímání. Dochází ke zhoršení akomodace zraku, což znamená, že ubývá na schopnosti oka zaostřovat na různé vzdálenosti. Ubývá též sluchové ostrosti a chuť i čich významně klesá (Kalvach, 2004).

Tyto typické tělesné změny vnímáme jako biologické aspekty stárnutí. Je také důležité zmínit, že je tento proces individuální, jelikož probíhá u každého jedince odlišnou rychlostí a intenzitou (Malíková, 2020).

## **Psychické změny**

Změny v oblasti psychiky úzce souvisí se změnami tělesnými a vzájemně se ovlivňují. Psychika starého člověka není jen výsledkem stárnutí, ale spíše komplexním odrazem celého jeho života. Již od dětství se na ni nabaluje soubor vlivů, které se v průběhu let proplétají a vzájemně se ovlivňují. Zkušenosti z dětství, genetika, zdravotní historie, mezilidské vztahy, to vše formuje psychiku člověka (Jarošová, 2006).

Psychické změny, které se u starších lidí objevují, pramení z různých zdrojů. Část z nich je dána biologickými faktory, jako stárnutí organismu a výskyt chorob. Další změny jsou spíše důsledkem psychosociálních vlivů, jako je životní styl a různé návyky či očekávání a postoje společnosti. Někdy se jedná o kombinaci obou faktorů (Vágnerová, 2007).

## **Sociální změny**

Existuje celá řada aspektů, jež ve stáří ovlivní sociální stránku života. V průběhu stárnutí je proto důležité, abychom se dokázali přijmout takoví, jací jsme. To zahrnuje přijetí jak našich kladných stránek, tak i těch záporných. Měli bychom být schopni akceptovat celý svůj dosavadní život, abychom dle Eriksona dosáhli integrity. V opačném případě se jinak člověk dostává do zoufalství a hůře ve stáří zpracovává nastávající události, což může mít negativní dopad i na jeho psychiku (Malíková, 2020).

K nepříznivým sociálním aspektům patří dle Malíkové (2020) například:

- Odchod do důchodu.
- Omezení sociální integrace ve společenských, kulturních a jiných aktivitách a činnostech.
- Změna ekonomické situace seniorů.
- Generační osamělost.
- Fyzická závislost.
- Nutná, ale nevyhovující změna životního stylu.

Jarošová (2006 in Malíková, 2020, str. 20) naopak shrnuje pozitivní sociální aspekty, kterými mohou být:

- Funkční rodina, dobré vztahy a pevná citová pouta.
- Plánované ekonomická příprava na zabezpečení stáří.
- Plánovaná příprava na vyplnění volného času a efektivní nakládání s volným časem.
- Možnost uspokojení potřeb seniora.

Venglářová (2007) ve své knize představuje všechny tři výše popsané změny ve stáří v přehledné tabulce (Tabulka č. 2). Různé aspekty zasahují i do ostatních oblastí, neboť se jedná o propojené systémy.



**Tabulka 2: Změny ve stáří**

<b>Tělesné změny</b>	<b>Psychické změny</b>	<b>Sociální změny</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Změny vzhledu</li><li>• Úbytek svalové hmoty</li><li>• Změny termoregulace</li><li>• Změny činnosti smyslů</li><li>• Degenerativní změny kloubů</li><li>• Kardiopulmonální změny</li><li>• Změny trávicího systému (trávení, vyprazdňování)</li><li>• Změny vylučování moči (častější nucení)</li><li>• Změny sexuální aktivity</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Zhoršení paměti</li><li>• Obtížnější osvojování nového</li><li>• Nedůvěřivost</li><li>• Snížená sebedůvěra</li><li>• Sugestibilita</li><li>• Emoční labilita</li><li>• Změny vnímání</li><li>• Zhoršení úsudku</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Odchod do penze</li><li>• Změna životního stylu</li><li>• Stěhování</li><li>• Ztráty blízkých lidí</li><li>• Osamělost</li><li>• Finanční obtíže</li></ul>

Zdroj: VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*, 2007, str. 12

## 5 PRAKTICKÁ ČÁST

Cílem bakalářské práce je analyzovat subjektivní vnímání kvality života seniorů v zařízení pro seniory v Říčanech u Prahy. Jedná se o poměrně nové zařízení pro seniory, které se nachází v okrese Praha-východ. Domov seniorů Říčany poskytuje služby podle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. a to: 1. Domov seniorů, 2. Domov se zvláštním režimem. Jedná se o soukromé zařízení s kapacitou 150 lůžek.

Kvalita života seniorů bude zjišťována pomocí dotazníku 15D a bude založena na kvantitativním výzkumu.

### 5.1 Kvantitativní výzkum

Hendl (2005) ve své knize v rámci kvantitativního výzkumu předpokládá, že lidské chování lze do jisté míry měřit a předpovídat. Kvantitativní výzkumná metoda využívá náhodné výběry a strukturovaný sběr dat pomocí testů, dotazníků či pozorování. Cílem je zkoumat a popsat sledované jevy, testovat hypotézy a ověřovat vztahy mezi proměnnými (Hendl, 2005; Benňová, 2020).

### 5.2 Dotazníkové šetření

Praktickou část jsem realizovala pomocí dotazníku 15D, který obsahuje 15 různých domén, kterými jsou pohyblivost, zrak, sluch, dýchání, spánek, jídlo, mluva, vyměšování, běžné aktivity, mentální funkce, nepohodlí a příznaky, deprese, neklid, vitalita a sexuální aktivita. Každá dimenze má pět úrovní závažnosti, kde respondent z každé dimenze vybere úroveň, která nejlépe vystihuje jeho současný zdravotní stav.

Tento dotazník je navržen k samostatnému vyplnění respondentem, které obvykle trvá 5–10 minut. V případě potřeby lze dotazník vyplnit i s asistentem.

Studie ukazují, že respondenti tento dotazník velmi dobře přijímají, což se projevuje ve vysoké míře návratnosti – v rozmezí 65–94 %, v závislosti na typu populace a dalších faktorech. I u citlivějších otázek, například u otázky na sexuální aktivitu, je míra vyplnění stále vysoká (90-92 %). Ve srovnání s jinými dotazníky vychází 15D v otázce návratnosti minimálně stejně dobře, ne-li lépe (Sintonen, 2001).

Kromě dotazníku 15D jsem pro přesnější výsledky výzkumu zpracovala i krátký doplňkový dotazník zaměřený na osobní údaje respondentů. Ten obsahoval pouze otázky na pohlaví a věk.

### 5.3 Výzkumné hypotézy

Před zahájením dotazníkového šetření jsem si formulovala hypotézy, které jsem chtěla výzkumem ověřit.

Na základě dotazníku 15D jsem vybrala šest okruhů, ze kterých jsem sestavila hypotézy. Hypotézy jsou rozděleny do oblastí vztahující se na fyzické, psychické a sociální aspekty.

**Hypotéza č. 1:** Předpokládám, že většina uživatelů domova je schopna chodit bez cizí pomoci (s pomůckou nebo bez) uvnitř, ale chodit venku a/nebo po schodech dokážou jen s velkými obtížemi a/nebo s pomocí druhých. (Ověřováno pomocí písemného dotazování – okruh pro doménu 1, viz příloha č. 3)

**Hypotéza č. 2:** Předpokládám, že většina uživatelů má potíže se sluchem. Běžnou řeč slyší se značnými obtížemi; během rozhovoru potřebují, aby lidé mluvili mnohem hlasitěji, než je běžné. (Ověřováno pomocí písemného dotazování – okruh pro doménu 3, viz příloha č. 3)

**Hypotéza č. 3:** Předpokládám, že většina uživatelů domova je schopna jíst sama bez pomoci ostatních. (Ověřováno pomocí písemného dotazování – okruh pro doménu 6, viz příloha č. 3)

**Hypotéza č. 4:** Předpokládám, že se uživatelé dokážou věnovat jen malému množství svých dříve běžných aktivit. (Ověřováno pomocí písemného dotazování – okruh pro doménu 9, viz příloha č. 3)

**Hypotéza č. 5:** Předpokládám, že většina uživatelů pociťuje menší fyzické nepohodlí nebo příznaky, jako například bolest, závrať, svědění. (Ověřováno pomocí písemného dotazování – okruh pro doménu 11, viz příloha č. 3)

**Hypotéza č. 6:** Předpokládám, že se uživatelé cítí mírně unaveně, ochable nebo slabě. (Ověřováno pomocí písemného dotazování – okruh pro doménu 14, viz příloha č. 3)

## 5.4 Proces sběru dat

Sběr dat pomocí dotazníkového šetření byl uskutečněn v dubnu roku 2024. Na základě osobního jednání s vedením Domova pro seniory Říčany jsem získala souhlas s provedením tohoto šetření. Vhodný výběr respondentů k dotazníku zaměřený na uživatele mi pomohly vybrat aktivizační a sociální pracovnice, se kterými jsem dříve spolupracovala na praxi, a se kterými občas spolupracuji i doteď.

Při výběru respondentů jsem kladla důraz na jejich ochotu a schopnost se do výzkumu zapojit. Jedním z klíčových kritérií byla jejich psychická zdatnost, jelikož cílem šetření bylo shromáždit co nejpřesnější a nejspolehlivější data. Z tohoto důvodu jsem dotazník distribuovala pouze mezi seniory bez kognitivního deficitu. Návratnost dotazníků činila 34 respondentů, tedy necelá třetina celého domova, neboť velká část domova, který je mimo jiné zaměřen na speciální péči, je tvořena klienty s kognitivním deficitem nebo demencí.

