

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**VNÍMÁNÍ KVALITY ŽIVOTA SENIORŮ V
ZAŘÍZENÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB**

Bakalářská práce

Autor práce: **Jana Zučková**

Vedoucí práce: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2016

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

**PERCEPTION OF QUALITY OF LIFE OF
SENIORS IN SOCIAL SERVICES FACILITY**

Bachelor's thesis

Author: **Jana Zučková**

Supervisor: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2016

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

.....

(podpis)

Poděkování:

Děkuji mé vedoucí bakalářské práce, paní Mgr. Evě Vachkové, Ph.D., za její čas, který mi věnovala při konzultacích, za její pomoc, velkou trpělivost a podnětné a odborné připomínky v celém průběhu zpracování mé bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat své rodině za trpělivost a podporu.

Obsah

Obsah.....	5
Úvod.....	8
I. Teoretická část	10
1 Cíl teoretické části.....	10
2 Stárnutí a stáří.....	11
2.1 Rozdělení dle věku.....	11
2.2 Změny ve stáří.....	12
2.2.1 Biologické a somatické změny ve stáří.....	13
2.2.2 Psychické změny ve stáří.....	15
2.2.3 Sociální změny ve stáří	16
2.3 Zvláštnosti chorob ve stáří.....	17
3 Lidské potřeby.....	19
3.1 Teorie potřeb člověka	19
3.1.1 Maslowova teorie potřeb	20
3.1.2 Dům životních potřeb	23
3.2 Psychosociální potřeby	24
3.3 Uspokojování potřeb seniorů dle Hendersonové	25
3.3.1 Dýchání.....	26
3.3.2 Dostatečný příjem potravy a pitný režim.....	26
3.3.3 Vylučování.....	27
3.3.4 Udržování kondice	28
3.3.5 Odpočinek a spánek	28
3.3.6 Pomoc při oblékání a svlékání.....	29
3.3.7 Termoregulace.....	30
3.3.8 Ochrana a celistvost kůže	30
3.3.9 Ochrana před okolím.....	31

3.3.10	Pomoc při komunikaci s ostatními a okolím	31
3.3.11	Vyznání vlastní víry	32
3.3.12	Aktivizace seniora v průběhu dne	32
3.3.13	Forma relaxace	33
3.3.14	Využívání dostupných sociálních a zdravotnických služeb	34
4	Zařízení sociálních služeb	35
4.1	Vymezení pojmu sociálních služeb	35
4.2	Poskytovatelé sociálních služeb	36
5	Kvalita života	38
5.1	Pojem kvalita života	38
5.2	Vývoj obsahového pojetí kvality života	41
5.3	Přístupy ke kvalitě života	43
5.3.1	Psychologický přístup ke kvalitě života	43
5.3.2	Fyziologický (medicínský) přístup ke kvalitě života	44
5.3.3	Sociologický přístup ke kvalitě života	44
5.3.4	Ekologický a enviromentální přístup ke kvalitě života	45
5.3.5	Psychoterapeutický přístup ke kvalitě života	46
5.4	Kvalita života seniorů	47
5.5	Nástroje a metody zjišťování kvality života	49
II.	Empirický výzkum	51
1.	Zkoumaný soubor a použité metody	51
1.1.	Předmět výzkumu	51
1.2.	Cíle výzkumu	51
1.3.	Metodika výzkumu	52
1.4.	Charakteristika souboru a technika zpracování výsledků výzkumu	53
2.	Výsledky I.	56
2.1	Interpretace dotazníku WHOQOL-OLD-česká verze dle domén a položek	56
3.	Výsledky II.	60

3.1 Interpretace dotazníku OPQOL-35 dle faktorů a položek.....	60
4. Výsledky III.....	65
4.1 Interpretace porovnání dotazníku WHOQOL-OLD podle domén a dotazníku OPQOL-35 podle faktorů	65
5. Výsledky IV.	68
5.1 Porovnání jednotlivých domén mužů podle věku.....	68
5.2 Porovnání jednotlivých domén žen podle věku	71
6. Výsledky V.....	74
6.1 Interpretace výsledků kvantitativního šetření WHOQOL-OLD a OPQOL-35 podle jednotlivých respondentů.....	74
Diskuze	124
Závěr	130
Anotace	132
Literatura a prameny	133
Seznam zkratk.....	137
Seznam grafů	137
Seznam tabulek.....	142
Seznam příloh.....	142
Přílohy.....	143

Úvod

Pro téma bakalářské práce jsem se rozhodla po dlouhém zvažování různých hledisek. V současné době je problematika seniorů, jejich způsobu života a kvality důstojného prožívání seniorského období, velkým tématem naší společnosti. Rozvojem vědeckého výzkumu v lékařství se lidský věk prodlužuje a tím dochází k okamžiku, kdy naše populace, jak ve světovém měřítku, tak i v měřítku naší republiky doznává značných změn ohledně věkového rozvrstvení společnosti. Senioři se dožívají vyššího věku a jejich podíl v populaci se zvyšuje.

Člověk jako senior, jeho život a kvalita jeho způsobu života může být zkoumán z různých úhlů pohledu. Spousta seniorů jsou lidé, kteří mají svého partnera nebo o něho přišli, ale žijí ve svém přirozeném, domácím prostředí, na které jsou zvyklí a cítí se v něm bezpečně a nerušeně. Tito lidé jsou většinou se svým způsobem života spokojeni, nejsou odkázáni na pomoc druhých. Spousta z nich mají i zázemí v rodině a díky svému přirozenému životnímu prostředí si umějí svůj život vychutnávat a žít ho podle svých představ.

Bohužel je také skupina seniorů, kteří ve svém životě potřebují pomoc druhých. Pomoc je jim poskytována podle závažnosti jejich neschopnosti se postarat sami o sebe. Skupina lidí, kteří jsou takto závislí, většinou potřebuje pomoc celodenní, proto jsou umístěni do zařízení sociálních služeb, kde je jim služba individuálně poskytována pracovníky jednotlivých zařízení. I přesto, že se pracovníci snaží poskytovat služby seniorům v co nejvyšší profesní a lidské kvalitě, nemůžou jim nahradit přirozené a domácí prostředí, ve kterém byli zvyklí spoustu let žít. Proto je kvalita jejich života většinou posunuta do negativní oblasti, kterou se myslí celkové psychické strádání, osamělost, odloučení od přirozeného prostředí, které je doprovázelo spoustu let života.

V sociálních službách pracuji 16 let. Za tuto dobu došlo k výrazným změnám týkající se péče o seniory umístěných v domovech. Postupy, kterými sociální služby prošly v různých etapách svého vývoje, jsou neustále zdokonalovány a vyvíjejí se ku prospěchu kvalitní péče o seniory.

Pamatuji si období, kdy jsem nastoupila jako zdravotní sestra před 16 lety do domova důchodců ve Stárkově. Dodnes mám v sobě traumatické vzpomínky na zacházení s důchodci. Lidé byli umístěni na deseti lůžkovém pokoji, pro sebe měli pouze lůžko nemocničního typu (staré, kovové výztuže, matrace proležené a zašlé) a kovový noční stolek, který se pořádně ani nedal otevřít, bez možnosti uzamčení. V rámci pomoci seniorům při hygieně, oblékání a stravování, neměli žádné soukromí. Personál jim vše nařizoval, o nepříjemných věcech i osobního charakteru s nimi hovořil před všemi ostatními, senioři se neměli možnost bránit. Bylo jim jednoznačně jasné, že kdyby vznesli nějaké připomínky, vše by se negativně obrátilo proti nim. Bylo mi z toho úzko, ale bohužel byla taková doba a člověk umístěný v domově důchodců v té době, neměl téměř žádná práva, ani možnosti nějakým způsobem reagovat na chování personálu vůči své osobě. Do domovů důchodců byli přijímáni senioři i lidé mladšího věku, s různými postiženími, mnohdy i psychiatrickými diagnózami.

Velkým vývojem a změnami prošly sociální služby v roce 2006, kdy začala platit legislativa, týkající se konkrétních postupů a přístupů v péči o seniory umístěných v registrovaných zařízeních sociálních služeb. Byly vytvořeny standardy kvality poskytovaných služeb, v legislativě byly přesně a konkrétně vysloveny cílové skupiny pro jednotlivá zařízení, která pečují o takovéto občany. Z mého pohledu jednoznačně tímto přístupem došlo ke kvalitnějšímu pojednání a prožití stáří seniorů, kteří jsou odkázáni na pomoc druhých a jsou sami nesoběstační.

Výzkumné šetření ohledně vnímání kvality života seniorů jsem prováděla v domově pro seniory v České Skalici, kde zároveň pracuji. Z mého pohledu se domnívám, že je o klienty v registrovaných domovech pro seniory pečováno kvalitně, se zájmem a zaměřením na jejich individualitu, ale to neznamená, že tento stav tak cítí i oni. Vždy tu hraje velkou roli vytržení z jejich přirozeného prostředí, ve kterém dlouhá léta žili a adaptace na nové prostředí, na způsob života a na komunitu, kterou každý prožívá podle svého. Ne každý jedinec je schopen tuto roli jednoduše přijmout a žít v ní bezproblémově.

Proto mne zajímá, jak vidí kvalitu svého života senioři umístění v domově pro seniory v České Skalici. To byl hlavní důvod, proč jsem si zvolila výše uvedené téma mé bakalářské práce.

I. Teoretická část

1 Cíl teoretické části

Cílem mé teoretické části je:

- vysvětlit problematiku a typickou charakteristiku vývojového období člověka v seniorském věku
- poukázat na změny v oblasti somatické, psychické, sociální i biologické doprovázející vývoj člověka
- zmínit základní teorii lidských potřeb podle Maslovovi hierarchie a domu životních potřeb Chloubové, uspokojování potřeb seniorů podle Hendersonové
- popsat sociální zařízení pro seniory
- popsat pojem kvalita života
- představit jednotlivé položky použitých dotazníků OPQOL-35 a WHOQOL-OLD

2 Stárnutí a stáří

2.1 Rozdělení dle věku

Již od samotného počátku splynutí zralého vajíčka ženy s aktivní, oplodnění schopnou spermií, začíná proces oplodnění, který se v prenatálním období rozděluje na různá stadia vývoje a proměny a přes porod pokračuje následně vývojovým procesem, který rozděluje období života na jednotlivé etapy. Tyto etapy jsou rozvrženy podle věku, schopností a reálných možností v daném období.

Každá etapa má své zákonitosti, které z ní vyplývají, ovlivňují kvalitu, způsob a rozsah našeho života, a my se jim musíme zásadním způsobem přizpůsobit a zohledňovat je. Každé vývojové období nám dává určité možnosti a v něčem nás zase naopak limituje (Malíková, 2011, s. 13).

Těmito aspekty se zabývá obor nazývaný vývojová psychologie. Každé jednotlivé období se zaměřuje na vývoj a zdokonalení předchozího období. Na tento vývoj jsou jednotlivými odborníky různé úhly pohledů.

Životní období rozdělujeme dle věku na jednotlivé etapy vývoje, počínaje narozením přes batolecí věk, předškolní věk, školní věk, období dospělosti a stáří. Jelikož moje práce spočívá v přiblížení pohledu seniorů, chci se zabývat podrobněji rozdělením věku v etapě stáří. Na rozdělení tohoto období také nejsou jednotné pohledy.

Nejčastěji se užívá věková kategorizace doporučená Světovou zdravotnickou organizací. Opírá se o tak zvané patnáctileté periody lidského života.

45-59 let : střední věk

60-74 let : vyšší věk, starší věk, rané stáří, mladí staří

75-89 let : stařecký věk, pokročilý věk, pravé stáří, sénium, opravdu staří

90 let a výše: dlouhověkost

OSN ve svých materiálech a statistikách bere za základ stáří věk 65 let:

65-74 let: mladí staří (young old)

75-84 let: staří (old – old)

85 a více : velmi staří (very old)

Stáří se označuje jako období třetího věku, přičemž prvním se rozumí dětství a dospívání a druhým věkem období dospělosti. V současnosti se setkáváme s označením čtvrtý věk, což vyplývá z potřeby rozdělit stáří na dvě období se zřetelem na jejich odlišné charakteristiky. Starší člověk ve věku 60-74 let většinou ještě netrpí závažnými chorobami, je aktivní, integrovaný ve společnosti, schopný cestovat. Tento aktivní úsek života se označuje jako třetí věk. Čtvrtý věk začíná obvykle po 75. roce života v období zhoršování zdraví. Nese se ve znamení chorob, úpadku tělesných, i psychických funkcí a blížící se smrti (Jedlička a kol., 1991, s. 7).

Každý člověk v jakémkoli životním období má právo prožít svůj život kvalitně a důstojně. Pod pojmem kvalita se skrývá možnost jednotlivce vytvořit si podmínky svého života podle svých představ, možností a schopností. Individuální život zahrnuje jevy a činnosti charakterizující živý organismus v kontextu lidského jednotlivce (Gurková, 2011, s. 21).

Kvalita života je popis pozitivních a negativních aspektů života. Hodnocení, zda je, či není náš život kvalitní, je založené na porovnání našeho života se žádoucí, očekávanou úrovní existence, nebo se životem druhých lidí. Koncept kvality života zahrnuje širokou škálu různorodých oblastí, zkušenosti člověka, od fyzických funkcí až po oblasti spojené s dosahováním životních cílů a prožíváním vlastního štěstí (Gurková, 2011, s. 22).

Více se pojmu kvalita života obecně i v kontextu se stářím věnuji v samostatné kapitole na straně 39.

2.2 Změny ve stáří

Vědní disciplína, která se zabývá změnami probíhajícími ve stáří, se nazývá gerontologie. Je znám ještě pojem geriatrie, tento vědní obor zahrnuje veškeré chorobné procesy, které doprovázejí stáří.

Již staří Řekové měli své představy o stárnutí a stáří. Například Aristoteles a Seneca pokládali stáří za nevléčitelnou chorobu, zatímco Galén na základě svých klinických pozorování tvrdil, že stárnutí je pochod fyziologický, přirozený a je třeba jej odlišit od procesů patologických (Jedlička a kol., 1991, s. 6).

Každý z nás prochází jednotlivými etapami vývoje a změn v organismu. Jednoznačně se ale nedají kategorizovat jednotlivé změny, které probíhají v období stáří. Každý jedinec je svým genetickým vybavením nastaven na jiný, takzvaný režim a z tohoto důvodu u některého jedince dochází ke změnám v jeho schopnostech mnohem dříve než u dalšího jedince.

2.2.1 Biologické a somatické změny ve stáří

Fyziologické stárnutí a stáří je normální součástí života člověka a je charakterizováno postupným úbytkem nejen fyzických, ale také psychických sil. Pokles těchto funkcí nemusí být tragický, protože i ve vysokém stáří je uchování přiměřené duševní aktivity možné a reálné (Jedlička a kol., 1991, s. 7).

Celkový proces stárnutí sebou nese řadu celkových změn v našem organismu. Týká se to nejen biologických procesů, ale také somatických a vzhledových. Pro organismus starého člověka je typický úbytek svalové hmoty, zpomalení metabolických procesů v celém těle, involuce orgánově specifických parenchymů ve prospěch tukové a vazivové tkáně, zmnožení mezenchymu v extracelulárních prostorech a dalších procesů.

Vzhled - kůže starého člověka se stává vrásčitou, ztrácí elasticitu, objevují se pigmentové skvrny, podkožní kapiláry jsou fragilní a častěji při tlaku způsobují hematomy, vlasy řídnou a šedivějí, dochází k jejich nadměrnému řídnutí až vypadávání, svalstvo zmenšuje svůj objem, ztrácí pružnost a sílu, dochází k úbytku kontraktálních svalových vláken, která nejsou schopna regenerace a nahrazují se vazivem, v důsledku změn lokomočního aparátu dochází ke snížení napětí svalů a tím ke snížení celkové tělesné výšky, následkem úbytku svalové hmoty a nadměrného ukládání podkožního tuku vlivem snížené fyzické činnosti dochází ke zvýšení tělesné hmotnosti, u seniorů, kteří mají sníženou chuť k jídlu naopak dochází ke vzniku malnutrice.

Nervový systém - vlivem procesu stárnutí dochází k úbytku mozkových buněk, ztrátě pružnosti mozkových cév a ke snížení celkové váhy mozku. Tyto všechny aspekty vedou následně k postupnému poklesu kapacity paměti, především bezprostřední, krátkodobé a v poklesu rychlosti nervového vedení a také k prodloužení doby reakce.

Smyslové orgány - **hmat** a dotek se začíná oslabovat, dříve na dolních končetinách než na horních, zvyšuje se práh bolesti, proto staří lidé cítí až teprve intenzivnější bolest, což vede k možnému rozvoji onemocnění do progresivnější fáze, protože alarmující počátek nějaké patologie starý člověk necítí

- **zrak** sebou přináší nejčastěji takzvanou prebyopsii, kdy dotyčný špatně vidí na blízko, ale v momentě oddálení tiskoviny je schopen text přečíst, oční receptory nejsou již v takové míře schopny se adaptovat na tmou a snižuje se také ostrost vidění v noci, na rohovce vzniká někdy u starých lidí na zevním okraji bělavý kruh způsobený ukládáním tukových látek

- **sluch** omezuje možnost komunikace mezi osobami, dochází ke změnám v sluchovém aparátu, kdy se snižuje fragilita cév zásobující aparát a dochází ke zvasivovatění sluchových kůstek, zpočátku se jedná o ztrátu vysokofrekvenčních tónů, postupně přibývá neschopnost rozeznat i tóny střední hladiny a následně až hluboké tóny, toto vede k sociální izolaci seniorů

- **chuť** je výrazně změněna důsledkem úbytku chuťových pohárků uložených na jazyku, udává se, že úbytek těchto receptorů je až o celou třetinu

- **čich** se modifikuje kvalitativně i kvantitativně v důsledku úbytku vláken čichového nervu.

Kardiovaskulární aparát je ve stáří značně změněn, ale i přesto, že srdeční svalovina ubývá málo, je výrazný pokles výkonnosti srdce jako pumpy, což je zvláště způsobeno výraznou redukcí srdečního výdeje, dochází k vzestupu rezistence arteriálního řečiště, vzniká nadměrné ukládání sklerotických plátů v cévách.

Respirační systém doznává také řadu změn, na kterých se podílí celá řada komponentů, dochází k poklesu vitální plicní kapacity způsobené sníženou výkonností hrudního svalstva, celkovým úbytkem plicních alveolů, snížení pružnosti plicní tkáně, změny elasticity vláken bronchiolů, ztlustění membrán alveolů.

Gastrointestinální trakt je celkově ovlivněn již defektním chrupem seniorů, paradentózou, nedokonalými zubními náhradami, atrofií sliznic, ochabnutí svaloviny traktu, snížením motility žaludku a peristaltiky střev, kvantitativními a kvalitativními změnami trávicích enzymů, nedostatečnou užití minerálních látek, snížení

detoxikačních schopností jater, zřetelnou redukcí citlivostí beta-buněk pankreasu a následně vzniklou poruchou regulace hladiny krevního cukru.

Vylučovací systém, zejména ledviny, prochází involučními změnami, v důsledku toho dochází ke snížení filtrační schopnosti ledvin, snižuje se krevní průtok ledvinami.

Endokrinní systém prochází také velikými změnami v oblasti snížení produkce hormonů pohlavních, hypofýzy a štítné žlázy, snižuje se bazální metabolismus (Jedlička a kol., 1991, s. 7-10).

Lze říci, že celkově organismus seniorů prochází celkovými změnami, které sebou nesou rizika vzniku různých onemocnění ve všech medicínských oborech. Jednou z nejvýznamnější skutečností, která se řadí mezi typické biologické změny ve stáří, je špatná adaptace na stres a probíhající změny v životě seniora.

2.2.2 Psychické změny ve stáří

Stáří je ovlivněno psychickými aspekty. V jeho průběhu dochází ke změnám kognitivních, fatických a výkonnostně intelektových funkcí. Realita se stává neúnosnou. Veškeré tyto změny sebou přinášejí ve větší míře negativní dopady na život seniorů. Omezují je totiž v jejich každodenních zvyklostech, návycích a zájmech.

Jednou ze zásadních psychických změn, kterou senioři procházejí, je změna osobnostních a povahových projevů. Většina z nich se totiž stává negativistickými, okolí začínají vnímat jako vetřelce, kteří se je snaží zlikvidovat, vidí v nich nepřátele a zaujmají proto vůči svému okolí obranný, bojový postoj. Mají velké výkyvy ve svých náladách, emočně se začínají oplošťovat. Někteří jsou přehnaně úzkostní, jiní naopak neprojevují žádné emoce, stahují se do svého nitra a odmítají komunikovat s nejbližším okolím. Trápí se svými pocity (Jedlička a kol., 1991, s. 15).

Další zásadní psychickou změnou, která provází změny ve stáří je zvýšené zapomínání, snížená schopnost upamatování se novým poznatkům a informacím, snížená schopnost rozeznávat viděné předměty a porozumění slyšeným jevům. Často se stává, že senior slyší něco úplně jiného než dotyčný hovořil, ve své mysli si tento projev přehodnotí třeba jako útok na svoji vlastní osobu a tím následně vznikají nedorozumění.

Senioři si nepřipouští, že by změny mohli postihnout jejich osobu. Ve většině případů hledají chyby na druhých. Toto je také jedna z průvodních změn jejich celkové osobnosti, která je přirozenou součástí etapy stáří (Jedlička a kol., 1991, s. 15).

2.2.3 Sociální změny ve stáří

Každý člověk, který dosáhne hranice stáří, si najednou začne uvědomovat, že budoucnost jeho života překročila určitou mezní čáru a vše, pro co žil, se mu najednou začíná rozplývat mezi prsty a vidina další seberealizace se mu vzdaluje a naopak se přibližuje hranice konce života. Po celou dobu vývojových etap si člověk nepřipouští tuto myšlenku tak intenzivně, jako v období stárnutí a stáří (Jedlička a kol., 1991, s. 16-17).

Proto je velmi důležité, jak člověk přijímá své stáří, životní chyby a omyly, nesplněná přání a nedosažené cíle. Pokud je schopen akceptovat sám sebe takového, jaký je, neodsuzuje se a odpouští si, dostává prostor svobodně a důstojně žít (Malíková, 2011, s. 22).

Každý člověk není ale schopen akceptovat a přijímat výše uvedené změny, a proto u něho dochází k rozvoji takzvaných nepříznivých sociálních aspektů. Tyto aspekty dále nedovolují důstojné prožití stáří, vedou ke změnám rysů osobnosti a dochází k vnitřnímu projevu zoufalství jedince, které se odráží v jeho celkovém postoji.

K nepříznivým sociálním dopadům z hlediska jednotlivce patří odchod do důchodu, změna ekonomické situace, generační osamělost, zhoršená možnost kontaktů se sociálním prostředím, sociální izolace, fyzická závislost, stěhování, strach ze stáří a hlavně samoty, nevyhnutelná změna životního stylu (Malíková, 2011, s. 22).

Abychom předešli těmto negativním sociálním dopadům ve stáří, je nutné se během života připravovat na očekávané změny, které postihnou každého z nás, i přesto, že je vědecky dokázáno, že každého v jiné míře. Průběžnou přípravou tím eliminujeme negativní dopady na náš vlastní život, ale i našeho okolí.

Mezi tyto oblasti přípravy patří například dobře fungující rodina, která má pevné vazby a pouta mezi sebou, na kterou se za všech i negativních okolností mohou spolehnout a obrátit.

V současném nestabilním ekonomickém období je velmi důležitá finanční příprava a zabezpečení se na stáří. Tuto myšlenku a následně realizaci je třeba důkladně promyslet již v začátku produktivního věku. V období stáří je již pozdě pomýšlet na ekonomickou přípravu, protože současná politicko-ekonomická situace seniorům neumožňuje po finanční stránce plnohodnotný, bezstarostný život. Senioři jsou ohroženou skupinou, která nemá žádné jistoty v oblasti ekonomického zajištění. To vede k prohlubování jejich nejistoty, bezradnosti a pocitu nepotřebnosti v naší společnosti. I toto je jeden z důsledků psychické nepohody v jejich mysli a následných reakcí k okolí (Mlýnková, 2011, s. 17-19).

Ve stáří, po odchodu do starobního důchodu, senioři najednou zjišťují, kolik volného času mají. Při každodenních povinnostech, které provázely jejich pracovní a rodinné vytížení, kdy se byli nuceni podřizovat reálnému časovému vytížení, nebylo v jejich možnostech přemýšlet o dostatku volného času, kterého najednou mají nadbytek. Pokud během života neměli žádné zájmy, koníčky nebo nějaké oblíbené činnosti, jsou opět v pozici nepotřebnosti společnosti. Pro prevenci tohoto stavu je důležité aktivně přemýšlet a realizovat své volnočasové aktivity již v průběhu svého života. To neznamená, že se každý musí aktivně něčeho zúčastňovat, ale i pasivní aktivity jsou velmi důležité pro pohodové zvládnutí období stáří (Malíková, 2010, s. 21-22).

2.3 Zvláštnosti chorob ve stáří

Jak je již výše zmíněno, chorobami ve stáří se zabývá vědní disciplína zvaná geriatric. Ve stáří stoupá nemocnost a úmrtnost. Toto je fakt, který je vědecky i logicky podložen. Příčinou většinou bývá primární onemocnění, ke kterému se v důsledku změn, probíhajících fyziologicky v tomto období, přidruží sekundární komplikace, které ve většině případů mají fatální dopady na celkový průběh onemocnění a kvalitu života seniora.

Multimorbidita je charakteristický znak nemocí u seniorů, znamená výskyt několika onemocnění současně, tím dochází k vzájemnému negativnímu ovlivňování jedné choroby druhou, vzniká větší pravděpodobnost výskytu vedlejších komplikací a vzniku takzvaných řetězových reakcí (Jedlička a kol., 1991, s. 34).

Chronická onemocnění je skutečnost, že řada onemocnění vyskytujících se ve stáří způsobuje větší nakupení různých poruch a onemocnění a pro jednotlivou diagnostiku je potom důležité a zásadní vyhledat to základní onemocnění, které bylo spouštěčem ostatních. Pokud nedojde k úplnému vyléčení nebo k prodlouženému léčení, přechází akutní stav do chronického stadia a to je typický a charakteristický stav onemocnění ve stáří (Jedlička a kol., 1991, s. 34).

Změněný klinický stav je dalším aspektem zvláštností symptomatologie. U seniorů u akutních chorob je většinou deficitní bouřlivý začátek vzniku onemocnění a často také nacházíme neúplnou formu onemocnění, bolest bývá mnohem mírnější, tělesná teplota je nižší, příznaky onemocnění jsou seniory v důsledku změněné osobnosti jinak hodnoceny, někdy jsou bagatelizovány, jindy zase hypochondrizovány. Tyto modifikované projevy způsobují opoždění diagnostiky onemocnění a tím i její horší účinek léčby (Jedlička a kol., 1991, s. 35).

Průběh onemocnění bývá odlišný od typického, známého průběhu. Většinou je provleklejší, úpomější, nereaguje dostatečně na příslušnou léčbu (Jedlička a kol., 1991, s. 35).

Komplikace bývají velmi častým doprovodným projevem základního onemocnění. Objevují se bez přímého kauzálního vztahu ke stávajícímu onemocnění, ale svou závažností překrývají a ovládají klinický obraz nemoci. K nečastějším a nejzávažnějším komplikacím patří zejména poruchy vodního a elektrolytového hospodářství, akutní amentní stavy, poruchy mikce, poruchy defekace, imobilizační syndrom a dekubity (Jedlička a kol., 1991, s. 35).

Zvláštnosti farmakoterapie jsou u seniorů modifikovány již od samého začátku onemocnění. Multimorbidita vede k polypragmazonii a s tím souvisí častější výskyt nežádoucích účinků farmak. Také farmakokinetika sebou přináší zvláštnosti terapie seniorů, jedná se hlavně o vstup léku do organismu a jeho resorpci, transport léku, metabolismus léku, vylučování léku, reakci organismu na lék a interakci podávaných léků (Jedlička a kol., 1991, s. 34 - 38).

Proto je nutné při vzniku onemocnění u seniorů dbát zvýšené pozornosti při získávání anamnestických dat, trpělivě a pozorně naslouchat potřebám seniora a nebagatelizovat jeho vzniklé problémy.

3 Lidské potřeby

3.1 Teorie potřeb člověka

Každý jedinec ve společnosti zaujímá své vlastní, individuální postavení. Jako lidé jsme vybaveni schopnostmi a potřebami, které jsou pro lidský druh společné a přesto rozdílné. Člověka musíme brát jako holistickou osobnost, která má jednotlivou funkčnost, ale spojenou v celek. Z tohoto důvodu jsem se v předchozí kapitole věnovala typickým změnám v celkové osobnosti každého jedince, zvláště v seniorském věku. Je prokázáno, že v holistickém pojetí osobnosti člověka záleží na projevech změn, které ho v průběhu života doprovázejí a zároveň na uspokojování jeho potřeb, které jsou velmi důležitou součástí našeho života (Výrost et kol., 2008, s. 150 – 152).

V pojetí holismu je lidský organismus integrovaná, organizovaná jednota. Koncepce holismu zdůrazňuje skutečnost chápání člověka jako celek v jeho bio-psychosociální a duchovní jednotě. Za základní souhrn znaků holistického přístupu k teorii osobnosti je možné považovat vyjádření: *normální osobnost charakterizuje jednota, integrace, konzistentnost, propojenost jednotlivých subsystémů; nejdůležitější je potřeba sebeaktualizace, tj. realizace základního potenciálu pro zdravý růst a vývoj*. Potřeby jednotlivce musí být v rovnováze, porucha jedné části celku vede zákonitě k poruše jiné části, popř. celého systému. Identifikace bio-psycho-sociálních a duchovních potřeb, plánování, implementace a hodnocení poskytnuté péče však vyžaduje určitou vnímavost v posuzování jednotlivce v kontextu rodiny, komunity, kultury a prostředí. Holistická ošetrovatelská péče akceptuje jednotlivce (rodinu, komunitu) jako integrální součást komplexní péče v rámci ošetrovatelského procesu. Zahrnuje výchovu ke zdraví podporu a udržování zdraví, prevenci nemocí, navrácení zdraví a rehabilitační péči.

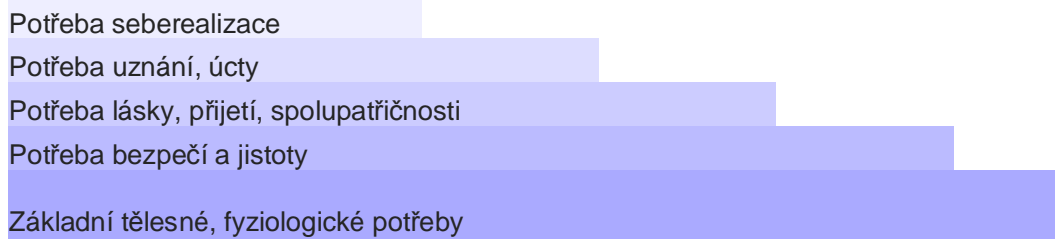
V lidském životě je na prvním místě uspokojování takzvaných potřeb. Touto myšlenkou se již v 19. století zabývali mnozí psychologové, například Henry A. Murray, který třídil potřeby na manifestní a latentní. Manifestní potřeba zahrnuje činnost, která je skutečná, objektivizovaná, předchází jí většinou vědomý záměr. Latentní potřeby jsou jen částečně objektivizované – mohou mít formu tužeb a přání individua (Trachtová et. al., 1999, s. 12).

Jedním z nejvýznamnějších a nejvíce uznávaným byl Abraham Herold Maslow, který ve své teorii propojil hodnoty člověka s biologickými a psychologickými potřebami do jednoho celku.

3.1.1 Maslowova teorie potřeb

Americký humanistický psycholog Abraham Herold Maslow (1908 – 1970) vypracoval hierarchickou teorii lidských potřeb. Za hlavní princip lidské motivace pokládal uspořádání potřeb podle jejich naléhavosti. Člověk je bytost s potřebami a dosahuje zřídka stavu plnějšiho uspokojení, vyjma krátké doby. Jakmile je jedna uspokojena, staví se na její místo druhá. Zastával názor, že všichni lidé se rodí s instinktivními potřebami, které motivují chování jednotlivce a jsou podmínkou udržení tělesného a duševního zdraví. Maslow ovlivnil ošetřovatelství zejména kategorizací lidských potřeb a problematikou sebeaktualizace. Vytvořil teorii motivace, ve které jsou mnohotvárné lidské potřeby hierarchicky uspořádané. V zásadě rozeznává potřeby „základní – vývojově nižší“ (potřeby fyziologické, psychosociální) a „vývojově vyšší, tzv. potřeby růstu“ (potřeba seberealizace). Všechny potřeby uspořádal podle naléhavosti do pěti úrovní a zhodnotil je podle významu pro přežití; potřeby na nejnižší úrovni je nutné uspokojit dříve, až potom je možné uspokojovat potřeby na následující úrovni (např. fyziologické potřeby před bezpečnostními). Lidé usilují uspokojovat svoje potřeby na všech úrovních hierarchie, ale dominance potřeb na jedné úrovni se může v různých obdobích života a v konkrétním čase měnit. Potřeba seberealizace, hierarchicky postavená nejvýše, vyžaduje uspokojení všech dalších potřeb. Seberealizující se jedinci musí být všeobecně uspokojeni a duševně zdraví (Maslow, 1970).

V roce 1943 tento americký psycholog definoval potřeby lidského, holistického života. Vytvořil jakousi pyramidu, kde přesně definoval hierarchii potřeb od základních, po takzvané vyšší.



Obr. 1 Maslowova hierarchie potřeb (Maslow, 2014)

Maslow označuje první čtyři kategorie potřeb jako základní. Pátá kategorie je podle něho potřeba pro existenci. Všeobecně lze říci, že pokud nebudou postupně uspokojovány potřeby od těch základních, to znamená nejnižše položené, nemůže být přistoupeno k uspokojení potřeb ve vyšších kategoriích. V celku je známo, že toto tvrzení neplatí všeobecně. Lidé jsou vystavováni nejrůznějším situacím, které mohou promíchat potřeby a jejich uspokojení.

Maslowovu hierarchii potřeb tvoří:

1. Potřeby fyziologické (biologické), které představují základní potřeby organismu. Deficit v těchto potřebách má za následek narušení homeostázy a ovlivnění celkového chování a jednání člověka s cílem odstranit vzniklý nedostatek. V situaci, kdy jsou fyziologické potřeby aktuální, stávají se dominantními a ovlivňují celkové chování a jednání člověka.

