

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Bc. Hana Drazdíková

Porovnání kvality života seniorů žijících v domovech pro seniory a žijících ve vlastních domovech

Comparison of life quality of seniors living in retirement homes and seniors living in their own homes

Praha 2018

Vedoucí práce: MUDr. Gabriela Šivicová

Poděkování

Děkuji MUDr. Šivicové za vedení této práce. Také děkuji svým blízkým za podporu při psaní.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 30.7.2018

.....
Hana Drazdíková

Abstrakt

Tato práce se zaměřuje na porovnání pobytu ve vlastním domově a v domově pro seniory z hlediska kvality života obyvatele-seniora. Porovnává život seniorů v domovech pro seniory a v domovech vlastních, pokouší se identifikovat faktory, které zde mají vliv na kvalitu jejich života. Tři hlavní faktory jsou společné pro obě skupiny: autonomie, vztahy a zdraví. Zároveň se ukazuje, že kvalita života je vyšší u seniorů žijících v domácnostech. Vzhledem k malému počtu tuzemských výzkumů na dané téma byl navržen vlastní kvantitativní výzkum, využívající standardizované nástroje WHO.

Klíčová slova

Kvalita života, srovnání, senioři, stáří, domovy pro seniory

Abstract

This thesis is focused on comparing living in one's own house with living in the retirement homes for seniors from the perspective of life quality of their old-aged residents. The thesis compares living in retirement homes and living in their own homes, also tries to identify the factors which have an impact on their quality of life. Three main factors are common for both groups: autonomy, relationships and health. It is also shown that quality of life is higher for seniors living in households. Because of the small number of Czech studies on this topic, we suggest new quantitative research using standardized WHO tools.

Keywords

Quality of life, comparison, seniors, old age, retirement homes

Obsah

Úvod.....	7
Literárně přehledová část	9
1. Co znamená stáří	9
1.1 Stáří jako změna.....	9
2. Kvalita života	14
2.1 Kvalita života ve stáří jako samostatný fenomén	15
2.2 Příklady koncepcí a nástrojů určených k měření kvality života	15
2.3 Kvalita života a demence	18
3. Život v zařízeních pro seniory.....	20
4. Život doma	24
5. Studie přímo porovnávající kvalitu života v domovech pro seniory a v domácnostech.....	27
Návrh výzkumného projektu.....	30
6. Cíle výzkumu	30
7. Design výzkumného projektu.....	31
8. Výzkumný soubor	33
9. Výzkumné metody	34
10. Způsob zpracování dat	36
11. Etika navrhovaného výzkumu	37
12. Diskuse	39
Závěr.....	41
Seznam použité literatury.....	44

Úvod

Podle dat publikovaných Českým statistickým úřadem (2017) v populaci neustále roste procentuální zastoupení osob starších 65 let. V roce 2016 tvořili senioři v České republice 18,3 % populace, oproti roku 2000, kdy se jednalo pouze o 13,8 %. Za tutéž dobu zestárla česká populace o 4,2 roku. Prognózy hovoří o tom, že tempo stárnutí se bude dále zvyšovat. Nejedná se jen o problém České republiky, podobný proces se odehrává ve většině vyspělých zemí. Téma seniorů a stáří je tedy stále více aktuální. Nezanedbatelnou součástí problematiky je také rozhodnutí, zda senior zůstane s přibývajícím věkem žít ve svém stávajícím domově, nebo zda se přemístí do specializovaného zařízení – do domova seniorů. Obě varianty mají své výhody a nevýhody, které mohou pro každého jedince nabývat různé důležitosti. Tato bakalářská práce se zaměřuje na porovnání pobytu ve vlastním domově a v domově pro seniory z hlediska kvality života obyvatele-seniora.

Zdá se, že u většiny (odborné) veřejnosti existuje konsenzus o preferenci pobytu v domácím prostředí. Netýká se jen stárnoucích obyvatel, ale tato tematika je velmi aktuální například i v paliativní péči. Obecně řečeno se dělá vše pro to, aby lidé v různých životních etapách a podmínkách mohli zůstat žít ve svých domovech. Konkrétně pro seniory existují rozmanité organizace, které o tento cíl usilují, ať už se jedná o pečovatelské služby, dovážku jídel do domu nebo tísňovou péči. V každém případě ale platí, že kvalita těchto služeb se různí a že někdy ani ta nejkvalitnější služba nestačí k zajištění potřebné domácí péče. Senioři, se kterými se setkávám, často vyjadřují negativní postoje k přemístění do domova seniorů. Od mladších lidí jsem ale již slyšela i názor, že seniorům by mělo pobytové zařízení vyhovovat více, protože je v něm zajištěn volnočasový program a obyvatelé mají příležitost trávit spolu čas, nemusí se tedy cítit sami. Rozhodla jsem se, že se podívám, jak se k danému tématu staví odborná literatura, a zda je možné říci, že život doma nebo život v zařízení vyhovuje seniorům více.

Práce je členěna na dvě části a ty na dvanáct kapitol. První část je literárně přehledová a je rozdělena do pěti kapitol. Zabývá se zpracováním tématu a souvisejících poznatků v odborné literatuře. Druhá část je návrhem výzkumného projektu, který má za cíl rozšířit poznatky v této oblasti, popsán je v kapitolách šest až dvanáct. První kapitola se věnuje pojmu stáří a jeho významu. Stručně se vyjadřuje k definici stáří věkem a dále se zabývá tím, co stáří znamená, a jaké změny se v něm odehrávají. Cílem zde není detailní popis všech

souvisejících procesů, ale spíše naznačení, s čím vším se musí stárnoucí jedinec vyrovnávat a co ho s přibývajícimi lety čeká. Tyto změny totiž mohou mít výrazný vliv na kvalitu života a zároveň částečně zdůvodňují, proč má smysl zabývat se kvalitou života ve stáří jako samostatným fenoménem. Touto otázkou se více zabývá druhá kapitola, věnovaná pojmu kvality života. Ten je přiblížen především na příkladech svých různých koncepcí, existuje totiž mnoho přístupů k tomuto tématu a není možné zabývat se všemi. Tato kapitola také obsahuje zamyšlení nad problematikou měření kvality života u pacientů (seniorů) s diagnostikovanou demencí. Třetí kapitola shrnuje výsledky výzkumů o kvalitě života seniorů v zařízení, čtvrtá kapitola podobně popisuje život seniora v domácnosti. Poslední kapitola teoretické části se zabývá přímým porovnáním těchto dvou skupin, využívá tedy hlavně výzkumy, které zkoumaly kvalitu života u obou skupin zároveň. Návrh výzkumného projektu se věnuje mimo jiné použitým metodám, výběru vzorku, statistickému vyhodnocení dat a samostatně hovoří o etické stránce navrhovaného zkoumání. Na závěr této části je umístěna kapitola Diskuse, která se vyjadřuje k poznatkům uvedeným v celé práci. Dále zmiňuje limity a úskalí navrženého projektu a na jejich základě navrhuje možnosti dalšího zkoumání dané problematiky.

Co se týče použitých zdrojů, v části o stáří jako takovém práce vychází spíše z přehledových prací než z jednotlivých výzkumů, jelikož cílem není zabývat se procesem stárnutí do hloubky, ale, jak již bylo uvedeno, ukázat množství změn, se kterými se musí člověk s přibývajícimi lety vyrovnávat. Zároveň se i ve stručném podání snaží být k získaným poznatkům kritická a nabídnout i jiný pohled. V dalších kapitolách byly použity poznatky primárně ze zahraničních odborných článků, v kapitolách tři, čtyři a pět jsem se snažila používat převážně zdroje od roku 2007 výše. Pokud je to relevantní, odkazuje práce samozřejmě i na starší výzkumná zjištění. V práci je citováno podle normy APA (2010).

Literárně přehledová část

1. Co znamená stáří

Odpověď na otázku, o čem vlastně mluvíme, když mluvíme o stáří a starých lidech, není zcela jednoznačná. Obvykle se toto období života ohraničuje dosažením určitého věku. Světová zdravotnická organizace (WHO) uvádí, že většina vyspělých zemí se shodla na hranici 65 let. V těchto zemích také bývá věk 60 – 65 let určujícím pro nárok na přiznání důchodu a seniorských slev, jako je například sleva na jízdném (World Health Organization, 2002). Podle Říčana (2014) se ale o skutečném stáří mluví až od 75 let věku. Rané stáří (neboli vyšší věk) začíná již v 60 letech a osoby starší 90 let označujeme jako dlouhověké. Toto členění ale není vhodné pro tzv. rozvojový svět. WHO (World Health Organization, 2002) došla k názoru, že pokud mluvíme o Africe, hranice stáří by měla být vzhledem k nižší naději dožití a odlišnému kontextu posunuta na 55 let. Podobně tomu bude i v jiných částech světa. V rozvojových zemích se stáří obvykle neurčuje počtem dosažených let, ale novými rolmi, které senior přijímá (Kowal & Peachy, 2001). Naše pojetí nestojí proti tomuto určení úplně, ale z praktických důvodů bylo nutné určit nějakou hranici, kdy bude jedinec považován za starého. Subjektivní vnímání stáří je ale různorodé a také se často váže k různým rolím, například přechodu do důchodu (Sak & Kolesárová, 2012). V souladu s tím je i Haškovcová (2010), která píše, že členění stáří je dnes spíše měkkým kontinuem. Zajímavé je, podívat se i na to, zda se „objektivně“ staří lidé také starými cítí být. Nilsson, Sarvimäki & Ekman (2000) zjistili, že z patnácti osob ve věku 85 – 96 let se jen osm cítilo být starými. Přesněji řečeno, věděli, že staří jsou, ale necítili se tak. Vnímání vlastního stáří vycházelo hlavně z pocitu odlišnosti od jiných lidí a strachu z hrozící nemohoucnosti. Na tomto příkladě a na dalších výše uvedených skutečnostech lze vidět, že problematika definice stáří je komplexní záležitostí. K číselné definici se uchylujeme z praktických důvodů, stáří ale vnímáme holisticky, skrze změny, které se v něm odehrávají. Těm se věnuje následující část této kapitoly.

1.1 Stáří jako změna

Tato kapitola začala popisem definicí stáří pomocí věku, zároveň jsme ale uvedli, že pouhé číslo k popisu problematiky stárnutí nestačí. Následující text se tedy věnuje vybraným fenoménům spojeným se stářím a stárnutím. Jak uvidíme dále, stáří je období mnoha změn,

kteří mají vliv na způsob života a tím mohou ovlivnit i jeho kvalitu. Tyto změny také toto období odlišují od předchozího stádia života, od dospělosti.

Zásadní změnou v pokročilém věku je odchod do důchodu. Dvořáčková (2012) uvádí, že zaměstnaný člověk má určitou roli, kterou se definuje, o ni ale při přechodu do penze přichází – respektive, tato role je nahrazena rolí „nemám roli“. Autorka vyvozuje, že senior se tím dostává do situace závislosti, kdy roli, a tím pádem i možnost něco měnit, mají pouze ostatní lidé. Čerstvý důchodce je také nucen změnit svůj životní styl. Už se nemůže spoléhat na to, že mu čas vyplní pracovní povinnosti, a získává velké množství volného času (Vohralíková & Rabušic, 2004). Otázkou je, jak s tímto časem naloží. Může ho celý věnovat soukromému životu a svým zájmům, ale většině seniorů to nestačí. Lidé mají přirozenou potřebu angažovat se dále i ve veřejném prostoru. Tato angažovanost může nabývat různých podob, u seniorů je například rozšířeno dobrovolnictví v nejrůznějších činnostech. Na důchodový věk se můžeme dívat i jako na období s výraznější možností věnovat se dříve zanedbávaným zájmům, případně období, kdy je větší prostor začít s novými aktivitami. Ovšem je nutné brát v úvahu i méně pozitivní aspekty důchodcovství – přechod do penze je podle Haškovcové (2010) sám o sobě velmi náročný, je nutné zapojit adaptační mechanismy výrazněji než v pubertě a pro mnoho lidí se jedná o jedno z největších psychických traumat. Dále se připojuje podstatné snížení příjmů a tím i ekonomická závislost na jiných (ať už státu nebo rodině). Seniori jsou ohroženi chudobou, což se nejvíce projeví v oblasti bydlení. Podle této autorky v některých případech hrozí až bezdomovectví. I v situaci, která není takto komplikovaná a jedinec je schopen uspokojit své základní potřeby včetně bydlení, má mnoho seniorů subjektivní pocit chudoby (Janečková & Malina, 2008). Haškovcová (2010) shrnuje, že po odchodu do důchodu se člověk ocitne v kombinaci ekonomické a také sociální nouze (není schopen si v dostatečné míře zajistit kontakt s jinými lidmi). Vidíme, že česká autorka vnímá tento přechod značně negativně. Jako protipól se nabízí studie ze Švédska a Německa, které v prvním případě poukázaly na to, že bezprostředně po odchodu do důchodu následuje několikaleté období zlepšeného zdravotního stavu, a v druhém případě došli autoři k závěru, že důchod nutně neznamená sníženou kvalitu života. Tento výzkum také uznal, že důchodci o něco přicházejí – například se obvykle snižuje jejich sociální status nebo okruh sociálních kontaktů – zároveň jsou ale schopni tyto ztráty kompenzovat jiným způsobem (Walker, 2004).