Zároveň jsem se zaměřila na ochotu respondentů anonymně sdílet své osobní zkušenosti a názory. Anonymita byla pro toto šetření klíčová, jelikož se v dotazníku objevovala i citlivá témata, u kterých by někteří respondenti mohli váhat s odpovědí, pokud by se necítili komfortně.

Dotazníky pro mé šetření jsem distribuovala dvěma způsoby. Část dotazníků jsem předala aktivizační pracovnici, která mi se sběrem dat pomohla. Druhou část jsem rozdávala seniorům osobně. V obou případech byli respondenti informováni o parametrech výzkumu tak, aby mohli podepsat informovaný souhlas s dotazováním (viz Příloha č. 1 – Informovaný souhlas s dotazováním).

Při osobním rozdávání dotazníků jsem se vždy nejprve představila a sdělila seniorům, co studuji, a že v rámci svého studia provádím výzkum. Dále jsem jim vysvětlila, že tématem mého výzkumu je „Kvalita života seniorů v domovech pro seniory“ a že jejich odpovědi mi ho pomohou lépe prozkoumat.

Zdůraznila jsem, že dotazník je anonymní a že na všechny okruhy odpovídat nemusí, je-li je to pro ně citlivé téma. Také jsem sdělila, že vyplnění dotazníku zabere přibližně 10 minut.

Na konci jsem každému poděkovala za jejich čas a ochotu se do výzkumu zapojit.

## 5.5 Zpracování dat

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 34 seniorů, z nich 27 (79,41 %) tvořily ženy a 7 (20,59 %) muži.

**Tabulka 3: Složení respondentů žijících v domově seniorů podle pohlaví**

	Celkem (abs.)	Celkem (relat.)
Muž	7	20,59 %
Žena	27	79,41 %
Celkem	34	100,00 %

*Zdroj: z dotazníku, vlastní zpracování*

Věkové rozložení respondentů bylo tvořeno především seniory ve věku 75 let a více: pouze 6 respondentů (17,65 %) patřilo do věkové kategorie 65-74 let, 15 respondentů (44,12 %) do kategorie 75-84 let a zbylých 13 respondentů (38,24 %) bylo ve věku 85 let a více.

**Tabulka 4: Složení respondentů žijících v domově seniorů podle věku**

	Celkem (abs.)	Celkem (relat.)
65-74 let	6	17,65 %
75-84 let	15	44,12 %
85 let a více	13	38,24 %
Celkem	34	100,00 %

*Zdroj: z dotazníku, vlastní zpracování*

Z celkového počtu 27 žen, bylo 6 ve věku 65–74 let (22,22 %), 10 ve věku 75–84 let (37,04 %) a zbylých 11 ve věku 85 let a více (40,74 %).

**Tabulka 5: Věkové rozložení žen**

<b>ŽENY</b>	Celkem (abs.)	Celkem (relat.)
65-74 let	6	22,22 %
75-84 let	10	37,04 %
85 let a více	11	40,74 %
Celkem	27	100,00 %

*Zdroj: z dotazníku, vlastní zpracování*

Mužů se zúčastnilo méně, celkem 7, z nichž 1 (14,29 %) byl ve věku 65–74 let, 2 ve věku 75–84 let (28,57 %) a 4 ve věku 85 let a více (57,14 %).

**Tabulka 6: Věkové rozložení mužů**

<b>MUŽI</b>	Celkem (abs.)	Celkem (relat.)
65-74 let	1	14,29 %
75-84 let	2	28,57 %
85 let a více	4	57,14 %
Celkem	7	100,00 %

*Zdroj: z dotazníku, vlastní zpracování*

## **Pohyblivost**

U okruhu pohyblivosti odpovědělo nejvíce 47,06 %, tedy 16 respondentů, že jsou schopni chodit bez cizí pomoci (s pomůckou nebo bez) uvnitř, ale chodit venku a/nebo po schodech dokážou jen s velkými obtížemi a/nebo s pomocí druhých.

Dalších sedm respondentů, kteří tvořili 20,59 % z celkového zkoumaného souboru uvedli, že jsou schopni normálně bez potíží chodit uvnitř, venku i po schodech.

O něco menší zastoupení měla odpověď „Jsem schopný/á bez potíží chodit uvnitř, ale činí mi drobné potíže chodit venku a/nebo po schodech“. Tutu odpověď uvedlo tedy 14,71 %, pět respondentů.

Stejně zastoupení pět respondentů (14,71 %) měla odpověď: „Jsem schopný/á chodit pouze uvnitř s pomocí druhých“

Zbýlý jeden respondent (5,56 %) zvolil jako svou odpověď: „Jsem zcela upoután/a na lůžko a nemohu se pohybovat“.

**Tabulka 7: Pohyblivost**

	Celkem (abs.)	Celkem (relat.)
Jsem schopný/á normálně bez potíží chodit uvnitř, venku i po schodech	7	20,59 %
Jsem schopný/á bez potíží chodit uvnitř, ale činí mi drobné potíže chodit venku a/nebo po schodech	5	14,71 %
Jsem schopný/á bez chodit bez cizí pomoci (s pomůckou nebo bez) uvnitř, ale chodit venku a/nebo po schodech dokážu jen s velkými obtížemi a/nebo s pomocí druhých.	16	47,06 %
Jsem schopný/á chodit pouze uvnitř s pomocí druhých.	5	14,71 %
Jsem zcela upoután/a na lůžko a nemohu se pohybovat	1	5,56 %

*Zdroj: z textu, vlastní zpracování*



## **Zrak**

Respondenti byli v tomto okruhu dotázáni na to, jak vnímají svůj zrak a zda jsou schopni číst noviny nebo text v televizi. Překvapivým zjištěním bylo, že jedna z nejvíce zastoupených odpovědí vztahující se ke zraku byla u respondentů ta, že vidí normálně a bez potíží (s brýlemi nebo bez brýlí). Tuto odpověď označilo celkem 13 seniorů, tedy 38,24 % dotazovaných.

Ve stejném zastoupení (38,24 %) byla zvolena i odpověď, že číst noviny nebo text v televizi mohou s drobnými obtížemi, ať už s brýlemi nebo bez brýlí.

To tedy znamená, že téměř 80 % respondentů v daném vzorku nemá vážnější problémy se zrakem.

Další skupina respondentů (17,65 %) uvedlo, že číst noviny nebo text v televizi mohou se značnými obtížemi (s brýlemi nebo bez brýlí).

Zbýlých 5,88 % respondentů nemohou číst noviny nebo text v televizi ať už s brýlemi nebo bez brýlí. Ale vidí dost dobře na to, aby se sami pohybovali bez cizí pomoci. I když se nejedná o úplnou slepotu, tato skupin seniorů má zhoršený zrak, který jim může ztěžovat běžné aktivity.

Žádný z respondentů neuvedl, že nevidí dost dobře na to, aby se mohl/a sám/sama bez cizí pomoci pohybovat, a že je téměř nebo zcela slepý/á.

Ve stáří dochází ke zhoršení akomodace zraku, to znamená, že oči již tolik nedokáží zaměřovat na různé vzdálenosti (Kalvach, 2004).

Nicméně díky brýlím a kontaktním čočkám můžeme i ve starším věku mít kvalitní zrak a ostré vidění, stejně jako u respondentů, kteří, až na výjimky, nemají se zrakem vážnější problémy.

**Tabulka 8: Zrak**

	Celkem (abs.)	Celkem (relat.)
Vidím normálně; bez potíží mohu číst noviny nebo text v televizi (s brýlemi nebo bez brýlí).	13	38,24 %
Číst noviny nebo text v televizi mohu s drobnými obtížemi (s brýlemi nebo bez brýlí).	13	38,24 %
Číst noviny nebo text v televizi mohu jen se značnými obtížemi (s brýlemi nebo bez brýlí).	6	17,65 %
Nemohu číst noviny nebo text v televizi ať už s brýlemi nebo bez brýlí, ale vidím dost dobře na to, abych se mohl/a pohybovat sama/sám bez cizí pomoci.	2	5,88 %
Nevidím dost dobře na to, abych se mohl/a sama/sám bez cizí pomoci pohybovat; jsem téměř nebo zcela slepá/ý.	0	0,00 %

*Zdroj: z textu, vlastní zpracování*

## Sluch

Výsledky sluchu ukázaly, že většina respondentů (64,71 %) slyší běžnou řeč normálně, ať už s naslouchadlem nebo bez něj. To je opět poměrně překvapivé zjištění, neboť se obecně domníváme, že sluch se s věkem zhoršuje. Nicméně i tato zjištění potvrzují, že naslouchadla hrají důležitou roli v udržení dobrého sluchu, nejen u seniorů.

Další skupina respondentů (23,53 %) uvedla, že běžnou řeč slyší s drobnými obtížemi. To může znamenat, že například v hlučném prostředí mohou mít tito senioři potíže s porozuměním.

Další tři respondenti (8,82 %) uvedli, že běžnou řeč slyší s obtížemi značnými. To znamená, že v běžných situacích potřebují, aby na ně lidé mluvili mnohem hlasitěji.