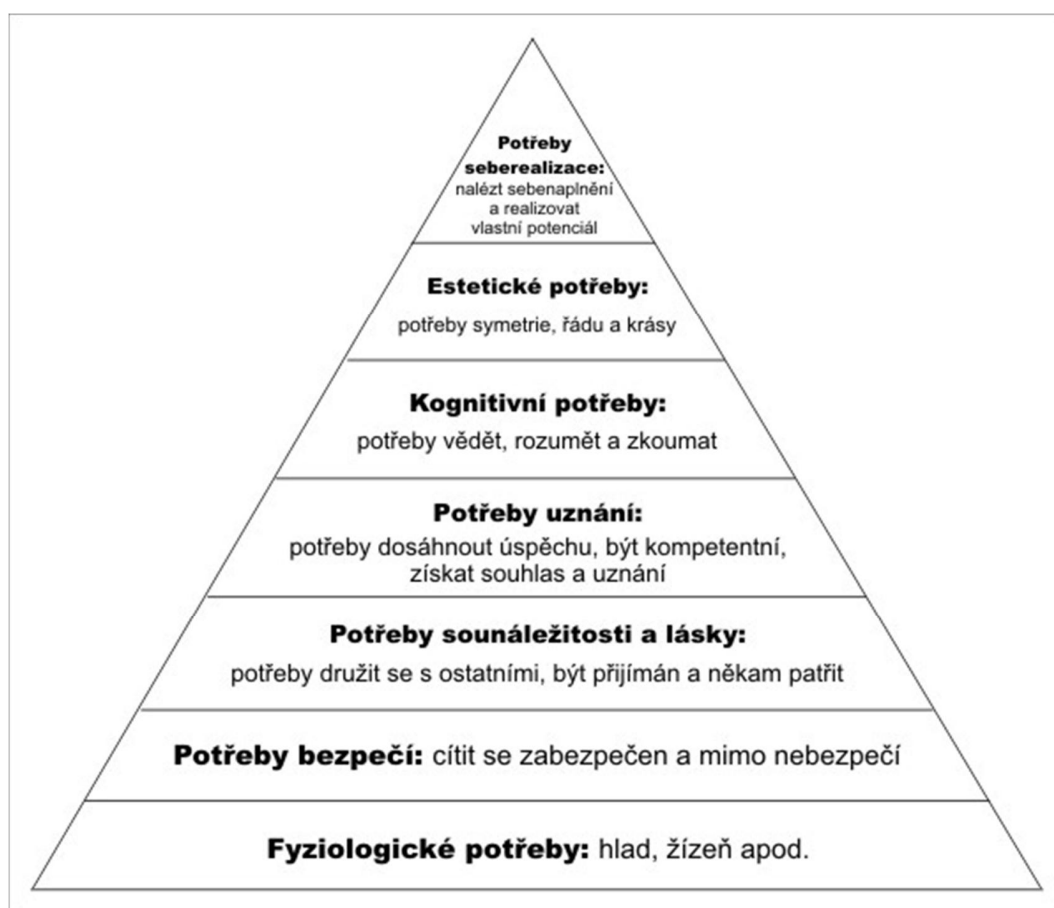
2. Potřeby jistoty a bezpečí, které vyjadřují touhu vyvarovat se nebezpečí a ohrožení. Vyjadřuje touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, osvobození od strachu a úzkosti, potřebu ochrany, ekonomického zajištění. Do středu zájmu vstupují tyto potřeby v situacích ztráty pocitu životní jistoty.

3. Potřeby sounáležitosti a lásky (afiliační), vyjadřují stav jedince. Je to potřeba milovat a být milován, potřeba náklonnosti, sounáležitosti, potřeba být sociálně integrován. Tyto potřeby se stávají aktuálními v situacích osamocení a opuštění.

4. Potřeby uznání a sebeúcty, které vyjadřují přání výkonu, důvěry v okolní svět, touhu po respektu druhých lidí, autonomie, a které vystupují do popředí s cílem získat zpět ztracené sociální hodnoty.

5. Potřeby seberealizace a sebeaktualizace, které projevují tendence člověka realizovat své záměry a schopnosti, člověk chce být tím, kým podle svého mínění může být (Trachtová et al., 1999, s. 14).

Po čase různých průzkumů a hodnocení byla Maslowova hierarchie potřeb dotvořena a samotný Maslow, který se neustále po celý svůj život zabýval osobností člověka jako celkem, tuto pyramidu přehodnotil a rozvětvil do více pater potřeb. Některé potřeby ponechal v základních patrech, ale některé podrobněji rozvětvil a vsadil do vyšších pater a také vytvořil patra nová (Výrost et kol., 2008, s.150).



Obr. 2 Maslowova hierarchie potřeb (Maslow, 2014)

Maslow dále zjistil, že lidé, kteří uspokojují své základní potřeby jsou šťastnější, zdravější, výkonnější, než jedinci s neuspokojenými potřebami.

Starý člověk ztrácí pocit bezpečí. Potřeba bezpečí může mít v pokročilejším stádiu trochu jiné zaměření, než měla dřív. Děje se tak většinou tehdy, když není zcela soběstačný. Potřebuje pomoc a reálně soběstačný není. Staří lidé se už nemusí věnovat mnoha činnostem, které byly nezbytné (např. úklid a nákup), avšak některým mohou aktivity, na které byli zvyklí, chybět. Mnozí na jakékoliv úsilí k aktivitě rezignovali, protože jim chybí motivace. Pocit životní pohody je redukován na saturaci základních potřeb (Vágnerová, 2007, s.458).

3.1.2 Dům životních potřeb

PhDr. Helena Chloubová (1992), se inspirovala Maslowovou pyramidou potřeb, zabývá se hodnotami lidského života, jeho smyslem, potřebami a holistickým bytím jednotlivce ve společnosti. Pro lepší pochopení a bližší vysvětlení holismu u jedince používá "Dům životních potřeb", který je podobně jako u pyramid rozdělen do jednotlivých pater, ve kterých jsou rozmístěny jednotlivé potřeby podle důležitosti. Dům jako celek představuje celou osobnost. Samozřejmě, že ani tento model nelze brát jako jediný, správný a podněcující. Každý z nás má hierarchii potřeb uzpůsobenou jinak, záleží na stylu našeho života, na prostředí ve kterém žijeme a společnosti, která nám dává příklady a vychovává nás.

Jednoznačně lze ale říci, že v modelu Heleny Chloubové, každý z nás najde něco po čem touží, co považuje za důležité a pro co žije. Tím, jak se celý život měníme, jsou pro nás životní situace rozdílné a tím jsou i rozdílné hodnoty potřeb. To, co jsme před několika lety považovali za nepodstatné, je nyní naší prioritou. A v tom je smysl našeho lidského života.

U starých lidí nad 75 let dochází k určitým změnám v životních potřebách oproti mladší a střední generaci. Jednak se mění hodnotová orientace potřeb, v popředí jsou potřeby zdraví, klidu, bezpečí a spokojenosti. Staří lidé jako by se vraceli z výšek Maslowovy pyramidy k jejím základům. Pomyslné domy životních potřeb nejsou u starých lidí tak vysoké, mají méně pater, méně místností, protože potřeby seberealizace a sebeaktualizace jsou převážně saturovány. Starým lidem stačí menší a účelné domky, s pevnými základy

fyziologických potřeb. Zůstávají a jsou zvýrazněny potřeby fyziologické a z psychosociálních potřeb jsou to především komplexy potřeb bezpečí, jistoty, lásky a sounáležitosti. Staří lidé preferují z fyziologických potřeb jídlo, mají problémy s vyprazdňováním, chtějí více spánku a odpočinku, být bez bolesti, mít teplo a pohodlí, zatímco fyziologické potřeby – hydratace, aktivity a hygiena jsou v pozadí nebo je staří lidé vůbec nepocítují (Mlýnková, 2011, s. 48).

3.2 Psychosociální potřeby

Tyto potřeby vznikají adaptací člověka na okolní prostředí. Jsou vysoce individuální. Vytvářejí se již od narození, postupně s vývojem člověka se zdokonalují, přizpůsobují se prostředí a snaží se v maximální míře ochránit jedince před možným, vzniklým nebezpečím. Jsou závislé na věku, pohlaví, genetické vybavenosti jednatelce, jeho charakterových vlastnostech, ale také na prostředí, které ho obklopuje od narození.

Prostředím se rozumí rodina, etnika, komunita a náboženství. I když se může zdát, že prostředí je široký, všeobecný pojem, v uspokojení potřeb z hlediska psycho-sociálního hraje velmi důležitou úlohu. Je to vlastně celoživotní příprava jednotlivce k zvládnutí obtížných, stresových situací a budoucí příprava na stáří. Lze říci, že jak se člověk celý život připravuje na jednotlivé situace, jak se snaží s nastalými situacemi a stresy vyrovnávat, tak bude ve stáří žít (Mlýnková, 2010, s. 91-92).

Senior je ve svém věku ohroženou skupinou nejen z hlediska většího výskytu zdravotních problémů, ale hlavně z pohledu psycho-sociálního. Najednou si začíná uvědomovat, že praktické a jednoduché věci, které ještě před časem zvládal jednoduše, mu dělají obtíže, začíná být společností na obtíž, protože již nemá dostatek fyzických sil a společnost spíše využívá než jí přináší. V médiích je tato skutečnost ještě navíc prohlubována, a tím se senioři dostávají do nezáviděníhodné situace, kdy je jim téměř vyčítáno, že obírají státní pokladnu o finanční hotovost ve formě výplaty důchodu. Nikdo z nás si ani neuvědomuje, že tato situace bývá pro seniory velmi deprimující a je také součástí devastace seniorovy duše (Vágnerová, 2007, s. 59-60).

3.3 Uspokojování potřeb seniorů dle Hendersonové

Hendersonová vytvořila koncepční model postavený na uspokojování lidských potřeb, zaměřených na seniory. Tvrdí, že potřeby seniorů jsou ovlivňovány kulturou, individualitou a proces uspokojení těchto potřeb je prováděn nejrůznějšími způsoby, z nichž ale nikdy nejsou dva stejné. To znamená, že se i senior stále mění, zdokonaluje nebo naopak zaostává, ale to je vše přirozenou součástí našeho života. V momentě objevení se nějakých problémů, ať již zdravotních nebo sociálních, zapojí se do procesu další zainteresované osoby z oborů zdravotnictví nebo sociální oblasti, kteří se snaží podat pomocnou ruku.

Viktoria Hendersonová definovala 14 principů základní ošetrovatelské péče, na které je třeba se při poskytování péče zaměřit:

1. pomoc pacientovi s dýcháním,
2. pomoc při příjmu potravy,
3. pomoc při vyměšování,
4. pomoc při udržení žádoucí polohy,
5. pomoc při odpočinku a spánku,
6. pomoc používat vhodný oděv, pomoc při oblékání, svlékání,
7. pomoc při udržování tělesné teploty v normálním rozmezí,
8. pomoc při udržování čistoty a upravenosti těla, ochrana kůže,
9. ochrana nemocného před nebezpečím z okolí,
10. pomoc při komunikaci nemocného, při vyjádření jeho pocitů a potřeb,
11. pomoc při vyznávání víry, akceptování jeho pojetí dobra a zla,
12. pomoc při produktivní (pracovní) činnosti nemocného,
13. pomoc v odpočinkových (zájmových) činnostech,
14. pomoc nemocnému při učení

Jednotlivé kategorie potřeb u seniorů jsou dále podrobněji rozpracovány (Henderson, 1966).

3.3.1 Dýchání

Dýchání je základní biologickou potřebou, její uspokojení si ani neuvědomujeme, ale neuspokojením je člověk ohrožen na životě. Dýchání je úzce spojeno s pocity člověka, jeho porucha postihne jedince celkově. Dojde-li u člověka k poruše dýchání, objevuje se u něho úzkost a strach ze smrti. K uspokojení potřeby dýchání je nutná správná funkce respiračního a kardiovaskulárního systému (Tomagová et al., 2008).

U seniorů je velký předpoklad toho, že trpí nedostatkem pohybu. V momentě nějakého přidruženého onemocnění u nich dochází k pocitu, že se nemůžou pohybovat, protože je vše bolí a mohli by si pohybem ublížit. Tím dochází ke špatné cirkulaci a výměně krevních plynů, v plicích alveolech dochází ke zvýšeným ztrátám elasticity a plicní parenchym je tak více ohrožen mikroby, které způsobují záněty. Tím dochází ke ztíženému dýchání. Proto je vždy nutná spolupráce s fyzioterapeutem, který se snaží podpořit pohyb seniorů (Mlýnková, 2011).

3.3.2 Dostatečný příjem potravy a pitný režim

Příjem potravy je důležitou součástí života člověka. Senior z hlediska celkového úbytku svalové hmoty, která je nedílným zdrojem a zásobárnou bílkovin, je vysoce ohrožen stavem zvaným malnutrice. Je to vlastně onemocnění, které vzniká opět v důsledku imobility seniora. Následkem toho dochází k úbytku svalové hmoty a ztrátě bílkovin, které jsou základní stavební jednotkou všech procesů odehrávajících se v organismu člověka. Následkem tohoto úbytku dochází k prohlubování onemocnění, nehojící se rány a hlavně vzniku dekubitů, které mohou být v ojedinělých případech až příčinou smrti seniora (příloha č. 7).

Ve stáří se mění chuť v důsledku ubývání chuťových pohárků, proto senioři preferují chutně připravené jídlo (Mlýnková, 2011, s. 48).

U každého ohroženého seniora je nutné sledovat jeho příjem potravy. K určení ohroženosti nám slouží hodnotící škály (příloha č. 5, 6).

Biologickou potřebou, která úzce souvisí s potřebou výživy, je potřeba příjmu tekutin. Jejich množství v těle se musí udržovat v rovnováze. Akutní nedostatek tekutin se projevuje žízní, větší ztráty vody vedou k poklesu fyzické i psychické výkonnosti, pocitu

slabosti a nevolnosti. Chronický nedostatek tekutin má za následek stálou únavu a pokles výkonnosti. Při nedostatku tekutin dochází k bolestem hlavy, závratím a nezářídka k poruchám psychiky. Je známo, že ve vyšším věku je často žízeň potlačena a senioři jsou ohroženi dehydratací. Intervencí ze strany sestry by mělo být neustálé vybízení seniora k příjmu tekutin (Tomagová et al., 2008).

Tato fyziologická potřeba ustupuje do pozadí, senioři většinou nemají potřebu příjmu tekutin, z důvodu sníženého pocitu žízně (Mlýnková, 2011, s. 48).

3.3.3 Vylučování

Potřeba vyprazdňování patří mezi základní biologické potřeby. Z hlediska fyziologického zajišťuje pravidelné, přiměřené uspokojování potřeby vyprazdňování rovnováhu v organismu. Vyprazdňování zasahuje intimní sféru člověka, lidé mají zábrany o problémech s vyprazdňováním mluvit. Důležité je vést rozhovor velmi citlivě a s respektem, pokládat co nejpřesnější otázky tak, abychom zjistili nepostradatelné informace. Vedle biologického hlediska vyprazdňování je nutné se zmínit o aspektech psychosociálních. Dostatečné vyprázdnění navozuje pocity libosti a spokojenosti. Pokud tato potřeba není uspokojena, mohou se vyskytovat obtíže po stránce somatické – bolest břicha, nadýmání, inkontinence a po stránce psychické, - napětí, nervozita, špatná nálada, úzkost nebo strach. Tyto příznaky se zhoršují s věkem a starý člověk je prožívá mnohem intenzivněji, proto je nutné u seniorů dbát na příjem tekutin, jídla, léků a podporovat pohyb. Vážným psychickým problémem, který může vyústit do sociální izolace, je inkontinence moče a stolice. U těchto seniorů je důležitý výběr vhodných inkontinentních pomůcek, zabezpečení adekvátní péče o kůži v oblasti genitálu, neboť hrozí nebezpečí vzniku opruzenin a dekubitů. S potřebou vyprazdňování souvisí potřeba respektování intimity a soukromí. Opakované nerespektování intimity a soukromí u nemocného i zdravého člověka může vést k poruchám v oblasti sebekoncepcí a snížení sebeúcty (Tomagová et al., 2008).

Tato potřeba je ve stáří zvýrazněna a senioři s ní mají veliké problémy. Zácpa a inkontinence moči se v seniorském věku objevují zcela běžně (Mlýnková, 2011, s. 48).

3.3.4 Udržování kondice

Zdravý člověk je schopen zvládnout aktivity denního života bez pomoci jiné osoby. V ošetrovatelství používáme termíny sebezpečí a soběstačnost. Hodnocení sebezpečí a soběstačnosti je základem ošetrovatelské péče a výchozím bodem pro určení priorit a stanovení ošetrovatelského plánu, ale i pro veškeré diagnostické a terapeutické zákroky. Nesprávné stanovení úrovně sebezpečí může být příčinou vzniku komplikací, popř. rozvinutí imobilizačního syndromu. Zásadně je nutné klasifikovat funkční úroveň nemocného tak, aby podporovala jeho nezávislost (Tomagová et al., 2008).

Pohybové ústrojí má kromě podpůrné a pohybové funkce také velký význam v čilé výměně látkové v lidském těle, chrání uložené orgány v tělních dutinách, zabezpečuje celistvost těla. V seniorském věku dochází na tomto ústrojí ke změnám, které nepříznivě ovlivňují jeho kvalitu i kvantitu (Jedlička a kol., 1991, s. 89).

Nezbytně nutné je proto seniory co nejvíce motivovat k pohybu. Velký a nezastupitelný význam v tomto procesu mají fyzioterapeuté, kteří jsou speciálně připraveni pro specifické činnosti, které podporují pohybový aparát a v případě nějakého deficitu, umějí poradit, jak s tímto nedostatkem zacházet. Je to velká, titěrná práce, protože senioři jsou velmi citliví, odmítají se většinou pohybovat, protože jakýkoliv pohyb jim dělá značné obtíže a vyvolává u nich bolest. To, že jim personál neustále opakuje, že pokud se nebudou hýbat a budou se bránit pohybu, bude je vše bolet ještě více, nechtějí vůbec slyšet. Proto je důležité takovéto jedince získat na svoji stranu a podporovat je v jejich pílí a mravenčím úsilí. Musíme mít vždy na paměti, že každý, i sebemenší pokus o spolupráci ze strany seniora je velkým úspěchem.

Je proto důležité u každého seniora sledovat jeho schopnost sebezpečí (příloha č. 8).

3.3.5 Odpočinek a spánek

Přirozeným důsledkem fyzické a psychické aktivity člověka je únava. Spánek a odpočinek jsou nezbytné předpoklady pro zachování a udržení tělesného i duševního zdraví. Spánek má pro organismus ochranný a regenerační význam. Spánek a potřeba spánku jsou u každého individuální. Nemocný člověk má větší potřebu odpočinku a spánku než člověk zdravý. Zvýšené nároky na kvantitu a kvalitu odpočinku a spánku je nutné

respektovat. Ve stáří je tato potřeba snížena na šest i méně hodin, velmi často se vyskytují poruchy spánku. Ve stáří bývá spánek přerušovaný, prodlužuje se čas usínání. Na poruchy spánku má vliv psychika člověka, změna prostředí, ztráta partnera, smutek, deprese, somatické choroby, bolest a špatná spánková hygiena. Pokud senior nemůže usnout, sestra by mu měla pomoci zabezpečit klidné prostředí, vhodné osvětlení, vyvětrání pokoje a zjistit rituály, které má před usnutím, pomoci zaujmout navyklou polohu při spánku a vyvolat pocit pohody (Tomagová et al., 2008).

Senioři potřebují více odpočinku a spánku. Spánek je polyfázický, to znamená, že probíhá ve více fázích, nejenom v noci. Senioři spí nebo podřimují i během dne (Mlýnková, 2011, s. 48).

3.3.6 Pomoc při oblékání a svlékání

V této oblasti je senior opět vystaven deprimujícímu procesu. Jeho základní, manuální zručnost je omezena, jemná motorika nefunguje a také se ještě navíc přidružuje proces zapomínání, nesoustředěnosti a špatné rozlišitelnosti. Spousta seniorů nedokáže rozlišit teplotní rozdíly v místnosti a venku. Tím u nich dochází k tomu, že si nejsou schopni adekvátně vybrat oblečení. V zimě jsou ohroženi prochlazením a v létě naopak přehřátím.

Tato potřeba patří také do základních potřeb uspokojení člověka. Z tohoto pohledu proto přistupujeme k hodnocení zvládnutí běžných úkonů (příloha č. 4).

Velké problémy jim také přináší obléci se a hlavně zapínání knoflíků, navlékání punčoch nebo ponožek. Existuje celá řada pomůcek, které pomáhají právě s těmito problematickými pochody. Spousta lidí je nezná, proto je tu personál, který by měl seniory na tyto jednotlivé pomůcky upozornit a doporučit jim je, případně jim pomoci při jejich nákupu. Není tím myšleno, že všeobecná sestra musí jít koupit dotyčnou pomůcku, ale měla by umět poradit seniorovi, kde pomůcku zakoupí, případně zda na ni má nárok přes veřejné zdravotní pojištění a jak v takovém to případě postupovat (Trachtová, 1999, s. 50-53).

3.3.7 Termoregulace

Zdravý organismus zachovává rovnováhu mezi produkcí tepla ve tkáních a jeho ztrátou v prostředí. Povrchová tělesná teplota je výrazně ovlivněná teplotou okolí a její hodnota nemusí být stejná na všech částech těla. Vnitřní teplota je řízena z oblasti termoregulačního centra v hypotalamu. Tělesnou teplotu ovlivňuje věk, schopnost udržování tělesné teploty u novorozenců je snižena, ve stáří termoregulační mechanismy podléhají involučním změnám, snižuje se jejich účinnost a přesnost. Senioři jsou náchylnější na přehřátí nebo podchlazení. Senioři s hypertermií mívají sníženou schopnost v sebeděči a změněnou potřebu udržování čistoty. Důležitými aktivitami sestry u starých lidí je pomoci udržovat tělesnou teplotu ve fyziologickém rozmezí vhodným výběrem oblečení, přikrývek, vykonáváním fyzické aktivity, příjmem tekutin a potravy vzhledem k okolnímu prostředí .

V seniorském věku je proces termoregulace výrazně zpomalen. To sebou nese velká rizika možnosti sebeublížení si. Senior nepocituje v začátku žádné teplotní rozdíly. V momentě, kdy mu začíná být velké teplo, tak se již může jednat o celkové přehřátí organismu a následně s tím spojené riziko celkového kolapsu (Mlýnková, 2010, s. 70-78).

3.3.8 Ochrana a celistvost kůže

Tato oblast sebou přináší rizika poškození celistvosti kůže, která hraje velmi výraznou roli v ochraně vnitřních orgánů. Kůže je vlastně největším orgánem lidského těla, má obrannou funkci a pomáhá při termoregulaci organismu. V momentě jejího poškození zevními nebo vnitřními vlivy, dochází ke změnám celkovým v organismu. Proto je kladen velký důraz na její ochranu a prevenci proti poškození.

Kůže může být poškozena vlivem termickým, tlakovým, metabolickým nebo fyzikálním. U seniorů to bývá nejčastěji poškození fyzikálními vlivy, kdy lidé vyššího věku nejsou schopni udržovat základní hygienické normy. Mívají často problémy s vylučováním moči a stolice, kdy je drážděna pokožka v okolí genitálií a análního otvoru a na hýždích, dále také trpívají deficitem hygienické péče. Nejsou schopni se dostatečně umýt, tím na pokožce ulpívají nečistoty, které nadměrně produkují mikroby a ty likvidují celistvost kůže a dochází ke vzniku infekce, která se šíří do okolí a dále do vnitřních struktur organismu, až dojde k celkové sepsi (Trachtová, 1999, s. 54-55).

Dalším dost závažným problémem u této skupiny lidí je imobilita. Vzniká tím nadměrný tlak na kůži. V těchto oblastech následně dochází zpočátku ke zpomalenému krevnímu průtoku, následně postupujícímu úplnému uzavření cévního řečiště a vzniku dekubitů, které opět mohou být příčinou celkové sepse a selhání organismu.

Ze strany personálu je důležitá hlavně prevence před těmito možnými komplikacemi. Na místě je nutná edukace o možných problémech a pokud již tento stav nastal, tak okamžité řešení ve spolupráci s lékařem.

3.3.9 Ochrana před okolím

V naší společnosti je bohužel nastavena bezpečnost lidí až na posledním místě. V současné politické situaci dochází ke zneužívání pravomocí, lidé jsou k sobě lhostejní a snaží se zneužívat druhé ve svůj vlastní prospěch. Seniori jsou opět rizikovou skupinou.

Většina současných seniorů prožívala období svého vývoje v době, kdy si mohli navzájem věřit a nebyli finančně zneužíváni. To jim zůstalo i do období stáří. Bohužel v současné době je spousta lidí, kteří se snaží získat co nejvíce finančních obnosů a je jim jedno, za jakou cenu. Mladší populace již v tomto světě žije a je připravena čelit těmto nástrahám, ale senior je snadnou kořistí pro nepoctivce. Seniori si totiž vůbec nepřipouští, že by to s nimi někdo mohl myslet špatně. Vždyť oni nikomu nic zlého neudělali, tak proč by jim chtěl někdo ubližovat? To je jejich ideologie. A i přesto, že již byli třeba několikrát zneužiti, že v médiích je neustále připomínáno a ukazováno, jak se někteří občané chovají k seniorům a je jim doporučováno, co mají dělat, jsou stále naivní a bezbranní proti těmto nepoctivcům (Čevela et kol., 2012, s. 90-93).

3.3.10 Pomoc při komunikaci s ostatními a okolím

Verbální i nonverbální komunikace je pro seniory v jejich letech obtížnou situací. Vzhledem k deformaci sluchových a zrakových receptorů dochází k izolaci seniorů. Mají totiž velké problémy se dorozumět. Většinou trpí nedoslýchavostí, která je izoluje od prostředí. Spousta lidí si nepřipustí, že by porucha mohla být na jejich straně, zlobí se na okolí, že je nevnímá, že jim nerozumí. a že se je snaží zesměšňovat a podceňovat. Přitom je

chyba u nich samotných, protože nejsou schopni zaznamenat sluchové informace a stydí se za to.

Personál by se měl na takovéto seniory zaměřit a vhodným způsobem jim doporučit možné a vhodné kompenzační pomůcky. Opět je zde na místě edukace, a to nejen samotného seniora, ale i jeho rodiny. Tato potřeba může být hůře uspokojena, protože ubývá známých a přátel nebo životní partner zemřel (Mlýnková, 2011, s. 49).

3.3.11 Vyznání vlastní víry

Většina lidí vyššího věku má svoje vlastní přesvědčení, svoji víru. Dříve byla uznávaná pouze katolická víra, ostatní náboženství byla zamítána. V současnosti je dostupných spousta náboženství. Každý člověk má právo na vyznání, ale zároveň i nevyznání. Pokud senior zastává nějakou víru, měli bychom ho v rámci jeho uspokojování celkových potřeb podporovat. Tato podpora je velmi důležitá především u lidí, kteří trpí nějakými nevyлéčitelnými chorobami a je také nedílnou součástí podpory při umístění v zařízení sociálních služeb. Je to velká vazba a pouto seniora a jeho vyznání. Má se na koho obrátit, a kde hledat oporu a pomoc (Malíková, 2010, s. 269-273).

Senioři v závěrečné fázi svého života bilancují, hodnotí svůj dosavadní život a kladou si otázky o smyslu svého života. Přemýšlí, zda splnili všechno, co si kladli za úkol a cíl. Stává se, že na mnohé otázky nemají odpověď. Potřebují se svěřit se svými myšlenkami někomu, kdo aktivně naslouchá a poskytuje prostor k tomu, aby odpovědi na otázky našli sami v sobě. Pečující také mohou plnit roli prostředníka a v případě potřeby mohou duchovního na žádost klienta zavolat (Mlýnková, 2011, s. 50 - 51).

3.3.12 Aktivizace seniora v průběhu dne

Senior má sklony k nadměrnému odpočinku. Ten je samozřejmě důležitý, ale aktivizace v průběhu dne má také svoje opodstatnění. Člověk, který zůstane sám, bez zájmů, zálib a koníčků, je ochuzen o celkový pocit blaha a sebeuspokojení. Spousta lidí sice namítá, že celý život pracovali a nyní chtějí pouze již odpočívat, že si to zaslouží, ale neuvědomují si, jak si tímto sami ubližují. Aktivita je sice někdy obtížná věc, ale pokud se jí člověk

zúčastní, tak je v závěru na sebe pyšný, že dokázal něco, co se mu vůbec zpočátku nechtělo a ještě navíc získal třeba i nové přátele a známé.

Personál by měl podporovat aktivitu všech seniorů. Samozřejmě, že je důležité vždy správně odhadnout aktuální stav seniora. Nedílnou součástí je získat informace o celkovém životě dotyčného, jaké měl zájmy, co ho vůbec nebavilo, abychom předešli možným nepříjemnostem a neshodám. Pro nás je důležitá spokojenost seniora (Malíková, 2010, s. 262-265).

3.3.13 Forma relaxace

Relaxace navazuje na aktivizaci, kdy po nějakých činnostech je důležitý odpočinek. Každý z nás relaxuje jinou formou. Během správné relaxace by mělo dojít k obnovení a regeneraci celkového stavu člověka. Senioři potřebují více času na regeneraci, proto jim aktivizační činnosti nabízíme v přiměřené míře a délce tak, aby následná relaxační doba byla adekvátní a dostatečná.

Relaxaci se nejčastěji snažíme provádět v místnostech tomu uzpůsobených, například vybavených vhodným nábytkem, malbou, příjemnými doplňky. Místnost by měla být dostatečně prosvětlená, vyvětraná a v okolí by neměly být rušivé elementy.

Je opět důležité zjištění, jak by si samotný senior představoval prostředí pro relaxaci a také jakou formu. Někdo relaxuje aktivně, jiný zase pasivně.

Relaxaci seniora lze také pojmout formou uspokojení intelektuálních potřeb. Tyto potřeby lze podporovat prostřednictvím univerzity třetího věku a jinými vzdělávacími programy a kurzy. Celoživotní vzdělávání má pozitivní důsledky pro mentální svěžest ve stáří. Pro tyto osoby jsou také určeny projekce filmů v dopoledních hodinách, aby se diváci mohli vyhnout přeplněným sálům a frontám na vstupenky. Filmy jsou nabízeny za snížené ceny a jsou vybírány pro tuto věkovou kategorii (Mlýnková, 2011, s. 49 - 50).

3.3.14 Využívání dostupných sociálních a zdravotnických služeb

V naší společnosti je kladen velký důraz na dostupnost sociálních služeb. Bohužel musím konstatovat, že dostupnost zdravotnických služeb je na slabší úrovni. V důsledku špatného financování zdravotnických zařízení se snižují počty zaměstnanců v nemocnicích, pohotovostní služba se koncentruje do větších míst a následně tím není pokrytá rychlá dostupnost lékařské péče. Z vlastní zkušenosti také mohu konstatovat, že zdravotní péče o seniory není na úrovni, která odpovídá standardům. Většina lékařů, kteří vidí rok narození seniora, se nesnaží mu nabídnout specializovanou zdravotní péči, ale spíše naopak provedou ten nejzákladnější postup a tím pro ně léčba končí.

Zdravotnická péče je pro všechny naše občany bezplatná a je rozdělena na část ambulantní a část lůžkovou. V rámci projektu péče je dále rozdělena na primární, sekundární a terciární péči.

Sociální služby jsou naopak v tomto kroku rozvinutější a propracovanější. Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování. Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí (ČESKO, 2006, § 33).

Senioři tak mají jistotu, že v případě vzniku jejich neschopnosti se o sebe postarat, můžou podle svých možností zažádat o finanční podporu - příspěvek na péči. Posuzování příspěvku na péči se odvíjí od zákonem stanovených norem (příloha č. 9).

Příspěvek na péči (dále jen „příspěvek“) se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci podle tohoto zákona při zvládnutí základních životních potřeb osob. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu (ČESKO, 2006).

Senioři prožívají strach z onemocnění, ztráty životního partnera, závislosti na pomoci druhých. Dominuje zde potřeba jistoty a bezpečí, včetně ekonomických jistot. Mnozí senioři se těžko smiřují s tím, že budou závislí na přítomnosti a ochotě pečovatелů. Nejistota se také objevuje tehdy, jestliže má senior dostatek informací o svém zdravotním

stavu, o plánovaných vyšetřeních. Proto je nutné seniorům trpělivě vysvětlovat, jak bude probíhat ošetření rány, kdy přijde lékař a tak podobně (Mlýnková, 2011, s. 49).

4 Zařízení sociálních služeb

4.1 Vymezení pojmu sociálních služeb

Sociální službou se rozumí pomoc v případě, kdy se jedinec dostane do nějaké nepříznivé sociální situace, kterou může být například rozvoj onemocnění, úraz, neschopnost postarat se sám o sebe nebo neschopnost okolí postarat se o jedince. Tyto situace se nemusí týkat pouze seniorů, ale ve výše uvedených souvislostech tyto sociální služby zaměřují právě na pomoc seniorům.

Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob (Česko, 2006, § 2).

Sociální službou je činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení, *nepříznivou sociální situací* se rozumí oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením,

dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem je zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok, a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnutí základních životních potřeb,

přirozeným sociálním prostředím je rodina a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost, a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity,

sociálním začleňováním je proces, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitostí a možností, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný,

sociálním vyloučením je vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace,

zdravotním postižením tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby (Česko, 2006, §3).

4.2 Poskytovatelé sociálních služeb

Sociální služby jsou poskytovány podle Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Podle druhu poskytování sociální péče rozlišujeme několik typů těchto služeb. Základním rozdělením je sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Poskytování sociálních služeb může být formou pobytovou, ambulantní nebo terénní.

Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb, ambulantní služby jsou služby, za kterými dotyčná osoba dochází nebo je doprovázena a součástí této služby není ubytování a terénními službami se rozumí služby, které jsou dotyčné osobě poskytovány v jejím přirozeném prostředí, kam za osobou dochází pracovník.

Pro poskytování sociálních služeb se zřizují tato zařízení sociálních služeb:

- centra denních služeb,
- denní stacionáře,
- týdenní stacionáře,
- domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- domovy pro seniory,
- domovy se zvláštním režimem,
- chráněné bydlení,
- azylové domy,
- domy na půl cesty,
- zařízení pro krizovou pomoc,
- nízkoprahová denní centra,
- nízkoprahová zařízení pro děti a mládež,
- noclehárny,
- terapeutické komunity,
- sociální poradny,
- sociálně terapeutické dílny,
- centra sociálně rehabilitačních služeb,
- pracoviště rané péče,
- intervenční centra (Česko, 2006, § 32- 34).