Co se týče změn v sociálních kontaktech a vztazích, již byl zmíněn odchod z práce, čímž se člověku většinou významně zužuje okruh známých osob, které pravidelně potkává.

Pokud se zhoršuje zdravotní stav a s ním i mobilita jedince, snižuje se i možnost setkávat se s přáteli, například může být problematické se na setkání s nimi dopravit. Dále se v tomto věku lidé čím dál více setkávají se smrtí svých vrstevníků a přichází i smrt partnera (Dvořáčková, 2012). Tím se otvírá komplexní problematika vdovství, která přináší ztrátu jak v oblasti vztahové, tak i v oblasti ekonomické (Haškovcová, 2010). V souvislosti se sociálními vztahy seniorů se často hovoří o osamělosti, jako problém ji v České republice identifikuje i Národní strategie podporující pozitivní stárnutí (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2012). U osamělosti je základním protektivním faktorem právě žití s partnerem. Pokud dojde k jeho ztrátě, je riziko zvýšené. Výzkumy ukazují, že pokud se vdovec nebo vdova potýkají kromě úmrtí partnera ještě se zhoršeným zdravotním stavem, riziko osamělosti je až desetkrát vyšší než u osob, kterých se tyto problémy netýkají (Sundström, Fransson, Malmberg & Davey, 2009). K pocitům osamělosti dále dochází v důsledku deprese a funkčních omezení. Osamělost depresivitu dále zvyšuje a k tomu snižuje schopnost vyrovnat se s omezeními plynoucími ze zhoršeného tělesného stavu (Luo, Hawkey, Waite & Cacioppo, 2012), senior se tak dostává do začarovaného kruhu, kdy se nepříjemné pocity vzájemným působením prohlubují. Osamělost má významný vliv na kvalitu života a ovlivňuje i mortalitu – Luo et al. (2012) zjišťovali u seniorů míru osamělosti a po šesti letech porovnávali skupiny s vysokými a nízkými skóry. V „osamělé“ skupině došlo k signifikantně vyššímu počtu úmrtí, i pokud byl brán v úvahu odlišný zdravotní stav na počátku výzkumu.

Jak již bylo zmíněno výše, vztah s partnerem (případně jeho ztráta) je velmi důležitý. S tím souvisí i dosud spíše tabuizovaná otázka sexuality seniorů. Ve stáří může sexualita nabývat jiných podob než v předchozích obdobích života, nicméně i pro starší osoby jsou něha a dotyky důležitou potřebou (Dvořáčková, 2012). Haškovcová (2010) hovoří o tom, že potřeba intimity se u seniorů obtížně naplňuje. Je to podle ní kvůli vyšší naději dožití žen oproti jejich partnerům – zjednodušeně řečeno, muži umírají dříve než jejich (případně) partnerky, a tyto ženy pak pro sebe nemají muže. Život bez partnera a jeho ztráta jsou pro většinu lidí velmi náročné situace, u mužů k nim ale statisticky vzato dochází méně často, protože jak již bylo uvedeno, umírají dříve než jejich partnerky (Český statistický úřad, 2014).

Významné změny probíhají s pokročilým věkem i ve fyzické oblasti, velkým tématem jsou změny zdravotní. Je důležité o nich hovořit i mimo kontext zdravotnictví, jelikož ovlivňují kvalitu života. Negativní zdravotní stavy omezují seniora v jeho soběstačnosti, tělesné změny přináší velké nároky na smíření se s novou podobou. Říčan (2014) jmenuje například tyto změny vzhledu, se kterými se stárnoucí člověk vyrovnává: šednutí a řídnutí

vlasů, vrásky, ochabující svalstvo, zpomalené pohyby a řeč, pigmentace kůže a zmenšování postavy. Tato proměna je psychicky obzvlášť náročná z hlediska dnešního ideálu mládí, Haškovcová (2010) hovoří až o jeho glorifikaci. Důraz na mladistvý vzhled je přítomný všude a jedinec si uvědomuje, že se mu ideál s přibývajícím věkem vzdaluje. Co se týče zdravotního stavu, podle Haškovcové (2010) se senioři setkávají se zhoršenou kvalitou smyslů (klesá sluchová ostrost, funkčnost sítnice se snižuje, objevují se šedé a zelené zákaly, chuť a čich jsou oslabeny), poklesem vitality a zvýšenou unavitelností, smutkem, poruchami spánku nebo problémy s pamětí. Setkáváme se s tvrzeními, že senioři jsou nadměrně zapomnětliví. S tímto problémem se ale potýkají i mladí lidé, nejedná se tedy o stav nutně spojený se stářím. Může se objevit snížená výbavnost informací, nicméně se dá řešit tréninkem paměti (například luštěním křížovek), nejedná se o nenapravitelný jev. Zdravotní stav jako takový nepatří mezi témata psychologie, spíše nás zajímá, jaký vliv na člověka má, v našem případě na jeho kvalitu života. V průzkumu, o kterém píše Walker (2004), uvedlo 97 % respondentů mezi 40 a 85 lety, že zdraví je pro ně jedno z nejdůležitějších témat, s tím, že jeho centralita se ve druhé polovině sledovaného období ještě zvýšila. Starší lidé také nepřekvapivě hodnotí svoje zdraví jako horší než zdraví lidí mladších. Na druhou stranu jsou ohledně vlastního zdraví optimističtější než by odpovídalo „objektivním“ ukazatelům. V jednom překvapivém výzkumu se ukázalo, že bolest neměla na kvalitu života seniora významný vliv (Kim et al., 2014), se svým zjištěním je ale zatím osamocena. Spíše se potvrzuje negativní korelace mezi kvalitou života a bolestí, případně potřebou lékařské péče (Hudáková & Majerníková, 2013).

Fyzické zdraví ovlivňuje i psychický stav člověka. Některé aspekty tohoto vlivu byly naznačeny v předchozím odstavci, ale zatím nebylo zmíněno, že se snižující se kondicí klesá i soběstačnost seniora. Ten je často závislý na pomoci okolí, není schopen postarat se o všechny své potřeby zcela sám. Starým lidem se ale často nechce o pomoc žádat. Mají dojem, že jsou pak blíž k obtíž a také že ztrácejí autonomii. Absolutní soběstačnost považují za největší hodnotu (Haškovcová, 2010). Z dalších psychologických fenoménů můžeme zmínit změny v povaze. Více autorů (Říčan, 2014; Venglářová, 2007) má za to, že s přibývajícím věkem se zintenzivňují povahové rysy jedince. Platí to jak pro negativní, tak pro pozitivní vlastnosti. Dále se podle Haškovcové (2010) mění emotivita člověka – sociální citění se snižuje, vyšší city jsou oslabeny – a dochází k bilancování předchozího života. Na výsledku těchto úvah pak závisí, zda se člověk uzavře do sebe nebo se angažuje ve veřejném životě. Senioři „*myslí a jednají ve známých a osvědčených schématech*“ (Haškovcová, 2010, s. 148), což jim umožňuje jejich zkušenosti, problémem ovšem je rychle se měnící doba, na kterou se

nejsou schopni myšlenkově adaptovat. Tím pádem můžou být v některých věcech nadměrně důvěřiví, v jiných zase projevovat nepřiměřenou skepsi – typicky k novým věcem. Člověk vyššího věku již došel k určitým vzorcům chování a myšlení, které se mu dříve osvědčily, a nechce je měnit, proto může na okolí působit konzervativně. Stáří ale přináší i nesporné výhody – schopnost odlišit podstatné od nepodstatného je na vysoké úrovni, vzrůstá také smysl pro detail i schopnost diskriminačního učení. Stáří je tedy ideální doba na prohloubení znalostí v oblasti, kterou již člověk nějakým způsobem ovládá. Jako další výhody jsou zmiňovány: trpělivost, rozvaha, stálost v názorech a vztazích a obecně odpovědnější přístup k životu. Navzdory stereotypním tvrzením se neprokázal úbytek intelektu a paměti. Paměť byla zmíněna již dříve, na tomto místě jen dodáme, že roste podrobnost vzpomínek na minulost – ty jsou lepší než v nižším věku (Haškovcová, 2010). Dvořáčková (2012) ještě dodává, že věk jako takový neovlivňuje ani slovní zásobu, ani jazykové znalosti a schopnosti.

Kvalitu života ve stáří ovlivňují i postoje ke stáří jako etapě života. Týkají se seniora samého, jeho okolí a v neposlední řadě i společnosti jako celku. Negativní postoje ke stáří a stárnutí mohou vést ke zhoršenému sebehodnocení a negativním změnám sebeobrazu. Je lhostejné, zda tyto postoje zaujímá celá společnost, její část nebo jen samotný člověk, negativně ovlivněn je ve všech případech. Již jsme mluvili o ideálu mládí, k němu se připojuje i důraz na autonomii, se kterou je někdy hodnota člověka spojována (Haškovcová, 2010). Sociologické průzkumy ovšem ukazují, že většina lidí má ke stárnutí neutrální vztah a že z negativních věcí si s ním asociují hlavně nemoci, osamocení a finanční problémy (Sak & Kolesárová, 2012).

Na kvalitu života ve stáří tedy mohou mít vliv nejrůznější změny, které se v tomto období odehrávají. Týkají se jak fyzické, tak psychické stránky člověka, a problematika úzce souvisí i s mezilidskými vztahy.

2. Kvalita života

V předchozí části textu bylo často používáno slovní spojení „kvalita života“ a podobně je tomu i v následujících kapitolách. Zatím ale nebylo vysvětleno, co přesně se tímto pojmem myslí. Intuitivně je poměrně jasný, ovšem z vědeckého hlediska je kvalita života spojena s mnoha přístupy a je možné ji měřit velkým počtem psychologických nástrojů (Aspden, Bradshaw, Playford & Riazi, 2014). Jedná se také o pojem, který nemá všeobecně přijímanou definici a člení se na mnoho různých oblastí, proto se mu bude tato kapitola práce věnovat podrobněji.

V literatuře (Veenhoven, 2000) nalezneme základní rozdělení kvality života na její subjektivní a objektivní dimenze. Objektivní dimenzi popisuje Dvořáčková (2012, s. 69) jako „*souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a enviromentálních podmínek, které ovlivňují život člověka*“ – obecně řečeno, tyto podmínky nezáleží na stavu a vnímání člověka, jehož kvalita života nás zajímá. Subjektivní dimenze je nejnáze popsitelná jako životní spokojenost, případně spokojenost s životními podmínkami, a v poslední době se k ní jako k určujícímu faktoru pro kvalitu života přiklání většina odborníků. Velké množství výzkumů se soustředí právě na tuto dimenzi a objektivní faktory řeší pouze v kontextu toho, jak je respondent subjektivně vnímá. Životní spokojenost je vnímána jako součást kvality života u více autorů i v posledním desetiletí a někdy se tyto pojmy zaměňují (Costanza et al., 2007), a proto ji pro účely této práce budeme v souladu s Veenhovenem (2000) považovat za synonymum k subjektivní složce kvality života.

V českém prostředí se problematice kvality života věnovaly v nedávné době například Hudáková a Majerníková (2013). Popisují ji těmito charakteristikami: subjektivita a individualita (vidíme zde, že autorky objektivní faktory nepovažují za určující, pracují jen se subjektivní dimenzí), vyjádření rozporu mezi realitou a očekáváním, dynamičnost, hodnotová orientace. Můžeme tedy říci, že podle těchto autorek je kvalita života proměnlivá a vychází ze subjektivního srovnání očekávání a skutečnosti s tím, že předmět srovnávání je u každého jiný, záleží na zastávaných hodnotách. Důležitým kritériem je také adaptace na změnu stavu, která vychází právě z očekávání, subjektivního založení člověka a dalších faktorů.

Post (2014) došel k závěru, že kvalita života nemá žádnou všeobecně přijímanou definici, a toto platí ve zdravotnictví i v psychologickém zkoumání. Proto doporučuje, aby každá studie zabývající se kvalitou života tento pojem operacionalizovala vzhledem ke svým cílům. Analýza Aspdena et al. (2014) ukazuje, že pro měření kvality života se používá

poměrně velké množství nástrojů, mnoho z nich ovšem nesplňuje základní psychometrické požadavky a neuvádí informace například o své (obsahové) validitě. Není tedy zaručeno, že nástroj měří problematiku v celé své šíři. Navíc, při tomto množství nástrojů různé kvality není například možné srovnávat výsledky studií týkající se jedné věkové skupiny, jelikož každý test může vypovídat o něčem jiném.

2.1 Kvalita života ve stáří jako samostatný fenomén

V literatuře se můžeme setkat s jevem nazývaným *old age paradox* nebo *paradox of well-being*, jedná se o „skutečnost, že se životní spokojenost nesnižuje s věkem navzdory nepříznivým okolnostem a ztrátám“ (Dragomirecká & Prajsová, 2009, s. 9). Tento paradox byl často diskutován, v poslední době ale studií na toto téma ubývá. Henchoz, Cavalli a Girardin (2008) existenci tohoto jevu potvrdili, na ně nicméně navázaly studie, které tato zjištění zproblematizovaly. Hansen a Slagsvold (2012) ukázali, že platí pouze v některých oblastech života a že se zvyšujícím se věkem celková životní spokojenost klesá. Na druhou stranu, nedávná francouzská studie ukázala, že životní spokojenost vybraných seniorů v průběhu jejich osmiletého sledování vzrostla (Gana, Bailly, Saada, Joulain, Alaphilippe, 2013). Částečné vysvětlení může nabízet zjištění Swift et al. (2014), kteří tvrdí, že nesnižující se životní spokojenost seniorů platí pouze v zemích s vyšším hrubým domácím produktem (HDP).