Jeden respondent (2,94 %) zvolil jako svou odpověď: „Dělá mi obtíže slyšet i hlasitou mluvu; jsem téměř hluchá/ý“ a žádný z respondentů neuvedl, že by byl úplně hluchý/á. „Jsem úplně hluchá/ý“.

**Tabulka 9: Sluch**

	Celkem (abs.)	Celkem (relat.)
Slyším normálně běžnou řeč (s naslouchadlem nebo bez naslouchadla).	22	64,71 %
Běžnou řeč slyším s drobnými obtížemi.	8	23,53 %
Běžnou řeč slyším se značnými obtížemi; během rozhovoru potřebuji, aby lidé mluvili mnohem hlasitěji, než je běžné.	3	8,82 %
Dělá mi obtíže slyšet i hlasitou mluvu; jsem téměř hluchá/ý.	1	2,94 %
Jsem úplně hluchá/ý.	0	0,00 %

*Zdroj: z textu, vlastní zpracování*

## **Dýchání**

Výsledky ukázaly, že téměř třetina respondentů (26,47 %) udává, že dýchá normálně bez zadýchávání.

Další, nejvíce zastoupená, skupina respondentů (38,24 %) uvedla, že se zadýchává při fyzické práci, sportování, rychlé chůzi po rovině nebo mírně do kopce. To je běžné, nejen u seniorů, a neznamená to nutně závažný problém.

Potíže se zadýcháváním i při chůzi po rovině vycházkovým tempem přiměřeným u lidí jejich věku má skupina sedmi respondentů (20,59 %).

Zbývající respondenti (14,71 %) se zadýchávají i při nenáročných činnostech jako je hygiena nebo oblékání.

Odpověď „Mám potíže s dýcháním téměř nepřetržitě, dokonce i v klidu“ nevedl žádný z dotazovaných. To je velmi pozitivní zjištění, které naznačuje, že se v daném vzorku seniorů nevyskytují závažné dýchací potíže.

**Tabulka 10: Dýchání**

	Celkem (abs.)	Celkem (relat.)
Jsem schopná/ý dýchat normálně, bez zadýchávání nebo jiných obtíží.	9	26,47 %
Zadýchávám se při fyzické práci, sportování, rychlé chůzi po rovině nebo mírně do kopce.	13	38,24 %
Zadýchávám se při chůzi po rovině vycházkovým tempem přiměřeným u lidí mého věku.	7	20,59 %
Zadýchávám se i při nenáročných činnostech jako je hygiena nebo oblékání.	5	14,71 %
Mám potíže s dýcháním téměř nepřetržitě, dokonce i v klidu.	0	0,00 %

*Zdroj: z textu, vlastní zpracování*

## **Spánek**

Výsledky okruhu, který se zaměřoval na spánek, ukázaly, že více než 40 % seniorů (41,18 %) nemá žádné problémy se spánkem a udává, že spí normálně.

Dalších 26,47 % respondentů uvádí drobné potíže se spánkem, jako je obtížné usínání nebo noční probuzení.

Znepokojivější bylo zjištění, že 23,53 % respondentů má se spánkem značné potíže, a dokonce trpí velkými problémy, které zahrnují nutnost běžně užívat léky na spaní, opakované probouzení v noci nebo brzy ráno.

Zbytek (8,82 %) respondentů se potýká se středně závažnými problémy, jako je například pocit nevyspání.

Lepším zjištěním bylo, že žádný z respondentů netrpí nespavostí v nejzávažnější formě, kdy by i po užití léků na spaní nemohli usnout a většinu noci probděli.

**Tabulka 11: Spánek**

	Celkem (abs.)	Celkem (relat.)
Spím normálně, žádné potíže se spánkem nemám.	14	41,18 %
Mám drobné problémy se spánkem, činí mi potíže usnout nebo se občas v noci budím.	9	26,47 %
Mám střední problémy se spánkem jako je například opakované buzení nebo pocit, že jsem se nevyspal/a dost.	3	8,82 %
Mám velké problémy se spánkem jako například nutnost brát běžně a často léky na spaní, nebo opakované probouzení se během noci nebo velmi brzy ráno.	8	23,53 %
Trpím nespavostí; například nemohu spát ani po lécích na spaní, většinu noci bdím.	0	0,00 %

*Zdroj: z textu, vlastní zpracování*

## Jídlo

Z okruhu, který se vztahoval na jídlo, vyplynulo, že 100,00 % respondentů je schopno se najíst samo: 94,12 % bez pomoci ostatních a zbylých 5,88 % s drobnými obtížemi či s občasným použitím pomůcek.

**Tabulka 12: Jídlo**

	Celkem (abs.)	Celkem (relat.)
Jsem schopná/ý normálně jíst sama/sám bez pomoci ostatních.	32	94,12 %
Jsem schopný jíst sama/sám s drobnými obtížemi (např. pomalu, s třesem, nešikovně, s použitím pomůcek).	2	5,88 %
Při jídle potřebuji nějakou míru pomoci druhé osoby.	0	0,00 %
Vůbec nejsem schopná/ý samostatně jíst, musí mě krmit druhá osoba.	0	0,00 %
Vůbec nejsem schopen jíst, potravu přijímám sondou nebo nitrožilně.	0	0,00 %

*Zdroj: z textu, vlastní zpracování*



## Mluva

Analýza k mluvě pro mě nebyla překvapivá, jelikož jsem za seniory s dotazníkem docházela většinou osobně, a tak jsem věděla, jak dokážou reagovat a zda mohou srozumitelně komunikovat.

Výsledky tedy ukázaly, že velká většina respondentů (58,82 %) nemá s mluvením žádné potíže. Uváděli, že mluví normálně, jasně, slyšitelně a plynule.

Další, téměř třetina, respondentů (32,35 %) přiznává drobné potíže s mluvením. Jedná se například o nejasnou výslovnost, mumlání, přeskokování hlasu nebo obtíže s nalezením správných slov.

Pouze 8,82 % respondentů uvedlo, že jejich mají s mluvou větší obtíže. V této skupině se jedná o seniory, kteří mluví přetržitě, slabě, se zadržáváním nebo zakoktáváním.

Žádný z respondentů nevedl, že by mu většina lidí nerozuměla, ani že by komunikoval pouze pomocí gest.

**Tabulka 13: Mluva**

	Celkem (abs.)	Celkem (relat.)
Mluvím normálně, jasně, slyšitelně a plynule.	20	58,82 %
Mám drobné potíže s mluvením, například se občas nevyjadřuji jasně, mumlám, nebo mi přeskakuje hlas.	11	32,35 %
Je mi rozumět, ale mluvím například přetržitě, slabě, se zadržáváním nebo zakoktáváním.	3	8,82 %
Většina lidí má potíže rozumět tomu, co říkám.	0	0,00 %
Mohu komunikovat jen pomocí gest.	0	0,00 %

*Zdroj: z textu, vlastní zpracování*

## Vyměšování

Získaná data ukazují, že více než polovina respondentů (55,88 %) neuvádí žádné problémy s vyměšováním. To je poměrně optimistický výsledek, který naznačuje, že u značné části seniorů probíhá tato funkce bez obtíží.

Další skupina respondentů (29,41 %) uvádí mírné problémy s močovým měchýřem nebo s činností střev. Jedná se o potíže, které sice nemusí být nijak závažné, ale mohou zhoršovat kvalitu života seniorů.

Zbývající skupina respondentů (14,71 %) má značné problémy s močovým měchýřem nebo s činností střev. Tyto potíže zahrnují občasné „nehody“, silný průjem nebo zácpu.

Žádný z respondentů nevedl, že by měl vážné problémy s močovým měchýřem nebo s činností střev. Stejně tak žádný z respondentů nezmínil to, že by neměl žádnou kontrolu nad činností močového měchýře nebo střev.

**Tabulka 14: Vyměšování**

	Celkem (abs.)	Celkem (relat.)
Malou i velkou potřebu vykonávám bez problémů.	19	55,88 %
Mám mírné problémy s močovým měchýřem nebo s činností střev, například problémy s močením.	10	29,41 %
Mám značné problémy s močovým měchýřem nebo s činností střev, například občasné "nehody", nebo silný průjem nebo zácpu.	5	14,71 %
Mám vážné problémy s močovým měchýřem nebo s činností střev, například časté "nehody" nebo nutnost katetru nebo klystýru.	0	0,00 %
Nemám žádnou kontrolu nad činností močového měchýře nebo střev.	0	0,00 %

*Zdroj: z textu, vlastní zpracování*

## **Běžné aktivity**

Data, která jsem získala k okruhu na běžné aktivity ukazují, že více než 40 % respondentů (přesněji 41,18 %) se potýká v této oblasti s omezením. Dokáží se věnovat jen malému množství aktivit, které dříve běžně zvládali.

Znatelná skupina respondentů (32,35 %) uvádí, že své běžné aktivity dovedou vykonávat, ale méně efektivně nebo s menšími obtížemi.

Pouze 11,76 % respondentů uvedlo, že běžné aktivity zvládají bez potíží, v rámci zkoumaného souboru se jedná především o aktivity volnočasové.

Pět respondentů (14,71 %) uvádí, že své běžné aktivity zvládá jen s velkými obtížemi, nebo ne zcela.