Každé zařízení sociálních služeb je povinno ze zákona zpracovat střednědobý plán rozvoje sociálních služeb strategický dokument obce nebo kraje schválený na dobu 3 let, který je výsledkem aktivního zjišťování potřeb osob na území obce nebo kraje a hledání způsobů jejich uspokojování s využitím dostupných zdrojů; jeho obsahem je souhrn a výsledky podkladových analýz a dat, popis způsobu zpracování plánu včetně vymezení spolupráce s obcemi, s poskytovateli sociálních služeb a osobami, kterým jsou sociální služby poskytovány, popis a analýza dostupných zdrojů a potřeb osob, kterým jsou sociální služby určeny, včetně ekonomického vyhodnocení, strategie zajišťování a rozvoje sociálních služeb obsahující popis budoucího žádoucího stavu a opatření, jejichž

prostřednictvím by mělo být tohoto stavu dosaženo, povinnosti zúčastněných subjektů, postup sledování a vyhodnocování plnění plánu včetně způsobu, jakým lze provést změny v poskytování sociálních služeb a způsob zajištění sítě sociálních služeb na území kraje; střednědobý plán rozvoje sociálních služeb může být doplněn akčními plány zpracovanými na období jednoho roku, které vycházejí ze střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb sítí sociálních služeb, které v dostatečné kapacitě, náležitě kvalitě a s odpovídající místní dostupností napomáhají řešit nepříznivou sociální situaci osob na území kraje a které jsou v souladu se zjištěnými potřebami osob na území kraje a dostupnými finančními a jinými zdroji; síť sociálních služeb je součástí střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb kraje (Česko, 2006, §3).

5 Kvalita života

5.1 Pojem kvalita života

Kvalita života je složitý a velmi široký pojem. Je těžko uchopitelný pro svou multidimenzionalitu a komplexnost. Dotýká se pochopení lidské existence, smyslu života a samotného bytí. Zahrnuje hledání klíčových faktorů bytí a sebepochopení. Zkoumá materiální, psychologické, sociální, duchovní a další podmínky pro zdravý a šťastný život člověka. Komplexní pohled na život postihuje jak vnější, tak i vnitřní rozměry člověka (Payne, 2005, s. 70-83).

Pojem "kvalita života" se v poslední době stal diskutovaným pojmem v mnoha vědních oborech. Samotný pojem "kvalita" je odvozený z latinského slova "qualis", který znamená "jakost". Vyjadřuje se tak charakteristický rys toho, o čem se hovoří, čím se daný předmět odlišuje od jiného předmětu. Ve spojitosti se životem jde o to, jak se vyznačuje život toho-kterého jedince v porovnání se životem jiných, a to z pohledu historického nebo přítomného okamžiku (Křivohlavý, 2001, s.460).

Podle Gurkové a Žiakové (2009, s. 32-37) koncept kvality života nemá doposud všeobecně akceptovanou definici, metodologii a stává se předmětem mnohých interpretací, interdisciplinárních rozprav bez jednoznačného výsledného, všeobecně přijatého konsenzu

v jeho konceptualizaci. Navzdory tomu všemu získal koncept kvality života v jednotlivých vědních disciplínách své nezastupitelné místo, které je různými přístupy napadáno a vyzdvihováno zároveň. Na jedné straně lze zaznamenat expanzivní nárůst studií, vědeckých publikací věnujících se této problematice a s ním spojený vývoj širokého spektra nástrojů měření kvality života. Na druhou stranu tak zákonitě přibývají komplexnější vymezení, koncepce a modely, které se týkají tohoto fenoménu. To vede k nabalování a používání dalších, příbuzných termínů, které je nemožné uvést do souladu.

Vymezení pojmu kvalita života není tak jednoduché. Jedná se totiž o multidimenzionální fenomén. Má svůj poměr biologický, neurofyziologický, psychologický, sociální, ekonomický, kulturní, etický, estetický a podobně. V konkrétním životě může být některý z faktorů dominantní, anebo může být úplně potlačený. Pojem kvality života není možné objasnit bez axiologického pohledu, protože kvalita života závisí na hledání hodnot v životě člověka (Mühlpachr, 2005, s. 166).

Z psychologického hlediska je kvalita života spojena s pojmem osobní pohoda (well-being). Lze říci, že "well-being" je hodnocením kvality života jako celku. Jedná se o dlouhodobý stav, ve kterém je reflektována spokojenost jedince s jeho životem. Osobní pohoda musí být chápána a měřena prostřednictvím svých komponent kognitivních (životní spokojenost, morálka ve smyslu mravních zásad) a emočních (pozitivní emoce, negativní emoce) a vyznačuje se konzistencí v různých situacích a stabilitou v čase (Šolcová, 2004, s. 21).

Ze sociologického pohledu je kvalita života označována jako "kvalitativní parametr lidského života, životního stylu a životních podmínek společnosti" (Mühlpachr, 2005, s. 162).

"V obecné rovině je podle sociologie kvalita života určena především protikladem k objemovým, ekonomickým a se ziskem souvisejícím kritériím výkonnosti a úspěšnosti společenského systému. Na úrovni života jednotlivce bývá kvalita života proti konzumnímu životnímu stylu preferujícím vlastnictví, které samo o sobě nemůže člověka uspokojit a kompenzovat nedostatek, či absenci uspokojování jiných potřeb, zejména duchovního charakteru. Zde kvalita života překračuje rámeček čistě materiálních potřeb, které je možné uspokojit prostřednictvím zboží" (Maříková, 1996, s. 557).

Pojem kvality života se podle Maříkové (1996, s. 557) používá ve čtyřech určeních:

- kvalita života jako *odborný pojem*, zaměřující se na kvalitativní stránky životních procesů a kritéria jejich hodnocení. Zde se vymezení kvality života nejvíce přibližuje vymezením z pohledu medicíny a ekonomie, neboť je posuzována podle indikátorů životního prostředí, ukazatelů zdraví a nemoci, úrovně bydlení, mezilidských vztahů, volného času, možnosti podílet se na řízení společnosti, dále podle osobní a kolektivní bezpečnosti, sociálních jistot a občanských svobod,
- kvalita života jako *programové politické heslo*, obracející pozornost široké veřejnosti k novým úkolům společnosti, přesahujícím materiální úroveň a vojenskou sílu, do politiky jej zavedli v 60. letech 20. století J. F. Kennedy a L. B. Johnson,
- kvalita života jako *sociální hnutí* vznikající z iniciativy ekologických, protikonzumentských a protirasových hnutí,
- kvalita života jako *reklamní slogan*, nabízející pro spotřebitele nové oblasti konzumu, zejména volný čas, cestování, bydlení, vnímání umění a orientující spotřebitele na oblast prestižní, demonstrativní spotřeby (Maříková, 1996, s. 557).

Křivohlavý(2002, s. 163-164) uvažuje o kvalitě života ve čtyřech rovinách:

- *makro-rovina* - tato rovina se zaměřuje na kvalitu života velkých společenských celků, například určité země, kontinentu. Jde tu o hlubší zamyšlení nad QOL (Quality Of Life Assessment) o absolutní smysl života. Problematika QOL se stává součástí základních politických úvah,
- *mezo-rovina* - na této úrovni se jedná o měření QOL v malých sociálních skupinách, například škole, podniku, nemocnici. Nejde tu jen o respekt k morální hodnotě člověka, ale středem zájmu jsou také otázky sociálního klimatu a vzájemných vztahů mezi lidmi, sdílení hodnot, uspokojování nebo neuspokojování základních potřeb každého člena dané skupiny,

- *personální rovina* - tato rovina se soustřeďuje na život jednotlivce. Při hodnocení kvality života zvažujeme subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, naděje. Vzhledem k subjektivitě získaných informací hrají v hodnocení rolí také osobní hodnoty jednotlivce, představy, očekávání, přesvědčení, které mohou vnímání QOL značně ovlivnit,
- *rovina fyzické existence* - předmětem zájmu této roviny je fyzická existence člověka. Jedná se o pozorovatelné chování druhých lidí, které se může objektivně měřit a srovnávat (Křivohlavý, 2002, s. 163-164).

Konstrukt kvality života je měnitelná proměnná, při jejímž měření je třeba zohledňovat faktory ovlivňující prožívání subjektivní pohody. Vymezuje tři faktory, které u jedince ovlivňují jeho subjektivní reflexi objektivních podmínek. Jedná se o životní události a zkušenosti, dále o vliv osobních proměnných a také o vliv kognitivních, adaptačních mechanismů (Gurková, 2011, s. 61).

5.2 Vývoj obsahového pojetí kvality života

Podle řady studií a autorů se pojem kvalita života poprvé objevil již ve 20. letech 20. století v souvislosti s úvahami o ekonomickém rozvoji a o úloze státu při podpoře nižších sociálních vrstev. Diskutován pak byl zejména vliv státních dotací na kvalitu života lidí i na celkový vývoj státních financí. V tomto období se ale kvalitou života rozuměla v podstatě jen materiální životní úroveň určité společnosti (Sociológia 44, 2012, s. 409).

V roce 1935 zavedl Thorndike pojem kvality života také do psychologie. V 50. letech 20. století se kvalita života stala politickým cílem a sloganem v USA a teprve poté se stala předmětem zájmu medicíny. V tomto období byla pak Světovou zdravotnickou organizací nově formulována a rozšířena definice zdraví, kdy zdraví bylo definováno velmi blízce k dnešnímu pojetí QOL = stav fyzické, duševní i sociální pohody (Sociológia 44, 2012, s. 410).

Jak uvádějí Maříková, Petrušek, Vodáková (1996, s. 557), v 60. letech 20. století se pojem kvality života začal stále častěji objevovat i v politických kontextech, politických programech a politických kruzích. V těchto letech se tedy začalo uplatňovat mnohem širší pojetí tohoto pojmu, který byl stále častěji chápán především jako nemateriální dimenze

života. V roce 1968 se pojem kvalita života poprvé objevil i v programovém prohlášení Římského klubu, které usilovalo mimo jiné o odzbrojení, humanizaci světa a zvyšování životní úrovně lidí (Sociológia 44, 2012, s. 410).

V období 70.let 20.století bylo jedním z nejvýznamnějších podnětů pro výzkum QOL značně nahromaděné materiální bohatství v nejvyspělejších státech světa, důsledkem čeho bylo i značné rozšíření konzumního způsobu života. V těchto letech termín zdomácněl i v sociologii, kde jeho používání bylo spojeno se sociologickým trendem a výzkumem. V teoriích rozvíjených koncem tohoto období nebylo pojetí kvality života zpravidla spojováno s ideou žít lépe, ale čím dál častěji s myšlenkou žít jinak (Sociológia 44, 2012, s. 410).

V 80.letech 20.století se kvalitou života začala intenzivněji zabývat sociální psychiatrie, kde se ve většině prací a výzkumů začalo výrazně převažovat pojetí kvality života založené na subjektivním vnímání a hodnocení vlastního života. To ale neznamená, že by objektivistické a materialistické pojetí kvality života z výzkumů zcela vymizelo (Sociológia 44, 2012, s. 410).

Největší rozkvět výzkumy kvality života, životního stylu i hodnotových orientací zaznamenaly ve druhé polovině 90.let 20.století. V dnešní době je pak při zkoumání kvality života pozornost zaměřena zpravidla a převážně na subjektivní aspekty, přičemž jsou hledány zejména takové metody a indikátory, které by změřily pocit štěstí a míru životní spokojenosti. Současné výzkumy subjektivní kvality života se zaměřují na tři hlavní tématické oblasti:

- celková spokojenost se životem
- spokojenost s dílčími oblastmi života - rodina, práce, bydlení, seberealizace, sociální vazby, společenské uznání
- hledání nejvýznamnějších faktorů - podmínění subjektivní pocit kvalitního a smysluplného života (Sociológia 44, 2012, s. 410-411).

5.3 Přístupy ke kvalitě života

Přístupy ke kvalitě života mohou být různé. Záleží na oboru, který se kvalitou života zabývá a také na účelu jeho měření.

I když je stáří zjevně objektivní realitou, jsou jeho vymezení a pojetí, stejně jako nastavení parametrů života ve stáří včetně parametrů penzionování a penzijního pojištění, pojetí očekávatelných potřeb, práv a povinností starších lidí proměnlivým konstruktem, který je výsledkem permanentního přetváření a vyjednávání mezi různými sociálními aktéry a reagování na závažné společenské změny (Čevela a kol., 2012, s. 17).

Z celkových výdajů zdravotních pojišťoven činí 50,8% nákladů na ústavní péči, což je 112 742 mil. Kč a 18,3% nákladů na léky vydané na recepty a zdravotnické prostředky vydané na poukazy, což je 40 691 mil. Kč. Náklady na ústavní péči zahrnují finanční prostředky na pobyt v nemocnici 46,9% = 103 998 mil. Kč, na odborné léčebné ústavy bez LDN 2,6% = 5 785 mil. Kč, LDN 1% = 2 224 mil. Kč, ošetrovatelská lůžka 0,3% = 591 mil. Kč, lůžka hospicového typu 0,1% = 144 mil. Kč. (Zdravotnická ročenka České republiky, 2014, s. 209-210).

5.3.1 Psychologický přístup ke kvalitě života

Z hlediska psychologického přístupu je předmětem pozornosti prožívání, myšlení a hodnocení člověka, potřeby a přání, sebehodnocení, seberealizace, sebeaktualizace. Dále jsou to i negativní jevy, například životní trauma, krize, deprese a poruchy nálad. Dalšími složkami jsou autonomie (možnost rozhodovat a sebeřízení), autenticita (jedinec je sám sebou) a kompetentnost člověka (jeho porozumění světu a možnost ovlivňování) (Mühlpachr, 2005, s. 29).

Kvalitu života pak posuzujeme z hlediska toho, zda je očekávání jedince ve shodě se subjektivně hodnocenou životní realitou (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 29).

5.3.2 Fyziologický (medicínský) přístup ke kvalitě života

Hlavními pojmy, které se objevují v souvislosti s medicínským přístupem jsou kvalita života a zdraví. Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo tělesné chyby (Vokurka, Hugo, 1995, s. 487).

Z hlediska medicínského výzkumu nabízí Světová zdravotnická organizace obsáhlý projekt WHOQOL, který předpokládá, že se na kvalitě života podílí šest oblastí (domén) s různým počtem indikátorů. Jedná se o tyto domény:

- *fyzická stránka* - energie a únava, bolest a nepohodlí, spánek a odpočinek
- *psychická stránka* - představa tělesného schématu a vzhled, negativní a pozitivní emoce, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, pozornost
- *stupeň samostatnosti* - mobilita, každodenní činnosti, závislost na lékařské péči, prácechopnost
- *sociální vztahy* - osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita
- *životní prostředí* - finanční zdroje, svoboda, pocit fyzického bezpečí, zdraví a sociální podpora, možnost získání informací a kompetencí, fyzikální prostředí, doprava
- *spiritualita* - religiozita, osobní přesvědčení (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 27).

5.3.3 Sociologický přístup ke kvalitě života

Kvalitu života lze vymezit z pohledu sociologie vzhledem k životní úrovni, způsobu života a životnímu stylu:

- *životní úroveň* - představuje uspokojení potřeb, kde se na jedné straně objevuje uvědomělá potřeba a na druhé straně uspokojení závisící na možné potřebě. Míra uspokojování potřeb je subjektivní, protože míra kvality života nezávisí na míře uspokojování materiálních potřeb (Tokárová, 2002, s. 13).

- *způsob života* - je kategorií, která charakterizuje život člověka jako celek a zachycuje jeho charakter, obsah a strukturu (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 30). Zakládá se na vzájemném vztahu různých druhů činností lidí a vyjadřuje jejich spoluúčast na tvorbě vztahů mezi nimi. Dále vyjadřuje typické vztahy ve společnosti, vztahy jejich skupin, vrstev, etnik a lidí a zaměření i způsoby jejich činností. Způsob života tedy určují podmínky, tradice, ale i hodnotová orientace (Mühlpachr, 2005, s. 159).
- *životní styl* - míra a způsob zvnitřnění zformovaných norem a zvyklostí ve způsobu života, jako i podíl vlivu osobních fyzických a duševních dispozic, návyků, charakteru, temperamentu, osobních potřeb a zájmů na zaměřenost a způsob činností nebo chování lidí (Mühlpachr, 2005, s. 160).

5.3.4 Ekologický a enviromentální přístup ke kvalitě života

Mezi další aspekty ovlivňující kvalitu života patří ekologicko - enviromentální podmínky, protože přímo ovlivňují život člověka. Život v příznivém životním prostředí je jednou ze základních lidských práv. V poslední době se soustřeďuje pozornost na řešení neustále přibývajících ekologických problémů a krizí. Tento problém se však netýká jenom přírodovědců a techniků, ale celé společnosti. Opatření z její strany by měla směřovat, zejména u vyspělých zemí, k návratu ke skromnějšímu životnímu stylu a to ve snaze zabránit dalšímu poškozování přírodního prostředí (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 34).

Halečka (2001, s. 65-81) uvádí tyto ukazatele QOL jako jednotu ekonomických, politických a kulturních faktorů:

- stav hospodářského systému a jeho dopadu na možnosti aktivního pracovního uplatnění jedinců a tvorbu materiálních a duchovních hodnot
- způsob odměňování práce v souladu s komplexními kritérii její náročnosti a ekonomické efektivity, jako základ zabezpečení životní úrovně a uspokojování základních lidských potřeb
- stav zaměstnanosti a sociálního zabezpečení v případě nezaměstnanosti

- stav zabezpečení zdravé výživy obyvatelstva
- úroveň zdravotní péče
- podmínky pro společenské a pracovní uplatnění osob s postižením
- ochrana životního prostředí
- úroveň péče o rodinu a výchovu dětí a péče dětí bez zázemí
- podmínky pro vzdělávání
- úroveň zabezpečení plnohodnotného života seniorů
- možnosti svobodných společenských aktivit občanů a jejich účast na společenském životě
- úroveň demokracie ve společenských vztazích a politickém systému
- stav bezpečí občanů a ochrana lidského života před agresí a násilím
- úroveň zabezpečení a ochrany lidských práv
- možnosti trávení volného času
- úroveň společenské morálky
- úroveň zabezpečení péče o osoby odkázané na různou formu sociální pomoci (Halečka, 2001, s. 65-81).

5.3.5 Psychoterapeutický přístup ke kvalitě života

Základním pojmem v tomto přístupu je psychoterapie, která je definována jako léčba sekundární prevence, ale i jako profylaxe v primární prevenci poruch zdraví. Uskutečňuje se výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 29).

Psychoterapeutický přístup ke QOL se uplatňuje při rehabilitaci pacientů. Psychoterapeutické postupy jsou kombinovány s jinými rehabilitačními prostředky, například fyzioterapií nebo ergoterapií. Cílem je dosáhnout co nejvyšší možné kvality života, i když je pacient svou nemocí do určité míry omezen. Podstata QOL tkví v rozvoji a naplnění pozitivních možností jedince (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 30).

5.4 Kvalita života seniorů

Jak již bylo výše zmíněno, je kvalita života jev multidimenzionální a z pohledu jedince velmi subjektivní a individuální pojem. Každý člověk důležitost vnímání sebe sama a okolí má nastaveno v jiných dimenzích a prioritách. Jedná se o zcela individuální přístup, který je ale nutné brát holisticky.

Kvalita života má vliv na zdraví a pohodu jedinců v každodenních činnostech a hospodářské a sociální vlivy těchto podmínek vedly k sérii výzkumů na mezinárodní úrovni. Výzkumy kvality života byly realizovány v oblasti veřejného zdraví v mnohých zemích Evropy. V Dánsku a dalších státech Evropy asi 50% populace trpí chronickými chorobami, což má výrazný vliv na kvalitu života. Subjektivní pohoda jako hodnocení života osoby je často vymezovaná prostřednictvím kognitivních a emocionálních reakcí (Hudáková, 2013, s. 37).

S pojmem kvalita života také úzce souvisí například to, jak se pacient bude vyrovnávat se svou nemocí. Vše se odvíjí od faktorů, které si každý jedinec utváří do pomyslné tabulkové priority. U pacientů se většinou jedná o faktory intenzity, trvání a dynamiky klinických symptomů onemocnění, přítomnosti bolesti, prognózy. Proto se dnes ve všech pádech skloňuje pojem kvalita života. Je to především z důvodu potřeby zachytit, popsat či nějak kvantifikovat, jaký dopad má onemocnění, léčba, úroveň zdravotní péče, fyzický a psychický stav pacienta na způsob života a jeho pocit životní spokojenosti (Sestra, 2013, s. 72-74).

Z pohledu seniorské populace kvalitu života ovlivňuje také celá řada faktorů, které se liší od faktorů nemocných lidí v roli pacientů. Mezi faktory, které ovlivňují život seniorů a jsou pro ně prioritní patří následující:

- *zdraví, životní styl a kvalita života* - zdraví je bezpochyby jednou z nejdůležitějších hodnot v životě člověka a to nejen seniora, se zdravím úzce souvisí zdravý životní styl, který by měl být podmínkou důstojného a aktivního stárnutí a kvality života, na jehož naplňování by se měla podílet jak společnost, tak jednotlivci sami. Jedná se především o zdravou životosprávu, tělesnou a duševní aktivitu, účast na společenském a kulturním životě, pěstování koníčků (Křivohlavý, 2001, s. 40).

- *sociální prostředí a kvalita života* - člověk, který stárne se stává postupně závislým na okolí, přibývají mu zdravotní potíže, je většinou více odkázán na podpoře okolí. Nejvíce se spoléhá na svoji vlastní rodinu, ale ta také za některých okolností nemůže seniora zabezpečit tak, aby mu umožnila kvalitní sociální zázemí a podporu. Z tohoto důvodu jsou v našem státě zřízeny sociální služby, které jsou odstupňované podle nutné míry podpory a garantují zkvalitnění a důstojné dožití stáří.
- *hmotné zabezpečení a kvalita života* - v životě člověka hrají finance důležitou roli a v životě seniorů ještě důležitější. Je jasné, že pro seniora, který nemá dostatečné finanční rezervy bude tato hodnota mít vliv na jeho životní úroveň, která bude na nižší přičce než u seniorů, kteří oplývají finančním blahobytem. Je sice známo, že s přibývajícím věkem se snižují materiální nároky jedince na jídlo a oblečení, ale také je známo, že se zvyšuje spotřeba financí na léky, bydlení a různé sociální služby, na které bývají senioři závislí. Jedná se například o terénní sociální služby.
- *pracovní aktivita a kvalita života* - díky pracovním aktivitám člověk zaujímá ve společnosti určitou roli a postavení a začleňuje se do sociální skupiny. V seniorském věku těchto aktivit ubývá a tím se senioři dostávají do situace, kdy se cítí méněcenní, nejsou schopni seberealizace, již nejsou schopni se podílet na vytváření hodnot v rámci společnosti a kvalita života v tomto ohledu pro ně není naplňována. Tím ztrácejí své sebevědomí, ztrácí kontakty z okolí a jsou nuceni se adaptovat na jiný režim, který ale většina nezvládne.
- *zdravotní péče a kvalita života* - senioři bývají častěji nemocní, trpí vleklými, chronickými chorobami a jsou proto nuceni se léčit a užívat léky, které si musí hradit ze svých finančních zdrojů. Onemocnění, kterými trpí je omezují ve vykonávání běžných denních aktivit, nejsou schopni se soustředit na různé akce, častokrát se i za své onemocnění stydí a tím se většinou izolují od okolního světa a uzavírají se sami do sebe.

- *sociální služby a kvalita života* - v současné době je v našem státě kladen velký důraz na sociální služby, které se zaměřují na seniory. Tyto služby jsou nastaveny tak, aby co v největší míře podpořily seniory v jejich dosavadním způsobu života a umožnily jim zůstat v jejich přirozeném prostředí nebo alespoň, pokud není možné je ponechat v přirozeném prostředí, minimalizovaly jejich strádání při přechodu do cizího prostředí a tím jim kvalitně nahradily způsob jejich života.
- *etické principy a kvalita života* - k tomu, aby senioři cítili v naší společnosti svůj život kvalitně, je nezbytné vytvářet podmínky pro respektování jedinečnosti člověka jako takového, uznávat vzájemnou rovnost lidí, respekt k důstojnosti a nezávislosti osobnosti, právo na sebeurčení, právo na soukromí a vlastní volbu, potírání diskriminace a sociální vylučování seniorů ze společnosti (Česko, 2006).

5.5 Nástroje a metody zjišťování kvality života

Nástroje pro měření kvality života jsou rozděleny do dvou skupin a to na obecné a specifické.

- *obecné nástroje* měření QOL zahrnují měření schopností v jednotlivých oblastech a profily zdraví, které jsou zpracovávány jako dotazníky, zjišťující nejdůležitější aspekty QOL jedince. Jsou multidimenzionálního charakteru, pokrývají množství oblastí a mohou být aplikovány na osoby s různým zdravotním stavem nebo druhem nemoci. Využívají se u programů zdravotní péče, průzkumů obecného zdravotního stavu a při porovnávání jednotlivých nemocí. Jejich možným nedostatkem je nízká citlivost v některých oblastech měření a při hodnocení specifických změn (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 52).
- *specifické nástroje* měření QOL se soustřeďují na aspekty, které jsou považovány za klíčové pro danou oblast měření. Ty mohou být specifické pro určitou nemoc, populaci, schopnost nebo podmínky. Výhodou těchto nástrojů je úzká specializace a tedy možnost, oproti obecným nástrojům měření, citlivě zhodnotit danou oblast (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 52).

Křivohlavý (2002, s. 165) uvádí tři základní skupiny metod měření QOL:

1. Metody měření kvality, kde tuto kvalitu hodnotí druhá osoba - *objektivní*,
2. Metody měření kvality života, kde hodnotitelem je sama daná osoba - *subjektivní*,
3. Metody *smíšené*, které jsou kombinací metod typu 1. a 2.

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala kvantitativní šetření pomocí dotazníků subjektivní metodou měření kvality života seniorů.

Dotazník WHOQOL-OLD, který jsem pro svůj výzkum použila, inicioval v roce 1991 Odbor duševního zdraví Světové zdravotnické organizace. Měl překonat a rozšířit dosavadní pojetí kvality života, chápané jako subjektivní hodnocení zdravotního stavu a každodenních činností. Měl naplnit čtyři principy, které se po dvou desetiletích intenzivního rozvoje měření kvality života ukázaly jako nezbytné, a to komplexnost vyplývající z definice zdraví WHO, subjektivnost ve smyslu podchycení vlastního pohledu respondenta, zahrnutí subjektivní důležitosti jednotlivých aspektů života pro respondenta a kulturní relevanci ve smyslu použitelnosti jednoho instrumentu v různém jazykovém a kulturním prostředí (Dragomerická, 2009, s. 11).

Pro výzkum kvality života je charakteristická rozmanitost přístupů vědeckého bádání, přičemž nejčastěji používaným je kvantitativní přístup, který je reprezentován buď použitím standardizovaných generických nástrojů, nebo nově konstruovaných či modifikovaných nástrojů, u kterých je nutné ověřit jejich reliabilitu a validitu (Vachková, Mareš, Ježek, 2014, s. 1).

Dotazník OPQOL-35 (Older People's Quality of Life Questionnaire.) vznikl ve Velké Británii a jeho autorkou je Ann Bowlingová z University College London v Londýně. Dotazník vychází z předpokladu, že kvalita života je multidimenzionální pojem a v originální verzi umožňuje hodnotit kvalitu života pomocí sedmi proměnných.

II. Empirický výzkum

1. Zkoumaný soubor a použité metody

1.1. Předmět výzkumu

Výzkum jsem zaměřila na zjištění kvality života při pobytu v zařízení sociálních služeb, konkrétně v zařízení Domovy Na Třešňovce - domova pro seniory v České Skalici. Pro výzkum jsem si vybrala dva dotazníky WHOQOL-OLD, OPQOL- 35 (OlderPeople's Quality of Life Questionnaire).

1.2. Cíle výzkumu

Cílem mého výzkumu bylo:

- *CÍL 1* zjistit, jak hodnotí jednotlivé domény dotazníku WHOQOL-OLD muži, ženy a obě pohlaví dohromady
- *CÍL 2* zjistit, jak hodnotí jednotlivé faktory dotazníku OPOQOL-35 muži, ženy a obě pohlaví dohromady
- *CÍL 3* zjistit rozdíly v hodnocení domén a jednotlivých faktorů mezi oběma dotazníky z pohledu obou pohlaví dohromady daného souboru
- *CÍL 4* zjistit rozdíl hodnocení domén a faktorů mužů podle věkových skupin obou dotazníků
- *CÍL 5* zjistit rozdíl hodnocení domén a faktorů žen podle věkových skupin obou dotazníků
- *CÍL 6* zjistit hodnocení domén a faktorů z pohledu jednotlivých respondentů

1.3. Metodika výzkumu

Za hlavní metodu výzkumu jsem si zvolila kvantitativní metodu dotazníkové šetření typu uzavřených otázek. K objektivnějšímu porovnání zkoumaných výsledků jsem použila dva typy dotazníků, WHOQOL-OLD (příloha č. 1) a OPQOL-35 (příloha č. 3.)

Oba tyto dotazníky se zabývají kvalitou života seniorů a jsou převzaty ze zahraničí a byly přeloženy tak, aby splňovaly podmínky původního zadání a zároveň se přiblížily konkrétnímu problému seniorů v České republice. Tyto dotazníky patří mezi obecné dotazníky a jsou přímo určeny seniorům a berou v úvahu demografickou proměnnou věk.

Dotazník WHOQOL-OLD zjišťuje svými otázkami tyto domény:

- I. fungování smyslů
- II. nezávislost
- III. naplnění života
- IV. sociální zapojení
- V. smrt a umírání
- VI. blízké vztahy

Dotazník OPQOL-35v české verzi zjišťuje svými otázkami tyto domény - faktory:

- F1 pozitivní hodnocení kvality života
- F2 negativní hodnocení kvality života
- F3 zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity
- F4 nedobrá finanční situace seniora
- F5 samostatnost, nezávislost, hodnocení prostředí, kde žije
- F6 úloha náboženství a víry v životě seniora
- F7 rodina a blízcí lidé

1.4. Charakteristika souboru a technika zpracování výsledků výzkumu

Pro výzkum jsem si zvolila soubor 50 uživatelů - seniorů v sociálním zařízení domova pro seniory v České Skalici, kteří byli ochotni a jejich fyzické a psychické možnosti jim dovolovaly se mnou spolupracovat.

S každým respondentem jsem se nejprve osobně domluvila, jestli by byl ochotný se mnou spolupracovat na mém výzkumu, který je součástí méj bakalářské práce. Vysvětlila jsem mu, že veškeré odpovědi jsou anonymní, že budou použity pouze pro tento konkrétní účel a žádná jeho osobní data nebudou nikde korespondovat.

Pokud s tím respondent souhlasil, v příjemné atmosféře v klidném, ničím nerušeném prostředí jsme společně probrali jednotlivé položky obou dotazníků, a já jsem pod jeho kontrolou zaškrtovala odpovědi. Protože s pochopením některých otázek měli respondenti menší problémy, bylo nutné, abych jim obsah a smysl otázky vysvětlila.

Věkové rozmezí výzkumného souboru se pohybovalo od 65 let až 95 let v poměrném zastoupení mužů i žen s různými diagnózami, kteří jsou umístěni v zařízení sociálních služeb v domově pro seniory v České Skalici.

Každý respondent/ka, vyplnili/y dva dotazníky OPQOL-35 a WHOQOL-OLD. Při zpracování výsledků jsem se nejprve zaměřila na jednotlivé odpovědi respondentů podle kritérií daného dotazníku. Nejprve jsem hodnotila dosažené výsledky z dotazníku WHOQOL-OLD podle jednotlivých domén a podle pohlaví a porovnávala je s hodnotami průměru intervalu normy (Dragomerická, Prajsová, 2009, s. 41).

Dále jsem se věnovala dotazníku OPQOL-35, kde jsem také podle jednotlivých faktorů srovnávala dosažené počty bodů podle pohlaví s počty bodů sedmifaktorového řešení. Následně jsem porovnávala dosažené výsledky mezi oběma dotazníky.

Další fáze výzkumu byla zaměřena na výsledky podle jednotlivých respondentů a v obou dotaznících jsem se zaměřila na porovnání výsledků ve vybraných demografických proměnných (věk, pohlaví). Věkové kategorie mužů a žen jsem roztřídila do tří skupin ve věkovém rozmezí 65-74 let, 75-84 let, 85-95 let. Dalšími uváděnými demografickými proměnnými byl rodinný stav seniorů - viz níže str. 54

V každém grafu je u jednotlivých proměnných znázorněna vyzkoumaná hodnota, která je zprůměrovaná vzhledem ke zkoumanému objemu souboru. Tyto výsledky jsou zpracovány v klíči k jednotlivým typům obou dotazníků.

Výsledky dotazníku WHOQOL-OLD-česká verze (příloha č. 2) a dotazníku OPQOL-35 jsou zpracovány podle získaných a zpracovaných dat. U dotazníku WHOQOL-OLD je hodnocení výsledků interpretováno tak, že čím je více dosažených bodů, tím jednotlivý respondent kvalitněji vnímá danou doménu. U dotazníku OPQOL-35 je to obráceně, to znamená, že čím nižší skóre, tím lépe jsou hodnoceny jednotlivé faktory.

Oba dotazníky respondent hodnotí na pětistupňové Likertově škále, ale u WHOQOL-OLD uděluje body (čím více bodů, tím lépe) a u OPQOL-35 v české verzi (v anglické je to stejné jako u WHOQOL-OLD) jsou přidělovány známky jako ve škole (1 naprosto souhlasím, až 5 naprosto nesouhlasím).

Muži:

• 65-74 let	8%	ženatý	2	8%
• 75-84 let	20%	rozvedený	9	36%
• 85-95 let	22%	vdovec	13	52%
• <u>celkem</u>	<u>50% mužů</u>	svobodný	1	4%
		<u>celkem</u>	<u>25</u>	<u>100%</u>

Ženy:

• 65-74 let	2%	vdaná	2	8%
• 75-84 let	20%	rozvedená	5	20%
• 85-95 let	28%	vdova	17	68%
• <u>celkem</u>	<u>50% žen</u>	svobodná	1	4%
		<u>celkem</u>	<u>25</u>	<u>100%</u>

Výsledky jsem podrobněji rozvedla v níže uložených a popsáných grafech. Soubor respondentů od 1 do 25 tvoří muži a soubor od 26 do 50 tvoří ženy.

K výsledkům dotazníku WHOQOL - OLD u svého výzkumného souboru seniorů jsem dospěla tak, že v dané doméně jsem podle přiloženého klíče sečetla bodové hodnocení jednotlivých respondentů a vydělila je počtem otázek dané domény. Tím jsem získala průměrné hodnocení jednotlivých domén. Klíč k rozboru dotazníku WHOQOL-OLD je podrobně uveden v příloze č.2. Dosažené výsledky z mého průzkumného šetření jsem porovnávala s intervaly populačních norem WHOQOL-OLD (Dragomerická, Prajsová, 2009, s. 41).