Na druhou stranu, pro kvalitu života ve stáří dále platí, že senioři mají jiné priority než mladší osoby. „V sociální gerontologii se za důležité dimenze kvality života ve stáří považuje celkový zdravotní stav, schopnost vykonávat běžné činnosti, hmotné zabezpečení a životní spokojenost“ (Dragomirecká & Prajsová, 2009, s. 10). Proto je možné, že nástroje univerzálně používané pro měření kvality života mohou mít v seniorském věku menší relevanci. Nemusí totiž vhodně postihovat všechny důležité oblasti a výsledná kvalita života tudíž není vypovídající. Proto má smysl vyvíjet nástroje k měření kvality života určené přímo pro seniory.

2.2 Příklady koncepcí a nástrojů určených k měření kvality života

Často používaným nástrojem k měření kvality života je dotazník QLI (Quality of Life Index; Ferrans & Powers, 1985). Měří současně spokojenost i důležitost určitých oblastí v životě člověka. Respondentovi je po vyplnění dotazníku vypočteno pět různých skóre – jeden se týká celkové kvality života, zbylé čtyři jejích součástí – zdraví a každodenní

fungování, psychospiritualita, sociální a ekonomická dimenze, rodina. Tento dotazník má také různé verze pro obecnou populaci a pro pacienty, osoby s určitou diagnózou.

Jiný přístup k měření kvality života nabízí European Quality of Life Surveys (EQLS). Ten se provádí každé čtyři roky v členských zemích EU a v čekatelstských zemích a zaměřuje se jak na objektivní faktory, tak na jejich vnímání konkrétními obyvateli a jejich celkovou životní spokojenost. Průzkumy jsou prováděny ve formě osobních rozhovorů s náhodně vybranými participanty. Z konkrétních oblastí se zaměřují například na sféru veřejného života a služeb – zdravotnictví, školství, péči o děti. Ptají se jak na kvalitu těchto oblastí, tak na jejich dostupnost a další s tím spojené okolnosti. Respondenty jsou občané daných zemí starší 18 let, včetně osob starších 65 let, každý respondent ale dostává stejné otázky, věk není rozlišen (Eurofound, 2017).

Na univerzitě v Torontu vyvinuli výzkumníci (The Quality of Life Model, n.d.) konceptuální model kvality života a z něj plynoucí profil kvality života (The quality of life profile). Tento model se odlišuje od ostatních modelů prezentovaných v této kapitole, protože je nejvíce holistický. Kvalitu života zde autoři definují jako určitou úroveň, na kterou jsou nejen senioři schopni využívat životních možností, které jsou pro ně osobně důležité. Konkrétně například jak moc je senior schopen využívat možnosti trávit čas s blízkými – ten může být omezen vzdáleností, zdravotním stavem nebo i špatnými vztahy v rodině. Model pracuje se třemi doménami obsahujícími tři subdomény. V úvahu bere důležitost těchto domén pro danou osobu a také jak pozitivně vnímá jejich kvalitu. První doména (being) se týká toho, kým člověk je a jak se cítí. Druhá se zabývá vlivem prostředí v širokém slova smyslu (belonging). Třetí hodnotí naplňování cílů a nadějí, posun vpřed (becoming). Pro tento model je zásadní zdůrazňování role prostředí v životě jedince a tedy je nutné k těmto dimenzím zvláště objektivně ohodnotit i kvalitu prostředí. Kvalitní prostředí totiž umožňuje uspokojit základní potřeby, nabízí člověku příležitosti k rozvoji a důležitá je i osobní kontrola a možnost volby.

Ve Velké Británii (Bowling et al., 2003) se ptali seniorů samých, jak by definovali kvalitu života a co jim přijde v tomto ohledu důležité. Největší roli pro respondenty mělo zdraví a vztahy s blízkými lidmi. Dále zmiňovali i sociální role a aktivity, naladění, peníze, nezávislost a také za jednu z důležitých hodnot považovali vlastní domov. K jednotné definici kvality života jako pojmu respondenti nedošli, většina jich ale zmiňovala subjektivní faktory.

Nejoficiálnějším nástrojem pro měření kvality života je dotazník WHOQOL od Světové zdravotnické organizace. Tento nástroj byl vyvíjen a testován ve spolupráci různých zemích, proto existují různé jazykové verze (včetně češtiny) a dotazník je možné užít v různých kulturách a také u různých lidí. Kvalita života je zde definována takto: „*Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům*“ (Dragomirecká & Prajsová, 2009, s. 9). Soustředí se tedy na vnímání a sebehodnocení samotných respondentů. Dotazník je možné užívat v plné nebo zkrácené verzi. Ty se od sebe liší v počtu zkoumaných dimenzí – obě se dotazují na fyzické zdraví, psychické zdraví, mezilidské vztahy a prostředí, plná verze přidává ještě úroveň nezávislosti a víru v širším slova smyslu (spiritualitu). Dále byla vyvinuta verze přímo pro seniory – WHOQOL-OLD, kterou do českého prostředí přenesly Dragomirecká a Prajsová (2009).

Původně se o kvalitě života hovořilo v souvislosti se škálou zdraví – nemoc (Dvořáčková, 2012). Počátky měření kvality života popisují Dragomirecká a Prajsová (2009) takto: „*Kvalita života byla chápána jako objektivní ukazatel nezávislosti a fungování v běžném životě, tzv. performance status, a používala se především v onkologii, např. při hodnocení nežádoucích účinků chemoterapie*“ (s. 9). Autorky dále uvádějí, že některé nástroje pro měření kvality života u onkologických pacientů se používají i v současnosti, například Karnofského skóre. Onkologie samozřejmě není jediný zdravotnický obor, který se zajímá o kvalitu života svých pacientů. Příkladem nástroje, který je často používán pro měření kvality života chronicky nemocných, je The Quality of Life Scale (QOLS). Původní verze ze sedmdesátých let obsahovala patnáct položek, které se zaměřovaly na pět oblastí kvality života: well-being, mezilidské vztahy, aktivita, pocit naplnění, odpočinek. Současná verze má šestnáct položek, navíc se táže také na pocit soběstačnosti (Burckhardt & Anderson, 2003). Zkoumat kvalitu života u pacientů s onemocněním je jistě užitečné a přínosné. Domníváme se ale, že v dnešní době má čím dál větší smysl zabývat se kvalitou života i u zdravých osob. Nemusí být pravidlem, že zdraví jedinci se cítí se svým životem ve všech oblastech více spokojeni. Je ale důležité pro ně vyvinout vhodné nástroje. Použití metod měření kvality života určených původně pro nemocné pacienty je u zdravé populace problematické, jelikož se často zabývají „*více měřením subjektivního zdravotního stavu než kvality života*“ (Dragomirecká & Prajsová, 2009, s. 10).

2.3 Kvalita života a demence

Demence je podle Mezinárodní klasifikace nemocí diagnostikována jako „*syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek, v takové míře, která omezuje soběstačnost a trvá minimálně šest měsíců*“ (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2018). Prevalence demence ve světě i v České republice se zvyšuje, trpí jí více ženy a riziko vzniku významně narůstá s věkem – „*Zatímco v nižších věkových skupinách se prevalence pohybuje v jednociferných řádech, zlom nastává v důchodovém věku, kdy se s každým přibývajícím rokem výskyt demence zvyšuje. Ve věkových skupinách nad 80 let pak prevalence demence dosahuje dvojciferných čísel. ... V případě nejvyšších věkových kategorií nad 80 let věku pak každý pátý, nad 90 let pak dokonce téměř každý druhý*“ (Mátl, Mátlová & Holmerová, 2016, s. 12). Vidíme, že demence je problematika úzce spjatá se seniorským věkem a její výskyt roste, proto se tato kapitola stručně zaměří na to, co demence znamená pro zkoumání kvality života u seniorů.

Při měření kvality života u pacientů s diagnózou demence se psychologové potýkali s mnoha logistickými a konceptuálními obtížemi. Výsledkem bylo, že často používali nástroje nespecifické pro tuto diagnózu, ale tím se jim zužovalo chápání toho, jak demence kvalitu života ovlivňuje a jak může v tomto směru pozitivně působit okolí. Primárně z důvodu vhodné evaluace intervencí u pacientů s demencí se tedy začaly vyvíjet nástroje pro měření kvality života přímo pro tyto osoby. Objevují se obavy, že lidé s vážnými kognitivními deficity nejsou schopni adekvátně zhodnotit svoji situaci. Proto je potřebné zaměřit se jak na subjektivní vnímání pacientů, tak na objektivní hodnocení situace. Výzkumy prokazují, že při mírné až střední demenci jsou pacienti stále schopni chápat položené otázky o svém stavu a přiměřeně je zodpovědět (Brod, Stewart, Sands & Walton, 1999).

Brod et al. (1999) dále uvádějí, že u pacientů s demencí je oproti běžné populaci ještě více nutné dbát na jasnost a jednoznačnost položek, počítat s menší délkou soustředění a větší zátěží respondentů při vyplňování a také si dát pozor na strukturu použité metody. Z těchto důvodů se tedy výzkumníci domnívají, že pacienti s demencí by neměli vyplňovat stejné nástroje určené k měření kvality života jako v tomto směru zdravá populace.

Zkoumání kvality života pacientů s demencí je nejen v posledním desetiletí značně rozšířené a objevují se nové poznatky, například souvislost mezi nižší kvalitou života,

demencí a depresí, kdy se ukazuje, že demence sama o sobě kvalitu života tolik nesnižuje, hlavním faktorem je zde deprese, s demencí úzce spojená (Banerjee et al., 2009). Tento poznatek se průběžně potvrzuje (Beerens, Zwakhalen, Verbeek, Ruwaard & Hamers, 2013). Výzkumy v této oblasti jsou potřebné a zajímavé, nicméně v této práci se jim dále nebudeme věnovat a zaměříme se na seniory bez diagnózy demence. Z předchozího textu vyplývá, že pro měření kvality života seniorů s diagnózou demence a seniorů bez této diagnózy nelze bez obtíží použít stejné nástroje, výsledky by mohly být zkreslené.

Tato kapitola se zaměřila na pojem kvalita života, který má jak objektivní, tak subjektivní dimenzi. Byly zde stručně představeny některé nástroje, jimiž se kvalita života měří. Tyto nástroje se od sebe liší mimo jiné i v důrazu na zmíněné dimenze, některé se zaměřují pouze na subjektivní, jiné berou v úvahu také objektivní faktory. Objektivní dimenze má zvýšenou důležitost u osob s demencí, které nemusí být schopny subjektivně hodnotit svůj stav v dotaznících určených zdravé populaci. Z důvodů uvedených výše se ale již pacienty s demencí tato práce nebude zabývat. Následující části práce popíší výsledky výzkumů, které se zabývaly kvalitou života seniorů v domácím prostředí a v prostředí domova pro seniory.

3. Život v zařízeních pro seniory

Domovy pro seniory (dříve domovy důchodců) řeší zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách. Může je zřizovat stát, obec i soukromá osoba. Do tohoto zařízení se senior dostane na základě schválené žádosti ve chvíli, kdy má pro něj zařízení volné místo. Čekací doba se může diametrálně lišit. Domovy se různí i v nabízených aktivitách a službách, také v kvalitě prostředí (Haškovcová, 2012). Uvádí se (Maloušková, 2015), že seniory do zařízení pro seniory přivádí zhoršení zdravotního stavu v kombinaci s tím, že se o ně nemá kdo postarat. Někteří klienti také uvádějí, že nechtěli být na obtíž svým blízkým. Haškovcová (2012, s. 236) k tomu uvádí, že „*dlouhodobě se pouze 3 - 4 % seniorů starších 70 let stává klienty domovů pro seniory*“. Hudáková a Majerníková (2013) tvrdí, že senioři v domovech pro seniory mají nižší kvalitu života a potýkají se s větším množstvím problémů, na druhou stranu se dožívají vyššího věku.

Na začátku 21. století kritizovali psychologové (Kane, 2003) zařízení pro seniory za chybějící snahu ověřovat kvalitu života svých klientů. Zjištění by mohla napomoci zlepšování kvality služeb a také by mohla pracovníkům ukázat cesty, jak zvyšovat spokojenost svých klientů. Zároveň upozornili na špatnou pověst domovů pro seniory mezi některými lidmi – říkají, že kvalitu života si člověk zlepší jednoduše tím, že nepůjde žít do žádného zařízení pro seniory. I kdyby měla tato nadnesená teze platit, někteří senioři v současnosti stejně nemohou zůstat žít ve vlastních domovech a nemají jinou možnost než zařízení. Proto má smysl zabývat se tím, jak jim život zlepšit navzdory tomu, že jsou v „cizím“ prostředí.