Žádný z respondentů nevedl, že se nedokáže věnovat žádné ze svých dříve běžných aktivit. Toto zjištění ukazuje, že i senioři s obtížemi se snaží udržet si určitou míru aktivity a soběstačnosti.

**Tabulka 15: Běžné aktivity**

	Celkem (abs.)	Celkem (relat.)
Dovedu vykonávat své běžné aktivity (zaměstnání, studium, domácí práce, volnočasové aktivity) bez potíží.	4	11,76 %
Své běžné aktivity dovedu vykonávat méně efektivně nebo s menšími obtížemi.	11	32,35 %
Své běžné aktivity dovedu vykonávat mnohem méně efektivně, se značnými obtížemi, nebo ne zcela.	5	14,71 %
Dokážu se věnovat jen malému množství svých dříve běžných aktivit.	14	41,18 %
Nedokážu se věnovat žádné ze svých dříve běžných aktivit.	0	0,00 %

*Zdroj: z textu, vlastní zpracování*

## **Mentální funkce**

Respondenti byli v této doméně dotázáni na to, jak hodnotí své myšlení, logiku a paměť.

Výsledky ukázaly, že velká většina respondentů (70,59 %) nepociťuje žádné potíže s mentálními funkcemi. Uvedli, že jsou schopni myslet jasně a logicky a že jim paměť funguje dobře. To znamená, že mentální zdraví dotazovaných bylo v pořádku.

Menší skupina respondentů (26,47 %) uvedla, že má menší potíže s mentálními funkcemi. Tyto potíže se mohou projevovat například občasným zapomínáním nebo mírným zhoršením logického myšlení.

Jeden respondent (2,94 %) uvedl, že má významnější potíže s tím myslet jasně a logicky, což se může projevovat například zhoršenou pamětí.

Odpovědi „Mám velké potíže s tím myslet jasně a logicky nebo mám vážně poškozenou paměť“ a „Jsem neustále zmatená/ý a dezorientovaná/ý, kde jsem a jaký je čas“, nevedl ani jeden z dotazovaných.

Tato analýza může znamenat, že se závažné problémy s mentálními funkcemi zkoumaného vzorku nevyskytují.

**Tabulka 16: Mentální funkce**

	Celkem (abs.)	Celkem (relat.)
Jsem schopný/á myslet jasně a logicky a paměť mi funguje dobře.	24	70,59 %
Mám menší potíže s tím myslet jasně a logicky, nebo mi občas neslouží paměť.	9	26,47 %
Mám významnější potíže s tím myslet jasně a logicky, nebo mám poněkud zhoršenou paměť.	1	2,94 %
Mám velké potíže s tím myslet jasně a logicky nebo mám vážně poškozenou paměť.	0	0,00 %
Jsem neustále zmatená/ý a dezorientovaná/ý, kde jsem a jaký je čas.	0	0,00 %

*Zdroj: z textu, vlastní zpracování*

## **Nepohodlí a příznaky**

Pomocí dalšího okruhu jsem zjišťovala, jak jsou na tom senioři s nepohodlím a příznaky. Respondenti byli dotázáni na to, zda a v jaké míře pociťují bolest, závrať či svědění.

Výsledky ukázaly, že pět respondentů (14,71 %) nepociťují žádné fyzické nepohodlí či symptomy jako je například bolest, závrať a svědění.

Zbýlých 29 dalších respondentů (dohromady 85,29 %) se vyjádřilo, že fyzické nepohodlí nebo symptomy pociťují. Menší bolesti, závratě nebo svědění pociťuje 20 respondentů (58,82 %), značné symptomy 7 respondentů (20,59 %) a výrazné 2 respondenti (5,88 %).

Naštěstí se také ukázalo, že žádný z respondentů nepociťuje fyzické nepohodlí, které by bylo nesnesitelné a neúnosné.



**Tabulka 17: Nepohodlí a příznaky**

	Celkem (abs.)	Celkem (relat.)
Necítím žádnou fyzické nepohodlí nebo symptomy jako například bolest, závrať, svědění.	5	14,71 %
Pocítuji menší fyzické nepohodlí nebo symptomy jako například bolest, závrať, svědění.	20	58,82 %
Pocítuji značné fyzické nepohodlí nebo symptomy jako například bolest, závrať, svědění.	7	20,59 %
Pocítuji výrazné fyzické nepohodlí nebo symptomy jako například bolest, závrať, svědění.	2	5,88 %
Pocítuji nesnesitelné fyzické nepohodlí nebo symptomy například bolest, závrať, svědění.	0	0,00 %

*Zdroj: z textu, vlastní zpracování*

## Deprese

Téma deprese může být, nejen pro seniory, velice citlivé téma. Nicméně ze získaných dat vyplývá, že polovina respondentů (50,00 %) nepocituje žádný smutek, melancholii nebo depresi. Velká část zkoumaného souboru je tedy v psychické pohodě.

Další 44,12 % respondentů uvedlo, že pocítují mírný smutek, melancholii nebo depresi.

Zbýlí dva respondenti (5,88 %) uvedli, že cítí středně velký smutek, melancholii nebo depresi,

V kategoriích „Cítím velmi velký smutek, melancholii nebo depresi“ a „Cítím extrémně velký smutek, melancholii nebo depresi“, nebyly zaznamenány žádné odpovědi. To může znamenat, že v daném vzorku seniorů se nevyskytuje závažná deprese, ale je nutné podotknout, že vzorek byl poměrně malý (34 respondentů) a nelze z něj dělat zobecňující závěry.

**Tabulka 18: Deprese**

	Celkem (abs.)	Celkem (relat.)
Necítím žádný smutek, melancholii nebo depresi.	17	50,00 %
Cítím mírný smutek, melancholii nebo depresi.	15	44,12 %
Cítím středně velký smutek, melancholii nebo depresi.	2	5,88 %
Cítím velmi velký smutek, melancholii nebo depresi.	0	0,00 %
Cítím extrémně velký smutek, melancholii nebo depresi.	0	0,00 %

*Zdroj: z textu, vlastní zpracování*

## Neklid

Další okruh, ke kterému senioři vybírali odpověď, byl neklid. Z těchto výsledků je zřejmé, že polovina respondentů (50,00 %) netrpí žádnými úzkostnými stavy. Uvedli, že nepocítují úzkost, stres, ani nervozitu.

Další, také téměř polovina, respondentů (47,06 %) přiznalo mírnou úzkost, stres nebo nervozitu.

Jeden z respondentů označil jako svou odpověď „Cítím středně velkou úzkost, stres nebo nervozitu“ a žádný z dotazovaných nevedl, že by úzkosti, stres a nervozitu cítil velmi, nebo extrémně.

Tato analýza naznačuje, že ačkoliv se u menší části seniorů vyskytuje mírný neklid, většina z nich se těší psychické pohodě a netrpí úzkostnými stavy.

**Tabulka 19: Neklid**

	Celkem (abs.)	Celkem (relat.)
Necítím žádnou úzkost, stres nebo nervozitu.	17	50,00 %
Cítím mírnou úzkost, stres nebo nervozitu.	16	47,06 %
Cítím středně velkou úzkost, stres nebo nervozitu.	1	2,94 %
Cítím velmi velkou úzkost, stres nebo nervozitu.	0	0,00 %
Cítím extrémně velkou úzkost, stres nebo nervozitu.	0	0,00 %

*Zdroj: z textu, vlastní zpracování*

## Vitalita

Výsledky této analýzy ukazují, že více než polovina respondentů (52,94 %) se cítí buď zdravě a energicky, tzn. že jsou vitální (11,76 %), nebo jen mírně unaveně, ochable nebo slabě (41,18 %).

Nicméně více než 40 % respondentů (přesně 44,12 %) se cítí středně unaveně, ochable nebo slabě.

Pouze jeden respondent (2,94 %) se cítil velmi unaveně, ochable, nebo slabě, téměř vyčerpaně.

Žádný z respondentů se necítil extrémně unaveně, ochable, nebo slabě, naprosto vyčerpaně.

Z rozhovorů, které jsem se seniory po skončení dotazníkového šetření vedla, vyplynulo, že na jejich vnímání vitality má velký vliv počasí. Mnoho seniorů uvedlo, že se v teplejších a slunečných dnech cítí energičtěji a vitálněji, zatímco v chladných a deštivých dnech se cítí spíše unaveně a bez energie.

**Tabulka 20: Vitalita**

	Celkem (abs.)	Celkem (relat.)
Cítím se zdravě a energicky.	4	11,76 %
Cítím se mírně unaveně, ochable, nebo slabě.	14	41,18 %
Cítím se středně unaveně, ochable, nebo slabě.	15	44,12 %
Cítím se velmi unaveně, ochable, nebo slabě, téměř vyčerpaně.	1	2,94 %
Cítím se extrémně unaveně, ochable, nebo slabě, naprosto vyčerpaně.	0	0,00 %

*Zdroj: z textu, vlastní zpracování*

## Sexuální aktivita

Mnoho respondentů, jak mi po vyplnění dotazníku sdělilo, nevědělo, co na okruh týkající se sexuální aktivity odpovědět. Tvrdili, že sexuální aktivitu nemají žádnou, a tak nevědí, jestli na to má jejich zdravotní stav vliv, či nikoli.