Dotazníky OPQOL-35 jsem rozebírala podle sedmifaktorového řešení, kde každý faktor tvoří konkrétní položky. V grafu OPQOL-35 je zaneseno dosažené bodové skóre respondenta.

2. Výsledky I.

2.1 Interpretace dotazníku WHOQOL-OLD-česká verze dle domén a položek

Tento dotazník obsahuje 24 položek, kde respondent odpovídá na jednotlivé položky zakroužkováním daného čísla, kdy 1 znamená, že s danou položkou vůbec nesouhlasí a 5 znamená, že s danou položkou souhlasí maximálně. Údaje v závorkách u jednotlivých domén jsou porovnány s průměrem intervalu normy. Výsledky intervalů populačních norem jsou uvedeny v tabulce č.1 (Dragomerická, Prajsová, 2009).

V grafech je udán průměr intervalu normy. Vyhodnocení se provádí podle přiloženého klíče součtem bodů položek v dané doméně:

- doména I. – fungování smyslů
 - položka 1.* zhoršení smyslů a každodenní život
 - položka 2.* ztráta smyslů a zapojení se do činností
 - položka 10.* potíže se smysly a komunikace s lidmi
 - položka 20.* hodnocení fungování smyslů
- doména II. – nezávislost
 - položka 3.* svobodné rozhodování
 - položka 4.* vliv na rozhodování o budoucnosti
 - položka 5.* respektování svobody rozhodování
 - položka 11.* oblíbené činnosti
- doména III. – naplnění života
 - položka 12.* spokojenost s možnostmi nadále něčeho dosáhnout
 - položka 13.* zasloužené uznání
 - položka 15.* spokojenost s tím, čeho jsem v životě dosáhl/a
 - položka 19.* spokojenost s věcmi, na které se lze těšit

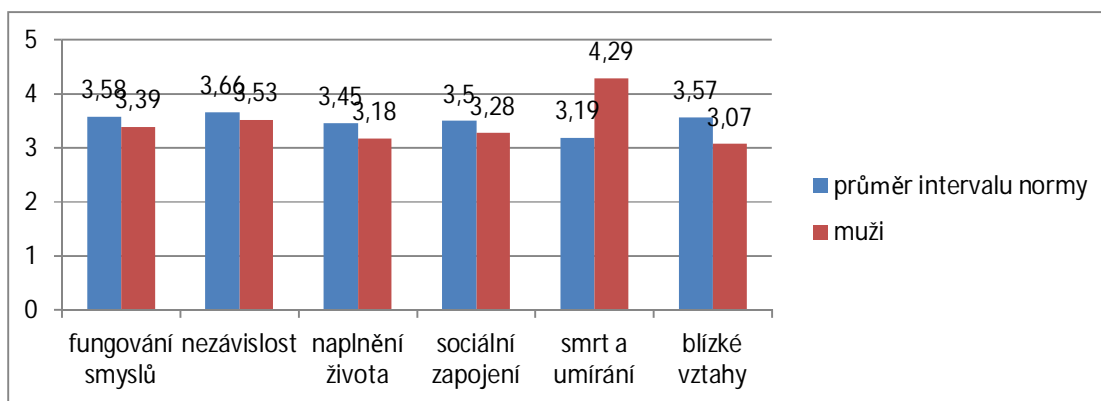
- doména IV. – sociální zapojení
 - položka 14.* dostatek činností
 - položka 16.* spokojenost s trávením volného času
 - položka 17.* spokojenost s množstvím aktivit
 - položka 18.* spokojenost se zapojením do společenského dění

- doména V. – smrt a umírání
 - položka 6.* znepokojení ze způsobu smrti
 - položka 7.* ztráta kontroly nad sebou
 - položka 8.* strach a umírání
 - položka 9.* strach z bolesti při umírání

- doména VI. – blízké vztahy
 - položka 21.* význam přátelství
 - položka 22.* láska v životě
 - položka 23.* příležitost milovat
 - položka 24.* příležitost být milován/a

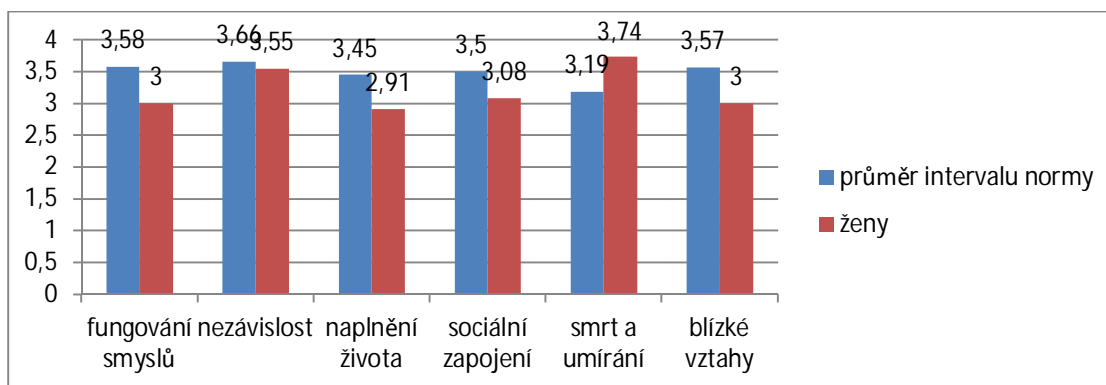
Doména	Spodní hranice intervalu normy	Průměr intervalu normy	Horní hranice intervalu normy
Fungování smyslů	3,1	3,58	4,0
Nezávislost	3,3	3,66	4,1
Naplnění života	3,1	3,45	3,8
Sociální zapojení	3,1	3,50	3,9
Smrt a umírání	2,7	3,19	3,7
Blízké vztahy	3,2	3,57	4,0

Tabulka č. 1 Intervaly populačních norem WHOQOL-OLD domén



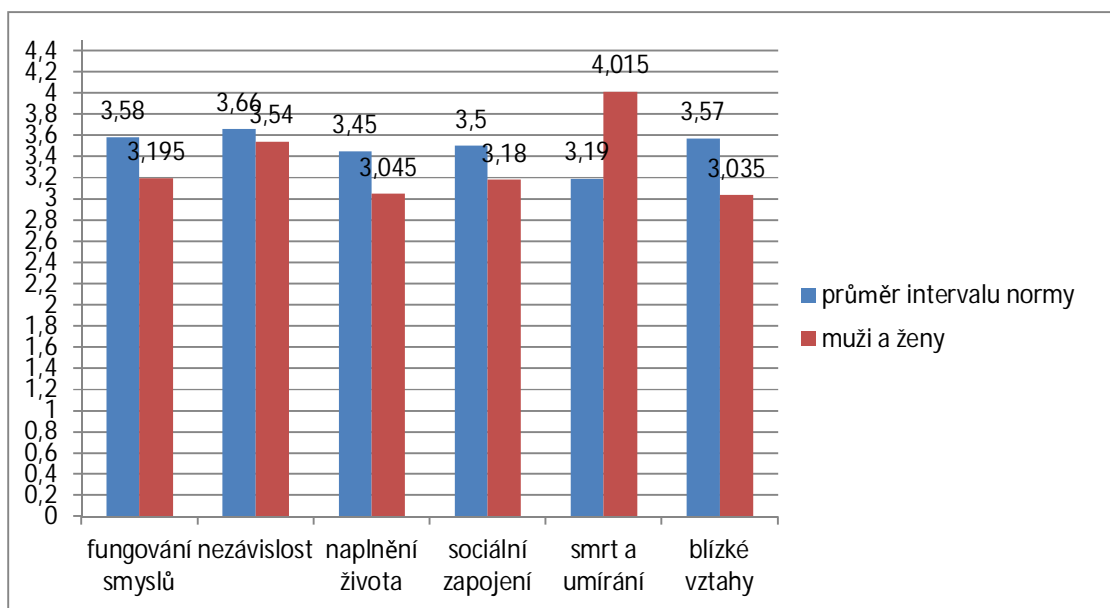
Graf č. 1 Porovnání domén dotazníku WHOQOL-OLD-česká verze podle pohlaví – muži

Z tohoto grafu vyplývá, že **respondenti- muži** prokazují nižší kvalitu života než je průměr intervalu normy v doménách Fungování smyslů (3,39), Nezávislost (3,53), Naplnění života (3,18), Sociální zapojení (3,28) a Blízké vztahy (3,07). V doméně smrt a umírání (4,29) dosahují nad průměr intervalu normy. Ani v jedné z domén nedosahují průměru intervalu normy.



Graf č. 2 Porovnání domén dotazníku WHOQOL-OLD-česká verze podle pohlaví – ženy

Z tohoto grafu vyplývá, že **respondentky – ženy** nedosahují průměru intervalu normy v doménách Fungování smyslů (3,0), Nezávislost (3,55), Naplnění života (2,91), Sociální zapojení (3,08) a Blízké vztahy (3,00). V doméně Smrt a umírání (3,74) dosahují nad průměr intervalu normy. Ani v jedné z domén nedosahují průměru intervalu normy.



Graf č.3 Porovnání domén dotazníku WHOQOL-OLD-česká verze celý soubor respondentů

Z tohoto grafu vyplývá, že **celý soubor respondentů** nedosahuje průměru intervalu normy v doménách Fungování smyslů (3,195), Nezávislost (3,54), Naplnění života (3,045), Sociální zapojení (3,18) a Blízké vztahy (3,035). V doméně Smrt a nezávislost (4,015) převyšuje průměr intervalu normy.

3. Výsledky II.

3.1 Interpretace dotazníku OPQOL-35 dle faktorů a položek

V tomto dotazníku jsou uvedeny jednotlivé položky, na které respondent odpovídá. U každé odpovědi má možnost zakroužkovat 1, která znamená, že s danou položkou naprosto souhlasí až 5 znamená, že naprosto nesouhlasí. Kvalitu života představují jednotlivé faktory, jejichž celkové hodnocení je dáno součtem konkrétních položek, které daný faktor představují. U modře označených otázek se skórování obrací - viz tabulka č. 2.

V jednotlivých faktorech je uveden minimální a maximální počet bodů. V grafech jsou uvedeny hodnoty bodů jednotlivých faktorů.

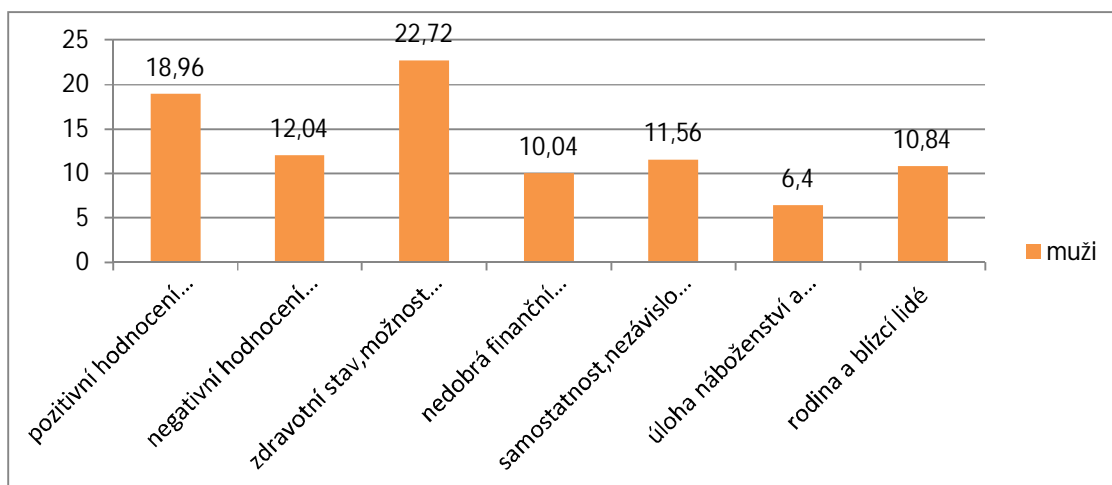
Faktory	Položky
F1 Pozitivní hodnocení kvality života	1. celkem si užívám života
	2. většinu času se cítím šťastný/á
	3. mám radost ze života, těší mě život
	22. beru život takový, jaký je a snažím se ho využít co nejlépe
	23. v porovnání s většinou lidí se cítím šťastný/á
	24. mám tendenci brát život z té lepší stránky
	30. mám koníčky, společnost a užívám si je
F2 Negativní hodnocení kvality života	4. život mě ubíjí, ničí
	5. mám ještě dost sil, fyzické energie
	6. bolest mi nedovoluje cítit se dobře, být v pohodě
	7. můj zdravotní stav mně komplikuje péči o sebe sama a o můj domov
	12. rád/a bych měl/a kolem sebe více lidí, se kterými bych si užíval/a život
F3 Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity	8. jsem přiměřeně zdrav/a na to, abych se mohl/a postavit na nohy
	14. jsem přiměřeně zdrav/a, abych byl/a nezávislý/á
	15. těší mě to, co dělám
	25. jestliže mě můj zdravotní stav omezuje v některých společenských/volnočasových aktivitách, snažím se to kompenzovat něčím jiným, co mohu dělat
	31. snažím se zůstat zapojený/á do různých aktivit, zaměstnávat se něčím
	32. dělám placenou(nebo neplacenou) práci nebo takové činnosti, které mě baví, dávají mému životu smysl
	33. musím se starat o jiné, což omezuje mé společenské nebo volnočasové aktivity
F4 Nedobrá finanční situace seniora	16. z mého důchodu si mohu dovolit jen málo, životní náklady omezují můj život
	26. mám dost peněz, abych platil/a účty za domácnost
	27. mám dost peněz, abych platil/a opravy nebo výpomoc v domácnosti
	28. mohu si dovolit koupit, co chci
	29. nemohu si dovolit koupit takové věci, kterých bych si užíval/a
F5 Samostatnost, nezávislost seniora, hodnocení prostředí, kde žije	17. mohu rozhodovat o svém životě
	18. v místě, kde žiji, se cítím bezpečně
	19. místní obchody, služby a další zařízení jsou na dobré úrovni
	20. těším se ze svého domova, svého okolí a životního ústředí

Faktory	Položky
F6 Úloha náboženství a víry v životě seniora	34. náboženství, víra, filozofie jsou pro můj život důležité
	35. kulturní události, náboženské svátky, oslavy jsou pro můj život důležité
F7 Rodina a blízcí lidé	9. moje rodina, přátelé, sousedé mi pomohou, když by bylo třeba
	10. bylo by lepší, kdybych se víc stýkal/a s lidmi, žila společensky
	11. mám někoho, kdo mi vyjadřuje lásku a náklonnost
	13. mám své děti blízko sebe, což je pro mě důležité

Tabulka č.2 Faktory a jednotlivé položky OPQOL-35

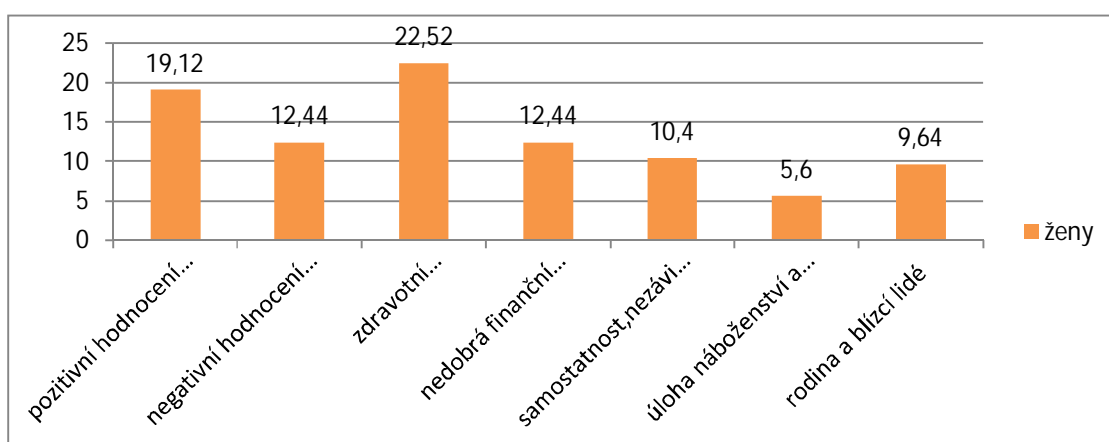
Faktory	Minimální počet bodů	Maximální počet bodů	Interpretace
F1 Pozitivní hodnocení kvality života	7	35	čím méně bodů, tím lépe
F2 Negativní hodnocení kvality života	5	25	čím méně bodů, tím horší situace
F3 Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity	7	35	čím méně bodů, tím lépe
F4 Nedobrá finanční situace seniora	5	25	čím méně bodů, tím horší situace
F5 Samostatnost, nezávislost seniora, hodnocení prostředí, kde žije	5	25	čím méně bodů, tím lépe
F6 Úloha náboženství a víry v životě seniora	2	10	čím méně bodů, tím lépe
F7 Rodina a blízcí lidé	4	20	čím méně bodů, tím lépe

Tabulka č. 3 Sedmifaktorové šetření



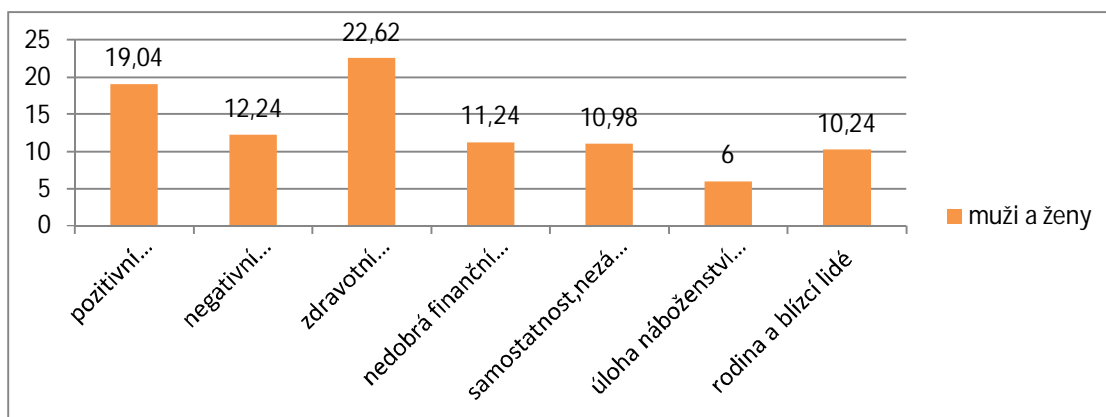
Graf č. 4 Porovnání domén dotazníku OPQOL-35 podle pohlaví – muži

Muži negativně hodnotí kvalitu života ve faktoru F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity - 22,72). Hodnocení ostatních faktorů se u mužů pohybuje uprostřed bodového rozpětí.



Graf č. 5 Porovnání domén dotazníku OPQOL-35 podle pohlaví – ženy

Ženy negativně hodnotí kvalitu života ve faktorech F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity - 22,52) a F7 (Rodina a blízcí lidé - 9,64). Hodnocení ostatních faktorů se u žen pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

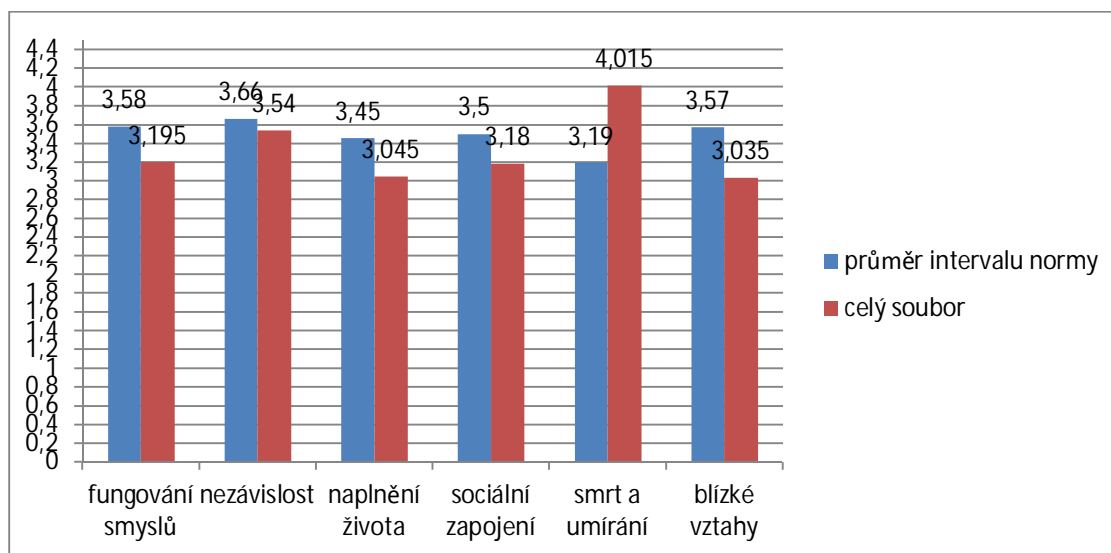


Graf č. 6 Porovnání domén dotazníku OPQOL-35 celý soubor respondentů

Celý soubor respondentů hodnotí negativně faktor F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity - 22,62). Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

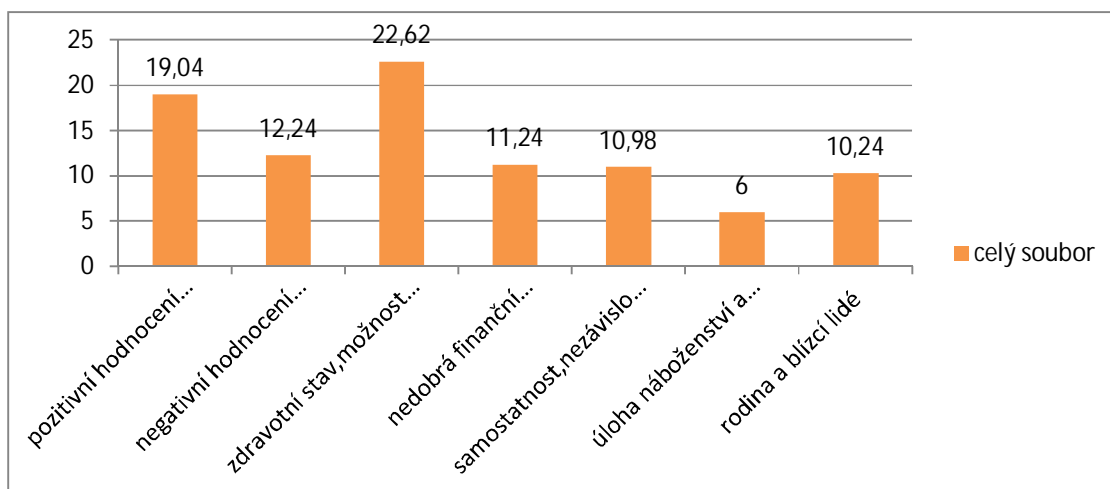
4. Výsledky III.

4.1 Interpretace porovnání dotazníku WHOQOL-OLD podle domén a dotazníku OPQOL-35 podle faktorů



Graf č.7 Porovnání domén dotazníku WHOQOL-OLD-česká verze celý soubor respondentů

Celý soubor respondentů hodnotí pod průměrem intervalu normy domény Fungování smyslů (3,195), Nezávislost (3,54), Naplnění života (3,045), Sociální zapojení (3,18) a Blízké vztahy (3,035). Doménu Smrt a umírání (4,015) hodnotí nad průměr intervalu normy.



Graf č. 8 Porovnání domén dotazníku OPQOL-35 celý soubor respondentů

Celý soubor respondentů hodnotí negativně faktory F1 (Pozitivní hodnocení kvality života – 19,04), F2 (Negativní hodnocení kvality života – 12,24) a F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity – 22,62). Faktor F7 (Rodina a blízcí lidé – 10,24) hodnotí pozitivně. Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje spíše uprostřed bodového rozpětí.

Podle obsahu jednotlivých položek a otázek z obou dotazníků lze srovnat tyto domény s těmito faktory:

- | | |
|---------------------|---|
| • fungování smyslů | pozitivní hodnocení kvality života |
| • nezávislost | samostatnost, nezávislost seniora, hodnocení prostředí, kde žije |
| • naplnění života | negativní hodnocení kvality života
zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity |
| • sociální zapojení | nedobrá finanční situace seniora |
| • smrt a umírání | úloha náboženství a víry v životě seniora |
| • blízké vztahy | rodina a blízcí lidé |

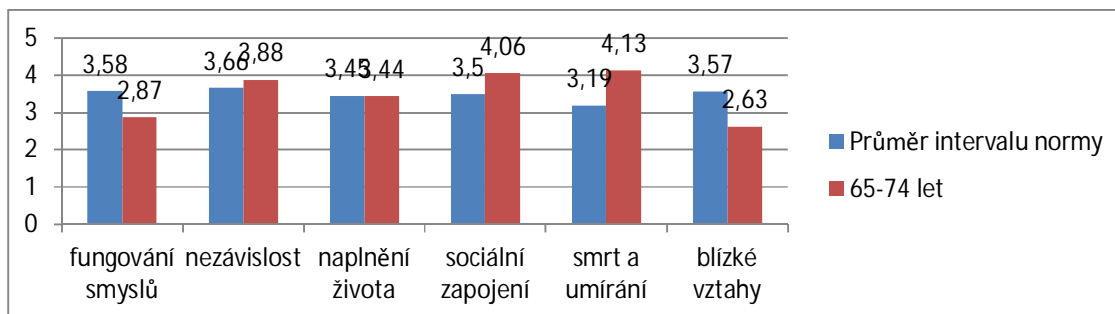
Z výše uvedených grafů je zřejmé a patrné, že výsledky výzkumného šetření jsou u obou dotazníků v jednotlivých doménách a faktorech, které spolu souvisí podobné a vypovídají o tom, jak lidé prožívají svůj život. Výsledky se přibližují ke spodním hranicím norem, to znamená, že respondenti mého výzkumného souboru svoji kvalitu života prožívají spíše negativně.

Jak jsem již zmiňovala výše, oba dotazníky jsou sice koncipovány tak, aby zjišťovaly jednotlivé oblasti (domény a faktory) podobně, ale konkrétní obsah položek, na které senioři v obou dotaznících odpovídají, jsou v OPQOL-35 srozumitelnější a pochopitelnější pro cílovou skupinu seniorů.

5. Výsledky IV.

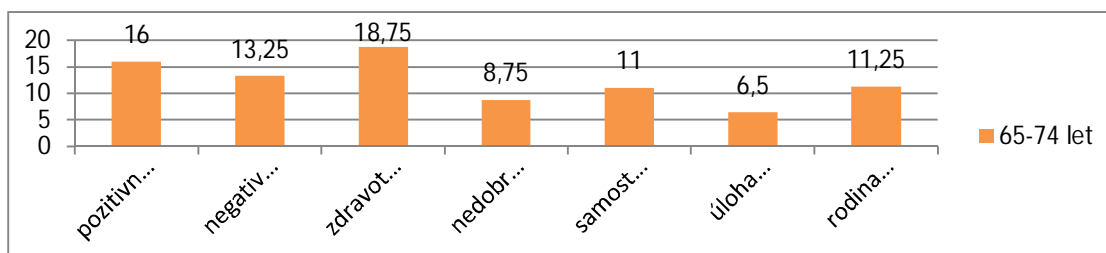
5.1 Porovnání jednotlivých domén mužů podle věku

Respondenti muži 65-74 let



Graf č. 9 Porovnání jednotlivých věkových skupin mužů 65-74 let WHOQOL-OLD-česká verze

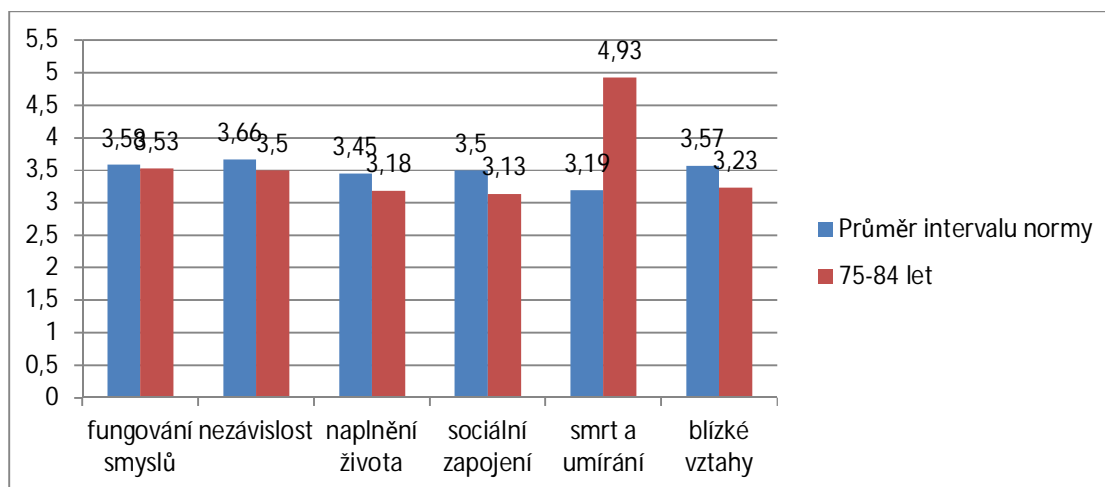
Muži věkové kategorie 65-74 hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy ve dvou doménách Fungování smyslů (2,87) a Blízké vztahy (2,63). Nad průměrem intervalu normy jsou v hodnocení také ve dvou doménách Sociální zapojení (4,06) a Smrt a umírání (4,13). Doména Naplnění života (3,44) je hodnocena touto cílovou skupinou průměrně.



Graf č. 10 Porovnání jednotlivých věkových skupin mužů 65-74 let OPQOL-35

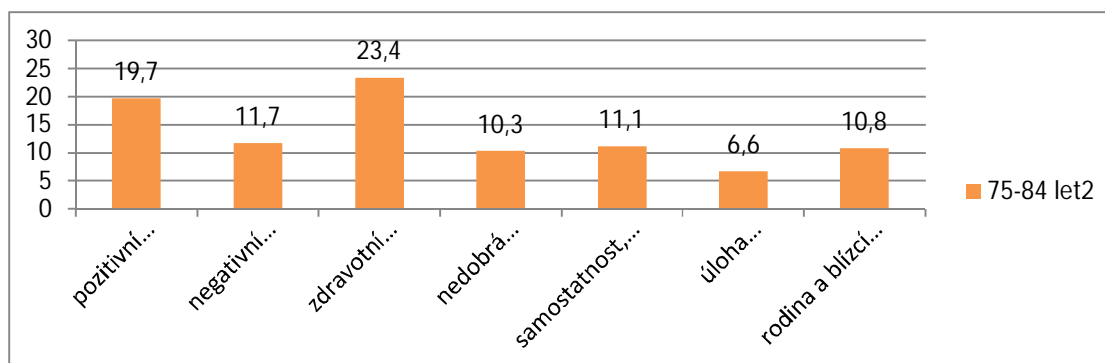
V dotazníku OPOQOL-35 tato věková kategorie respondentů hodnotí svoji kvalitu života negativně ve faktoru F4 (Nedobrá finanční situace seniora – 8,75). Faktor F5 (Samostatnost, nezávislost seniora, hodnocení prostředí, kde žije - 11) hodnotí spíše pozitivně. Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje spíše uprostřed bodového rozpětí.

Respondenti muži 75-84 let



Graf č. 11 Porovnání jednotlivých věkových skupin mužů 75-84 let WHOQOL-OLD-česká verze

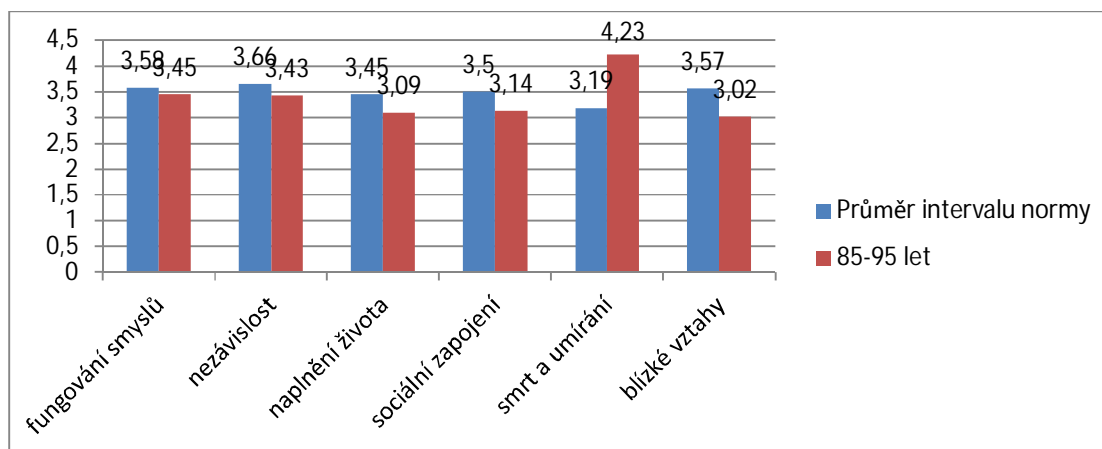
Muži věkové kategorie 75-84 let hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doméně Naplnění života (3,18) a Sociální zapojení (3,13) a nad průměrem intervalu normy doménu Smrt a umírání (4,93). V průměru intervalu normy hodnotí doménu Fungování smyslů (3,53).



Graf č. 12 Porovnání jednotlivých věkových skupin mužů 75-84 let OPQOL-35

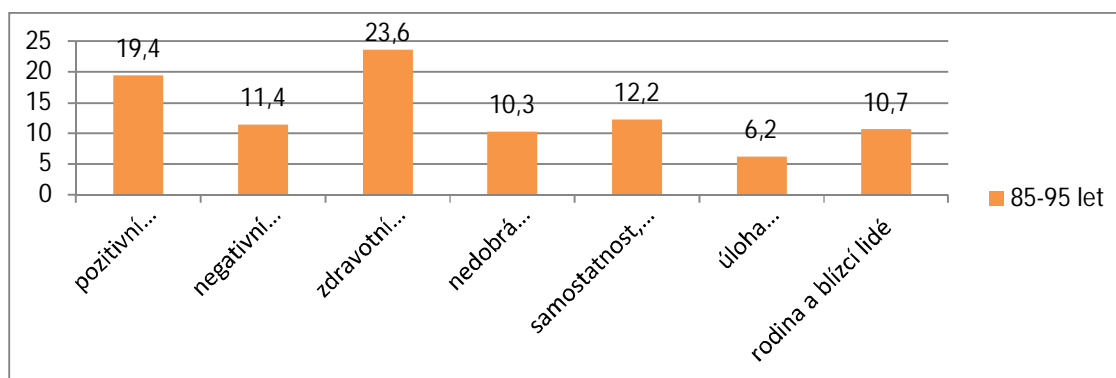
V dotazníku OPOQOL-35 tato věková kategorie hodnotí spíše negativně faktor F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity – 23,4). Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje spíše uprostřed bodového rozpětí.