Starší metaanalýza (Lee, Yu & Kwong, 2009), která sesbírala studie z celého světa do roku 2009, určila tři klíčové faktory pro kvalitu života seniorů v zařízeních. Jedná se o uchování nezávislosti, individuality a autonomie. Autonomie je pro seniory nejdůležitějším aspektem. Vidíme, že tyto faktory jsou propojené a v podstatě říkají, že senioři nemají zájem být jen pasivním příjemcem péče od okolí, ale chtějí o sobě rozhodovat sami. Od zjištění této metaanalýzy uběhlo dost času, proto se v následujícím textu podíváme na to, zda uvedená zjištění platí i v jiné době.

Klasické studie o potřebě seniorů kontrolovat alespoň nějaké aspekty svého života (Rodin & Langer, 1976) se průběžně potvrzují a upřesňují. Nejaktuálnější stav poznání je potvrzení zásadní role autonomie, která ale nemusí spočívat v tom, že senior si vše obstará sám, může provést autonomní rozhodnutí požádat o pomoc jinou osobu. Důležité je, že se pro to sám rozhodl a nikdo mu tuto možnost nevnutil (Mallers, Claver & Lares, 2014). Kitson,

Marshall, Bassett & Zeitz (2013) také potvrdili důležitost autonomie a zároveň i tématu mezilidských vztahů. O těch se zmiňuje naprostá většina studií zabývajících se kvalitou života v zařízení, některé výzkumy dokonce vztahy identifikují jako nejdůležitější, např. Stadnyk, Chamberlain, Warner, Earl & Nickerson Rak (2017) nebo Vitorino, Paskulin & Vianna (2012). Jedná se v první řadě o vztahy s rodinou, kde je důležitá četnost i kvalita kontaktů (Schenk, Meyer, Behr, Kuhlmeier & Holzhausen, 2013). Samostatnou kapitolou je možnost kontaktu s vnoučaty a role prarodiče, která může v zařízení nabývat jiných podob (Walker, 2004). Velmi důležité jsou vztahy s personálem. Pro obyvatele je zásadní, aby je zaměstnanci znali a mohli s nimi navázat blízké a reciproční vztahy – kvalitu života seniora tak může významně zvýšit pokud například naučí svoji pečovatelku plést (Stadnyk et al., 2017). Vztahy s rodinou a personálem jsou tedy důležité, méně zásadní pak jsou vztahy s ostatními obyvateli zařízení. Pro seniora není důležité nacházet si zde přátele, preferují vztahy z dřívějších dob. Problémem ale je, pokud jsou vztahy v domově pro seniory napjaté, toto má pak na obyvatele negativní vliv (Stadnyk et al., 2017). S tím souvisí i starší zjištění o nižší spokojenosti seniorů v zařízení, pokud zde nejsou dostupné jednolůžkové pokoje (Walker, 2004).

Již jsme se zmínili o autonomii, jejíž nezpochybnitelnou důležitost potvrzují takřka všechny studie na toto téma (mj. Stadnyk et al., 2017; Schenk et al., 2013; Aspden et al., 2014; Fancy, Keefe, Stadnyk, Gardiner, & Aubrecht, 2012). Dosud jsme nezmínili zdraví. Může to být překvapivé, ale zdraví a funkční změny obecně nemají na kvalitu života v zařízení takový vliv jako již zmíněné vztahy a autonomie. Stadnyk et al. (2017) uvádí, že funkční změny ne vždy vedou k poklesu úrovně kvality života, na druhou stranu Vitorino et al. (2012) tvrdí, že špatné zdraví kvalitu života redukuje. Schenk et al. (2013) uvádí zdraví jako důležitý faktor, ale zahrnuje pod něj nejen ne/přítomnost nemoci a funkčních omezení, ale také kvalitu spánku a podobně. Jako další faktory, které mají vliv na kvalitu života v domovech pro seniory, byly ve výzkumech Aspden et al. (2014), Fancy et al. (2012) a Schenka et al. (2013) shodně identifikovány potřeba soukromí a bezpečí, smysluplné aktivity a elementy domáckosti – senior chce mít pocit, že je v zařízení doma. Aspden et al. (2014) a Fancy et al. (2012) dále hovoří o naplnění spirituálních potřeb. Schenk et al. (2013) přidávají klid a ticho, různorodost podnětů a potřebu informací. Vitorino et al. (2012) zdůrazili vedle volnočasových aktivit i fyzické aktivity a Guse & Masesar (1999) přidávají pobyt v přírodě a pomoc ostatním. Pro osoby žijící v domově pro seniory je tedy důležité cítit se zde dobře, rozvíjet smysluplné vztahy a uchovat si svoji autonomii (Angel, 2016).

V Kuala Lumpur proběhla studie na specifickém vzorku osob (Onunkwor et al., 2016), nicméně i zde se ukázalo, že senioři vnímají jako klíčovou sociální podporu, omezení plynoucí z chronických chorob a možnost venkovních aktivit. Studie dále identifikovala ženy jako méně spokojené s kvalitou života, nicméně toto mohlo být dáno právě specifíčkostí vzorku – jednalo se o opuštěné osoby bez pečujících příbuzných a je možné, že ženy tento stav snášejí hůře než muži. Důležitým zjištěním ale je, že s délkou pobytu se spokojenost u všech skupin zvyšovala.

Je důležité mít na paměti, že studie z jiných zemí nemusí být vždy přenesitelné do našeho prostředí, nicméně poskytují minimálně inspiraci k dalšímu zkoumání. V českém a slovenském prostředí neproběhlo mnoho dohledatelných výzkumů na téma kvalita života seniorů v domovech pro seniory, nejdostupnější zdroje jsou bakalářské a diplomové práce. Jejich zobecnitelnost je ovšem otázkou. Jen jako příklad tedy zmiňme výzkum Marhanové (2016), kde autorka identifikovala dobré zdraví, pozitivní vztahy s rodinou a volnočasové aktivity jako důležité podmínky spokojenosti, což je v souladu s dříve zmíněnými výzkumy. Negativně na subjektivní kvalitu života působí předpisy omezující volný pohyb po areálu a nepozitivní naladění spoluobytel. I toto odpovídá dříve citovaným výzkumům, potvrzuje se důležitost autonomie a také odrazující vliv negativního sociálního klimatu v zařízení, stejně tak jako malý význam pozitivních vztahů s ostatními klienty (rodina je mnohem zásadnější). Úžeji zaměřený byl výzkum Vidovičové a Lormanová (2008), který se soustředil na problematiku týrání, zneužívání a zanedbávání v domovech pro seniory. Jejich výsledky se dají interpretovat různě, jak autoři uvádí, „některou z forem špatného zacházení v různé intenzitě je postiženo téměř dvacet procent celého souboru“ (s. 16), nicméně ve většině případů se nejednalo o závažné ubližování a ve větší míře šlo o subjektivní faktory – dávání najevo, že svými problémy obtěžuje personál nebo pocit klienta, že nedostává léky, které potřebuje. Na druhou stranu se objevily i závažnější případy: „Před 5 lety v tomto domově dvě sestry bezdůvodně vyházely obsah skříně, to se opakovalo 1x za měsíc. Vedoucí to věděla, ale nic neudělala“ (s. 17). Respondenti také častěji uváděli, že jako problematické vidí soužití s ostatními obyvateli zařízení, kteří byli někdy dezorientovaní, vzteklí, nebo rušivě mluvili ze spaní a spoluobytel nemohl spát. Senioři zároveň často uvedli, že při problémech se spolubydlíci byli přestěhováni na jiný pokoj případně dostali jednolůžkový, bohužel tomu tak nebylo ve všech případech.

Výše uvedená zjištění můžeme shrnout tak, že pro seniory žijící v domovech seniorů jsou důležité vztahy s již známými osobami a personálem, autonomie v nejširším slova

smyslu, zdraví a jeho dopady na každodenní fungování a v neposlední řadě dostatek soukromí. Kromě těchto faktorů byly ve výzkumech identifikovány i další, například volnočasové aktivity a pobyt v přírodě.

4. Život doma

Mnoho lidí si intuitivně myslí totéž jako Dvořáčková (2012, s. 55): *"Na základě zkušeností a poznatků z minulosti je však za optimální způsob péče o seniory stále považována možnost setrvání seniora co nejdéle v domácím prostředí za současné podpory a péče jeho rodiny"*. Život ve vlastním domově je považován za ideál a senioři, kteří si ho mohou dovolit, za spokojenější. Na základě jakých dat se dá říci, zda tomu tak skutečně je, probere následující kapitola. Teď se budeme zabývat tím, jak život seniorů doma vypadá z hlediska kvality jejich života a co je pro ně v tomto ohledu důležité.

Sami senioři se vyjadřují v tom smyslu, že je pro ně důležité žít doma (Zahava & Bowling, 2004; Nakhodaezadeh, Jafarabadi, Allahverdipour, Matlabi & Dehkordi, 2017). Vysvětlení nabízí Walker (2004) – domov máme spojený s mnoha důležitými vzpomínkami a tím pádem je součástí naší identity. Domov je podle něj zároveň i místem, kde podle průzkumů tráví senioři čím dál více času – ve Švédsku i Německu se tyto hodnoty pohybují kolem 80 %. Senioři ve Velké Británii uváděli, že žít ve vlastním domově zvyšuje jejich kvalitu života. Schopnost vést vlastní domácnost je pro ně zdrojem pýchy a s obydlím mají spojené mnohé šťastné vzpomínky, které se týkají například vyrůstání dětí (Zahava & Bowling, 2004). Většina seniorů v této studii byla velmi spokojena se svým životem.

Zdá se, že senioři doma mají podobné priority jako senioři v zařízeních. Velmi důležitým prediktorem spokojenosti byla nezávislost a autonomie. Dále senioři zmiňovali pozitivní přístup k životu a potřebu být aktivní – vyplnit volný čas činnostmi, zájmy a smysluplným kontaktem s jinými lidmi. Důležité jsou i finance, respektive jejich nedostatek - působí jako negativní faktor v kvalitě života. Spokojenost seniorů ovlivňuje samozřejmě i jejich zdraví, hlavně pokud je stav nějakým způsobem omezuje ve volném pohybu nebo se pojí s jinými fyzickými omezeními (Zahava & Bowling, 2004; Good, La Grow & Alpass, 2011; Netuveli, Wiggins, Hildon, Montgomery & Blane, 2006). Zahava a Bowling (2004) zmiňují i důležitost společenské role – člověk chce mít i ve stáří pocit, že je potřebný, má to velký vliv na jeho sebehodnotu. Dosud nezmiňným tématem jsou vztahy, jejichž důležitost se neustále potvrzuje. Jedná se o dobré vztahy jako takové, ale také o podporu a pomoc, kterou je seniorovi okolí ochotné a schopné poskytnout (Nakhodaezadeh et al, 2007; Zahava & Bowling, 2004; Good et al, 2011; Netuveli et al., 2006). Negativní vztahy v rodině negativně korelují s kvalitou života (Good et al., 2011).

Pokud senioři žijí v domácnosti sami, vyvstává otázka zda se necítí osaměle. Zebhauser et al. (2015) objevili, že osaměle se cítí 30 % seniorů v jednočlenné domácnosti, bez ohledu na příjem a pohlaví. Proti osamělosti jsou lépe odolní ti jedinci, kteří pěstují funkční sociální síť a netrpí depresemi. Některá zjištění jsou v rozporu s tvrzením Walkera (2004), který uvádí, že osoby s vyššími příjmy (a vyšším vzděláním) si jsou schopné vybudovat kvalitnější sociální oporu, tedy se cítí méně osaměle. Stejně tak muži jsou ohroženi osamělostí více než ženy, zvláště pokud jsou vdovci. Ovdovělí senioři jsou obecně náchylnější k osamělosti (Dahlberg & McKee, 2013). Walker (2004) také upozorňuje na negativní stránku vztahovosti – senioři se častěji setkávají se smrtí vrstevníků, mohou ztrácet autonomii (rodina ve snaze pomoci dělá vše za ně a příliš dohlíží), ze vztahů se vytrácí reciprocita a neopominutelným problémem je i hrozba konfliktů a zanedbávání ze strany blízkých.

Co se týče materiální vybavenosti, senioři se potřebují cítit v bezpečí a mít dostupnou dopravu a občanskou vybavenost (Zahava & Bowling, 2004). Pokud tyto podmínky nejsou splněny, kvalita života klesá. Českým seniorům v jejich okolí nejvíc vadí hustá doprava, pocit nebezpečí a opakovaně zmiňovaným problémem v České republice i v zahraničí je nedostatek veřejných toalet a laviček (Galčanová, 2018; Phillipson, 2018). Tyto faktory omezují seniory ve využívání veřejného prostoru, a proto se můžeme setkat s údaji, že starší lidé tráví až 80 % času doma (Phillipson, 2018). Podobně může život ovlivnit i nepřítomnost výtahu v bytovém domě – na začátku tohoto století bylo ve Švédsku 12 % starších domácností bez výtahu, v Itálii 68 %. (Walker, 2004) Vidíme, že rozdíly jsou značné. Walkerovy výzkumy ovšem ukazují, že většina starých lidí je s kvalitou místa svého bydliště nadprůměrně spokojená.