Ze 34 respondentů jich nakonec 11 (32,35 %) uvedlo, že jejich zdravotní stav nemá na jejich sexuální aktivitu žádný negativní stav. Z toho vyplývá, že i v seniorském věku lze mít sexuální aktivitu bez ohledu na zdravotní obtíže.

Nejpočetnější odpovědí ale byla ta, že zdravotní stav na sexuální aktivitu respondentů má mírný vliv. Tuto odpověď zvolilo celkem 14 seniorů (41,18 %). I toto je ale dobrá zpráva, neboť jen mírný zdravotní vliv na sexuální aktivitu neznámá, že by byla nemožná.

Zbýlých 9 respondentů (26,47 %) v této oblasti pociťuje značné omezení: u třech respondentů (8,82 %) má zdravotní stav na sexuální aktivitu značný vliv, dalším čtyřem (11,76 %) jejich zdravotní stav činí sexuální aktivitu takřka nemožnou a dva (5,88 %) dokonce uvádí, že kvůli jejich zdravotnímu stavu je jejich sexuální aktivita zcela nemožná.

**Tabulka 21: Sexuální aktivita**

	Celkem (abs.)	Celkem (relat.)
Můj zdravotní stav nemá žádný negativní vliv na mou sexuální aktivitu.	11	32,35 %
Můj zdravotní stav má mírný vliv na mou sexuální aktivitu.	14	41,18 %
Můj zdravotní stav má značný vliv na mou sexuální aktivitu.	3	8,82 %
Můj zdravotní stav činí sexuální aktivitu takřka nemožnou.	4	11,76 %
Můj zdravotní stav činí sexuální aktivitu zcela nemožnou.	2	5,88 %

*Zdroj: z textu, vlastní zpracování*

## Vyhodnocení dotazníku 15D

V rámci dotazníku 15D jsem zvolila škálu od 1 do 5, kde 1 reprezentuje úmrtí a 5 stav bez problémů. Tato škála nahrazuje původní rozsah 0 (úmrtí) až 1 (stav bez problémů), čímž umožňuje snazší vyhodnocení a srovnání výsledků.

Respondenti žijících v Domově pro seniory v Říčanech vnímají svou kvalitu života velice pozitivně. Ačkoliv se žádná z hodnocených domén nedostala na absolutní maximum, na hodnotu 5, tak i přesto je patrné, že se žádná z domén nedostala pod hodnotu 3, kterou lze brát jako průměrnou.

Zejména oblast zaměřená na stravování se ukázala jako silná stránka vybraných respondentů. Senioři vnímají svou schopnost se stravováním velice pozitivně a dokáží se najíst sami bez pomoci ostatních. Tato doména dosáhla hodnoty 4,94, což je hodnota prakticky bez problémů.

V naprostém pořádku jsou respondenti i se sluchem a mluvou, jejich odpovědi dosáhly hodnoty 4,5. O něco nižší, ale přesto velice vysokou hodnotu ze smyslových funkcí zastává také doména zraku (4,08).

Na první pohled lze také říci, že, mimo již zmíněné domény, respondenti vykazovaly i nadprůměrné výsledky v psychické oblasti, tzn. v oblastech mentálních funkcí, deprese a neklidu. Tyto hodnoty se pohybovaly v rozmezí 4,44 – 4,68, což naznačuje celkově dobrý psychický stav.

Naopak nejnižší hodnocení (3,14) získala oblast běžných aktivit. Senioři se tak zřejmě potýkají s omezením ve svých dříve běžných činnostech. Dříve běžná činnost seniorů mohla být například chůze, turistika, cyklistika, či jiná aktivita vyžadující dobrou pohyblivost, neboť nízké hodnocení oblasti zaměřené na pohyblivost (3,35) tuto skutečnost potvrzuje.

Překvapivým zjištěním bylo, že i když se senioři dokáží věnovat jen malému množství svých dříve běžných aktivit, tak doména zaměřená na aktivitu sexuální byla hodnocena poměrně kladně a lépe než doména běžných aktivit obecně. Celkové hodnota sexuální aktivity dává dohromady hodnotu 3,82. Na druhou stranu je nutné brát v potaz, že senioři mohli být touto otázkou zaskočení a mnozí nevěděli, jak na tuto otázku odpovědět.

Celkové výsledky jednotlivých domén mají jen nepatrné rozdíly mezi hodnotami. Lze tedy říci, že respondenti, kteří byli dotazováni, v Domově pro seniory v Říčanech, vnímají svou kvalitu života velice dobře.

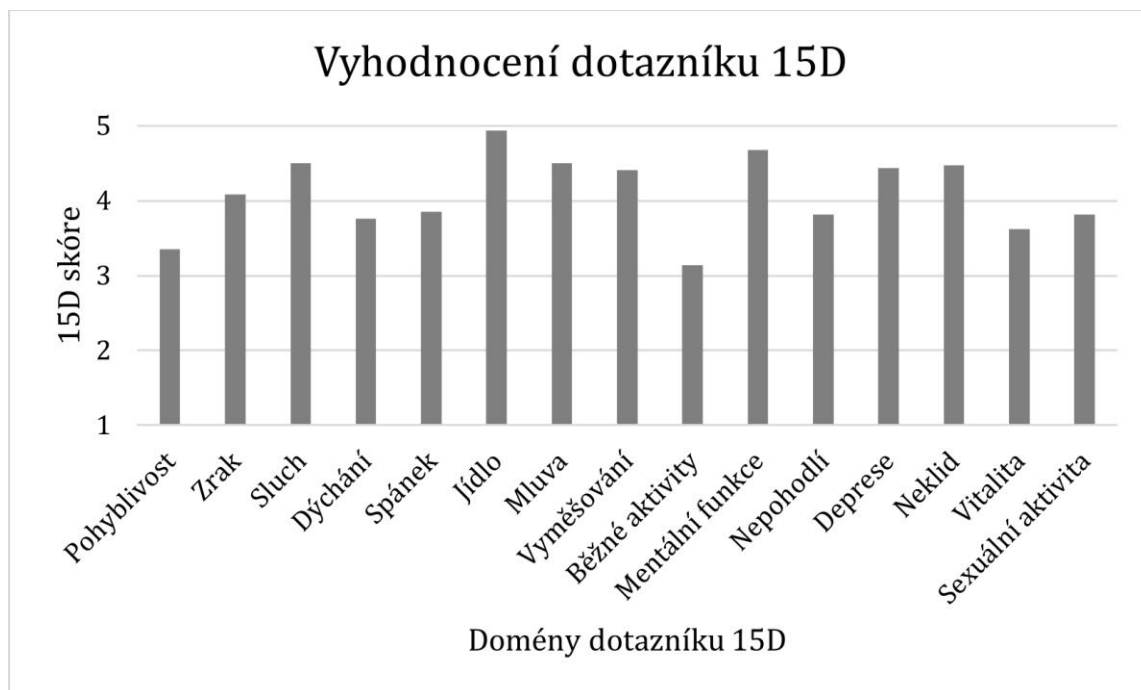
**Tabulka 22: Vyhodnocení dotazníku 15D**

<b>Doména</b>	<b>15D skóre</b>
Pohyblivost	3,35
Zrak	4,08
Sluch	4,5
Dýchání	3,76
Spánek	3,85
Jídlo	4,94
Mluva	4,5
Vyměšování	4,41
Běžné aktivity	3,14
Mentální funkce	4,68
Nepohodlí	3,82
Deprese	4,44
Neklid	4,47
Vitalita	3,62
Sexuální aktivita	3,82

*Zdroj: z dotazníků, vlastní zpracování*

Získané odpovědi jsou dále shrnuty v grafu, který poskytuje celkový stav vnímání subjektivní kvality života, spojenou se zdravím, dotazovaných respondentů. Z grafu je patrné, že žádná z oblastí nedosáhla nejvyššího hodnocení 5 a zároveň žádná neklesla pod hodnotu 3.

**Graf 1: Vyhodnocení dotazníku 15D**



*Zdroj: z textu, vlastní zpracování*

## 5.6 Vyhodnocení stanovených hypotéz

**Hypotéza č. 1: Předpokládám, že většina uživatelů domova je schopna chodit bez cizí pomoci (s pomůckou nebo bez) uvnitř, ale chodit venku a/nebo po schodech dokážou jen s velkými obtížemi a/nebo s pomocí druhých. (Ověřováno pomocí písemného dotazování – okruh pro doménu 1, viz příloha č. 3)**

Tato hypotéza se mi potvrdila. Z tabulky č. 5 je zřejmé, že právě tuto odpověď zvolilo nejvíce respondentů. Při sběru dat jsem si samozřejmě sama všimla, že se většina seniorů po domově, ať už s pomůckou nebo bez, pohybuje bez cizí pomoci. Avšak venku či po schodech je to pro ně obtížnější a často potřebují pomoc druhých.

**Hypotéza č. 2: Předpokládám, že většina uživatelů má potíže se sluchem. Běžnou řeč slyší se značnými obtížemi; během rozhovoru potřebují, aby lidé mluvili mnohem hlasitěji, než je běžné. (Ověřováno pomocí písemného dotazování – okruh pro doménu 3, viz příloha č. 3)**



Druhá hypotéza se mi nepotvrdila. Z tabulky č. 7 je zřejmé, že respondenti uváděli pravý opak, a to ten, že běžnou řeč slyší normálně, ať už s naslouchadlem nebo bez naslouchadla.