Respondenti muži 85-95 let



Graf č. 13 Porovnání jednotlivých věkových skupin mužů 85-95 let WHOQOL-OLD-česká verze

Muži věkové kategorie 85 – 95 let hodnotí svoji kvalitu života pod průměrem intervalu normy v doménách Naplnění života (3,09) a Blízké vztahy (3,02). Nad průměrem intervalu normy hodnotí doménu Smrt a umírání (4,23).

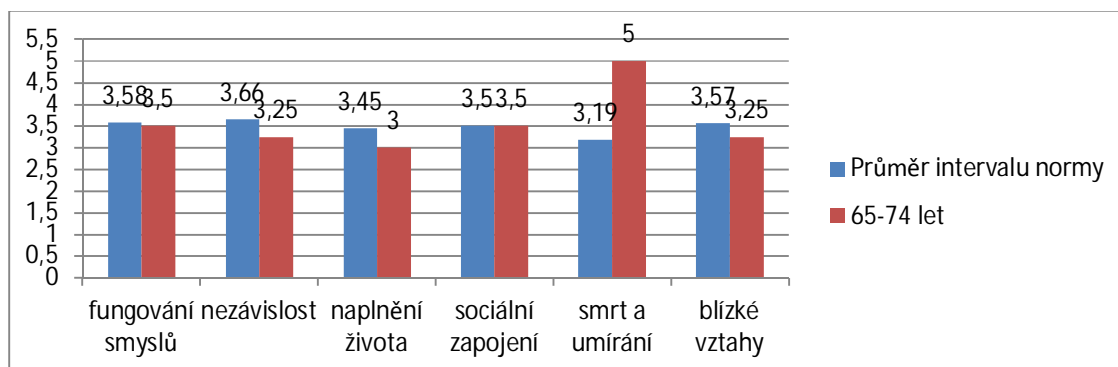


Graf č. 14 Porovnání jednotlivých věkových skupin mužů 85-95 let OPQOL-35

V dotazníku OPQOL-35 hodnotí kvalitu života negativně ve faktoru F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity – 23,6). Faktor F4 (Nedobrá finanční situace seniora – 10,3) hodnotí spíše pozitivně. Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

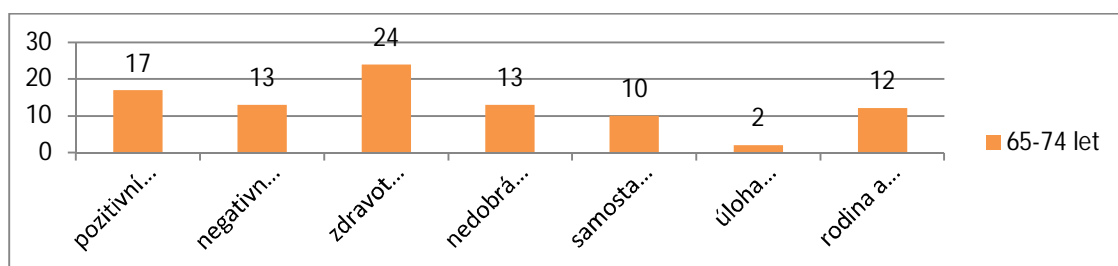
5.2 Porovnání jednotlivých domén žen podle věku

Respondentky ženy 65-74 let



Graf č. 15 Porovnání jednotlivých věkových skupin žen 65-74 let WHOQOL-OLD-česká verze

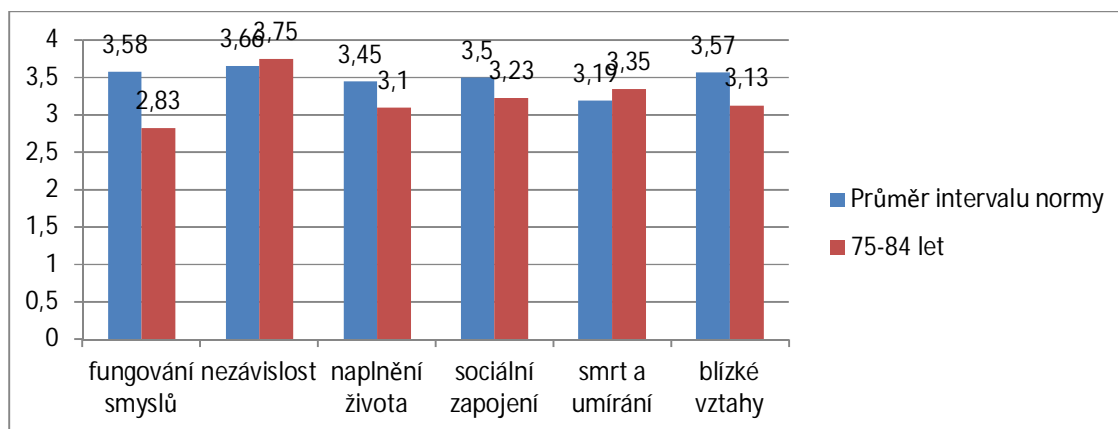
Ženy ve věku 65-74 let hodnotí svoji kvalitu života pod průměrem intervalu normy v doménách Nezávislost (3,25) a Naplnění života (3,00). Hodnocení nad průměrem intervalu normy mají v doméně Smrt a umírání (5,00).



Graf č. 16 Porovnání jednotlivých věkových skupin žen 65-74 let OPQOL-35

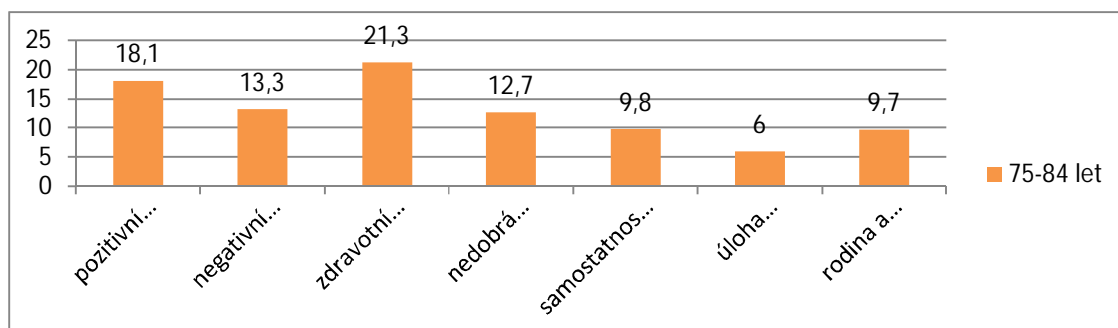
V dotazníku OPOQOL-35 hodnotí negativně faktor F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity – 24). Faktory F5 (Samostatnost, nezávislost seniora, hodnocení prostředí, kde žije – 10) a F6 (Úloha náboženství a víry v životě seniora – 2) hodnotí pozitivně. Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondentky ženy 75-84 let



Graf č. 17 Porovnání jednotlivých věkových skupin žen 75-84 let WHOQOL-OLD-česká verze

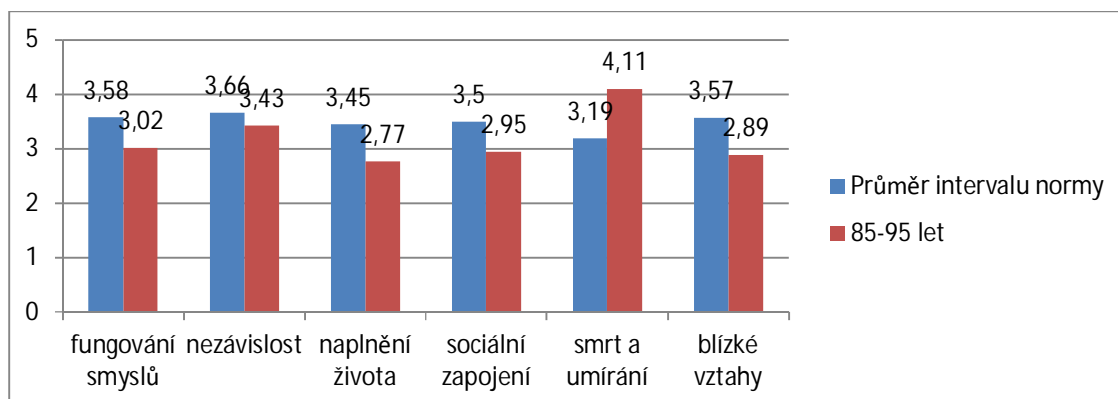
Ženy ve věku 75 - 84 let hodnotí svoji kvalitu života pod průměrem intervalu normy v doménách Fungování smyslů (2,83) a Naplnění života (3,1). Průměru intervalu normy přesahují v doméně Smrt a umírání (3,35).



Graf č. 18 Porovnání věkové skupiny žen 75-84 let OPQOL-35

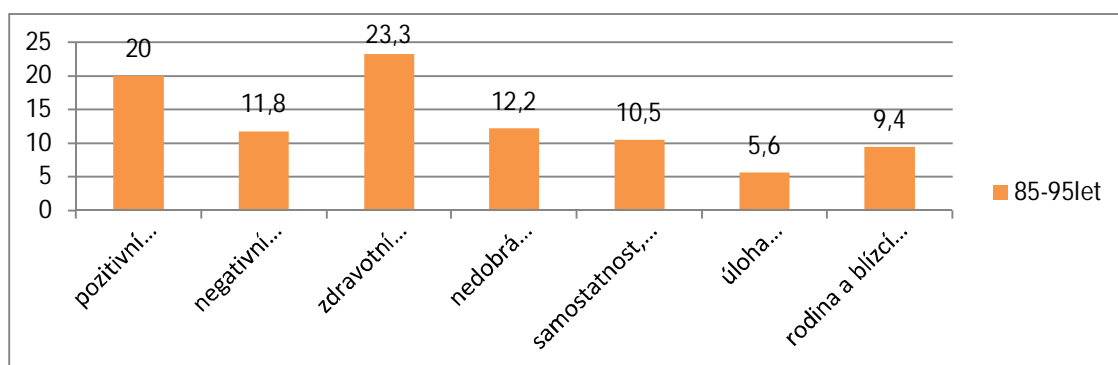
V dotazníku OPQOL-35 hodnotí svoji kvalitu života negativně ve faktoru F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity – 21,3). Faktor F5 (Samostatnost, nezávislost seniora, hodnocení prostředí, kde žije – 9,8) hodnotí spíše pozitivně. Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondentky ženy 85-95 let



Graf č. 19 Porovnání jednotlivých věkových skupin žen 85-95 let WHOQOL-OLD-česká verze

Ženy věkové kategorie 85 – 95 let hodnotí svoji kvalitu života pod průměrem intervalu normy v doménách Fungování smyslů (3,02), Naplnění života (2,77), Sociální zapojení (2,95) a Blízké vztahy (2,89). Nad průměrem intervalu normy hodnotí doménu Smrt a umírání (4,11).



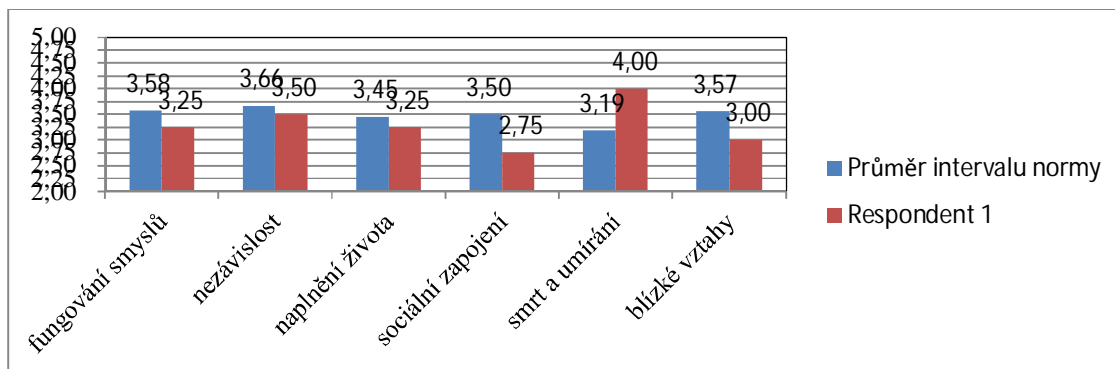
Graf č. 20 Porovnání jednotlivých věkových skupin žen 85-95 let OPQOL-35

V dotazníku OPQOL-35 ženy hodnotí svoji kvalitu života negativně ve faktoru F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity – 23,3). Faktor F7 (Rodina a blízcí lidé – 9,4) hodnotí pozitivně. Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

6. Výsledky V.

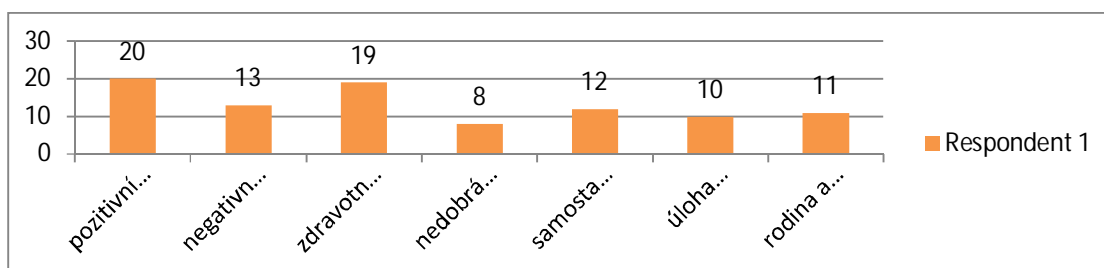
6.1 Interpretace výsledků kvantitativního šetření WHOQOL-OLD a OPQOL-35 podle jednotlivých respondentů

Respondent 1



Graf č. 21 WHOQOL-OLD-česká verze

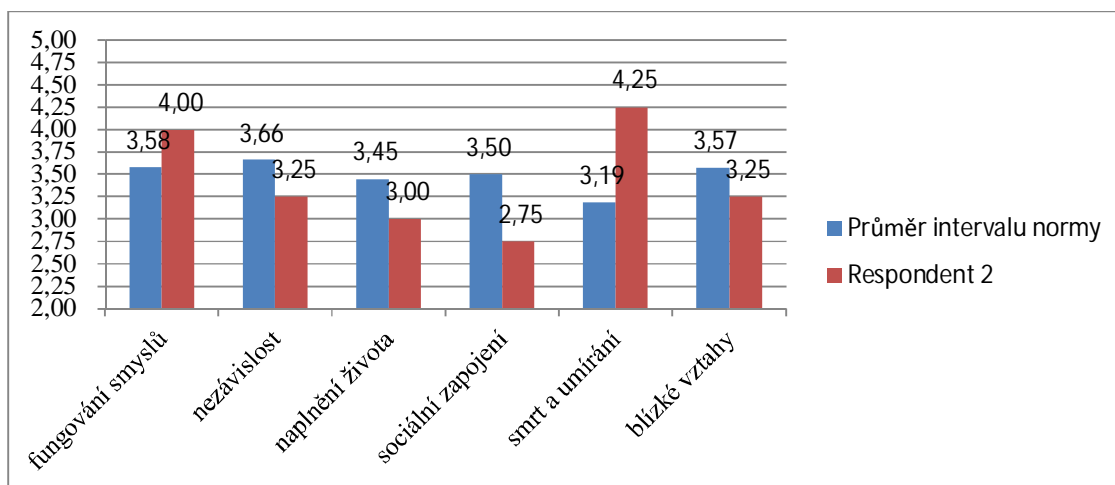
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doméně Sociální zapojení (2,75) a nad průměrem intervalu normy v doméně Smrt a umírání (4,00). V doméně Nezávislost (3,50) dosahuje průměru intervalu normy.



Graf č. 22 OPQOL-35

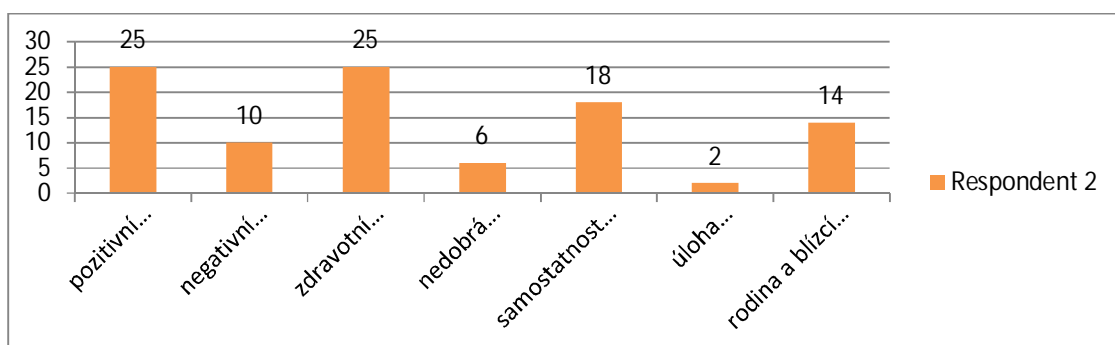
Tento respondent hodnotí svoji kvalitu života negativně ve faktorech F4 (Nedobrá finanční situace seniora - 8) a F6 (Úloha náboženství a víry v životě seniora - 10). Faktor F5 (Samostatnost, nezávislost seniora, hodnocení prostředí, kde žije - 12) hodnotí pozitivně. Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondent 2



Graf č. 23 WHOQOL-OLD-česká verze

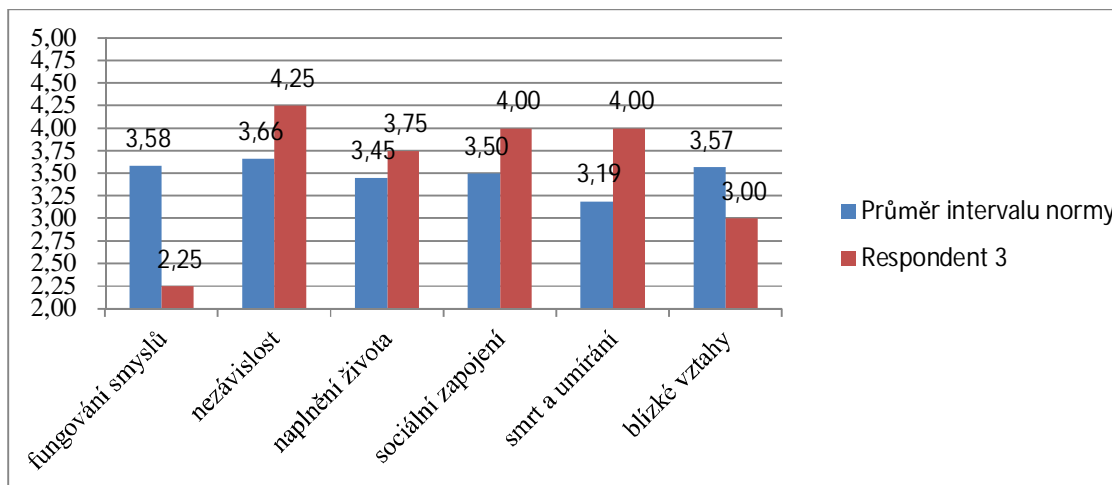
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doméně Naplnění života (3,0) a nad průměrem intervalu normy v doméně Smrt a umírání (4,25).



Graf č. 24 OPQOL-35

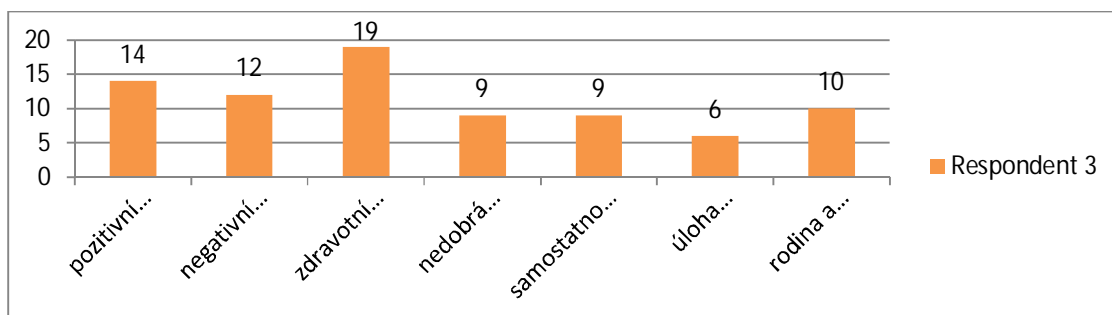
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života negativně ve faktorech F1 (Pozitivní hodnocení kvality života - 25), F2 (Negativní hodnocení kvality života - 10), F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity - 25), F4 (Nedobrá finanční situace seniora - 6) a F7 (Rodina a blízcí lidé - 14). Faktor F6 (Úloha náboženství a víry v životě seniora - 2) hodnotí pozitivně. Hodnocení faktoru F5 (Samostatnost, nezávislost seniora, hodnocení prostředí, kde žije - 18) se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondent 3



Graf č. 25 WHOQOL-OLD-česká verze

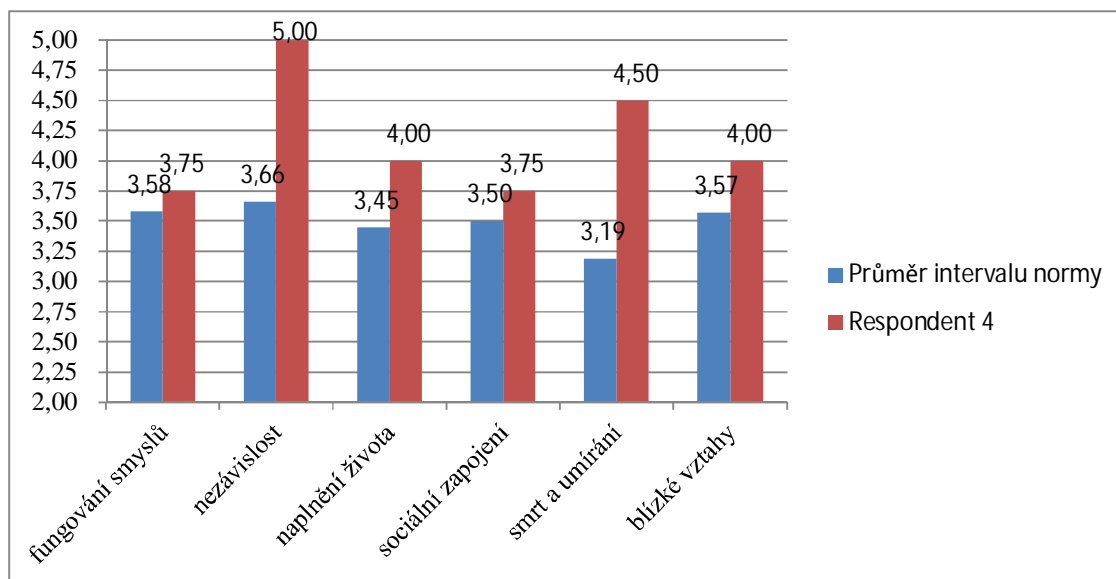
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doménách Fungování smyslů (2,25) a Blízké vztahy (3,00), nad průměrem intervalu normy v doménách Nezávislost (4,25), Naplnění života (3,75), Sociální zapojení (4,00) a Smrt a umírání (4,00).



Graf č. 26 OPQOL-35

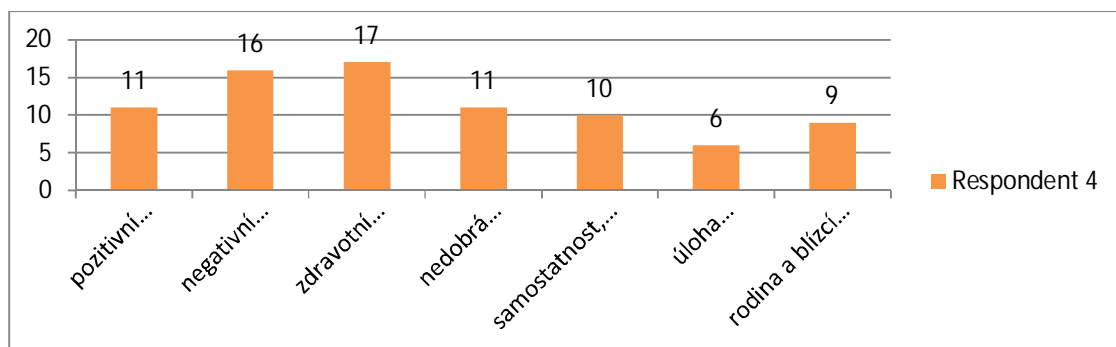
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života negativně ve faktoru F4 (Nedobrá finanční situace seniora - 9). Faktor F5 (Samostatnost, nezávislost seniora, hodnocení prostředí, kde žije - 9) hodnotí pozitivně. Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondent 4



Graf č. 27 WHOQOL-OLD-česká verze

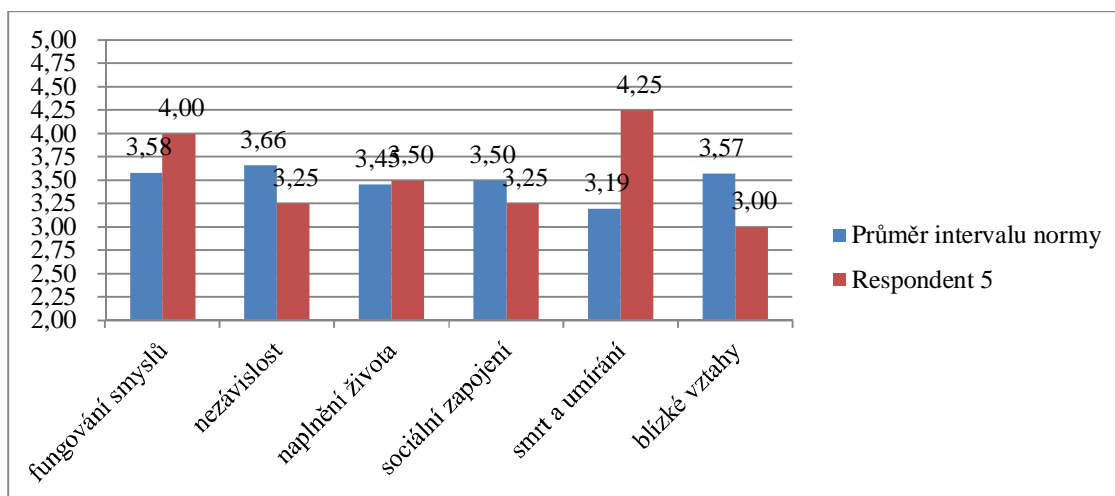
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života nad průměrem intervalu normy v doménách Nezávislost (5,00), Naplnění života (4,00), Smrt a umírání (4,5) a Blízké vztahy (4,00).



Graf č. 28 OPQOL-35

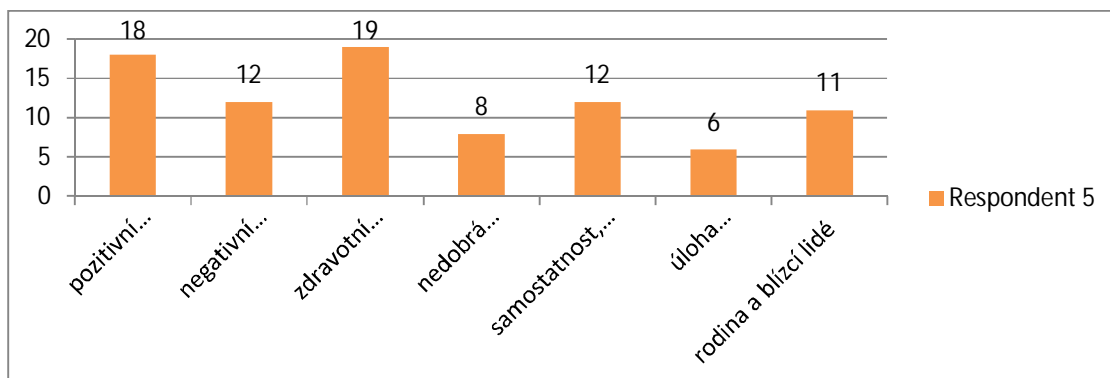
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života pozitivně ve faktorech F5 (Samostatnost, nezávislost seniora, hodnocení prostředí, kde žije - 10) a F7 (Rodina a blízcí lidé - 9). Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondent 5



Graf č. 29 WHOQOL-OLD-česká verze

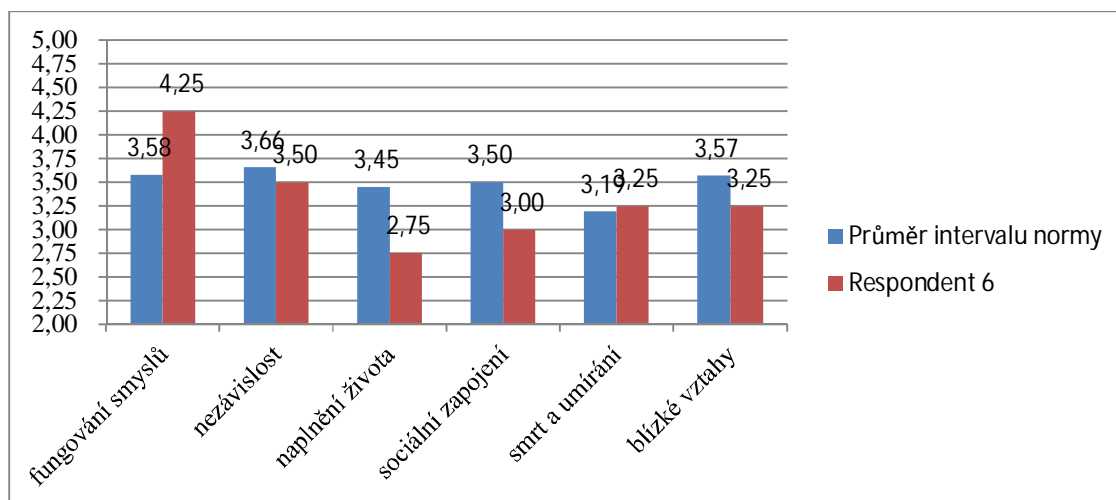
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života nad průměrem intervalu normy v doméně Smrt a umírání (4,25).



Graf č. 30 OPQOL-35

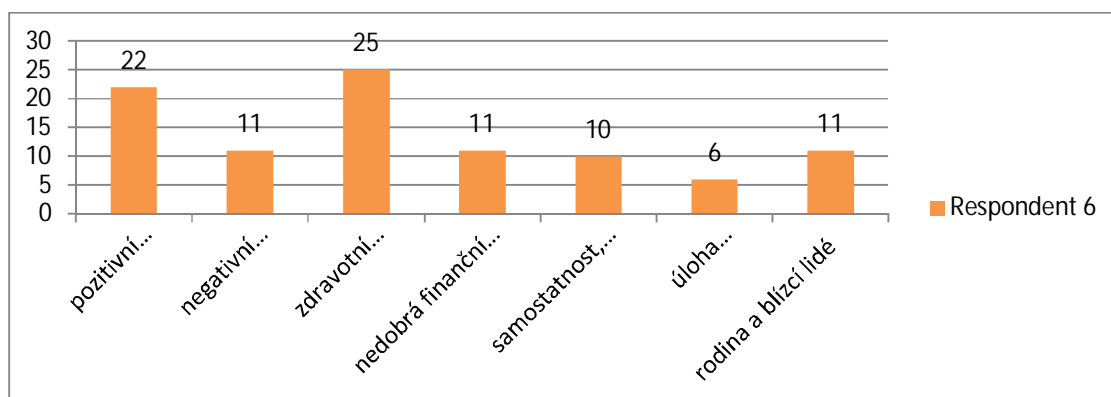
Tento respondent hodnotí svoji kvalitu života pozitivně ve faktoru F4 (Nedobrá finanční situace seniora - 8). Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondent 6



Graf č. 31 WHOQOL-OLD-česká verze

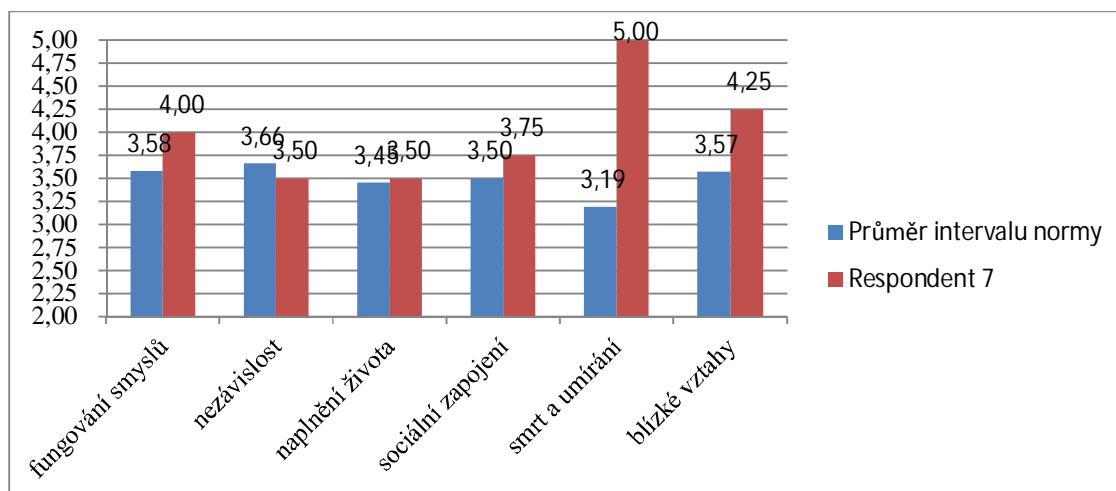
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života průměrem intervalu normy v doméně Naplnění života (2,75), nad průměrem intervalu normy v doméně Fungování smyslů (4,25).