European Quality of Life Survey z roku 2016 (Eurofound, 2017) přináší data o životní spokojenosti a další údaje o životě seniorů v České republice. Tento průzkum mimo jiné přišel s tím, že lidé starší 65 let jsou se svým životem ze všech věkových skupin nejméně spokojeni, také pocítují nejmenší míru štěstí, nejsou tak spokojeni se svou životní úrovní a bojí se budoucnosti. Na druhou stranu, ve skupině seniorů je nejmenší procento těch, kteří subjektivně nemají čas věnovat se věcem, které je skutečně baví. Senioři jsou také většinou spokojeni s místem, kde žijí. Co se týče zdravotní stránky, jen 35 % seniorských respondentů vnímá svoje zdraví jako dobré, nicméně v každodenním životě je zdravotní potíže omezují jen částečně. Senioři se také necítí zvláště osamělí, ani ve větší míře nepopisují depresivní symptomy. S rodinou a ostatními lidmi tráví většina respondentů dostatek času. Většina seniorů je schopna vyjít s penězi, čísla se významně neliší od jiných věkových skupin.

Nicméně 50 % respondentů uvedlo, že si nemůže dovolit vyměnit opotřebované vybavení domácnosti za nové.

Výše uvedená zjištění můžeme shrnout tak, že pro seniory žijící v domácnostech jsou důležité podobné věci jako pro jejich vrstevníky v domovech pro seniory – vztahy, autonomie a zdravotní stav patří mezi priority. Dále se řeší otázka financí a pro seniory žijící doma jsou důležité i aktivity, kterými vyplní volný čas. Mnoho seniorů zažívá problémy mj. s nedostatkem míst k odpočinku a veřejných toalet, pokud vyrazí mimo domov.

5. Studie přímo porovnávající kvalitu života v domovech pro seniory a v domácnostech

Kdybychom srovnávali studie, provedené samostatně u seniorů ve svých domovech a seniorů v zařízení, mohli bychom snadno dojít k tomu, že priority obou skupin se v zásadních věcech neliší – autonomie, vztahy a zdraví jsou hlavní trojicí určující kvalitu života ve vyšším věku. Problém ale je v rozdílnosti definic kvality života a použitých metod zkoumání. U určení důležitých témat jde o menší vliv, než kdybychom se měli pokusit tvrdit, že jsou na tom někteří senioři lépe a ti druzí hůře. Jednalo by se o srovnání nesrovnatelného. Je proto důležité vycházet ze studií, které přímo porovnávají obě skupiny mezi sebou. Nicméně se zdá, že takových studií není mnoho. Velké množství jich v posledních letech pochází z rozvojových zemí převážně Asie, kde se téma domovů pro seniory teprve aktuálním stává.

V Indii se Pandve et al. (2015) zabývali zdravotním profilem seniorů. Kromě častějšího užívání pomůcek na chození u seniorů v zařízení a problémů se zrakem u seniorů doma nenašli mezi dvěma skupinami statisticky významné rozdíly, co se jejich zdraví týče. Autoři si ale všimli, že pokud byl daný senior nebo daná seniorka v manželství, bylo statisticky pravděpodobnější, že bude žít doma. V Pákistánu se ukázalo (Parshad & Tufail, 2014), že senioři pobývajících v domovech pro seniory častěji trpěli depresemi a úzkostmi a jejich celková kvalita života byla mnohem nižší než u seniorů, kteří mohli žít v rodině. Navíc senioři v zařízení používali ve větší míře maladaptivní copingové strategie, senioři doma preferovali adaptivnější způsoby zvládnání. Amonkar et al. (2018) potvrdili vyšší depresivitu u seniorů v zařízeních a poukázali také na to, že doma mají senioři více aktivit, více se účastní sociálního života, častěji prožívají pocit intimity a pocitu autonomie. Jamwal (2016) tvrdí, že senioři v zařízení více trpí osamělostí a jejich kvalita života je horší jak po stránce sociálních vztahů, tak i v oblasti fyzického a psychického zdraví. Další z mnoha studií potvrzující, že pro seniory je lepší žít doma, je výzkum Hayat, Khan, Sadia (2016), kteří také přišli s poznatkem, že u seniorů v domácím prostředí se více projevuje moudrost („wisdom“). Na osobnostní rozdíly se zaměřili Umrigar a Mhaske (2012). Institucionalizovaní senioři měli vyšší skóry neuroticismu a extravertze, dále se potýkali s vyšší depresivitou a úzkostností. Z negativního pohledu na pobyt seniora v zařízení se jistým způsobem vymaňuje studie Chandrika, Radhakumari a DeviMadhavi (2015), která sice potvrzuje, že o lepší kvalitě života můžeme bezpečně hovořit u seniorů v domácnostech, ale instituce nabízí objektivně lepší prostředí. Obě skupiny také vnímaly jako problematický sociální aspekt svého života. Studie tedy

poukázala na to, že zařízení může seniorům nabídnout i něco lepšího než domov a že nehledě na místo pobytu se senioři obecně potýkají s otázkou vztahů.

V předchozím odstavci byly uvedeny příklady asijských studií z nedávné doby, které se zabývaly přímým porovnáním kvality života seniorů doma a v zařízení. Zdá se, že především v Indii se jedná v posledních letech o důležité téma, na které se zaměřuje více pozornosti. Takřka všechny studie jasně ukazují, že seniorům se lépe žije v domácnostech. Tato zjištění ale nelze zobecnit do našeho kulturního prostředí. Výše popsané výzkumy se odehrály v zemích, kde je pro stárnoucí lidi žítí doma otázkou prestiže a respektu, s odchodem do zařízení se pojí určité stigma, pocit selhání (Parshad & Tufail, 2014). Proto pokud mají senioři subjektivně hodnotit svou životní spokojenost, může být v zařízení signifikantně nižší, i když „objektivně“ jim nic nechybí (což ukázala Chandrika et al., 2015). Dále je pro rodiny přirozené pečovat o seniora v domácím prostředí a do zařízení ho pravděpodobně umístí až ve víceméně neřešitelné situaci, kdy je pro ně stav seniora nezvládnutelný. Nižší kvalita života v zařízení tak může plynout i z této okolnosti, kdy není dána místem pobytu, ale stavem dané osoby. Podobný názor zastávají i Wilhelmson, Andersson, Waern & Allebeck (2005). Mají za to, že kromě zdraví kvalitu života ovlivňují i jiné faktory, například sociální vztahy, osobní přesvědčení a postoje nebo well-being, a právě nedostatky v těchto faktorech pak přivedou seniora do zařízení. Walker (2004) na toto téma uvádí, že samostatně žijící senioři své zdraví obecně hodnotí lépe, než senioři žijící v domovech důchodců.

V českém a slovenském prostředí není možné dohledat mnoho výzkumů porovnávající kvalitu života seniorů v domovech a v zařízeních. Hudáková a Majerníková (2013) jen uvádějí, že klíčovým aspektem pro všechny seniory je mobilita. Dalšími zdroji jsou hlavně absolventské práce (bakalářské a diplomové), jak ale bylo uvedeno výše, jejich kvalita se různí. Maloušková (2015) se nezabývala přímo porovnáním seniorů doma a v zařízení, ale zeptala se seniorů nežijících ve svých domovech, jak instituci vnímají. Hlavní výhody spatřovali respondenti v poskytnuté jistotě a bezpečí. Jako nevýhody uváděli například nedostatek soukromí a volnosti a méně času stráveného s rodinou. Někteří, ale ne všichni, senioři si přáli vrátit se domů. Čagánková (2010) uvedla, že klienti domovů pro seniory mají v porovnání s těmi žijícími doma nižší stupeň soběstačnosti. Na univerzitě v Košicích proběhlo několik studií, kde se zaměřovali primárně na osamělost seniorů v domovech a v zařízeních (Lovašová, 2018). V zařízeních byla vyšší, toto ale neplatilo absolutně. V určitých typech zařízení, kde se senioři mohli podílet na jeho chodu a obecně se více angažovat, se osamělost dostávala až na úroveň seniorů žijících ve vlastní domácnosti.

K dalším zjištěním těchto studií patří poznatek o vyšší osamělosti mužů, nezávisle na místě pobytu, vzdělání a také na rodinném stavu. Osamělost negativně koreluje s kvalitou života, kromě toho ale slovenské výzkumy hovoří o srovnatelné kvalitě života doma a v zařízení. Osamělost se dá podle nich řešit skrz smysluplnost, čím vyšší je pocit smysluplnosti, tím nižší je osamělost, a také se zvyšuje kvalita života.

Z výše uvedeného plyne, že převážná většina studií se shoduje na vyšší kvalitě života seniorů v domácnostech. Jedná se ovšem ve velké míře o studie z jiného kulturního okruhu, kde se s životem v domově pro seniory může pojít velké stigma a to může negativně ovlivňovat kvalitu života, nehledě na objektivní kvality zařízení. Obecně řečeno jsou více spokojeni ti senioři, kteří si mohou rozhodovat o záležitostech, týkajících se jich samých, sami a k tomu mají větší příležitost ve vlastních domovech. Slovenské výzkumy ale také ukázaly, že kvalita života v zařízení může být stejná jako kvalita života doma.

Návrh výzkumného projektu

6. Cíle výzkumu

Studií, které by přímo porovnávaly skupiny seniorů žijících ve vlastních domovech a ty v zařízeních pro seniory, není mnoho, jak vyplývá z předchozí části práce. Většina z těchto studií v posledních letech byla uskutečněna v asijských zemích a jejich výsledky jsou do českého prostředí obtížně přenesitelné. Proto jsme se rozhodli navrhovaný projekt zaměřit na získání nových poznatků o srovnání kvality života seniorů v domácnostech a v zařízení. Primárním cílem navrhovaného výzkumu je tedy uspořádat větší studii na širším vzorku seniorů a porovnat jejich kvalitu života na základě vybraného nástroje. Chceme zjistit, zda se tyto dvě skupiny od sebe v hodnocení vlastní kvality života odlišují a dále identifikovat oblasti s nejvyššími rozdíly. Studie hledá odpovědi na tyto otázky: Existují rozdíly v kvalitě života seniorů žijících v domovech pro seniory a žijících ve vlastních domovech? Je na základě těchto rozdílů možné říci, že jeden způsob života je pro seniory obecně vhodnější než druhý? V jakých oblastech jsou mezi těmito skupinami největší rozdíly? Hrají v hodnocení kvality života roli i jiné faktory jako například pohlaví nebo nejvyšší dosažené vzdělání?

Na základě poznatků z předchozích výzkumů byly stanoveny tyto hypotézy:

- Dosažené celkové skóre kvality života v dotaznících WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF je u seniorů žijících v domácím prostředí signifikantně vyšší než u seniorů dlouhodobě pobývajících v zařízení pro seniory (H1).
- V některých zkoumaných oblastech je dosažené dílčí skóre kvality života v dotaznících WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF u seniorů žijících v domácím prostředí signifikantně vyšší než u seniorů dlouhodobě pobývajících v zařízení pro seniory (H2).
- Dosažené celkové skóre kvality života v dotaznících WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF u seniorů žijících v domácím prostředí a u seniorů dlouhodobě pobývajících v zařízení pro seniory signifikantně nekoreluje s jinými, sociodemografickými, faktory jako je pohlaví a nejvyšší dosažené vzdělání (H3).

7. Design výzkumného projektu

Realizovaná studie bude svým charakterem kvantitativní, získá větší množství respondentů, kterým předloží k vyplnění vybraný dotazník. Seniorní skupina je specifická tím, že v ní není široce rozšířené používání internetu a počítačová gramotnost je nižší než u jiných věkových skupin (Český statistický úřad, 2017), proto budou data sbírána metodou „tužka papír“ – tím se výzkum zpřístupní širšímu úseku základní populace. Oslovení potenciálních respondentů může být vzhledem k omezené možnosti použít online nástroje taktéž problematické. Primárně budou osloveni praktičtí lékaři a domovy pro seniory – důležité je, aby byla zastoupena jak státní, tak soukromá zařízení. Dále budou oslovena i komunitní centra pro seniory. Osloveni ale budou primárně praktičtí lékaři, protože chceme, aby šanci dostat se do výzkumu měl co největší počet seniorů z různých prostředí a předpokládáme, že do komunitních center chodí určitá skupina seniorů a může se od jiných svou kvalitou života odlišovat. Zároveň je ale důležité, aby respondenty výzkumu nebyli pouze senioři, kteří přišli ke svému praktickému lékaři řešit zdravotní problém. Oslovené instituce a lékaři budou seznámeni s účelem výzkumu a požádáni, aby anonymní dotazníky rozdali svým klientům. Důležité je, aby se respondenti nedozvěděli, že výzkum porovnává kvalitu života domácího prostředí a zařízení, ale byla jim poskytnuta pouze obecná informace o zkoumání kvality života. Dále bude účastníkům zdůrazněno, že účast na výzkumu je dobrovolná a že je případně nutné vyplnit všechny položky dotazníku, také že získaná data jsou anonymní a slouží pouze vědeckým účelům. Respondenti budou mít k dispozici telefonní číslo i e-mailovou adresu, na které se budou moci obrátit s jakýmkoliv otázkami a případnou žádostí o poskytnutí výsledků. Tyto kontaktní údaje (a k nim i obecné informace o studii) dostanou vedle vyplňovaného dotazníku, aby si je mohli odnést s sebou. Vyplnění dotazníku by mělo proběhnout na místě, senior pak vloží vyplněný dotazník do obálky a výzkumník si po určené době obálky od lékaře nebo zařízení vyzvedne. U každého dotazníku bude jasné, zda přišel od lékaře, komunitního centra nebo zařízení, nicméně i respondenti budou dotazováni, kde v současné době pobývají a jak dlouho tomu tak je. Následně budou získaná data zpracována.