**Hypotéza č. 3: Předpokládám, že většina uživatelů domova je schopna jíst sama bez pomoci ostatních. (Ověřováno pomocí písemného dotazování – okruh pro doménu 6, viz příloha č. 3)**

Třetí hypotéza se mi potvrdila, viz tabulka č. 10. Žádný z respondentů nemá s jídlem obtíže a nepotřebují pomoc druhé osoby s krmením. Pouze malá část má drobné obtíže, nicméně nepotřebují pomoc ostatních a při jídle občas použijí pomůcku.

**Hypotéza č. 4: Předpokládám, že se uživatelé dokážou věnovat jen malému množství svých dříve běžných aktivit. (Ověřováno pomocí písemného dotazování – okruh pro doménu 9, viz příloha č. 3)**

Z tabulky č. 13 vyplývá, že se mi tato hypotéza také potvrdila. Senioři občas u této odpovědi zavzpomínali na své dřívější aktivity a sami mi sdělili, že aktivity, kterým se dříve věnovali, už se nevěnují. Nicméně aktivity, které se jim v domově nabízí, praktikují rádi.

**Hypotéza č. 5: Předpokládám, že většina uživatelů pocítuje značné fyzické nepohodlí nebo příznaky, jako například bolest, závrať, svědění. (Ověřováno pomocí písemného dotazování – okruh pro doménu 11, viz příloha č. 3)**

Pátá hypotéza se mi nepotvrdila. Senioři nepocítují značné fyzické nepohodlí nebo příznaky, nýbrž jen menší, jak vyplývá z tabulky č. 15.

**Hypotéza č. 6: Předpokládám, že se uživatelé cítí středně unaveně, ochable nebo slabě. (Ověřováno pomocí písemného dotazování – okruh pro doménu 14, viz příloha č. 3)**

Poslední hypotéza se mi potvrdila. Uživatelé domova se cítí středně unaveně, ochable nebo slabě. Tuto hypotézu potvrdilo 15 respondentů, tedy 44,12 % dotazovaných, viz tabulka č. 18.

## 6 SHRNU TÍ

V rámci praktické části jsem na základě dotazníkového šetření mezi seniory žijícími v domově pro seniory formulovala celkem 6 hypotéz. Hypotézy se týkaly psychické, fyzické a sociální oblasti života.

Provedením dotazníkového šetření jsem získala potřebná data, která jsem následně analyzovala a zpracovala. Dotazník obsahoval 15 okruhů týkajících se tělesné, psychické a sociální kvality života spojené se zdravím. Dotazník se zaměřoval na pohyblivost, zrak, sluch, dýchání, spánek, jídlo, mluvu, vyměšování, běžné aktivity, mentální funkce, nepohodlí a příznaky, deprese, neklid, vitalitu a sexuální aktivitu respondentů. Výsledky jednotlivých domén jsem rozepsala do kratších odstavců, ke kterým jsem vytvořila samostatnou tabulku pro lepší přehlednost.

Z výzkumu vyplývá, že nejlépe hodnocena byla dimenze vztahující se na jídlo, tzn. že téměř všichni respondenti jsou schopni jíst sami bez pomoci ostatních. Naopak nejhůře hodnocena byla dimenze zaměřená na běžné aktivity, tzn. že respondenti již neprovádí tolik aktivit, které pro ně byly dříve běžné. Nicméně z grafu č. 1 vyplývá, že ač žádná z oblastí nedosáhla nejvyššího hodnocení 5, které znamená stav bez problému, tak ani žádná neklesla pod hodnotu 3, kterou lze považovat jako průměr, neboť hodnotu 1 lze brát jako úmrtí. Lze říci, že uživatelé Domova pro seniory Říčany jsou spokojeni se svou kvalitou života a vnímají ji, i vzhledem k jejich zdravotnímu stavu, velice pozitivně.

Z výzkumného šetření jsem tedy zjistila, že uživatelé Domova seniorů Říčany vnímají svou kvalitu života s ohledem na jejich zdravotní stav velice dobře. To se také ukázalo ve finálovém grafu (Graf č. 1), kde lze vyčíst, že se žádná doména nedostala pod průměr, naopak, výsledky byly velice uspokojivé.

Kromě toho jsem získala osobní údaje respondentů ve formě dvou otázek týkajících se pohlaví a věku. Z výsledků je patrné, že dotazník vyplnily především ženy. Co se věkového rozložení týče, nejvíce respondentů obou pohlaví bylo zastoupeno ve věku 75–84 let.

Po analýze a zpracování dat z dotazníkového šetření jsem provedla vyhodnocení stanovených hypotéz. Zjistila jsem, že 2 hypotézy byly vyvráceny, zatímco zbylé 4 hypotézy byly potvrzeny.

## 7 ZÁVĚR

Kvalita života seniorů v domově pro seniory je problematika, která zahrnuje mnoho aspektů. V této bakalářské práci jsem shrnula poznatky o této problematice na základě literatury a dalších relevantních zdrojů. Na základě výzkumu jsem se snažila analyzovat subjektivní vnímání kvality života jednotlivých seniorů, kteří žijí v Domově pro seniory Říčany.

Cílem této bakalářské práce bylo analyzovat subjektivní vnímání kvality života seniorů, kteří žijí v Domově seniorů Říčany. Práce byla rozdělena na dvě části, a to na část teoretickou a praktickou. Teoretická část vycházela z odborné literatury a dalších relevantních zdrojů vztahující se k této problematice. Součástí teoretické části byly tři hlavní kapitoly. První kapitola se zabývala kvalitou života obecně. V podkapitolách vztahující se ke kapitole první jsem uvedla několik definic, které charakterizují kvalitu života a pár perspektiv na tento koncept. Zaměřila jsem se konkrétně na sociologické, medicínské a psychologické pojetí kvality života. Nechybí zde ani metody, jak subjektivní, objektivní, tak smíšené, kterými lze samotnou kvalitu života měřit.

Druhou kapitolou jsem navázala na kapitolu první a popsala kvalitu života zaměřenou na seniory. Tato kapitola byla o něco kratší, neboť všechny důležité informace a metody k měření kvality života, byly již popsány v kapitole první, kde byla popsána kvalita života obecně, tzn. že se vztahuje na všechny, včetně seniorů. Dále, součástí této kapitoly, byla možná příprava na stáří a kvalita života, jelikož se tato problematika týká každého jednoho z nás. Na konec této kapitoly jsem přidala ještě podkapitolu, ve které jsem krátce rozeepsala postoj ke smrti a kvalitě života.

V poslední kapitole, teoretické části, jsem se zaměřila na samotné seniory, tedy na stáří a také stárnutí. Součástí kapitoly bylo nejen vymezení stáří a stárnutí, ale také různé periodizace stáří a změny, které v průběhu stárnutí a v samotném stáří nastávají.

Cílem teoretické části bylo komplexní přiblížení problematiky starších lidí a seniorů.

Na teoretickou část jsem navázala částí praktickou. Cílem praktické části bylo analyzování subjektivního vnímání kvality života seniorů, kteří žijí v Domově pro seniory v Říčanech. V praktické části jsem zvolila kvantitativní výzkum s dotazníkovým šetřením. Nejprve jsem v práci zvolila 6 hypotéz vyplívajících z dotazníku 15D. Tyto hypotézy byly zaměřeny na psychickou, fyzickou a sociální stránku uživatelů Domova, které byly následně potvrzeny, či vyvráceny.

Dále jsem pomocí dotazníkového šetření získala potřebná data, které jsem analyzovala a zpracovala. Použit byl standardizovaný dotazník 15D, který měl předem stanovené domény vztahující se na pohyblivost, zrak, sluch, dýchání, spánek, jídlo, mluvu, vyměšování, běžné aktivity, mentální funkce, nepohodlí a symptomy, deprese, neklid, vitalitu a sexuální aktivitu. Respondenti u těchto domén vybírali z celkem pěti úrovní podle závažnosti, které jsem následně analyzovala a vyhodnotila. Při výběru respondentů byla rozhodující jejich ochota a schopnost se do výzkumu zapojit. Dotazník mi nakonec anonymně vyplnilo 34 respondentů bez kognitivního deficitu, díky kterým bylo možno shromáždit co nejpřesnější a nejspolehlivější data.

Vyhodnocení ukázalo velice dobré výsledky. Výzkum ukázal, že senioři, kteří žijí v Domově pro seniory v Říčanech vnímají svou kvalitu života velice pozitivně. Ze škály dotazníku 15D od 1 do 5, kde 1 reprezentuje úmrtí a 5 stav bez problému, vyšly veškeré hodnoty na více než 3,14, což znamená, že senioři vnímají svou kvalitu jako nadprůměrně dobrou. Je ale nutné podotknout, že šlo o relativně malý vzorek 34 respondentů.

Po vyhodnocení výsledků jsem také vyhodnotila již předem stanovené hypotézy, ze kterých se mi 4 potvrdily a 2 nikoliv.

Dotazník 15D nebyl jediným dotazníkem v praktické části. Zpracován byl i krátký doplňující dotazník, který byl zaměřený na osobní údaje respondentů. Tento krátký dotazník obsahoval otázky vztahující se pouze na pohlaví a věk, ve kterém bylo zjištěno, že dotazník vyplnily převážně ženy a největší skupinou obou pohlaví tvořili respondenti ve věku 75–84 let.