Graf č. 32 OPQOL-35

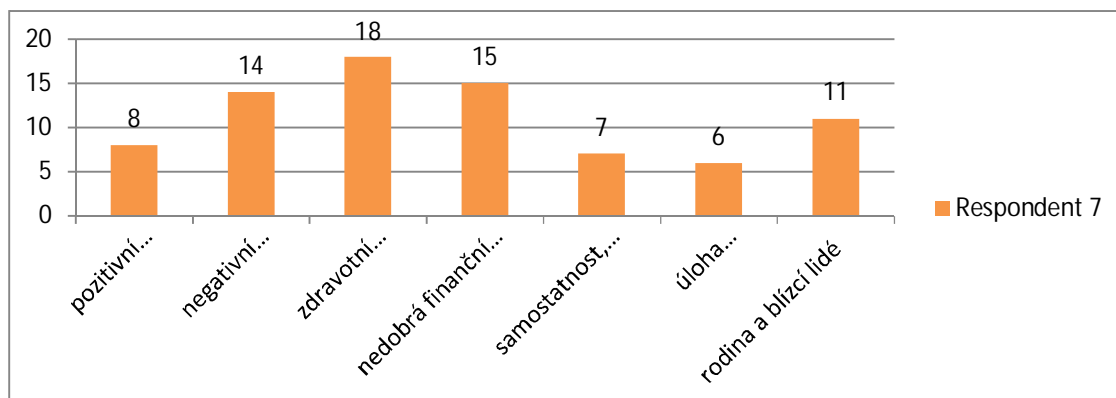
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života negativně ve faktorech F1 (Pozitivní hodnocení kvality života - 22) a F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity - 25). Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondent 7



Graf č. 33 WHOQOL-OLD-česká verze

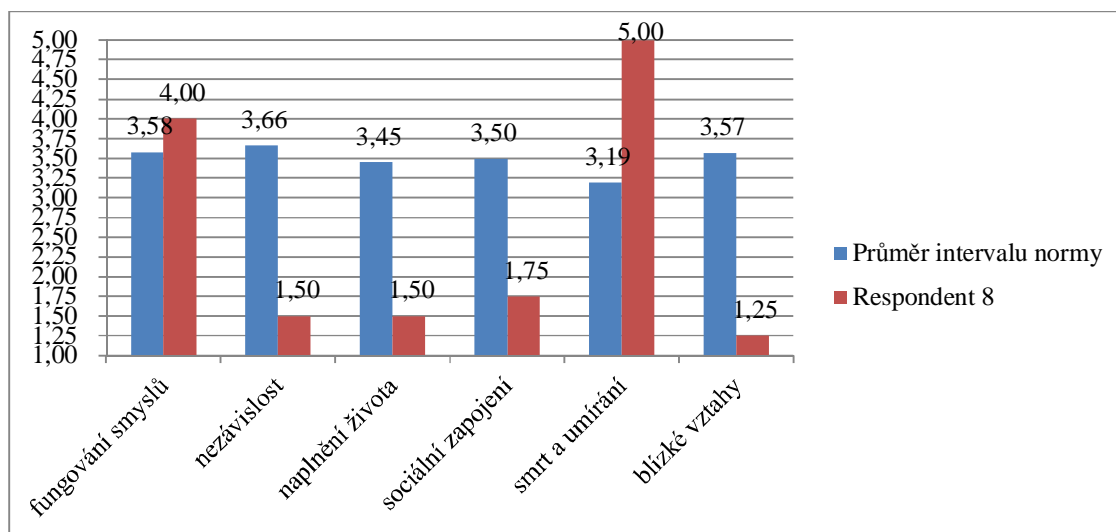
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života nad průměrem intervalu normy v doménách Fungování smyslů (4,00) a Smrt a umírání (5,00). Doménu Naplnění života (3,50) hodnotí v průměru intervalu normy.



Graf č. 34 OPQOL-35

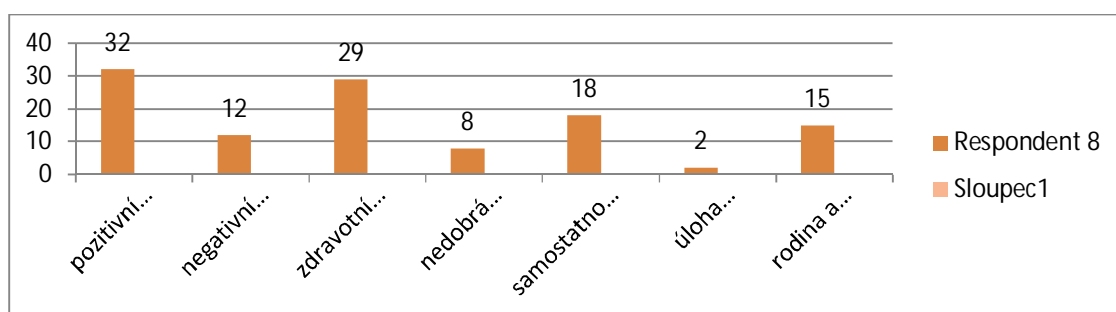
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života pozitivně ve faktorech F1 (Pozitivní hodnocení kvality života - 8) a F5 (Samostatnost, nezávislost seniora, hodnocení prostředí, kde žije - 7). Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondent 8



Graf č. 35 WHOQOL-OLD-česká verze

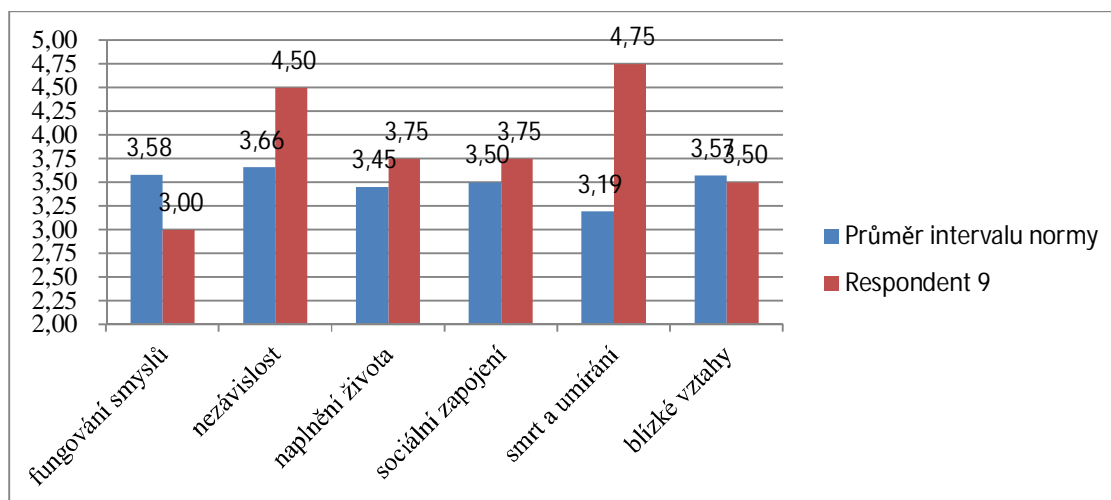
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doménách Nezávislost (1,50), Naplnění života (1,50), Sociální zapojení (1,75) a Blízké vztahy (1,25), nad průměrem intervalu normy v doméně Smrt a umírání (5,00).



Graf č. 36 OPQOL-35

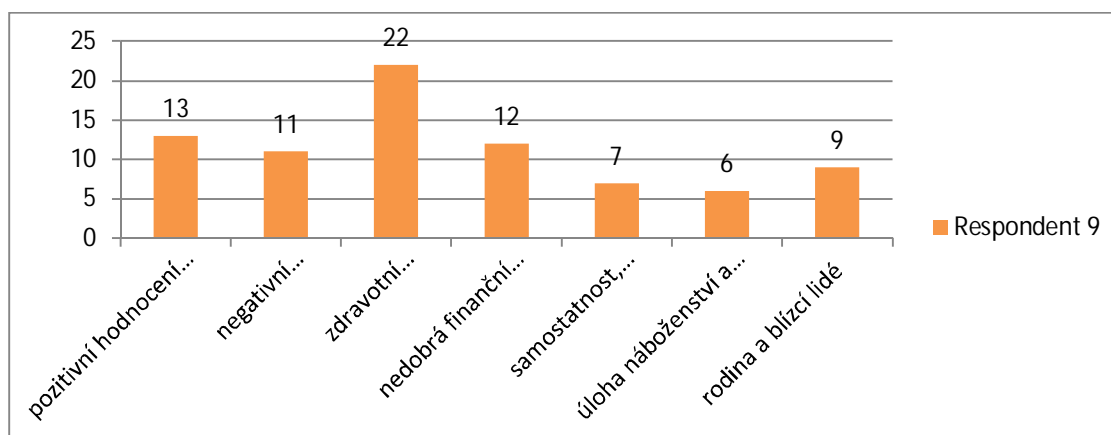
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života negativně ve faktorech F1 (Samostatnost, nezávislost seniora, hodnocení prostředí, kde žije - 32) a F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity - 29). Faktory F4 (Nedobrá finanční situace seniora - 8) a F6 (Úloha náboženství a víry v životě seniora - 2) hodnotí pozitivně. Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondent 9



Graf č. 37 WHOQOL-OLD-česká verze

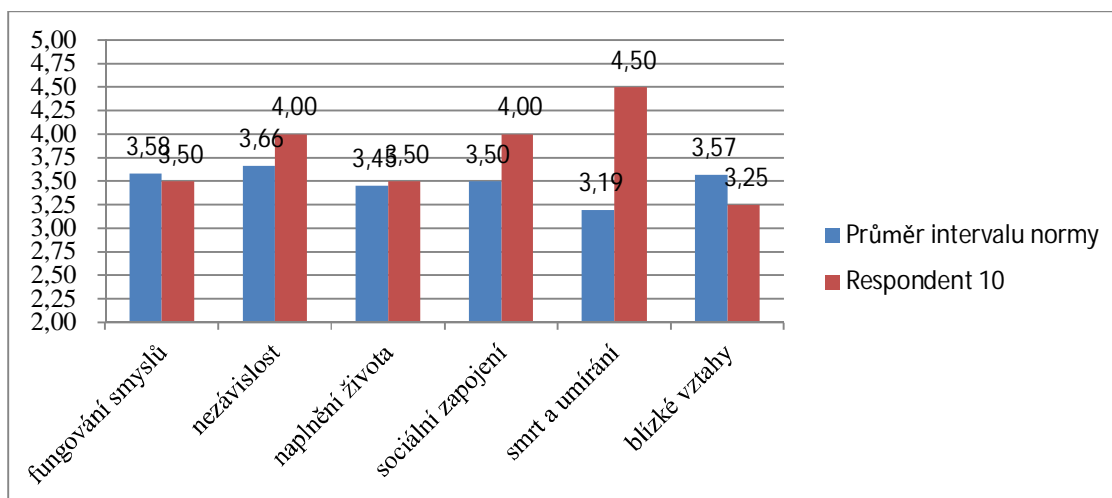
Tento respondent hodnotí svoji kvalitu života pod průměrem intervalu normy v doméně Fungování smyslů (3,00), nad průměrem intervalu normy v doménách Nezávislost (4,50) a Smrt a umírání (4,75).



Graf č. 38 OPOQOL-35

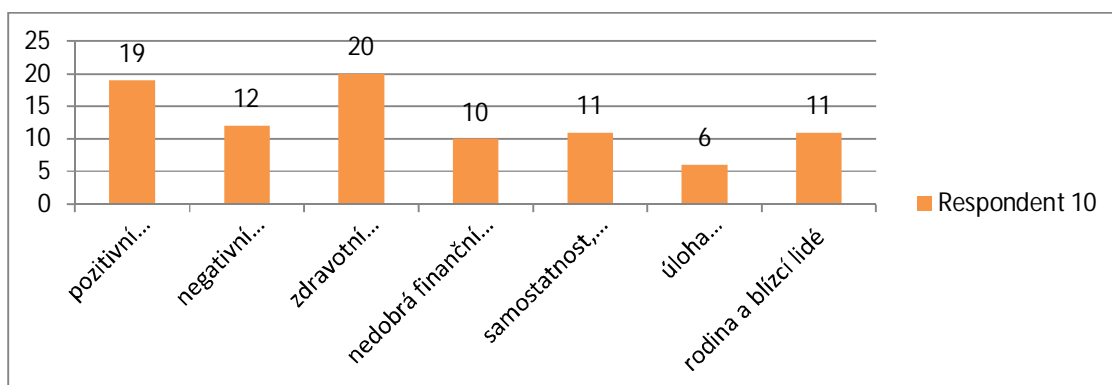
Tento respondent hodnotí svoji kvalitu života pozitivně ve faktorech F5 (Samostatnost, nezávislost seniora, hodnocení prostředí, kde žije - 7) a F7 (Rodina a blízcí lidé - 9). Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed počtu bodového rozpětí.

Respondent 10



Graf č. 39 WHOQOL-OLD-česká verze

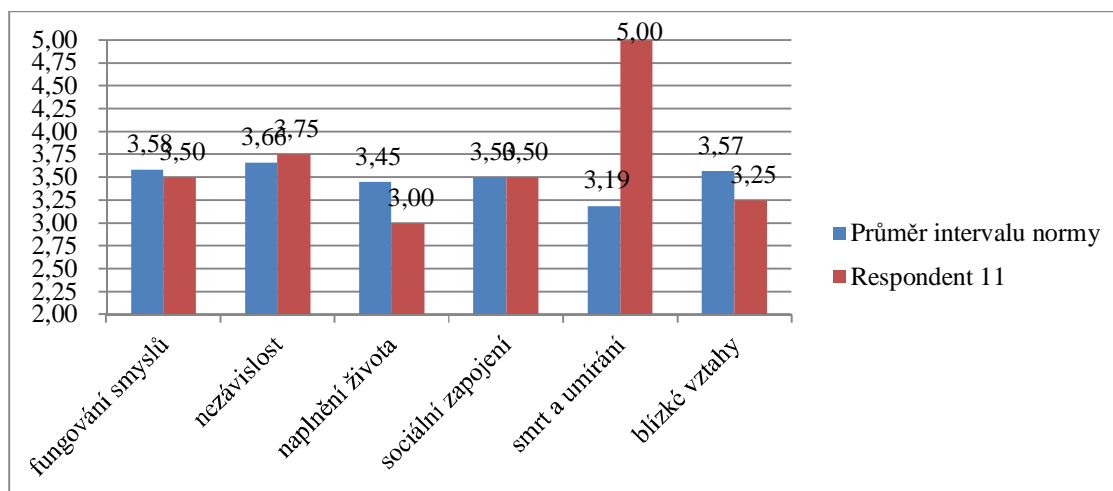
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života nad průměrem intervalu normy v doménách Nezávislost (4,00) a Smrt a umírání (4,50). V doméně Fungování smyslů (3,50) a Naplnění života (3,50) dosahuje průměru intervalu normy.



Graf č. 40 OPQOL-35

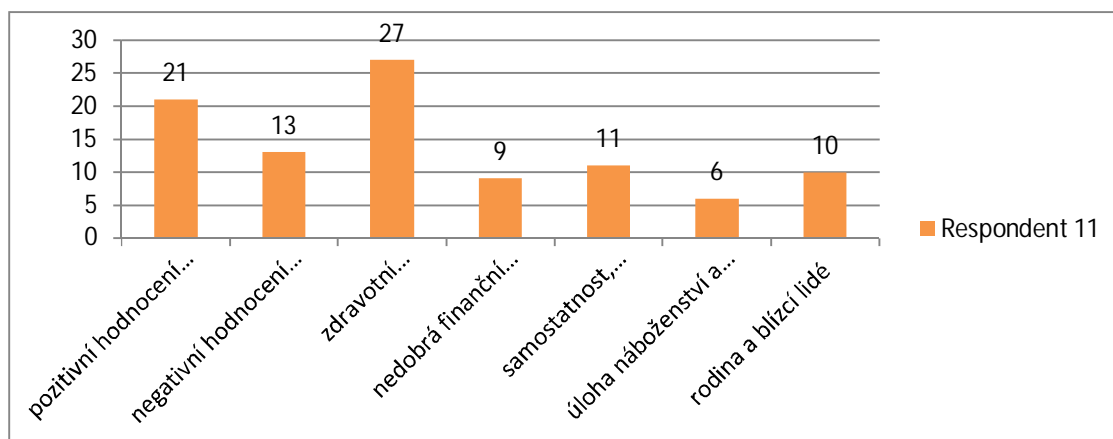
Tento respondent hodnotí svoji kvalitu života negativně ve faktoru F4 (Nedobrá finanční situace seniora - 10). Faktor F5 (Samostatnost, nezávislost seniora, hodnocení prostředí, kde žije - 11) hodnotí pozitivně. Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed počtu bodového rozpětí.

Respondent 11



Graf č. 41 WHOQOL-OLD-česká verze

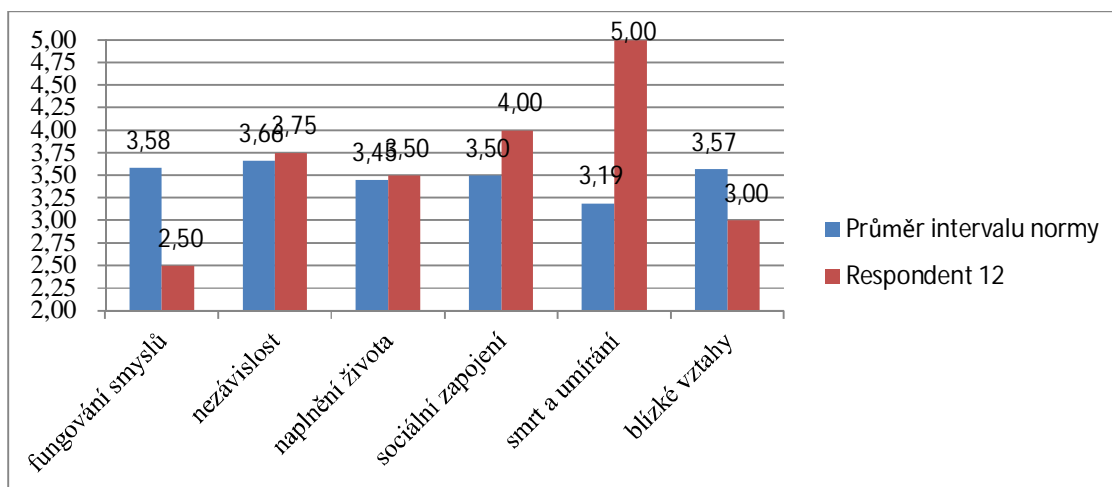
Tento respondent hodnotí svoji kvalitu života nad průměrem intervalu normy v doméně Smrt a umírání (5,00). V doménách Fungování smyslů (3,50) a Sociální zapojení (3,50) dosahuje průměru intervalu normy.



Graf č. 42 OPQOL-35

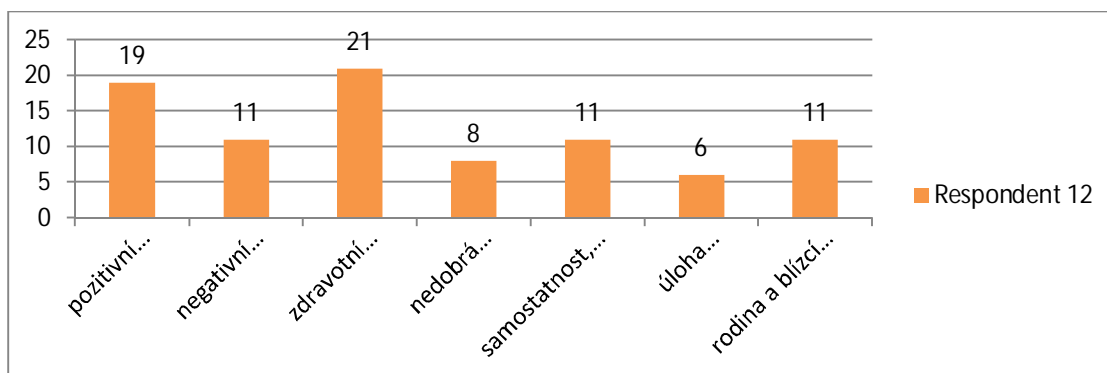
Tento respondent hodnotí svoji kvalitu života negativně ve faktorech F3 (Samostatnost, nezávislost seniora, hodnocení prostředí, kde žije - 11) a F4 (Nedobrá finanční situace seniora - 9). Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondent 12



Graf č. 43 WHOQOL-OLD-česká verze

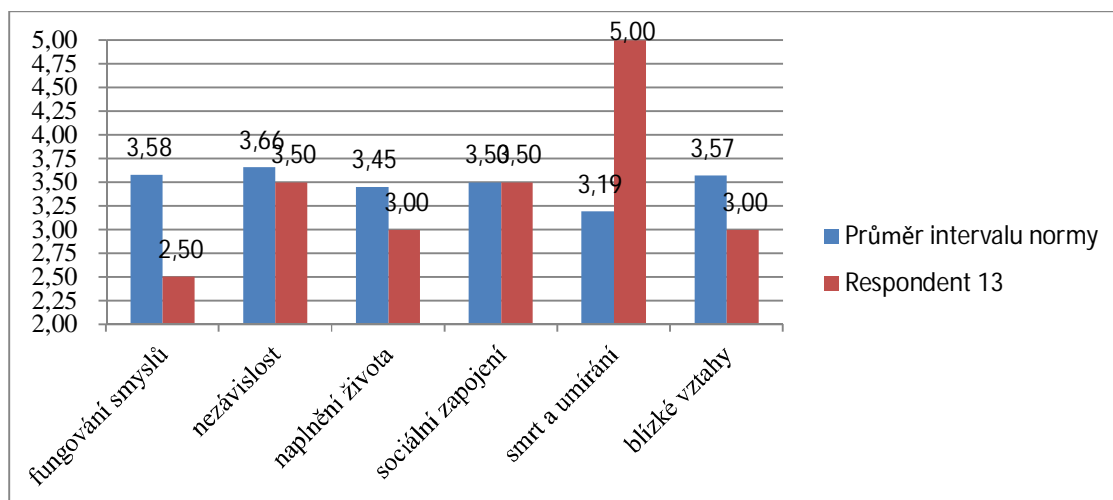
Tento respondent hodnotí svoji kvalitu života pod průměrem intervalu normy v doméně Fungování smyslů (2,50), nad průměrem intervalu normy v doménách Sociální zapojení (4,00) a Smrt a umírání (5,00). Doména Naplnění života (3,50) dosahuje průměru intervalu normy.



Graf č. 44 OPQOL-35

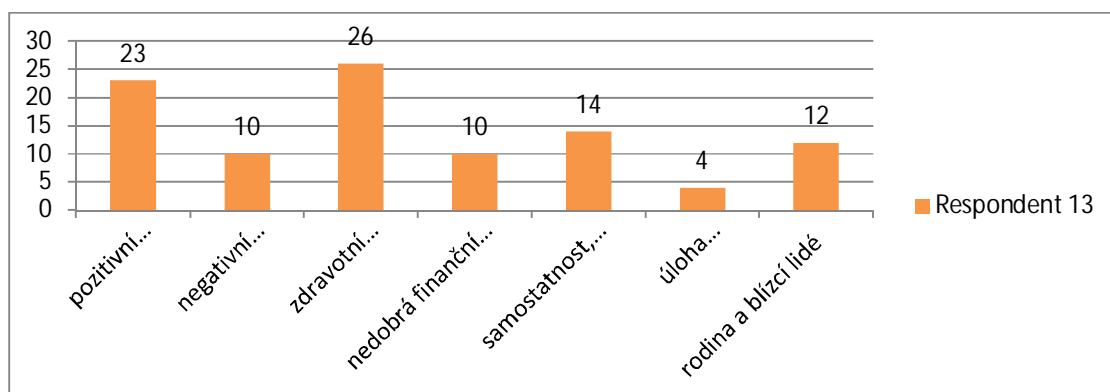
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života negativně ve faktoru F4 (Nedobrá finanční situace seniora - 8). Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondent 13



Graf č. 45 WHOQOL-OLD-česká verze

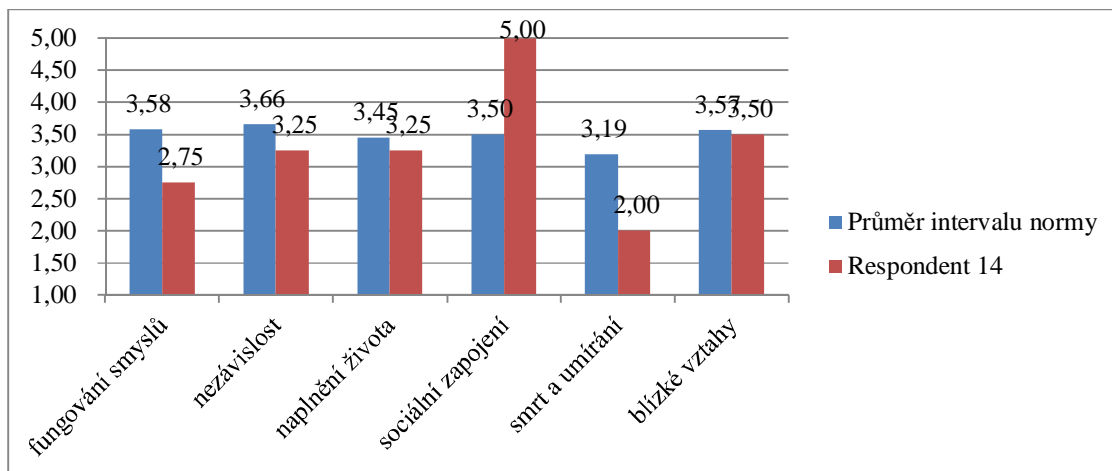
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doméně Fungování smyslů (2,50), nad průměrem intervalu normy v doméně Smrt a umírání (5,00). Doména Sociálního zapojení (3,50) je v průměru intervalu normy.



Graf č. 46 OPQOL-35

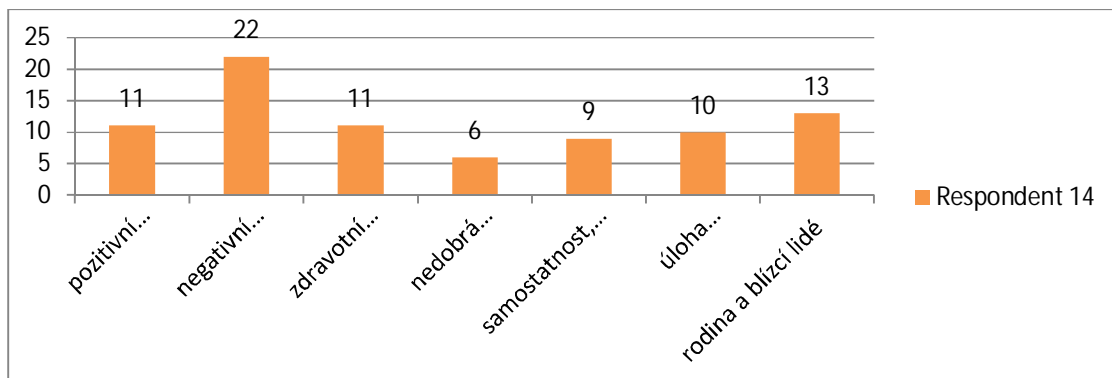
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života negativně ve faktorech F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity - 26) a F4 (Nedobrá finanční situace seniora - 10). Faktor F6 (Úloha náboženství a víry v životě seniora - 4) hodnotí pozitivně. Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondent 14



Graf č. 47 WHOQOL-OLD-česká verze

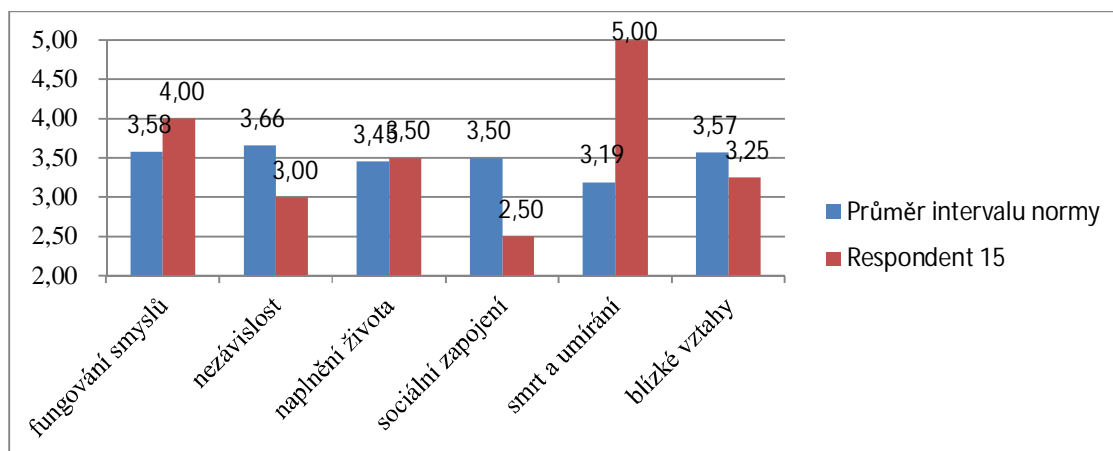
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doménách Fungování smyslů (2,75), nad průměrem intervalu normy v doméně Smrt a umírání (5,00). Doménu Blízké vztahy (3,50) hodnotí v průměru intervalu normy.



Graf č. 48 OPQOL-35

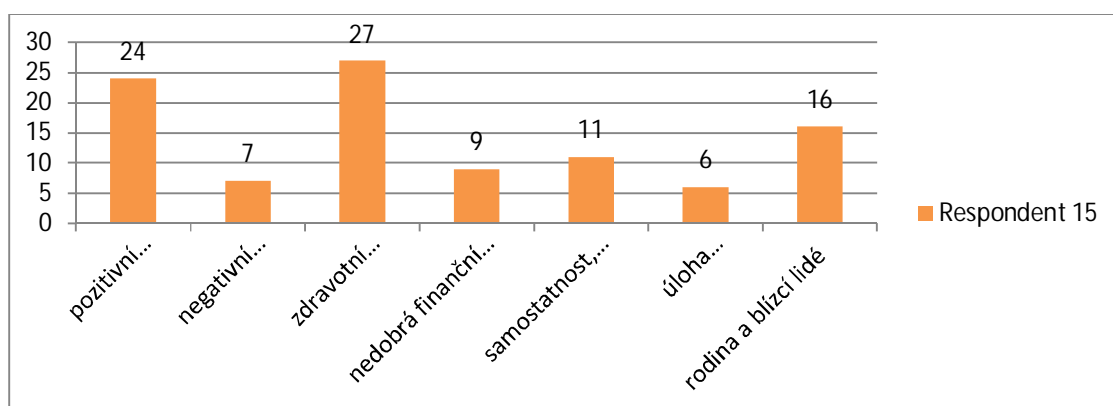
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života negativně ve faktorech F4 (Nedobrá finanční situace seniora - 6) a F6 (Úloha náboženství a víry v životě seniora - 10). Faktory F1 (Pozitivní hodnocení kvality života - 11), F2 (Negativní hodnocení kvality života - 22) a F5 (Samostatnost, nezávislost seniora, hodnocení prostředí, kde žije - 9) hodnotí pozitivně. Hodnocení ostatních domén se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondent 15



Graf č. 49 WHOQOL-OLD-česká verze

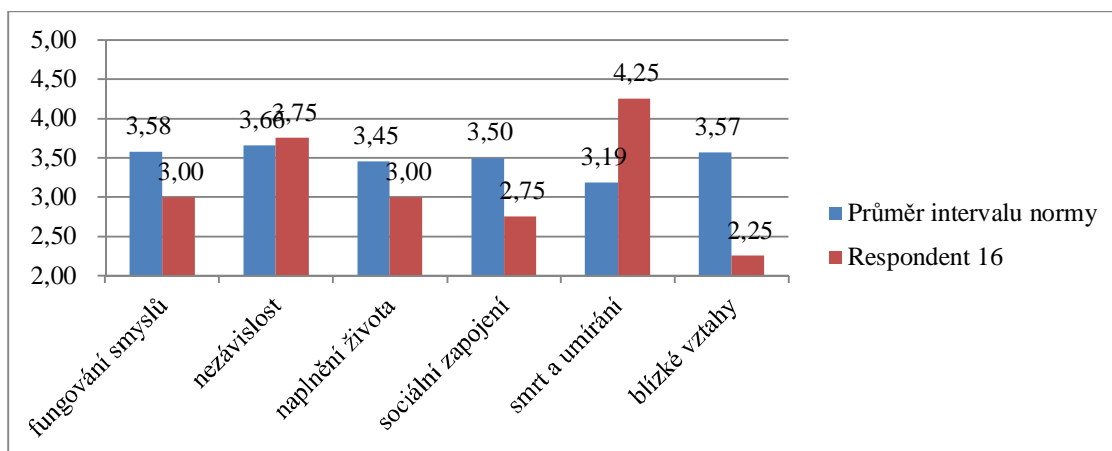
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doméně Sociální zapojení (2,50), nad průměrem intervalu normy v doméně Smrt a umírání (5,00). Doménu Naplnění života (3,50) hodnotí v průměru intervalu normy.



Graf č. 50 OPQOL-35

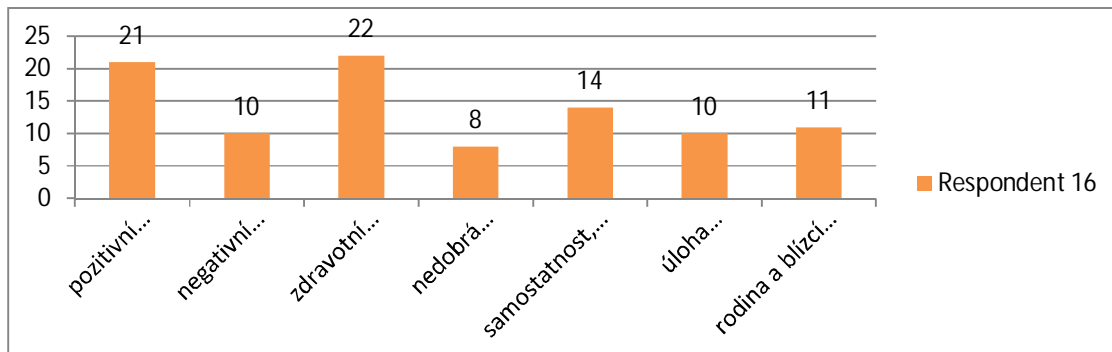
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života negativně ve faktorech F2 (Negativní hodnocení kvality života - 7), F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity - 27), F4 (Nedobrá finanční situace seniora - 9) a F7 (Rodina a blízcí lidé - 16). Hodnocení ostatních domén se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondent 16



Graf č. 51 WHOQOL-OLD-česká verze

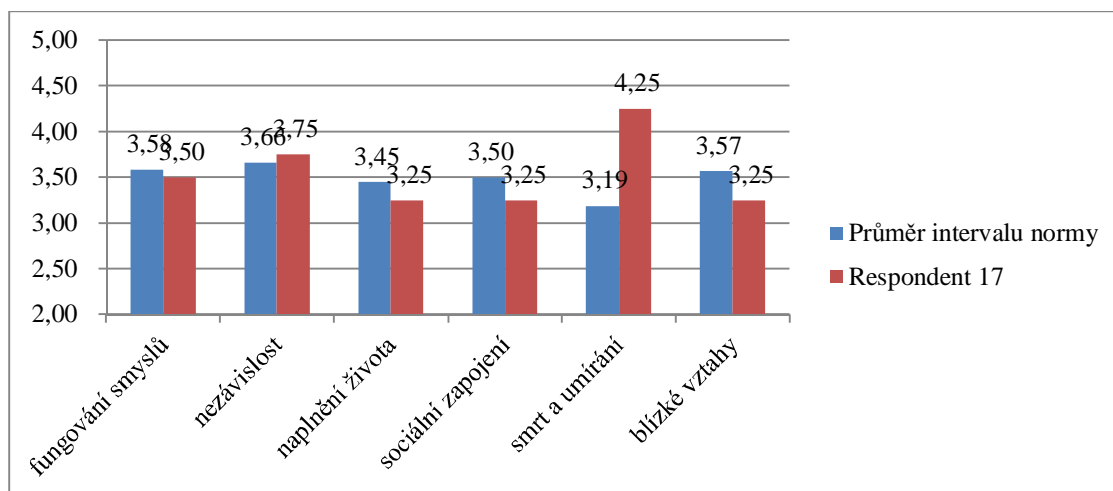
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doménách Sociální zapojení (2,75) a Blízké vztahy (2,25), nad průměrem intervalu normy v doméně Smrt a umírání (4,25).