Co se týče finanční a časové náročnosti projektu, obálky budou poskytnuty výzkumníky, kteří osloví zařízení, lékaře a komunitní centra přímo – buď telefonicky nebo osobně. Předpokládáme, že tito se budou chtít sejít i osobně, a tak bude tato fáze časově náročná. Také je nutné vysvětlit, jaké respondenty výzkum potřebuje a jak jim studii prezentovat. Zároveň je důležité, aby výzkum probíhal pod dohledem respektované instituce

(například univerzity) a oslovení neměli dojem, že své klienty účastí na výzkumu mohou poškodit. Pokud by se výzkumníci věnovali primárně práci na tomto projektu, jako přibližný časový rámec získávání lékařů a institucí pro spolupráci by byl určen cca jeden měsíc (vzhledem k možným náročným časovým rozvrhům lékařů). Po této době by oslovení začali žádat své klienty o spolupráci a tato fáze by trvala tři týdny u lékařů a komunitních center, v zařízení by mohli být klienti osloveni rychleji. Po zpracování dat a vytvoření výzkumné zprávy zpětně kontaktujeme spolupracující lékaře a instituce a výsledky výzkumu jim poskytneme v elektronické formě. Pokud se ukáží významné skutečnosti ohledně kvality života jejich klientů, nabídneme jim způsoby, jak s tímto pracovat. Je ale nutné podotknout, že výsledky budou zpracovány v zobecněné formě – kvalita života doma versus v zařízení, nebude se zkoumat, zda se od sebe liší jednotliví lékaři. Výjimkou jsou zařízení, kde se přihlédne k tomu, zda jsou státní či soukromá, ale taktéž nebudou existovat data o kvalitě života seniorů v konkrétním zařízení. Respondentům, kteří projeví zájem o výsledky studie, budou výsledky poskytnuty také v zjednodušené formě jakéhosi shrnutí. Počítáme s tím, že toto shrnutí seniorům zašleme elektronicky nebo poštou. Pokud tedy odhlédneme od nákladů na práci výzkumníků, výdaje budou spojeny s nákupem obálek, tiskem dotazníků a následném rozesílání výsledků. Účastníci ani spolupracující subjekty nebudou nijak finančně kompenzováni.

Pro výzkum bychom rádi získali co největší počet respondentů, nabírání výzkumného vzorku ale bude omezeno časově, nikoli počtem získaných dotazníků – tato varianta by se prakticky realizovala s velkými obtížemi.

8. Výzkumný soubor

Tento výzkum se přiklání k definici stáří podle WHO, tedy jak bylo uvedeno již dříve, stáří chápe jako věk minimálně 65 let. Tato hranice byla v této práci zvolena kvůli její všeobecné použitelnosti a možnému mezinárodnímu srovnávání a dále také čistě prakticky proto, že české domovy pro seniory přijímají klienty většinou až od 65 let věku (např. Domov důchodců a dům s pečovatelskou službou Zákupy, 2018).

Respondenty tohoto výzkumu budou senioři starší 64 let bez vážnějších kognitivních deficitů, které budou operacionalizovány jako diagnostikovaná demence. Ideálně by bylo lepší vyřadit ze studie i ty seniory, kteří mají i méně závažné potíže v rozpoznávací oblasti, zatím nediagnostikované, nicméně vzhledem k charakteru navrhovaného výzkumu (snaha získat velké množství respondentů) to není možné.

Dále se bude jednat o seniory pobývající na území Prahy – buď v místě bydliště nebo v nějakém zařízení. Toto kritérium bylo stanoveno hlavně z důvodu lepší realizovatelnosti výzkumu, jeho větší praktičnosti. Tato studie pak může sloužit jako vzor pro další, které budou provedeny v jiných krajích nebo v celé ČR, případně se na základě jejího průběhu může upravit metodologie u budoucích výzkumů na toto téma.

U seniora v zařízení bude také požadováno, aby v něm pobýval alespoň 6 měsíců – v literatuře je popsáno, že adaptace na nové místo pobytu nějakou dobu trvá a dá se mluvit o snížené kvalitě života (Venglářová, 2007). Nebylo by žádoucí, aby tento fakt výzkum ovlivnil v neprospěch domovů pro seniory. Hranice šesti měsíců byla stanovena pro účely tohoto výzkumu jako dvojnásobek doby, kterou uvádí Venglářová (2007) jako typickou pro adaptační syndrom.

9. Výzkumné metody

Jak bylo uvedeno dříve, tento výzkum jako stáří chápe věk 65 a více let. Tato hranice odpovídá chápání stáří podle WHO. Kvalita života je také měřena pomocí nástrojů WHO, konkrétně dotazníků WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF. Z toho vyplývá, že i definice kvality života odpovídá definici WHO - „*Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům*“ (přeloženo podle Dragomirecká & Prajsová, 2009, s. 9). Co se týče konkrétních dotazníků, byly zvoleny díky své délce (nejsou příliš dlouhé a tím pádem respondenty významně časově nezatíží), mají standardizovanou českou verzi a existují i verze v jiných jazycích, což je důležité pro případná budoucí mezinárodní srovnání. Jak uvádí Dragomirecká a Prajsová (2009), tyto nástroje splňují kritéria komplexnosti, subjektivnosti a subjektivní důležitosti, dále také kulturní relevance – tzn. „*použitelnosti jednoho instrumentu v různém jazykovém a kulturním prostředí*“ (s. 11). Následující informace také vychází z manuálu Dragomirecké a Prajsové (2009), pokud není uvedeno jinak.

WHOQOL-BREF je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100. Ten obsahuje šest oblastí – fyzické zdraví, psychické zdraví (prožívání), nezávislost, mezilidské vztahy, prostředí, spiritualita. Zkrácená verze se dotazuje pouze na fyzické zdraví, prožívání, mezilidské vztahy a prostředí. Dotazník WHOQOL-OLD nelze použít samostatně, bez jiné verze, stačí ale i zkrácená. Pro ni jsme se rozhodli, jak bylo uvedeno výše, kvůli většímu komfortu respondentů. WHOQOL-OLD pokrývá šest oblastí: „*fungování smyslů, nezávislost (soběstačnost, schopnost se sám o sebe postarat a rozhodovat o svém životě), naplnění (ve smyslu dosažení cílů v minulosti, přínosu v přítomnosti a výhledu do budoucnosti), sociální zapojení (kontakty s lidmi a dostatek smysluplných činností), postoj ke smrti a umírání a blízké vztahy (intimita)*“ (Dragomirecká & Prajsová, 2009, s. 15). WHOQOL-BREF i WHOQOL-OLD se hodnotí na pětistupňové Likertově škále.

WHOQOL-BREF obsahuje 26 položek, WHOQOL-OLD 24 položek a navíc otevřenou otázku „Chcete k dotazníku něco dodat?“. Rozhodli jsme se, že tuto otázku v našem výzkumu vynecháme. Mohli bychom se sice připravit o potenciálně užitečné informace týkající se života našich respondentů, nicméně by se s nimi při zpracování dat těžko pracovalo a porovnání obou skupin by bylo značně ztížené. Navíc existuje teoretická možnost, že by senioři sdělili závažné informace o svých podmínkách, nicméně vzhledem k anonymitě výzkumu by je nebylo možné dohledat a účinně jim pomoci. Kromě výše uvedených dotazníků senioři obdrží také formulář sociodemografických údajů.

Co se týče navržených metod, jejich použití není zpoplatněno, nicméně je nutné získat pro jejich použití (pouze k nekomerčním účelům) souhlas od českého WHOQOL centra. V praxi probíhá získání souhlasu vyplněním formuláře s údaji o výzkumu, následně jsou žadateli zaslány příslušné dotazníky, které jsou ovšem k dohledání i v uživatelských manuálech k daným metodám.

10. Způsob zpracování dat

Data budou zpracována ve statistickém programu, nejdříve je ale bude nutné upravit. V WHOQOL-OLD je přítomných sedm položek, které bude potřeba pro skórování otočit. Následně se vytvoří hrubé skóry pro jednotlivé domény. Jak u WHOQOL-OLD, tak u WHOQOL-BREF platí, že „*představují standardizované průměrné hodnoty z položek příslušných každé doméně*“ (Dragomirecká & Prajsová, 2009, s. 23). Přehled, jaká položka sytí jakou doménu, je dohledatelný v manuálech k daným metodám a v této práci se jím nebudeme zabývat. Je ale důležité podotknout, že výsledné hrubé skóry domén pro každou z metod se odlišují (1 – 5 oproti 4 - 20), proto je potřebné převést je na srovnatelná čísla podle návodu Dragomirecká & Prajsová (2009, s. 25): „*spočítané doménové skóry WHOQOL-OLD vynásobíme číslem 4, a tím dosáhneme požadovaného rozpětí od 4 do 20*“.

Před samotnou analýzou dat ještě spočítáme celkový hrubý skór obou dotazníků pro každou osobu a následně průměrný skór v obou skupinách (zařízení x domov) – celkový i jednotlivých domén. V analýze budeme dále ověřovat i platnost třetí hypotézy - dosažené celkové skóre kvality života v dotaznících WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF u seniorů žijících v domácím prostředí a u seniorů dlouhodobě pobývajících v zařízení pro seniory signifikantně nekoreluje s jinými, sociodemografickými, faktory jako je pohlaví a nejvyšší dosažené vzdělání. Zde budeme pracovat s hrubým skóre a sociodemografickými údaji pro jednotlivé participanty.

Za vhodný nástroj pro ověření uvedených hypotéz považujeme ANOVu. K ověření prvních dvou hypotéz by stačilo použít dvouvýběrový t-test pro celkový hrubý skór a poté pro jednotlivé domény, nicméně k ověření poslední hypotézy by plně nestačil. ANOVA umožní ověřit všechny hypotézy, jelikož je v ní obsažen i dvouvýběrový t-test. Navíc pomocí ní můžeme otestovat i vliv nejvyššího dosaženého vzdělání na získané skóry. Hypotézy budou testovány na hladině významnosti 0,05.

11. Etika navrhovaného výzkumu

Výzkum se spoléhá na spolupráci mnoha externích osob – lékařů, pracovníků komunitních center, pracovníků domovů pro seniory a v neposlední řadě také na spolupráci respondentů – seniorů. Výzkumníci se s účastníky výzkumu osobně nesetkají, dotazníky budou zprostředkovány přes třetí osoby. Hrozí tedy riziko, že může dojít k neetickému jednání bez vědomí výzkumníků. Primární důležitost má anonymita účastníků se seniorů. Dokážeme si představit, že někteří zaměstnanci se mohou z různých důvodů zajímat o odpovědi svých klientů a takřkajíc se jim při vyplňování dotazníků dívat přes rameno. Tomuto se snažíme předejít pečlivým seznámením s účely studie a apelováním na spolupracující instituce a lékaře, aby klientům zajistili při práci na dotaznících dostatečné soukromí. Samotní respondenti budou mít zároveň k dispozici materiál seznamující je s podstatnými okolnostmi výzkumu, kde bude výslovně uvedeno, že mají dotazník vyplňovat samostatně a nemusí ho nikomu ukazovat. Kromě toho budou respondenti seznámeni s tím, jak budou jejich data zpracována a uchována a že účast na výzkumu je dobrovolná. Svůj souhlas s uvedeným vyjádří tím, že budou pokračovat ve vyplňování předloženého dotazníku a poté ho vloží do poskytnuté obálky. Obálky jsou dalším krokem, jak zajistit větší anonymitu.

Seniorům bude kromě dotazníků, které odevzdají, poskytnut i materiál, který si ponechají. Na něm budou zopakovány všechny důležité informace o studii, dále zde bude respondentům poskytnut kontakt na výzkumníky (telefonický i e-mailový) a kontakt na linku pro seniory, konkrétně Senior telefon Života 90 (800 157 157), spolu s vysvětlením funkce této linky. Kontakt na výzkumníka je zde z důvodu nejasností ohledně výzkumu, případných stížností na jeho průběh a také pro žádosti o výsledky průzkumu. Seniorům nabídneme i telefonický kontakt, jelikož ne všichni ovládají elektronickou komunikaci. Senior telefon byl vybrán primárně z důvodu, že oproti jiným linkám pro seniory (např. Linka seniorů Elpida) funguje nonstop.

Aby byli senioři méně zatíženi vyplňováním dotazníků, zvolili jsme jejich krátké verze. V případě zájmu o zaslání výsledků také nabídneme dvě varianty – elektronickou formu a papírovou formu, aby se s nimi mohli seznámit i respondenti bez přístupu na internet. Zároveň počítáme s tím, že účastníci nemusí mít znalosti, které by jim umožňovaly se bez potíží vyznat ve výzkumných zprávách, proto napíšeme verzi shrnující výzkum přímo pro ně.