Z výzkumu lze také říci, že v Domově pro seniory Říčany žije velká část seniorů, kteří žijí plnohodnotným a kvalitním životem.

## 8 SEZNAM ZDROJŮ

BENNOVÁ, Nikol, 2020. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory* [online]. Opava. SLEZKÁ UNIVERZITA V OPAVĚ. Dostupné z: [https://is.slu.cz/th/wb6je/FVP\\_BP\\_2020\\_Kvalitazivotaseniourvdomovechproseniory\\_BemnovaNikol.pdf](https://is.slu.cz/th/wb6je/FVP_BP_2020_Kvalitazivotaseniourvdomovechproseniory_BemnovaNikol.pdf)

ČEPELKA, Oldřich, 2019. VÝZKUMNÉ STUDIE A INDEXY PRO HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA SENIORŮ A AKTIVNÍHO STÁRNUTÍ [online]. Dostupné z: [https://www.czso.cz/documents/10180/91917740/13005319q2\\_137.pdf/0ff4037c-1729-49e1-a64e-a86af4bded31?version=1.0](https://www.czso.cz/documents/10180/91917740/13005319q2_137.pdf/0ff4037c-1729-49e1-a64e-a86af4bded31?version=1.0)

DEAN, Ward a Robert F. MORGAN, 1988. In defense of the concept of biological aging measurement — current status. *Archives of Gerontology and Geriatrics* [online]. 7(3), 191–210 [vid. 2024-02-19]. ISSN 01674943. Dostupné z: doi:10.1016/0167-4943(88)90002-7

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory* [online]. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/kvalita-zivota-senioru-1621301/>

DZIECHCIAŻ, Małgorzata a Rafał FILIP, 2014. Biological psychological and social determinants of old age: Bio-psycho-social aspects of human aging. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* [online]. 21(4), 835–838 [vid. 2024-02-05]. ISSN 1232-1966, 1898-2263. Dostupné z: doi:10.5604/12321966.1129943

FAŤUNOVÁ, Zuzana, 2007. *Kvalita života* [online]. Praha. Univerzita Karlova. Dostupné z: [https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/10214/DPTX\\_2006\\_2\\_11210\\_AS\\_ZK10001\\_106609\\_0\\_27875.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/10214/DPTX_2006_2_11210_AS_ZK10001_106609_0_27875.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

FELCE, David a Jonathan PERRY, 1995. Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities* [online]. 16(1), 51–74 [vid. 2024-04-26]. ISSN 0891-4222. Dostupné z: doi:10.1016/0891-4222(94)00028-8

GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života*. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.

HAMCZYK, Magda R., Rosa M. NEVADO, Ana BARETTINO, Valentín FUSTER a Vicente ANDRÉS, 2020. Biological Versus Chronological Aging. *Journal of the American*

*College of Cardiology* [online]. 75(8), 919–930 [vid. 2024-02-19]. ISSN 07351097. Dostupné z: doi:10.1016/j.jacc.2019.11.062

HAVRÁNEK, B., J. BĚLIČ, M. HELCL, A. JEDLIČKA, V. ČERVENÁ, J. FILIPEC, F. HAVLOVÁ a M. CHURAVÝ, 2011. *Slovník spisovného jazyka českého* [online] [vid. 2024-04-26]. Dostupné z: <https://ssjc.ujc.cas.cz/>

HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. 1. Praha: Portál, s. r. o. ISBN 80-7367-040-2.

HOGENOVÁ, Anna, 2002. *Kvalita života a tělesnost*. 1. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-580-90.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.

HUDÁKOVÁ, Anna a Ľudmila MAJERNÍKOVÁ, 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4772-9.

JAROŠOVÁ, Darja, 2006. *Péče o seniory*. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 80-7368-110-2.

JAZAYERI, Emitis, Shahla KAZEMIPOUR, Seyed Reza HOSSEINI a Majid RADFAR, 2023. Quality of life in the elderly: A community study. *Caspian Journal of Internal Medicine* [online]. 14(3), 534–542 [vid. 2024-04-04]. ISSN 2008-6164. Dostupné z: doi:10.22088/cjim.14.3.543

KALVACH, Zdeněk, 2004. *Geriatric a gerontologie* [online]. 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/geriatric-a-gerontologie-1515/>

KEBZA, Vladimír, 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. Praha: Academia. ISBN 80-200-1307-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0179-0.

MALÍKOVÁ, Eva, 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2030-7.

MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany*. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3872-7.

MÜHLPACHR, Pavel, 2004. *Gerontopedagogika*. 1. Brno: Masarykova univerzita v Brně. ISBN 80-210-3345-2.

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL, 2024. kvalita života | NZIP. *Národní zdravotnický informační portál* [online] [vid. 2024-02-05]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/>

ONDRUŠOVÁ, Jiřina, 2017. *Sociální gerontologie a geriatry* [online]. 2017. Praha: Karolinum.: Jiřina Ondrušová. Dostupné z: [https://htf.cuni.cz/HTF-103-version1-ondrusova\\_gerontologie\\_2017.pdf](https://htf.cuni.cz/HTF-103-version1-ondrusova_gerontologie_2017.pdf)

ONDRUŠOVÁ, Jiřina a Beáta KRAHULCOVÁ, 2020. *Gerontologie pro sociální práci*. 1. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4383-0.

PACOVSKÝ, Vladimír, 1990. *O stárnutí a stáří*. 1. Praha: AVICENUM. ISBN 80-201-0076-8.

PAYNE, Jan, Petr ARENBERGER, Karel BALCAR, Miloslav BEDNÁŘ, Vladimír BENCKO, Ctibor DRBAL, Karel HNILICA, Helena HNILICOVÁ, Hana JANEČKOVÁ, Jaro KŘIVOHLAVÝ, Eva KŘÍŽOVÁ, Milada ŘÍHOVÁ, Ondřej SLÁMA, Jan SUNDIN, Vladimír VAVRDA, Václav VENTURA a Stanislav ŽÁK, 2005. *Kvalita života a zdraví*. 1. Praha: Triton. ISBN 80-7254-657-0.

PTÁČKOVÁ, Hana, Radek PTÁČEK, Lucie ŠVANDOVÁ, Libuše ČELEDVÁ, Rostislav ČELEDVÁ, Jiří RABOCH, Zdeněk KALVACH a Martina VŇUKOVÁ, 2021. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci* [online]. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-4463-1. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/psychosocialni-adaptace-ve-stari-a-nemoci-1689092/#>

SINTONEN, Harri, 2001. The 15D instrument of health-related quality of life: properties and applications. *Annals of Medicine* [online]. **33**(5), 328–336 [vid. 2024-04-03]. ISSN 0785-3890, 1365-2060. Dostupné z: doi:10.3109/07853890109002086

TEOLI, Dac a Abhisek BHARDWAJ, 2023. Quality Of Life. *National Library of Medicine* [online]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536962/>

VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Vývojová psychologie II*. 1. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.

VEENHOVEN, Ruut, 2013. The Four Qualities of Life Ordering Concepts and Measures of the Good Life. In: Antonella DELLE FAVE, ed. *The Exploration of Happiness* [online]. Dordrecht: Springer Netherlands, Happiness Studies Book Series, s. 195–226 [vid. 2024-02-06]. ISBN 978-94-007-5701-1. Dostupné z: doi:10.1007/978-94-007-5702-8\_11

VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2170-5.



## **9 SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1: Informovaný souhlas pro dotazníkové šetření

Příloha 2: Dotazník – osobní údaje

Příloha 3: Dotazník kvality života 15D

## 10 PŘÍLOHY

### Příloha č. 1 Informovaný souhlas pro dotazníkové šetření

#### Informovaný souhlas pro dotazníkové šetření

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s žádostí o účast ve výzkumné studii, kterou provádím na Husitské teologické fakultě Univerzity Karlovy, a která nese název Kvalita života seniorů v domovech pro seniory.

Jejím cílem je získat údaje k analyzování subjektivního vnímání kvality života seniorů v domovech pro seniory.

Vaše účast spočívá ve vyplnění dotazníku, který Vám zabere **cca 10 minut** času. Dotazník je anonymní, proto Vaše osobní údaje nebudou nikde zveřejněna. Uchovávána budou pouze pod číselným kódem a v souladu s platným zákonem České republiky č. 101/2000 o ochraně osobních údajů v informačních systémech.

Informace, které získám prostřednictvím dotazníků, budou použita výhradně pro vědecké účely. Budou prezentována odborné veřejnosti nebo anonymně publikována v odborném tisku.

Vaše účast významným způsobem přispěje k rozšíření poznatků ve zkoumané oblasti. Máte-li dojem, že některá otázka je příliš osobní, nemusíte na ni odpovédět. To je důvod, proč Vám z účasti v dotazníkovém šetření nehrozí žádné riziko.

Děkuji.

Potvrzuji svým podpisem, že jsem byl/a nejdříve ústně informován/a o cílech studie a měl/a jsem možnost ptát se na všechno, co mě v souvislosti s žádostí o vyplnění dotazníku zajímalo. Proto souhlasím s vyplněním dotazníku a následným anonymním zpracováním získaných dat.