Graf č. 52 OPQOL-35

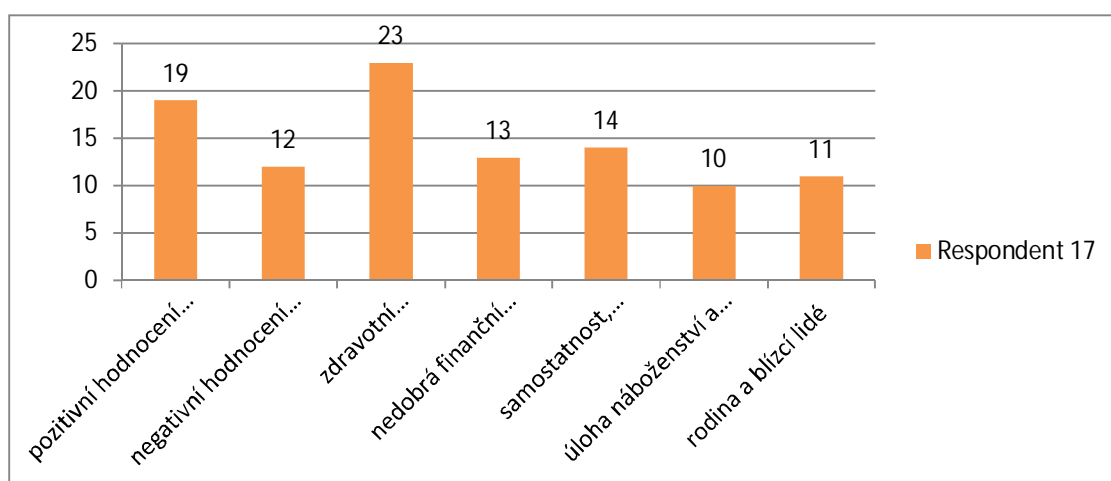
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života negativně ve faktorech F2 (Negativní hodnocení kvality života - 10), F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity - 22), F4 (Nedobrá finanční situace seniora - 8) a F6 (Úloha náboženství a víry v životě seniora - 10). Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondent 17



Graf č. 53 WHOQOL-OLD-česká verze

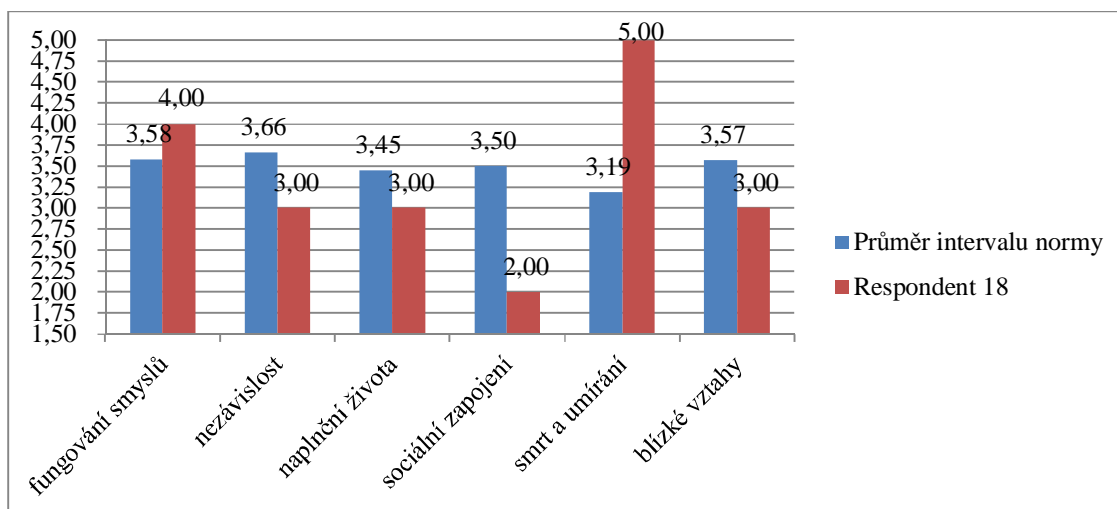
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života nad průměrem intervalu normy v doméně Smrt a umírání (4,25).



Graf č. 54 OPQOL-35

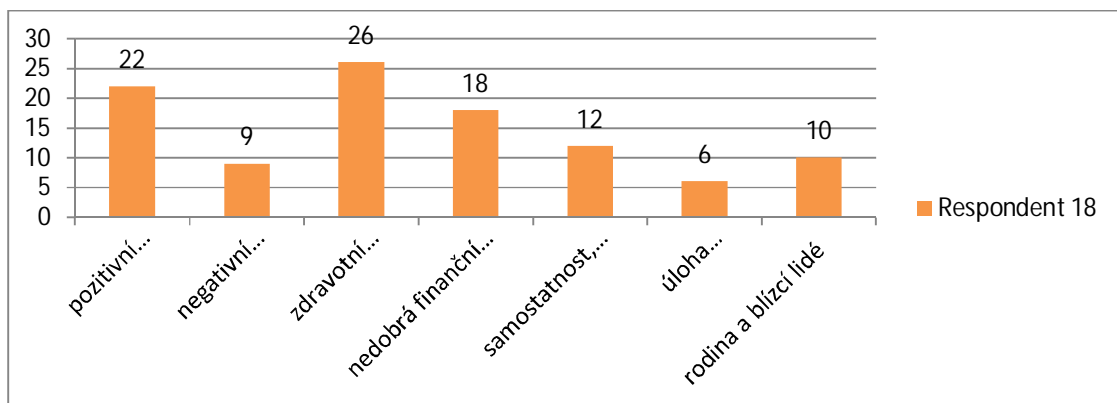
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života negativně ve faktorech F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity - 23) a F6 (Rodina a blízcí lidé - 11). Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondent 18



Graf č. 55 WHOQOL-OLD-česká verze

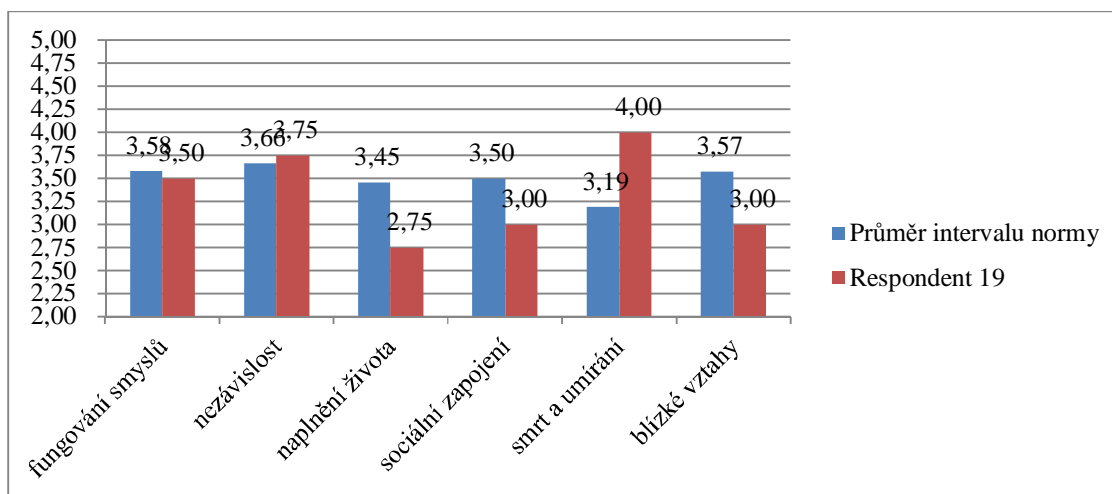
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doméně Sociální zapojení (2,00), nad průměrem intervalu normy v doméně Smrt a umírání (5,00).



Graf č.56 OPQOL-35

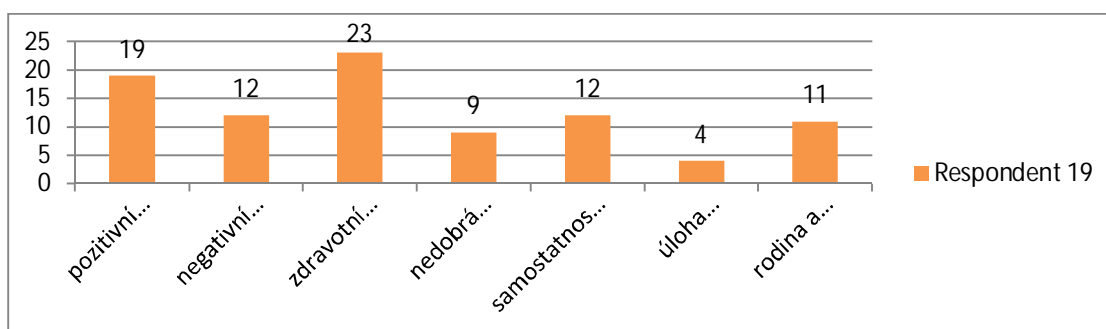
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života negativně ve faktorech F2 (Negativní hodnocení kvality života - 9), F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity - 26) a F4 (Nedobrá finanční situace seniora - 18). Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondent 19



Graf č. 57 WHOQOL-OLD-česká verze

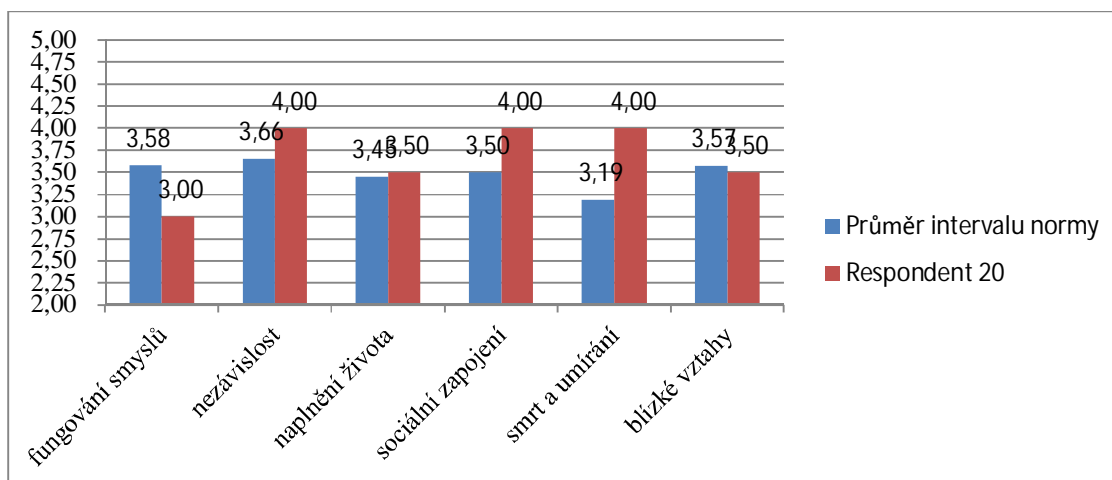
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doménách Naplnění života (2,75), Sociální zapojení (3,00) a Blízké vztahy (3,00), nad průměrem intervalu normy v doméně Smrt a umírání (4,00). Doménu Fungování smyslů (3,50) hodnotí v průměru intervalu normy.



Graf č. 58 OPQOL-35

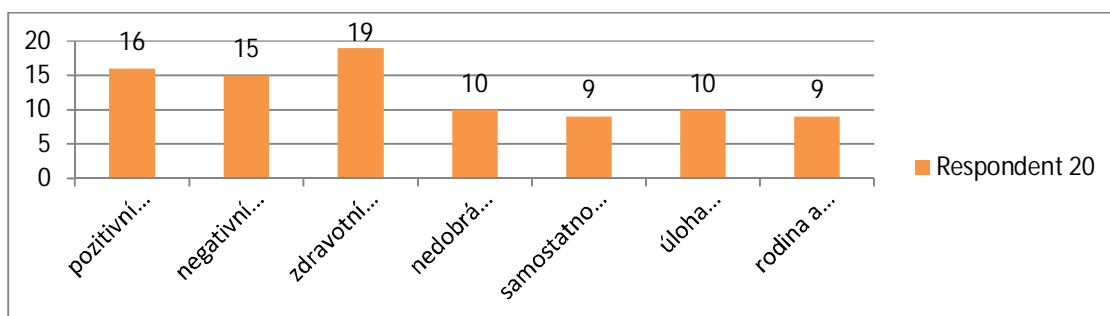
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života negativně ve faktorech F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity - 23) a F4 (Nedobrá finanční situace seniora - 9). Faktor F6 (Úloha náboženství a víry v životě seniora - 4) hodnotí pozitivně. Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondent 20



Graf č. 59 WHOQOL-OLD-česká verze

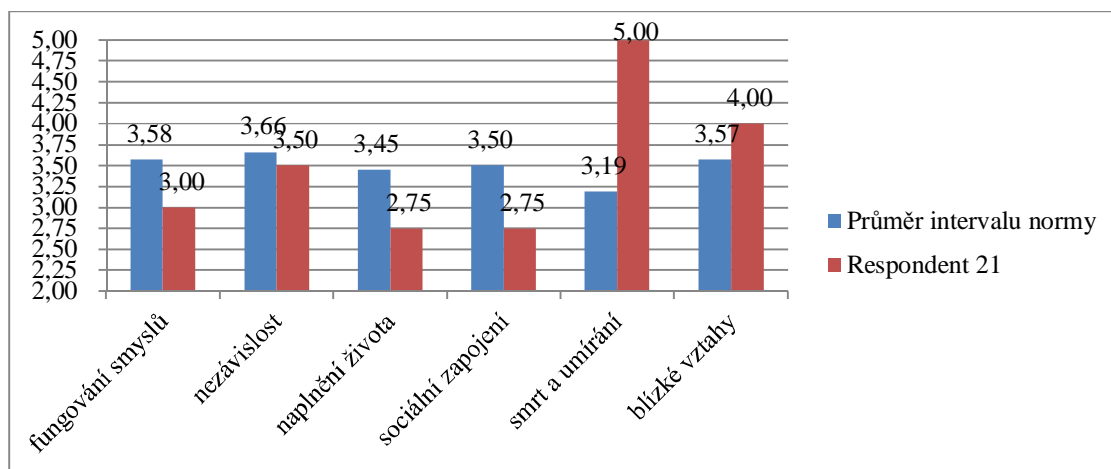
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doméně Fungování smyslů (3,00), nad průměrem intervalu normy v doménách Nezávislost (4,00), Sociální zapojení (4,00) a Smrt a umírání (4,00). Doménu Blízké vztahy (3,50) hodnotí v průměru intervalu normy.



Graf č. 60 OPQOL-35

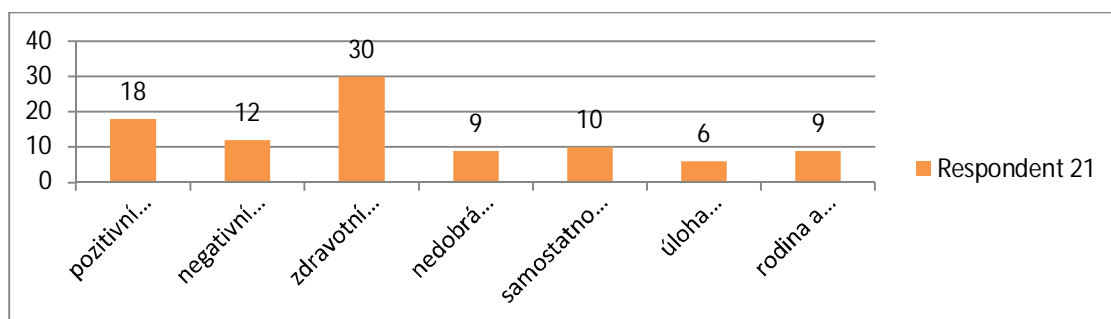
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života negativně ve faktoru F6 (Úloha náboženství a víry v životě seniora - 10). Faktor F5 (Samostatnost, nezávislost seniora, hodnocení prostředí, kde žije - 9) hodnotí pozitivně. Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondent 21



Graf č. 61 WHOQOL-OLD-česká verze

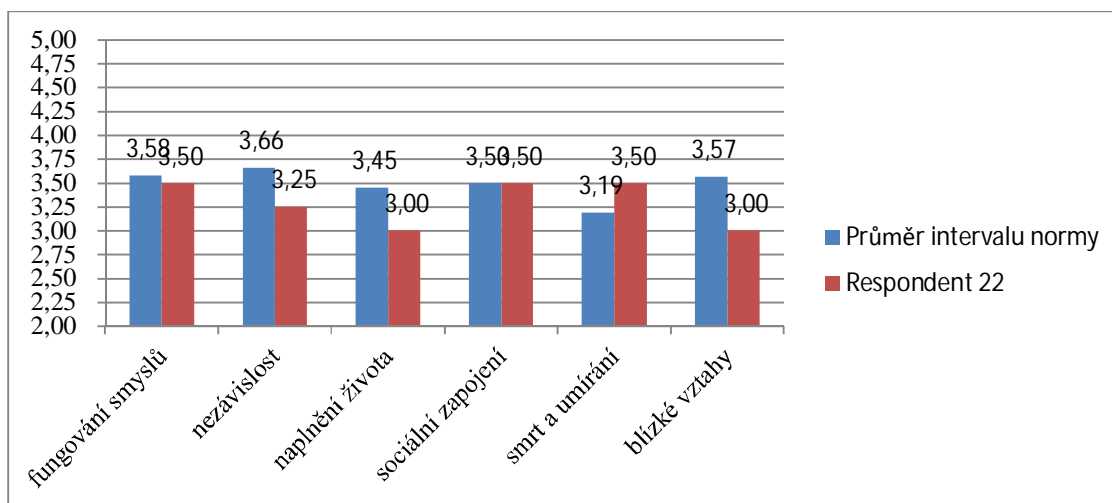
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doménách Fungování smyslů (3,00), Naplnění života (2,75) a Sociální zapojení (2,75), nad průměrem intervalu normy v doménách Smrt a umírání (5,00) a Blízké vztahy (4,00).



Graf č. 62 OPQOL-35

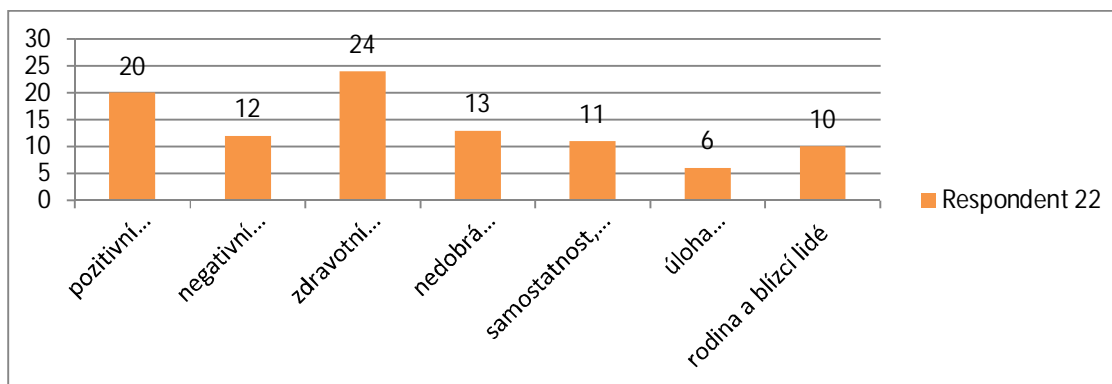
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života negativně ve faktorech F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity - 30) a F4 (Nedobrá finanční situace seniora - 9). Faktory F5 (Samostatnost, nezávislost seniora, hodnocení prostředí, kde žije - 10) a F7 (rodina a blízcí lidé - 9) hodnotí pozitivně. Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondent 22



Graf č. 63 WHOQOL-OLD-česká verze

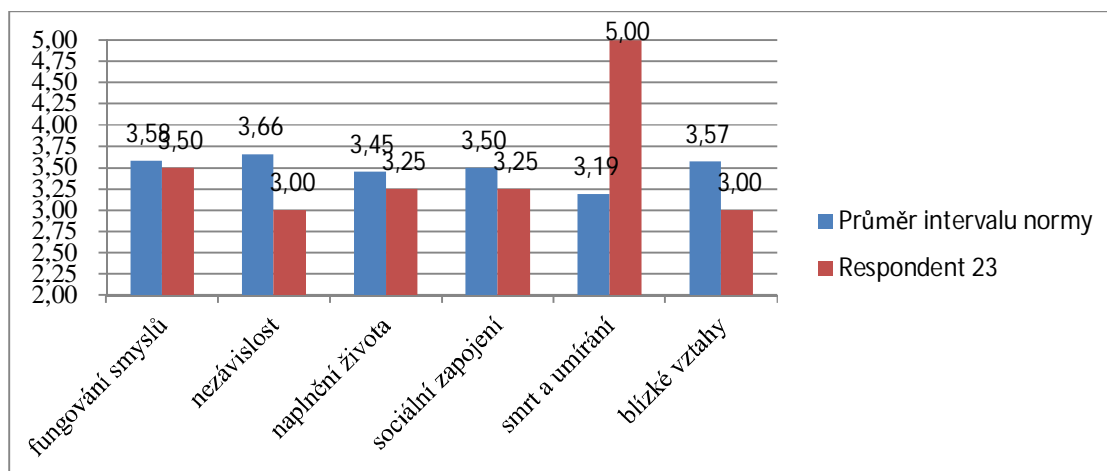
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doménách Naplnění života (3,00) a Blízké vztahy (3,00).



Graf č. 64 OPQOL-35

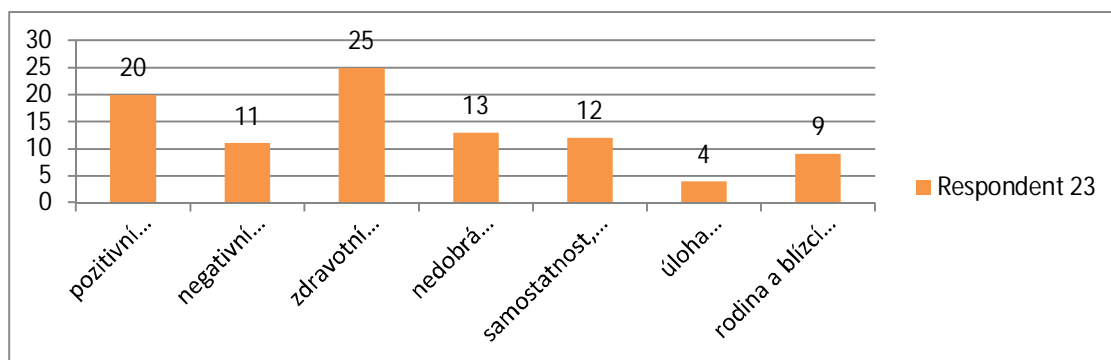
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života negativně ve faktorech F1 (Pozitivní hodnocení kvality života - 20) a F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity - 24). Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondent 23



Graf č. 65 WHOQOL-OLD-česká verze

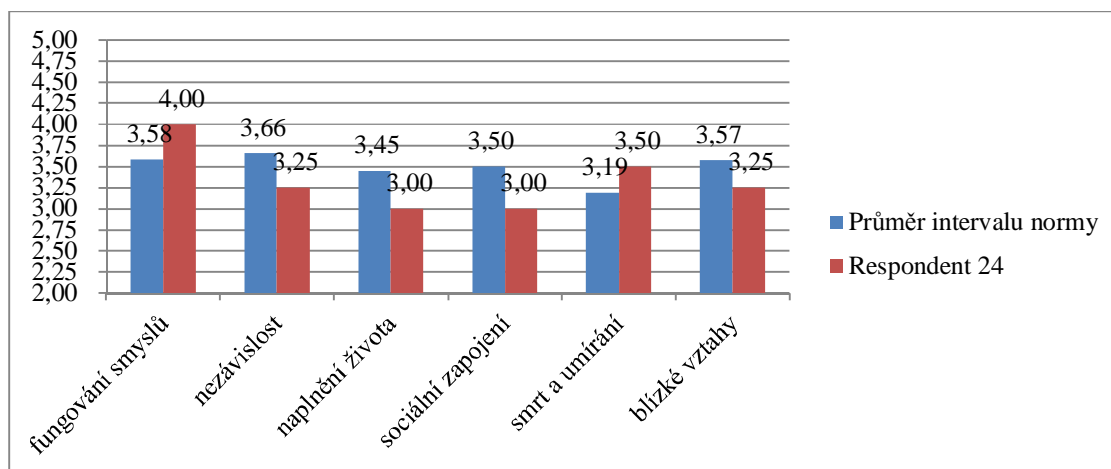
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doménách Nezávislost (3,00) a Blízké vztahy (3,00), nad průměrem intervalu normy v doméně Smrt a umírání (5,00). Doménu Fungování smyslů (3,50) hodnotí v průměru intervalu normy.



Graf č. 66 OPQOL-35

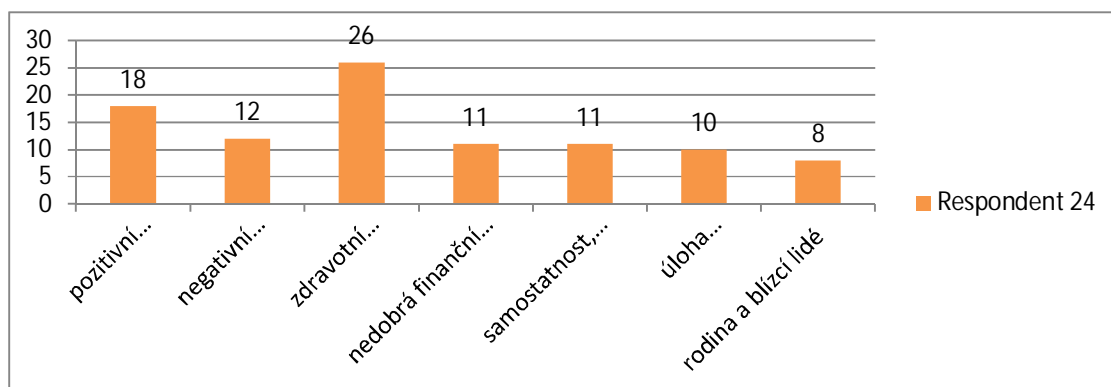
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života negativně ve faktoru F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity - 25). Faktory F6 (Úloha náboženství a víry v životě seniora - 4) a F7 (Rodina a blízcí lidé - 9) hodnotí pozitivně. Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondent 24



Graf č. 67 WHOQOL-OLD-česká verze

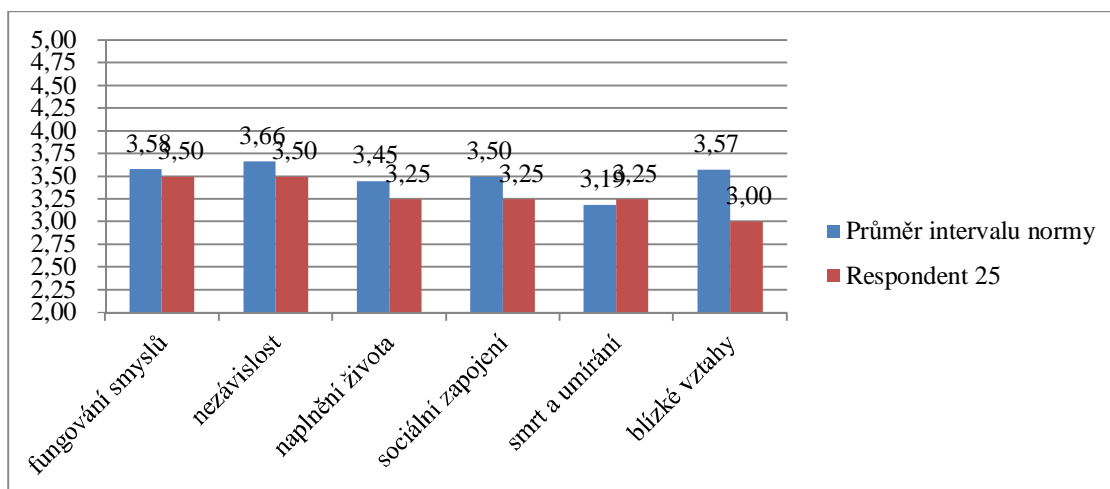
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doménách naplnění života (3,00) a Sociální zapojení (3,00), nad průměrem intervalu normy hodnotí doménu Fungování smyslů (4,00).



Graf č. 68 OPQOL-35

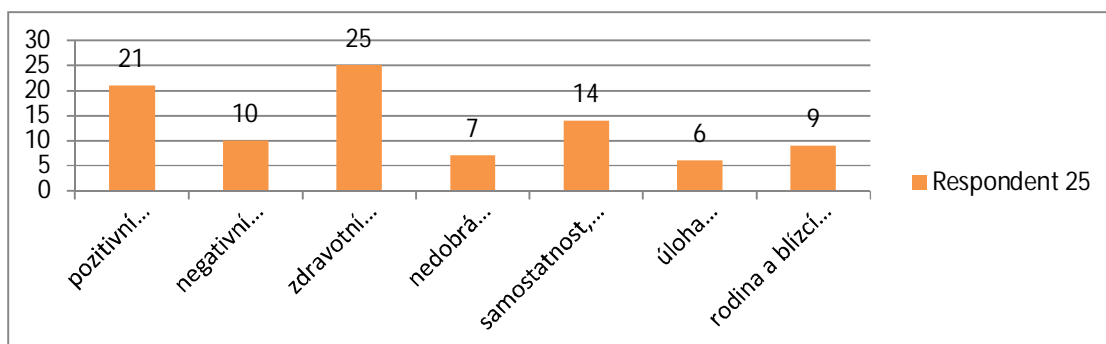
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života negativně ve faktorech F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity - 26) a F6 (Úloha náboženství a víry v životě seniora - 10). Faktor F7 (Rodina a blízcí lidé - 8) hodnotí pozitivně. Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondent 25



Graf č. 69 WHOQOL-OLD-česká verze

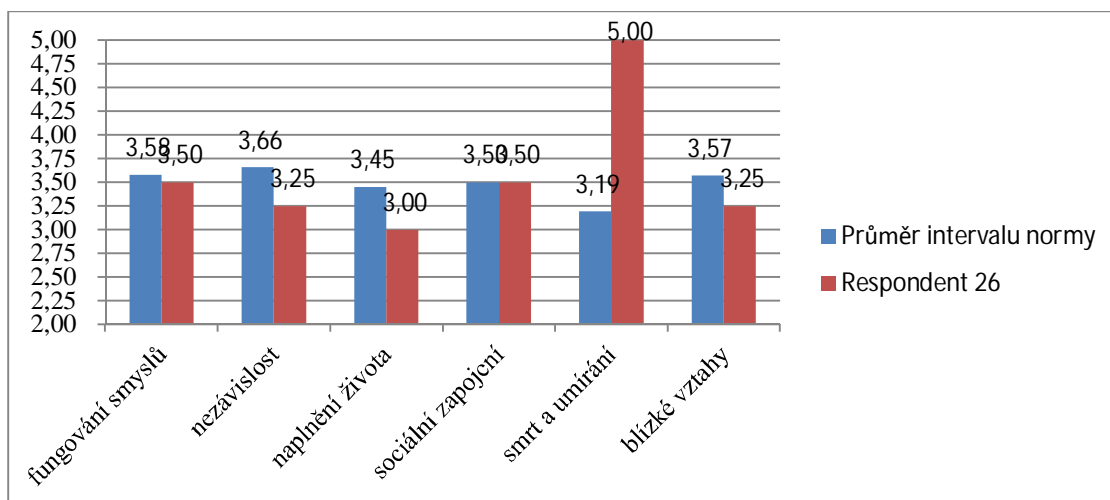
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doméně Blízké vztahy (3,00). Doménu Fungování smyslů (3,50) hodnotí v průměru intervalu normy.



Graf č. 70 OPQOL-35

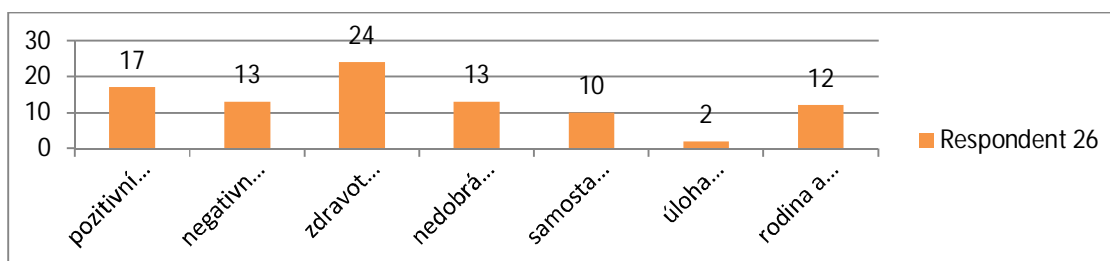
Tento respondent hodnotí kvalitu svého života negativně ve faktorech F1 (Pozitivní hodnocení kvality života - 21), F2 (Negativní hodnocení kvality života - 10), F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity - 25) a F4 (Nedobrá finanční situace seniora - 7). Faktor F7 (Rodina a blízcí lidé - 9) hodnotí pozitivně. Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondentka 26



Graf č. 71 WHOQOL-OLD-česká verze

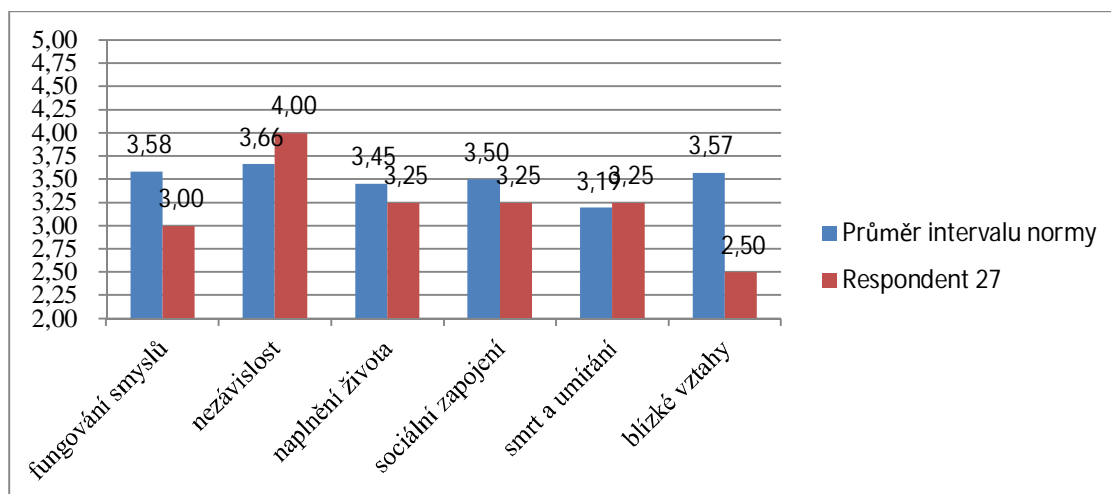
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doméně Naplnění života (3,00), nad průměrem intervalu normy v doméně Smrt a umírání (5,00). Domény Fungování smyslů (3,50) a Sociálního zapojení (3,50) hodnotí v průměru intervalu normy.