Spolupracujícím lékařům, centrům a zařízením nebude poskytnuta finanční kompenzace za spolupráci na výzkumu, v případě zájmu jim budou dodány konečné výsledky průzkumu a nabídnuta pomoc s případnou intervencí pro seniory, kteří mohou vykazovat sníženou kvalitu života. Tato pomoc bude poskytnuta pravděpodobně ve formě přednášky a vzdělávacích materiálů.

12. Diskuse

Navrhovaný výzkumný projekt vychází z teoretické části práce. Ta se zaměřila na kvalitu života seniorů žijících v domácnostech a žijících v zařízení. Rozebírá, co znamená stáří, co je to kvalita života a jak vypadá život seniorů v domovech seniorů a ve vlastních domácnostech. V poslední kapitole tyto dvě varianty přímo srovnává. Na tuto kapitolu také navazuje návrh výzkumné studie.

Zjistili jsme, že ve většině poznatků, kterými se tato práce zabývá, nepanuje shoda. Samotná definice stáří vyvstává jako první problém, uvedli jsme, že stanovení věku, od kterého je člověk vnímán jako starý, závisí i na kulturním kontextu. Kvalita života je další nejasný pojem, navíc existuje mnoho nástrojů, jak ji měřit. Výzkum tedy musel stanovit, jak pro své účely definuje stáří a k jakému vysvětlení pojmu kvality života se přikloní. Je možné, že srovnání s výzkumy používajícími jinou koncepci a jiné nástroje, nebude v dílčích otázkách možné, jelikož dané nástroje se mohou odlišovat v otázkách a oblastech, na které se zaměřují.

Zjištění uvedená v teoretické části práce musíme brát s rezervou. Mnoho z použitých studií bylo provedeno na specifickém vzorku, např. klientů jednoho domova pro seniory, klientů „opuštěných“, bez příbuzných, bez zájmu o ně, seniorů žijících ve specifické oblasti. V České republice navíc na toto téma neproběhlo mnoho dohledatelných výzkumů. Zdá se, že oblíbené je především při psaní bakalářských a diplomových prací. Jejich autoři v nich provádí vlastní výzkumy, většinou na vzorku klientů jediného domova pro seniory. Některé ze závěrů kvantitativních výzkumů se bohužel nedají použít, jelikož na jejich vyhodnocení nebyla použita vhodná statistika, respektive nebyla použita žádná statistika. Proto ani v této práci nebylo možné použít některé závěry diplomových prací, zabývajících se srovnáním kvality života seniorů v domácnostech a v zařízeních.

Předpokládáme, že naše hypotézy se potvrdí. U první hypotézy („Dosažené celkové skóre kvality života v dotaznících WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF je u seniorů žijících v domácím prostředí signifikantně vyšší než u seniorů dlouhodobě pobývajících v zařízení pro seniory“) pravděpodobně dojdeme k statisticky signifikantnímu rozdílu, nicméně nebude příliš vysoký. V asijských výzkumech, probraných ve třetí kapitole, jsme viděli, že kvalita života seniorů je vyšší v domácnostech, nicméně slovenský výzkum naznačil, že tomu tak není vždy. Slovenské prostředí je tomu českému bližší, nicméně se jedná zatím pouze o jeden výzkum, navíc zaměřený částečně jiným směrem než tento navrhovaný projekt. Hypotéza 3

(„Dosažené celkové skóre kvality života v dotaznících WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF u seniorů žijících v domácím prostředí a u seniorů dlouhodobě pobývajících v zařízení pro seniory signifikantně nekoreluje s jinými, sociodemografickými, faktory jako je pohlaví a nejvyšší dosažené vzdělání“), vychází také z výše popsaných výzkumů, které většinou došly k závěru, že věk ani vzdělání nehrají v kvalitě života roli. Většina srovnávacích výzkumů je z nečeského prostředí, proto bude zajímavé porovnat naše výsledky se zahraničními studii.

Navrhovaný výzkum má samozřejmě své limity. Předně, zaměřuje se pouze na malou část seniorské populace, a to na seniory žijící v hlavním městě Praha. Je možné, že v jiných regionech by výsledky vypadaly jinak, proto je potřebné tento výzkum opakovat i v jiných krajích České republiky. Dalším limitem je sbírání dat přes prostředníky, výzkum se do určité míry vzdává kontroly nad výběrem vzorku. Upřednostnili jsme sběr velkého množství dat. Proto by bylo užitečné zopakovat výzkum na menším vzorku seniorů, se kterými budou komunikovat přímo výzkumníci, a platnost výsledků potvrdit. Další limity plynou ze zaměření výzkumu pouze na srovnání kvality života a případně sociodemografické faktory. Předchozí výzkumy naznačují, že deprese hraje velkou roli v hodnocení vlastní kvality života, stejně tak autonomie, a pobyt v zařízení je až druhořadý. Myslíme si, že zaměřit se i na tyto faktory by pro navrhovaný výzkum nebylo dobré, pokoušel by se odpovědět na příliš mnoho otázek, nicméně vidíme potenciál v dalším výzkumu na téma srovnání míry deprese u českých seniorů žijících doma a v zařízení, obdobně tomu může být i u autonomie, případně osamělosti, kterou jsme dříve v textu také zmiňovali. Úskalím, které řeší každá studie, je kvalita života těch, kteří se rozhodnou výzkumu nezúčastnit. Je možné, že je nižší, a to vede seniory k tomu, že nemají zájem se studie účastnit. Stejně tak je možné, že jejich kvalita života může být vyšší a průzkum nechtějí vyplňovat, jelikož nemají díky rozmanitým aktivitám čas, případně mají dojem, že by neměli co říct. Pravděpodobné je, že dotazníky budou ochotni vyplnit spíše ti respondenti, které téma z různých důvodů zaujme, ať už proto, že se ohledně něj cítí dobře nebo špatně.

Pokud se potvrdí nižší kvalita života seniorů v pobytovém zařízení, podívejme se na oblasti s nejvyššími rozdíly. Tam můžeme najít inspiraci jak přispět ke zvýšení spokojenosti seniorů. Podobně to platí i v domácnostech. Domácí péče je dlouhodobým trendem a pokud chtějí senioři trávit poslední část života doma, je dobré je v tom podpořit a podívat se, v jakých oblastech můžeme jejich život ještě zlepšit. Výstupem výzkumu by tedy také mohla být doporučení, na jaké oblasti se dále zaměřit, aby byli čeští senioři spokojenější, ať už žijí doma nebo v zařízení.

Závěr

Stáří a kvalita života ve stáří mají mnoho aspektů. Tato práce se zaměřila na porovnání starších osob žijících v domácnostech, v kontrastu s těmi, kteří žijí v zařízeních pro seniory. Než jsme se v práci začali věnovat přímo této problematice, objasnili jsme některé související pojmy. Nejdříve jsme hovořili o stáří jako takovém. Definice stáří se v různých kontextech odlišuje a shoda nepanuje ani v tom, zda pokročilý věk přináší člověku do života převážně negativa nebo zda má být pohled na stárnutí pozitivní. V každém případě se jedná o období výrazných změn, ze kterých je nejdůležitější přechod do důchodu. Jedinec přestává být ekonomicky aktivní a získává velké množství volného času, se kterým často neumí naložit. S přibývajícím věkem se také objevují různé zdravotní obtíže a jiné tělesné změny. Je proto možné, že se ve stáří mění i kvalita života. Tento pojem není zcela jasný a práce představila několik různých pohledů na něj. Obecně platí, že neexistuje jednotná definice kvality života a ani nelze říci, že by panovala shoda na obsahu tohoto pojmu. Je proto doporučováno, aby byla kvalita života v každém výzkumu operacionalizována podle jeho cílů. Analýza Aspdena et al. (2014) také ukázala, že různé definice pojmu přinášejí i různé nástroje k jeho zhodnocení. Bohužel mnoho z nich nesplňuje psychometrické požadavky kladené na kvalitní výzkumné nástroje a neuvádí informace o svém vzniku a vlastnostech, například validitě. Pro náš návrh výzkumu jsme zvolili metodu Světové zdravotnické organizace (WHO), dotazníky nazvané WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF. Byly vybrány, jelikož jsou standardizované i v českém jazyce a jejich manuály obsahují nutné psychometrické údaje, mimo jiné o reliabilitě a obsahové validitě. Speciální otázkou je kvalita života u seniorů s demencí. Přiklonili jsme se k názoru, že při práci s osobami s těmito obtížemi by měly být využívány jiné metody než nástroje pro měření kvality života u běžné populace. Jedním z důvodů je i nutnost většího zaměření na objektivní faktory, přičemž většina dotazníku pro populaci v tomto směru zdravou se soustředí na subjektivní hodnocení vlastního života.

Další části se zaměřují přímo na problematiku kvality života v zařízení a v domácnosti, zajímali jsme se o to, jak se seniorům v těchto prostředích žije. Nejdříve jsme se zabývali výzkumy, které se zaměřily pouze na kvalitu života seniorů v domovech pro seniory. V nich se ukazuje, že pro seniory je nejdůležitějším aspektem kvality života autonomie, především možnost o sobě a svých záležitostech rozhodovat samostatně. Dále platí, že klienti pobytových zařízení silně preferují kontakty s rodinou a přáteli nad kontakty s ostatními obyvateli zařízení, tedy že nové mezilidské vztahy příliš nevyhledávají. Personál, který o obyvatele pečuje, je důležitější než spoluobytelé, a klienti preferují možnost navázat se

zaměstnanci vřelé a reciproční vztahy. Intuitivně bychom se mohli domnívat, že stejnou důležitost jako autonomie a vztahy bude mít pro kvalitu života i zdravotní stav seniora. To ale ne vždy platí, záleží i na míře omezení v každodenním fungování, tedy i na možnosti uplatňovat svou autonomii. Většina výzkumů o vlivu zdravotního stavu nepochybuje. Kromě těchto faktorů se ve studiích zaměřených na domovy seniorů ukazují jako důležité i elementy domáckosti, potřeba soukromí a bezpečí, klid a ticho, volnočasové a fyzické aktivity nebo pobyt v přírodě a pomoc ostatním. Pokud se podíváme na studie, které se zaměřují na kvalitu života seniorů v domácnostech, zdá se, že mají podobné priority jako klienti pobytových zařízení. Jako důležitou podmínku spokojenosti shodně zmiňují nezávislost a autonomii. Dalším společným tématem jsou vztahy, jejichž důležitost se potvrzuje v každém výzkumu. Podobně je tomu v oblasti zdraví. Kvalitu života negativně ovlivňuje především takový stav, který jedince omezuje v pohybu a případně přináší další fyzická omezení (tedy nejedná se jen o chůzi, ale například i o špatný zrak). Z témat, která se u seniorů v domovech seniorů spíše neobjevovala, zmiňovali senioři z domácího prostředí ve větší míře finance a okolí bydliště. Finance byly významné v negativním slova smyslu, jejich nedostatek snižoval kvalitu života. Okolím bydliště se myslí spíše než příjemnost prostředí jeho praktičnost – zda si mají senioři kde odpočinout, jestli existuje možnost použít veřejnou toaletu a v neposlední řadě byla důležitá dostupnost veřejné dopravy. Z výzkumů, které byly prováděny odděleně u seniorů v zařízení a u seniorů doma, se zdá, že tyto skupiny mají podobné priority: autonomie, vztahy a zdraví. Mimo je pak zmiňují různé další faktory. Porovnání kvality života seniorů jsme ale nechtěli založit na studiích, které na porovnávání zaměřeny nebyly, proto se poslední teoretická část práce zaměřuje na výzkumy, které pracovaly s oběma skupinami současně. Takových studií neexistuje mnoho a spíše ukazují, že seniorům v zařízení se daří hůře. Jsou více depresivní, hodnotí svůj zdravotní stav jako horší a vyjadřují větší nespokojenost s podmínkami svého života. Většina studií, které se nám podařilo dohledat, ale pochází z prostředí rozvojových zemí, které jsou s Českou republikou nesrovnatelné. Žití ve specializovaném zařízení pro seniory je zde často velké stigma a snížená kvalita života, která se ve výzkumech opakovaně prokazuje, může plynout i z tohoto faktu a nemusí být přenositelná do našeho prostředí. Zdá se ale, že v České nebo Slovenské republice neproběhl dostatek výzkumů na téma porovnání kvality života v domácnosti a v zařízení, abychom z nich mohli učinit podložené závěry. Na Slovensku v minulých letech určité studie proběhly a přiklonily se k závěru, že signifikantní rozdíly v kvalitě života nebyly nalezeny. Jelikož se jedná o jeden z velmi mála českých nebo slovenských příspěvků k tomuto tématu, navrhli jsme také vlastní výzkum, který by měla na základě dat od velkého množství respondentů

naše poznání v této oblasti rozšířit. Jedná se nám jak o porovnání domovů pro seniory s životem v domácnostech, tak o identifikaci oblastí s největšími rozdíly. Výsledky našeho výzkumu by ideálně měly vést k zamyšlení se nad životem seniorů u nás a na práci ke zlepšení jeho podmínek, ať už senior žije v domově pro seniory nebo v domově vlastním.