Účastník  
výzkumu:

Výzkumník: Marie Machotová

## **Příloha č. 2 Dotazník – osobní údaje**

Pohlaví:

- MUŽ
- ŽENA

Věk:

- 65-74 let
- 75-84 let
- 85 let a více

## **Příloha č. 3 Dotazník kvality života 15D**

U každé otázky si prosím pozorně přečtete všechny možnosti a zaškrtněte (x) jednu z nich, která nejlépe vystihuje Váš současný zdravotní stav. Na každou z uvedených otázek uveďte takto pouze jednu odpověď.

### **Otázka 1. Pohyblivost.**

- 1 ( ) Jsem schopný/á normálně bez potíží chodit uvnitř, venku i po schodech.
- 2 ( ) Jsem schopný/á bez potíží chodit uvnitř, ale činí mi drobné potíže chodit venku a/nebo po schodech.
- 3 ( ) Jsem schopný/á bez chodit bez cizí pomoci (s pomůckou nebo bez) uvnitř, ale chodit venku a/nebo po schodech dokážu jen s velkými obtížemi a/nebo s pomocí druhých.
- 4 ( ) Jsem schopný/á chodit pouze uvnitř s pomocí druhých.
- 5 ( ) Jsem zcela upoután/a na lůžko a nemohu se pohybovat.

**Otázka 2. Zrak.**

- 1 ( ) Vidím normálně; bez potíží mohu číst noviny nebo text v televizi (s brýlemi nebo bez brýlí).
- 2 ( ) Číst noviny nebo text v televizi mohu s drobnými obtížemi (s brýlemi nebo bez brýlí).
- 3 ( ) Číst noviny nebo text v televizi mohu jen se značnými obtížemi (s brýlemi nebo bez brýlí).
- 4 ( ) Nemohu číst noviny nebo text v televizi ať už s brýlemi nebo bez brýlí, ale vidím dost dobře na to, abych se mohl/a pohybovat sama/sám bez cizí pomoci.
- 5 ( ) Nevidím dost dobře na to, abych se mohl/a sama/sám bez cizí pomoci pohybovat; jsem téměř nebo zcela slepá/ý.

**Otázka 3. Sluch.**

- 1 ( ) Slyším normálně běžnou řeč (s naslouchadlem nebo bez naslouchadla).
- 2 ( ) Běžnou řeč slyším s drobnými obtížemi.
- 3 ( ) Běžnou řeč slyším se značnými obtížemi; během rozhovoru potřebuji, aby lidé mluvili mnohem hlasitěji, než je běžné.
- 4 ( ) Dělá mi obtíže slyšet i hlasitou mluvu; jsem téměř hluchá/ý.
- 5 ( ) Jsem úplně hluchá/ý.

**Otázka 4. Dýchání.**

- 1 ( ) Jsem schopná/ý dýchat normálně, bez zadýchávání nebo jiných obtíží.
- 2 ( ) Zadýchávám se při fyzické práci, sportování, rychlé chůzi po rovině nebo mírně do kopce.

3 ( ) Zadýchávám se při chůzi po rovině vyházkovým tempem přiměřeným u lidí mého věku.

4 ( ) Zadýchávám se i při nenáročných činnostech jako je hygiena nebo oblékání.

5 ( ) Mám potíže s dýcháním téměř nepřetržitě, dokonce i v klidu.

#### **Otázka 5. Spánek.**

1 ( ) Spím normálně, žádné potíže se spánkem nemám.

2 ( ) Mám drobné problémy se spánkem, činí mi potíže usnout nebo se občas v noci budím.

3 ( ) Mám střední problémy se spánkem jako je například opakované buzení nebo pocit, že jsem se nevyspal/a dost.

4 ( ) Mám velké problémy se spánkem jako například nutnost brát běžně a často léky na spaní, nebo opakované probouzení se během noci nebo velmi brzy ráno.

5 ( ) Trpím nespavostí; například nemohu spát ani po lécích na spaní, většinu noci bdím.

#### **Otázka 6. Jídlo.**

1 ( ) Jsem schopná/ý normálně jíst sama/sám bez pomoci ostatních.

2 ( ) Jsem schopný jíst sama/sám s drobnými obtížemi (např. pomalu, s třesem, nešikovně, s použitím pomůcek).

3 ( ) Při jídle potřebuji nějakou míru pomoci druhé osoby.

4 ( ) Vůbec nejsem schopná/ý samostatně jíst, musí mě krmit druhá osoba.

5 ( ) Vůbec nejsem schopen jíst, potravu přijímám sondou nebo nitrožilně.

**Otázka 7. Mluva.**

- 1 ( ) Mluvím normálně, jasně, slyšitelně a plynule.
- 2 ( ) Mám drobné potíže s mluvením, například se občas nevyjadřuji jasně, mumlám, nebo mi přeskakuje hlas.
- 3 ( ) Je mi rozumět, ale mluvím například přetržitě, slabě, se zadržáváním nebo zakoktáváním.
- 4 ( ) Většina lidí má potíže rozumět tomu, co říkám.
- 5 ( ) Mohu komunikovat jen pomocí gest.

**Otázka 8. Vyměšování.**

- 1 ( ) Malou i velkou potřebu vykonávám bez problémů.
- 2 ( ) Mám mírné problémy s močovým měchýřem nebo s činností střev, například problémy s močením.
- 3 ( ) Mám značné problémy s močovým měchýřem nebo s činností střev, například občasné "nehody", nebo silný průjem nebo zácpu.
- 4 ( ) Mám vážné problémy s močovým měchýřem nebo s činností střev, například časté "nehody" nebo nutnost katetru nebo klystýru.
- 5 ( ) Nemám žádnou kontrolu nad činností močového měchýře nebo střev.

**Otázka 9. Běžné aktivity.**

- 1 ( ) Dovedu vykonávat své běžné aktivity (zaměstnání, studium, domácí práce, volnočasové aktivity) bez potíží.
- 2 ( ) Svě běžné aktivity dovedu vykonávat méně efektivně nebo s menšími obtížemi.

3 ( ) Své běžné aktivity dovedu vykonávat mnohem méně efektivně, se značnými obtížemi, nebo ne zcela.

4 ( ) Dokážu se věnovat jen malému množství svých dříve běžných aktivit.

5 ( ) Nedokážu se věnovat žádné ze svých dříve běžných aktivit.

#### **Otázka 10. Mentální funkce.**

1 ( ) Jsem schopný/á myslet jasně a logicky a paměť mi funguje dobře.

2 ( ) Mám menší potíže s tím myslet jasně a logicky, nebo mi občas neslouží paměť.

3 ( ) Mám významnější potíže s tím myslet jasně a logicky, nebo mám poněkud zhoršenou paměť.

4 ( ) Mám velké potíže s tím myslet jasně a logicky nebo mám vážně poškozenou paměť.

5 ( ) Jsem neustále zmatená/ý a desorientovaná/ý, kde jsem a jaký je čas.

#### **Otázka 11. Nepohodlí a symptomy.**

1 ( ) Necítím žádnou fyzické nepohodlí nebo symptomy jako například bolest, závrať, svědění.

2 ( ) Pociťuji menší fyzické nepohodlí nebo symptomy jako například bolest, závrať, svědění.

3 ( ) Pociťuji značné fyzické nepohodlí nebo symptomy jako například bolest, závrať, svědění.

4 ( ) Pociťuji výrazné fyzické nepohodlí nebo symptomy jako například bolest, závrať, svědění.

5 ( ) Pociťuji nesnesitelné fyzické nepohodlí nebo symptomy například bolest, závrať, svědění.

**Otázka 12. Deprese.**

- 1 ( ) Necítím žádný smutek, melancholii nebo depresi.
- 2 ( ) Cítím mírný smutek, melancholii nebo depresi
- 3 ( ) Cítím středně velký smutek, melancholii nebo depresi.
- 4 ( ) Cítím velmi velký smutek, melancholii nebo depresi.
- 5 ( ) Cítím extrémně velký smutek, melancholii nebo depresi.

**Otázka 13. Neklid.**

- 1 ( ) Necítím žádnou úzkost, stres nebo nervozitu.
- 2 ( ) Cítím mírnou úzkost, stres nebo nervozitu.
- 3 ( ) Cítím středně velkou úzkost, stres nebo nervozitu.
- 4 ( ) Cítím velmi velkou úzkost, stres nebo nervozitu.
- 5 ( ) Cítím extrémně velkou úzkost, stres nebo nervozitu.

**Otázka 14. Vitalita.**

- 1 ( ) Cítím se zdravě a energicky.
- 2 ( ) Cítím se mírně unaveně, ochable, nebo slabě.
- 3 ( ) Cítím se středně unaveně, ochable, nebo slabě.



4 ( ) Cítím se velmi unaveně, ochable, nebo slabě, téměř vyčerpaně.

5 ( ) Cítím se extrémně unaveně, ochable, nebo slabě, naprosto vyčerpaně.

**Otázka 15. Sexuální aktivita.**

1 ( ) Můj zdravotní stav nemá žádný negativní vliv na mou sexuální aktivitu.

2 ( ) Můj zdravotní stav má mírný vliv na mou sexuální aktivitu.

3 ( ) Můj zdravotní stav má značný vliv na mou sexuální aktivitu.

4 ( ) Můj zdravotní stav činí sexuální aktivitu takřka nemožnou.

5 ( ) Můj zdravotní stav činí sexuální aktivitu zcela nemožnou.