Seznam použité literatury

Amonkar, P., Mankar, M. J., Thatkar, P., Sawardekar, P., Goel, R. & Anjenaya, S. (2018). A comparative study of health status and quality of life of elderly people living in old age homes and within family setup in Raigad District, Maharashtra. *Indian Journal of Community Medicine*, 43(1), 10 – 13.

Angel, K. (2016). *Factors Affecting the Quality of Life of Residents in Nursing Homes: Knowledge and Strategies for the Novice Nurse* (honors theses). Dostupné z: https://digitalcommons.salemstate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1075&context=honors_theses.

APA (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th Ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Aspden, T., Bradshaw, S., Playford, E., & Riazi, A. (2014). Quality-of-life measures for use within care homes: A systematic review of their measurement properties. *Age and Ageing*, 43(5), 596 – 603.

Banerjee, S., Samsi, K., Petrie, Ch., Alvir, J., Treglia, M., Schwam, E. & del Valle, M. (2009). What do we know about quality of life in dementia? A review of the emerging evidence on the predictive and explanatory value of disease specific measures of health related quality of life in people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(1), 15 – 24.

Beerens, H., Zwakhalen, S., Verbeek, H., Ruwaard, D. & Hamers, J. (2013). Factors associated with quality of life of people with dementia in long-term care facilities: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 50(9), 1259 – 1270.

Bowling, A., Gabriel, Z., Dykes, J., Dowding, L. M., Evans, O., Fleissing, A., Banister, D. & Sutton, S. (2003). Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *International Journal of Aging and Human Development Index*, 56(4), 269 – 306.

Brod, M., Stewart, A., Sands, L. & Walton, P. (1999). Conceptualization and Measurement of Quality of Life in Dementia: The Dementia Quality of Life Instrument (DQoL). *The Gerontologist*, 39(1), 25 – 36.

Burckhardt, C., Anderson, K. (2003). The Quality of Life Scale (QOLS): Reliability, Validity, and Utilization. *Health and Quality of Life Outcomes*, 60(1).

Costanza, R., Fisher, B., Ali, S., Beer, C., Bond, L. Boumans, R., Danigelis, N., Dickinson, J., Elliott, C., Farley, J., Gayer, D., Glenn, L., Hudspeth, T., Mahoney, D., McCahill, L., McIntosh, B., Reed, B., Rizvi, S., Rizzo, D., Simpatico, T. & Snapp, R. (2007). Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being. *Ecological Economics*, 61(2-3), 267 – 276.

Čagánková, A. (2010). *Soběstačnost seniorů nad 80 let v domácím prostředí a sociálních zařízeních* (Bakalářská práce). Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Zlín.

Český statistický úřad (2014). *Seniori v ČR – 2014*. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-cr-2014-2gala5x0fg>.

Český statistický úřad (2017). *Seniori v ČR – 2017*. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-cr-v-datech-2017>.

Good, G., La Grow, S. & Alpass, F. (2011). A study of older adults: Observation of ranges of life satisfaction and functioning. *New Zealand Journal of Psychology*, 40(3), 96 – 103.

Dahlberg, L. & McKee, K. (2013). Correlates of social and emotional loneliness in older people: evidence from an English community study. *Aging & Mental Health*, 18(4), 504 – 514.

Domov důchodců a dům s pečovatelskou službou Zákupy (2018). *Jak se rozhoduje o přijetí do Domova důchodců*. Dostupné z: <http://www.ddzakupy.cz/domov-pro-seniory/jak-se-rozhoduje-o-prijeti-do-domova-duchodcu/>.

Dragomirecká, E. & Prajsová, J. (2009). *WHOQOL-OLD: Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.

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

Eurofound (2017). *European Quality of Life Surveys (EQLS)*. Dostupné z: <https://www.eurofound.europa.eu/surveys/european-quality-of-life-surveys>.

- Fancy, P., Keefe, J., Stadnyk, R., Gardiner, E., & Aubrecht, K. (2012). Understanding and assessing the impact of nursing home approach to care and physical design on residents and their families: A synthesis of the literature. *Seniors Housing & Care Journal*, 20(1), 99 – 114.
- Ferrans, C. E., & Powers, M. J. (1985). Quality of Life Index: Development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science*, 8(1), 15-24.
- Galčanová, L. (2018). *Stárnutí ve městě: rizika a potenciál městského prostředí pro starší obyvatele*. Příspěvek prezentovaný na konferenci Stáří spojuje, květen 2018, Praha, Česká republika.
- Gana, K., Bailly, N., Saada, Y., Joulain, M. & Alaphilippe, D. (2013). Does Life Satisfaction Change in Old Age: Results From an 8-Year Longitudinal Study. *The Journals of Gerontology: Series B*, 68(4), 540 – 552.
- Guse, L. & Masesar, M. (1999). Quality of life and successful aging in long-term care: perceptions of residents. *Issues in Mental Health Nursing*, 20(6), 527 – 539.
- Hansen, T. & Slagsvold, B. (2012). The age and subjective well-being paradox revisited: A multidimensional perspective. *Norsk Epidemiologi*, 22(2), 187 – 195.
- Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team.
- Hayat, S., Khan, S. & Sadia, R. (2016). Resilience, Wisdom, and Life Satisfaction in Elderly Living with Families and in Old-Age Homes. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 31(2), 475 – 494.
- Henchoz, K., Cavalli, S. & Girardin, M. (2008). Health perception and health status in advanced old age: A paradox of association. *Journal of Aging Studies*, 22(3), 282 – 290.
- Hudáková, A. & Majerníková, L. (2013). *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada.
- Chandrika, S., Radhakumari, P. & DeviMadhavi, B. (2015). Quality of Life of Elderly Residing in old Age Homes and Community in Visakhapatnam City. *Journal of Dental and Medical Sciences*, 14(10), 27 – 31.
- Jamwal, N. (2016). Psychosocial Consequences among Elderly Living In Institutional and Non-Institutional Settings. *The International Journal of Indian Psychology*, 4(1), 25 – 31.

Janečková, H. & Malina, A. (2008). Dlouhodobá péče o seniory z pohledu ekvity. *Zdravotnictví v České republice*, 11(1), 26 – 29.

Kane, R. (2003). Definition, Measurement, and Correlates of Quality of Life in Nursing Homes: Toward a Reasonable Practice, Research, and Policy Agenda. *The Gerontologist*, 43(2), 28 – 36.

Kim, S., Park, E., Kim, S., Nakagawa, S., Lung, J., Choi, J., Ryu, W., Min, T., Shin, H., Kim, K. & Yoo, J. (2014). The Association Between Quality of Care and Quality of Life in Long-Stay Nursing Home Residents With Preserved Cognition. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(3), 220 – 225.

Kitson, A., Marshall, A., Bassett, K., & Zeitz, K. (2013). What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 4 – 15.

Kowal, P. & Peachy, K. (2001). *Indicators for the Minimum Data Set Project on Ageing: A Critical Review in sub-Saharan Africa*. Dostupné z: http://www.who.int/healthinfo/survey/ageing_mds_report_en_daressalaam.pdf.

Lee, D., Yu, D., Kwong, A. (2009). Quality of life of older people in residential care home: a literature review. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 1(2), 116 – 125.

Lovašová, S. (2018). *Prožívání osamělosti a kvalita života u seniorů v domácím a institucionálním prostředí*. Příspěvek prezentovaný na konferenci Stáří spojuje, květen 2018, Praha, Česká republika.

Luo, Y., Hawkey, L., Waite, L. & Cacioppo, J. (2012). Loneliness, Health, and Mortality in Old Age: A National Longitudinal Study. *Soc Sci Med*, 74(6), 907 - 914.

Mallers, M., Claver, M. & Lares, L. (2014). Perceived Control in the Lives of Older Adults: The Influence of Langer and Rodin's Work on Gerontological Theory, Policy, and Practice. *The Gerontologist*, 54(1), 67 – 74.

Maloušková, S. (2015). *Kvalita života seniorů v pobytovém zařízení sociálních služeb* (Diplomová práce). Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Brno.

Mátl, O., Mátllová, M. & Holmerová, I. (2016). *Zpráva o stavu demence 2016*. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/archive/004/000480.pdf?seek=1492589048>.

Marhanová, L. (2016). *Kvalita života seniorů žijících v domovech pro seniory* (Bakalářská práce). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Pedagogická fakulta, České Budějovice.

Ministerstvo práce a sociálních věcí (2012). *Národní strategie podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 – 2017*. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/12968>.

Nakhodaezadeh, M., Jafarabadi, M., Allahverdipour, H., Matlabi, H. & Dehkordi, F. (2017). Home Environment and Its Relation with Quality of Life of Older People. *Journal of Housing For the Elderly*, 31(3), 272 - 285.

Netuveli, G., Wiggins, R., Hildon, Z., Montgomery, S. & Blane, D. (2006). Quality of life at older ages: evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(4), 357 – 363.

Nilsson, M., Sarvimäki, A. & Ekman, S-L. (2000). Feeling old: being in a phase of transition in later life. *Nursing Inquiry*, 7(1), 41 – 49.

Onunkwor, O., Al-Dubai, S., George, P., Arokiasamy, J., Yadav, H., Barua, A., Shuaibu, H. (2016). A cross-sectional study on quality of life among the elderly in non-governmental organizations' elderly homes in Kuala Lumpur. *Health Qual Life Outcomes*, 14(6), 1 – 10.

Pandve, H., Sippy, S., Suratwala, P., Krishnani, S., Fernandez, K. & Valekar, S. (2015). Health Profile of Elderly Residing in the Family Settings and in the Old Age Home: A Comparative Study. *Journal of The Indian Academy of Geriatrics*, 11, 66 - 69.

Parshad, N. & Tufail, A. (2014). Depression, Anxiety, Coping and Quality of Life among Elderly Living in Old Age Homes and in Family Setup. *Pakistan Journal of Professional Psychologists*, 5(1), 17 – 27.

Phillipson, C. (2018). *Vytváření měst přátelských k seniorům: rozvoj nové agendy*. Příspěvek prezentovaný na konferenci Stáří spojuje, květen 2018, Praha, Česká republika.

Post, M. (2014). Definitions of Quality of Life: What Has Happened and How to Move On. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 20(3), 167 - 180.

Rodin, J. & Langer, E. (1976). The effect of choice and enhanced personal responsibility for the aged: A field experiment in an institutional setting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34(2), 191 - 198.

Říčan, P. (2014). *Cesta životem*. Praha: Portál.

Sak, P. & Kolesárová, K. (2012). *Sociologie stáří a seniorů*. České Budějovice: Grada Publishing.

Schenk, L., Meyer, R., Behr, A., Kuhlmeier, A. & Holzhausen, M. (2013). Quality of life in nursing homes: results of a qualitative resident survey. *Quality of Life Research*, 22(10), 2929 – 2938.

Stadnyk, R., Chamberlain, S., Warner, G., Earl, M. & Nickerson Rak, C. (2017). Nursing-Home Resident Quality of Life: A Longitudinal Case Study Approach. *Journal of Housing For the Elderly*, 31(3), 243 - 258.

Sundström, G., Fransson, E., Malmberg, B. & Davey, A. (2009). Loneliness among older Europeans. *European Journal of Ageing*, 6(4), 267 – 275.

Swift, H., Vauclair, C-M., Abrams, D., Bratt, Ch., Marques, S. & Lima, M-L. (2014). Revisiting the Paradox of Well-being: The Importance of National Context. *The Journals of Gerontology: Series B*, 69(6), 920 – 929.

The Quality of Life Model (n.d.). *The Quality of Life Research Unit*. Dostupné z: http://sites.utoronto.ca/qol/qol_model.htm.

Umrigar, D. & Mhaske, R. (2012). Personality Differences Among the Institutionalized and Non-Institutionalized Aged. *Indian Journal of Gerontology*, 26(4), 502 – 512.

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (2018). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.

Venglářová, M. (2007). *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada.

Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life. *Journal of Happiness Studies*, 1(1), 1 – 39.

Vidovičová, L. & Lorman, J. (2008). *Život v domovech pro seniory 2007: zpráv z výzkumu: problémy týrání, zneužívání a zanedbávání péče v domovech pro seniory*. Praha: Úřad vlády ČR.

Vitorino, L., Paskulin, L. & Vianna, L. (2012). Quality of life among older adults resident in long-stay care facilities. *Revista latino-americana de enfermagem*, 20(6), 1186 – 1195.

Vohralíková, L., & Rabušic, L. (2004). *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Praha: VÚPSV, Výzkumné centrum Brno.

Walker, A. (2004). *Growing older in Europe*. UK: McGraw-Hill Education.

Wilhelmson, K., Andersson, C., Waern, M. & Allebeck, P. (2005). Elderly people's perspectives on quality of life. *Ageing & Society*, 25(4), 585 – 600.

World Health Organization (2002). *Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project*. Dostupné z: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

Zahava, G. & Bowling, A. (2004). Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing and Society*, 24(5), 675 – 691.

Zákon č. 108/2006 o sociálních službách (2006). Praha: Tiskárna ministerstva vnitra.

Zebhauser, A., Baumert, J., Emeny, R., Ronel, J., Peters, A. & Ladwig, K. (2015). What prevents old people living alone from feeling lonely? Findings from the KORA-Age-study. *Ageing & mental health*, 19(9), 773 – 780.