Graf č. 72 OPQOL-35

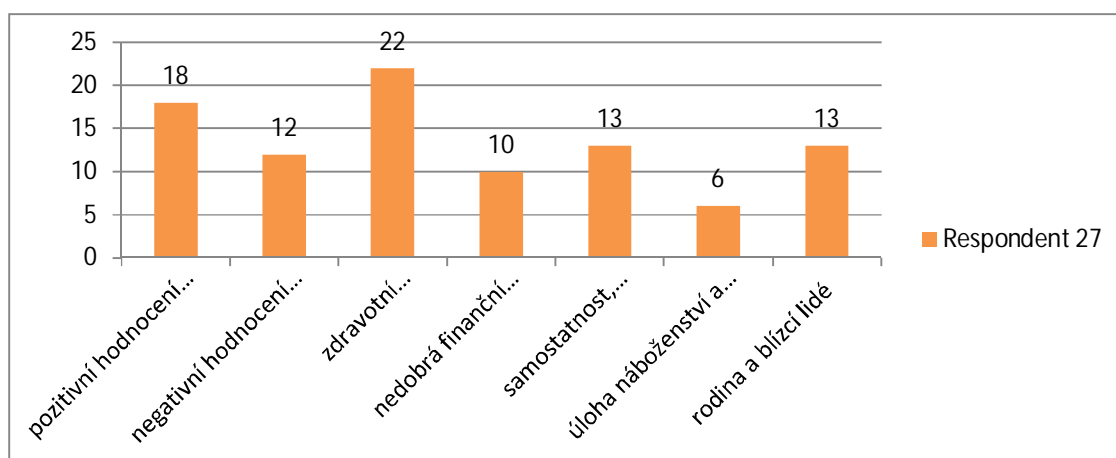
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života negativně ve faktoru F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity - 24). Faktory F5 (Samostatnost, nezávislost seniora, hodnocení prostředí, kde žije - 10) a F6 (Úloha náboženství a víry v životě seniora - 2) hodnotí pozitivně. Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondentka 27



Graf č. 73 WHOQOL-OLD-česká verze

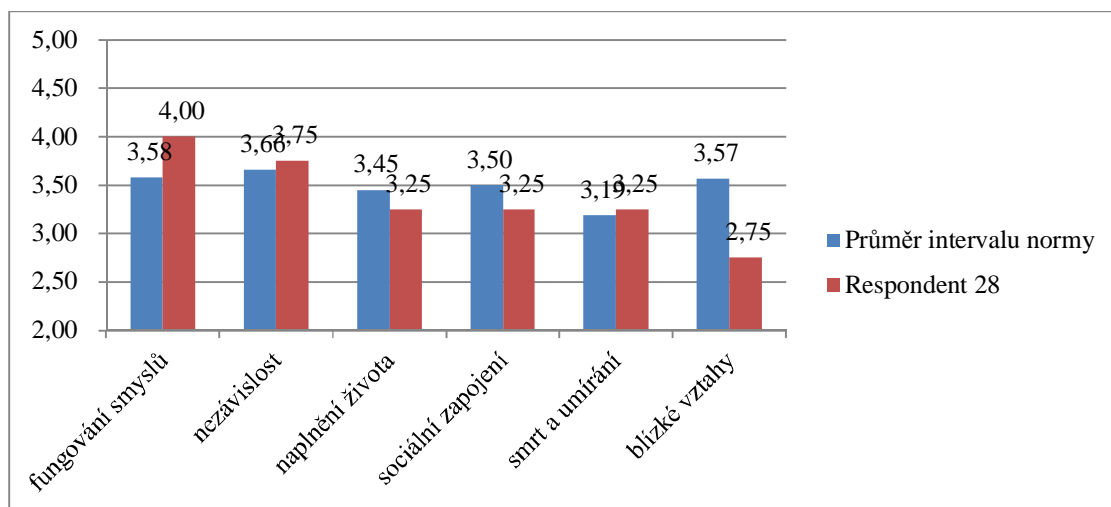
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doménách Fungování smyslů (3,00) a Blízké vztahy (2,50).



Graf č. 74 OPQOL-35

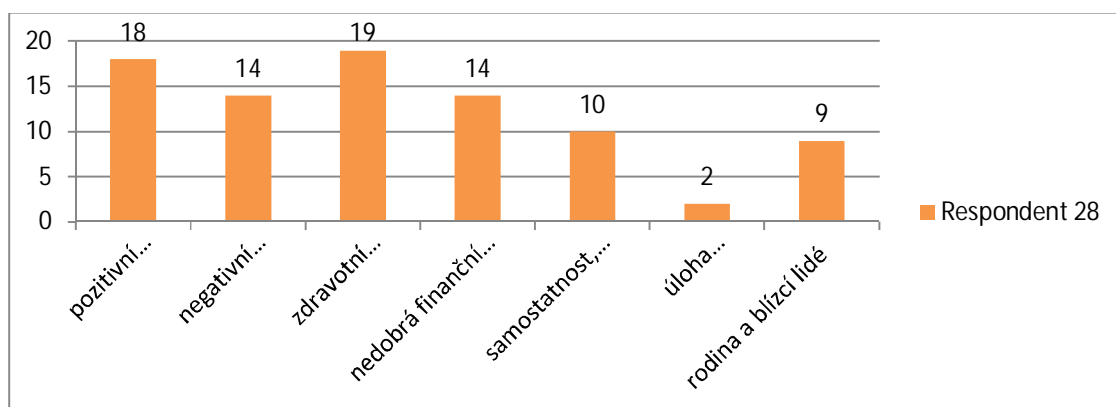
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života negativně ve faktorech F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity - 22), F4 (Nedobrá finanční situace seniora - 10) a F7 (Rodina a blízcí lidé - 13). Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondentka 28



Graf č. 75 WHOQOL-OLD-česká verze

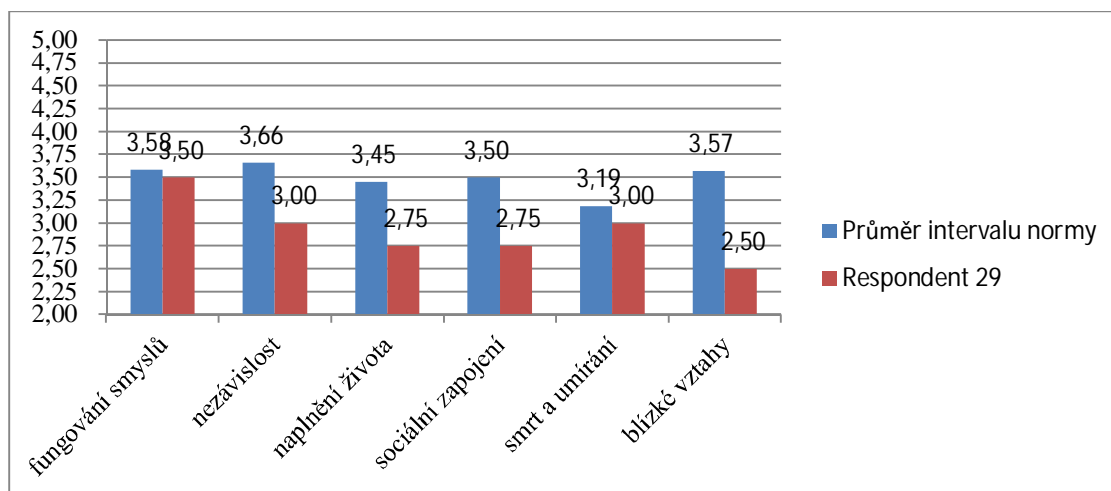
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doméně Blízké vztahy (2,75).



Graf č. 76 OPQOL-35

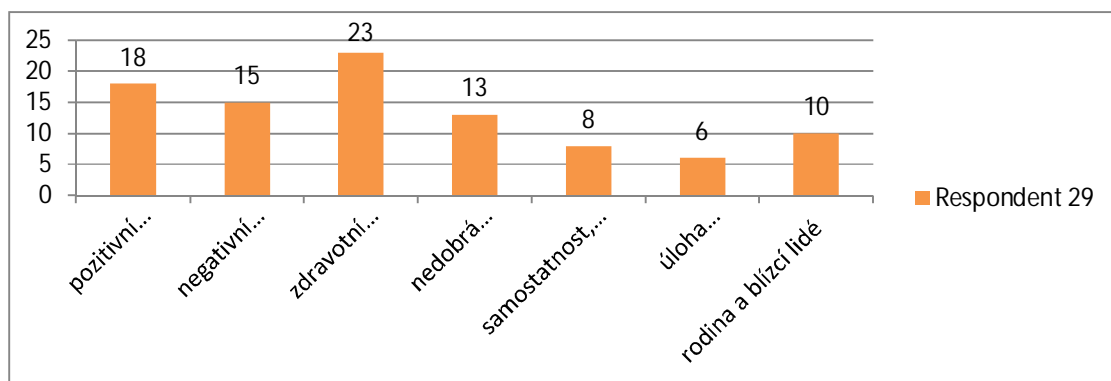
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života pozitivně ve faktorech F5 (Samostatnost, nezávislost seniora, hodnocení prostředí, kde žije - 10) a F6 (Úloha náboženství a víry v životě seniora - 2). Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondentka 29



Graf č. 77 WHOQOL-OLD-česká verze

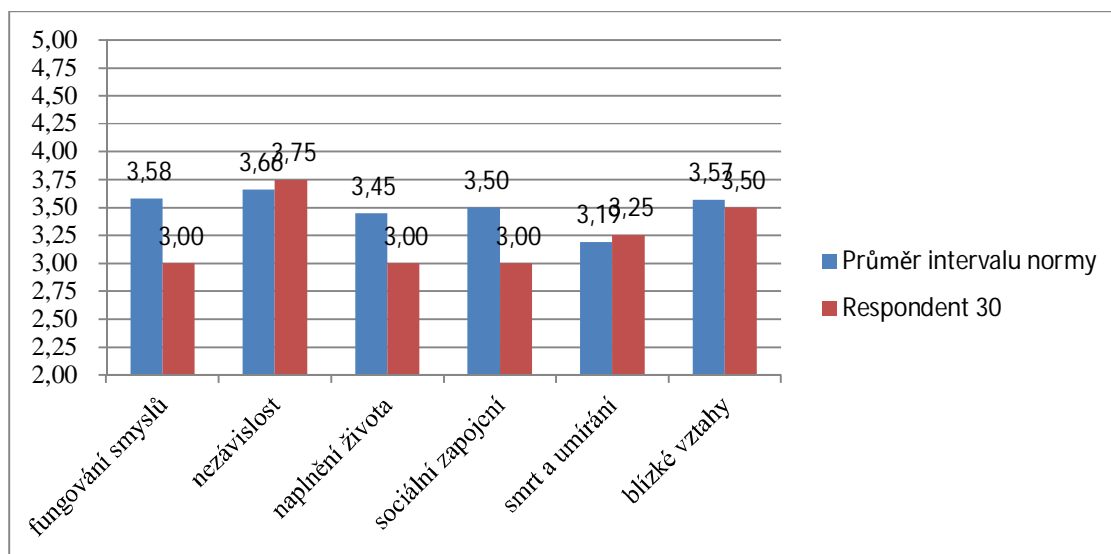
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doménách Naplnění života (2,75), Sociální zapojení (2,75) a Blízké vztahy (2,50). Doménu Fungování smyslů (3,50) hodnotí v průměru intervalu normy.



Graf č. 78 OPQOL-35

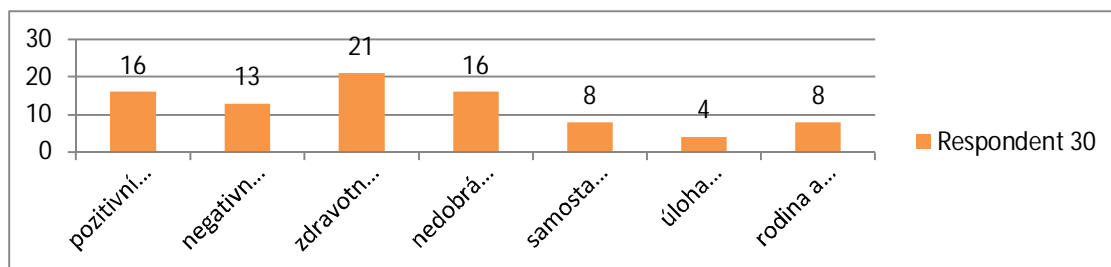
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života negativně ve faktoru F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity - 23). Faktor F5 (Samostatnost, nezávislost seniora, hodnocení prostředí, kde žije - 8) hodnotí pozitivně. Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondentka 30



Graf č. 79 WHOQOL-OLD-česká verze

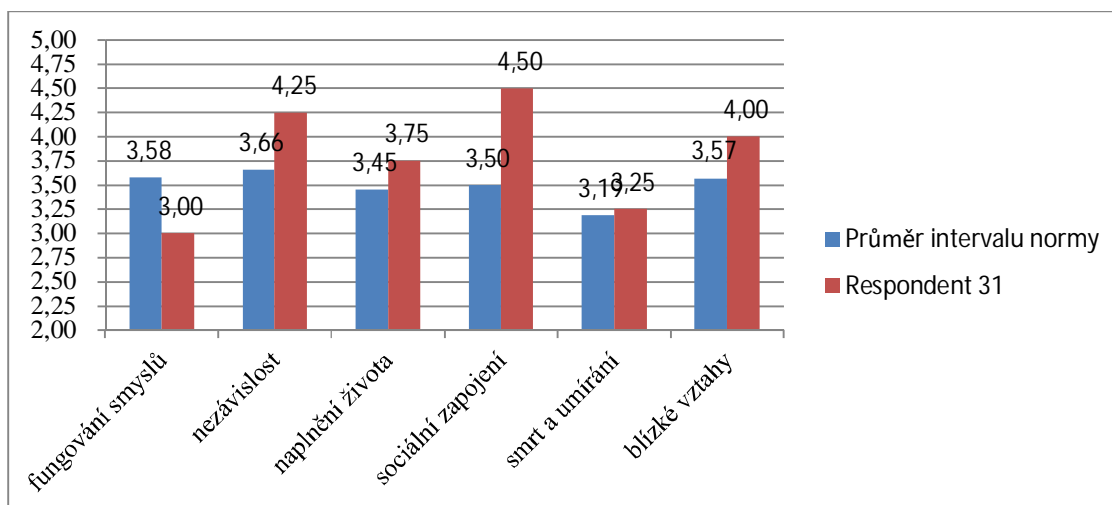
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doménách Fungování smyslů (3,00), Naplnění života (3,00) a Sociální zapojení (3,00). Doménu Blízké vztahy (3,50) hodnotí v průměru intervalu normy.



Graf č. 80 OPQOL-35

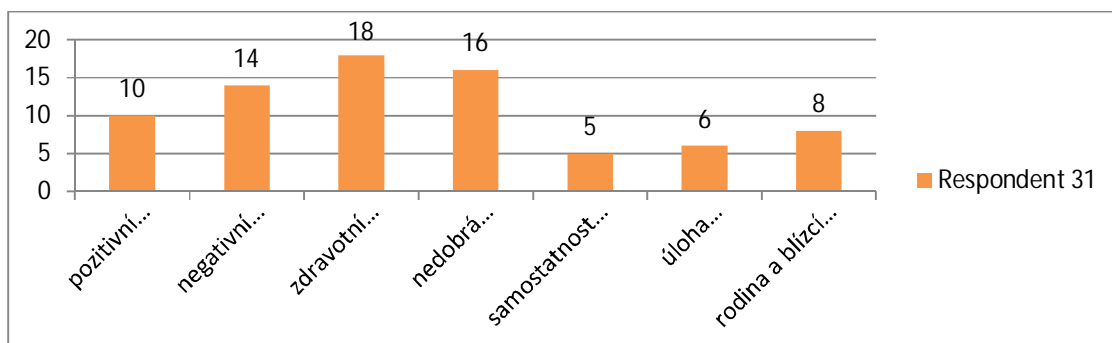
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života negativně ve faktoru F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity - 21). Faktory F5 (Samostatnost, nezávislost seniora, hodnocení prostředí, kde žije - 8), F6 (Úloha náboženství a víry v životě seniora - 4) a F7 (Rodina a blízcí lidé - 8) hodnotí pozitivně. Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondentka 31



Graf č. 81 WHOQOL-OLD-česká verze

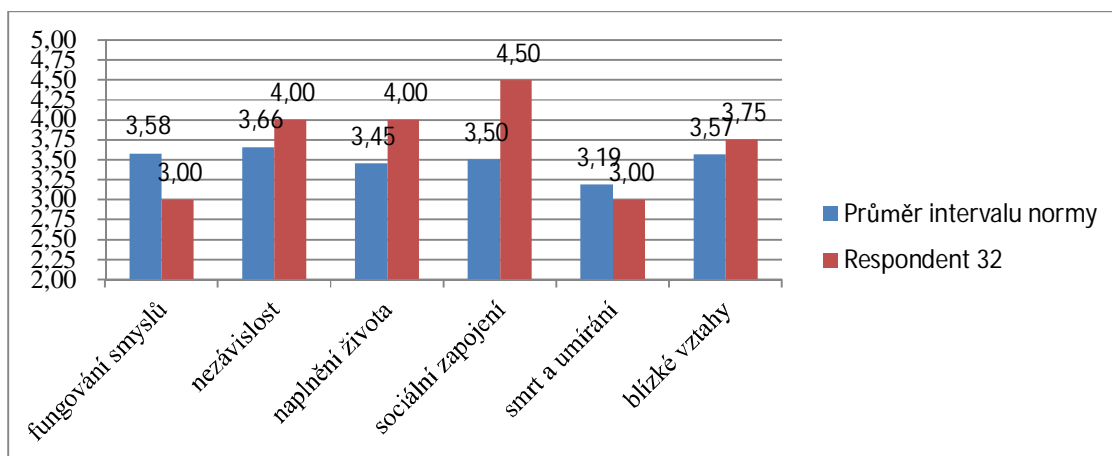
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doméně Fungování smyslů (3,00), nad průměrem intervalu normy v doménách Nezávislost (4,25), Sociální zapojení (4,50) a Blízké vztahy (4,00).



Graf č. 82 OPQOL-35

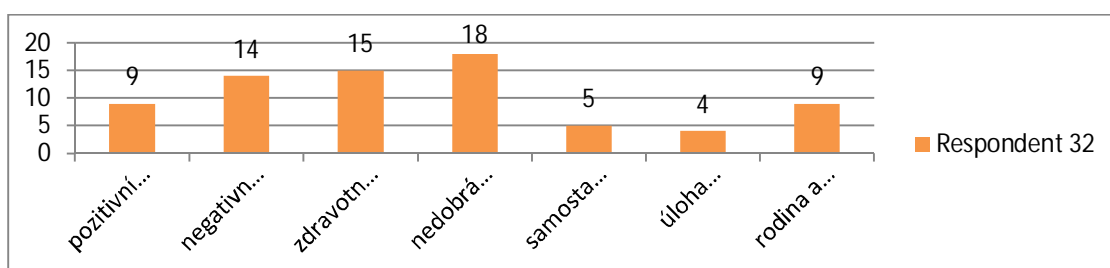
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života pozitivně ve faktorech F1 (Pozitivní hodnocení kvality života – 10), F4 (Nedobrá finanční situace seniora - 16), F5 (Samostatnost, nezávislost seniora, hodnocení prostředí, kde žije - 5) a F7 (Rodina a blízcí lidé - 8). Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondentka 32



Graf č. 83 WHOQOL-OLD-česká verze

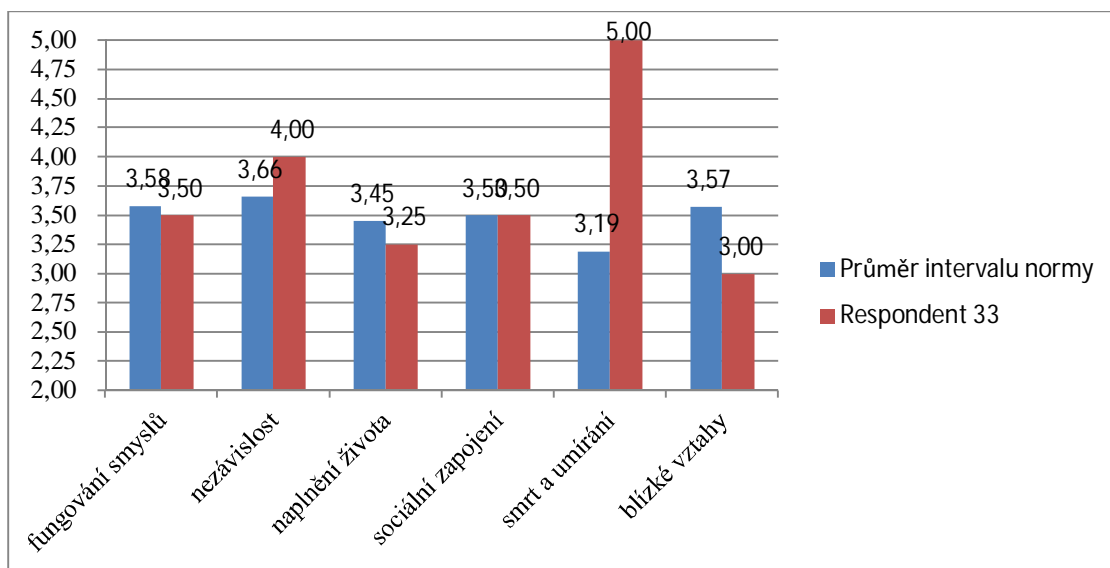
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doménách Fungování smyslů (3,00) a Smrt a umírání (3,00), nad průměrem intervalu normy v doménách Nezávislost (4,00), Sociální zapojení (4,50) a Blízké vztahy (3,75).



Graf č. 84 OPQOL-35

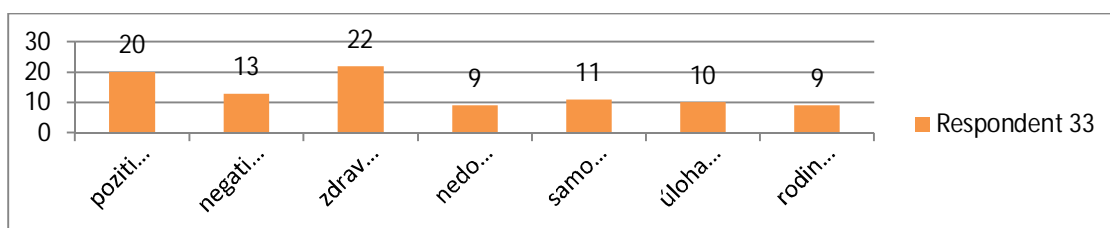
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života pozitivně ve faktorech F1 (Pozitivní hodnocení kvality života - 9), F2 (Negativní hodnocení kvality života - 14), F4 (Nedobrá finanční situace seniora - 18), F5 (Samostatnost, nezávislost seniora, hodnocení prostředí, kde žije - 5), F6 (Úloha náboženství a víry v životě seniora - 4) a F7 (rodina a blízcí lidé - 9). Hodnocení faktoru F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové) se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondentka 33



Graf č. 85 WHOQOL-OLD-česká verze

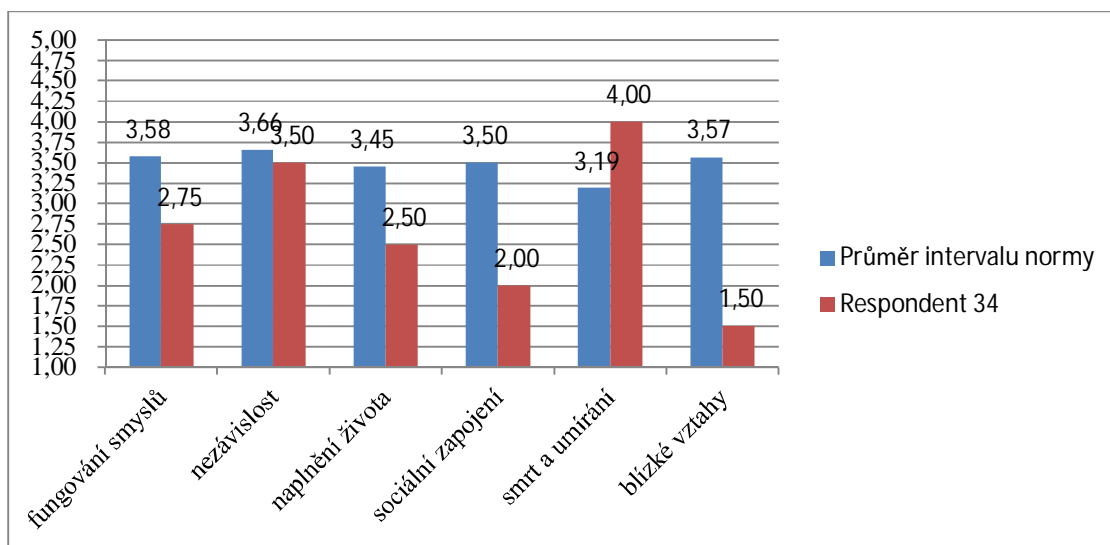
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doméně Blízké vztahy (3,00), nad průměrem intervalu normy v doméně Smrt a umírání (5,00). Doménu Fungování smyslů (3,50) a Sociální zapojení (3,50) hodnotí v průměru intervalu normy.



Graf č. 86 OPQOL-35

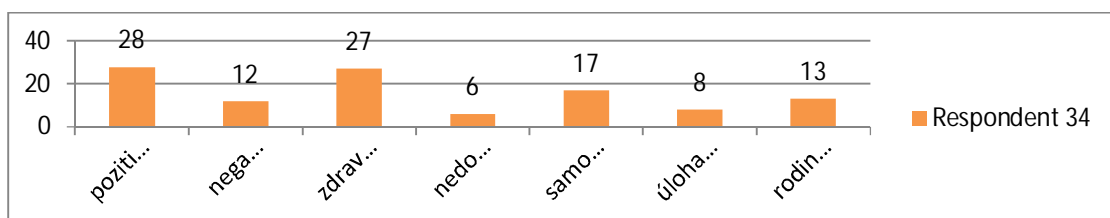
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života negativně ve faktorech F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity - 22) a F6 (Úloha náboženství a víry v životě seniora - 10). Faktory F4 (Nedobrá finanční situace seniora - 9) a F7 (Rodina a blízcí lidé - 9) hodnotí pozitivně. Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondentka 34



Graf č. 87 WHOQOL-OLD-česká verze

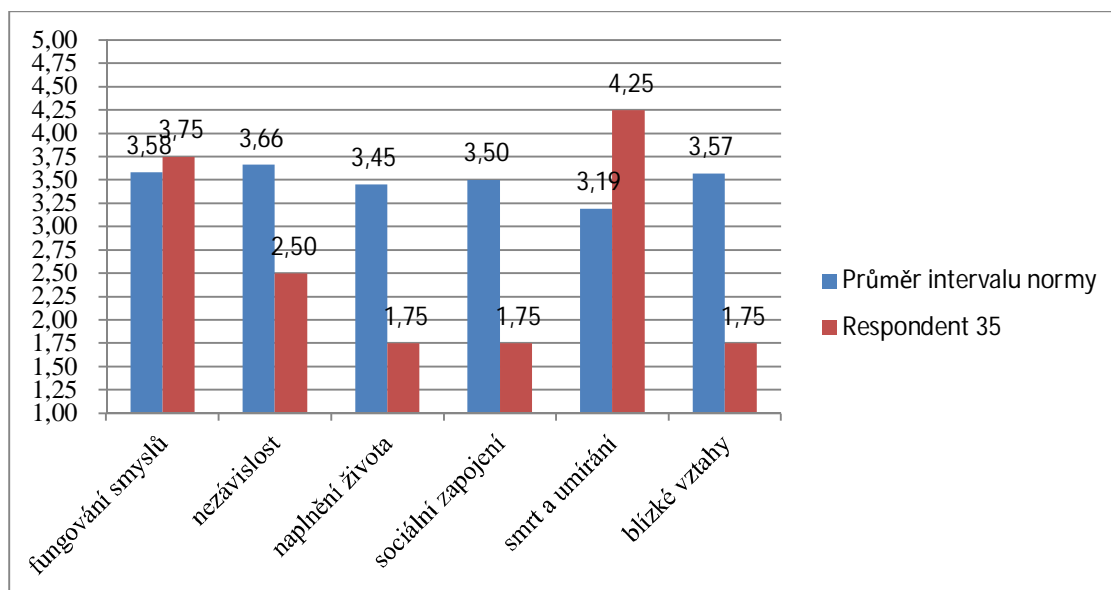
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doménách Fungování smyslů (2,75), Naplnění života (2,50), Sociální zapojení (2,00) a Blízké vztahy (1,50), nad průměrem intervalu normy v doméně Smrt a umírání (4,00).



Graf č. 88 OPQOL-35

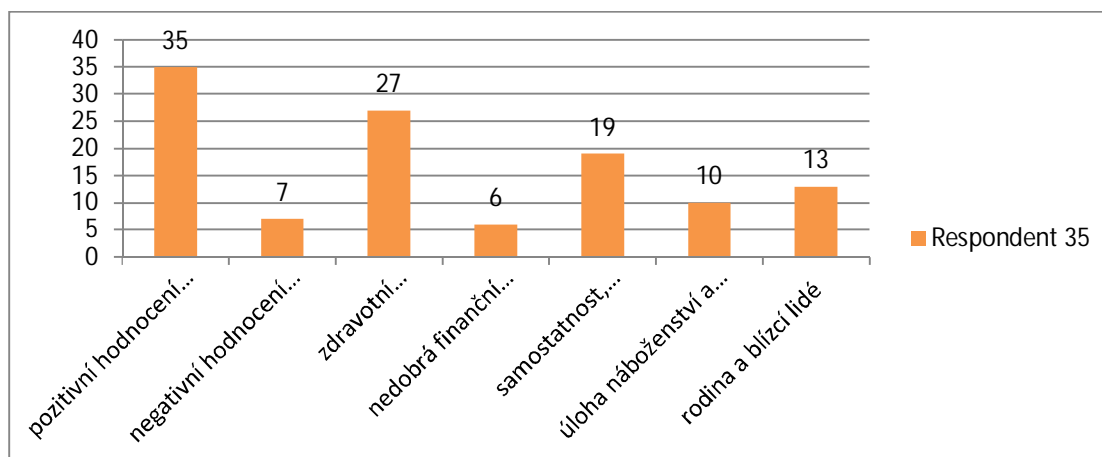
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života negativně ve faktorech F1 (Pozitivní hodnocení kvality života - 28), F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity - 27), F4 (Nedobrá finanční situace seniora - 6), F6 (Úloha náboženství a víry v životě seniora - 8) a F7 (Rodina a blízcí lidé - 13). Hodnocení faktorů F2 (Negativní hodnocení kvality života - 12) a F5 (Samostatnost, nezávislost seniora, hodnocení prostředí, kde žije - 17) se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondentka 35



Graf č. 89 WHOQOL-OLD-česká verze

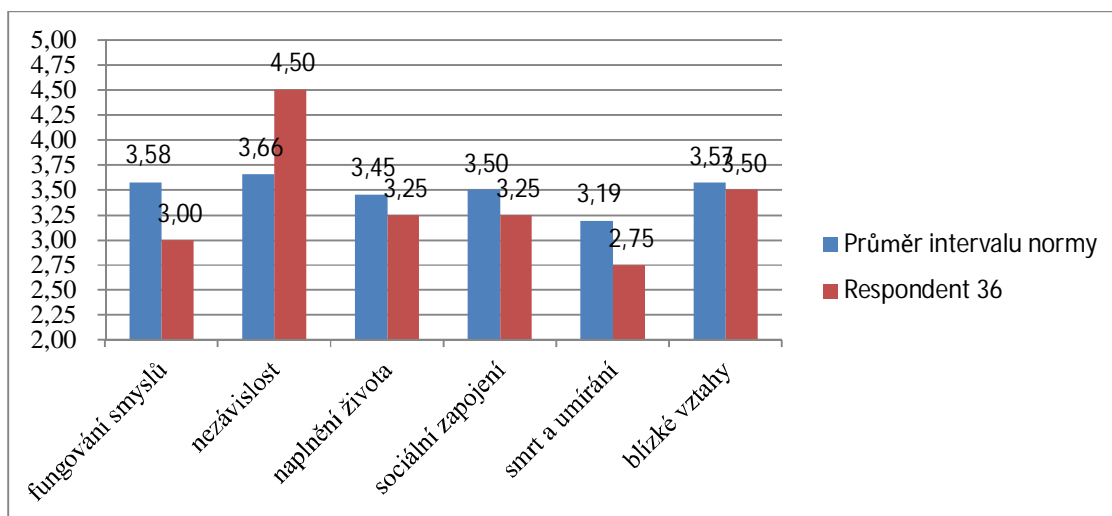
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doménách Nezávislost (2,50), Naplnění života (1,75), Sociální zapojení (1,75) a Blízké vztahy (1,75), nad průměrem intervalu normy v doméně Smrt a umírání (4,25).



Graf č. 90 OPQOL-35

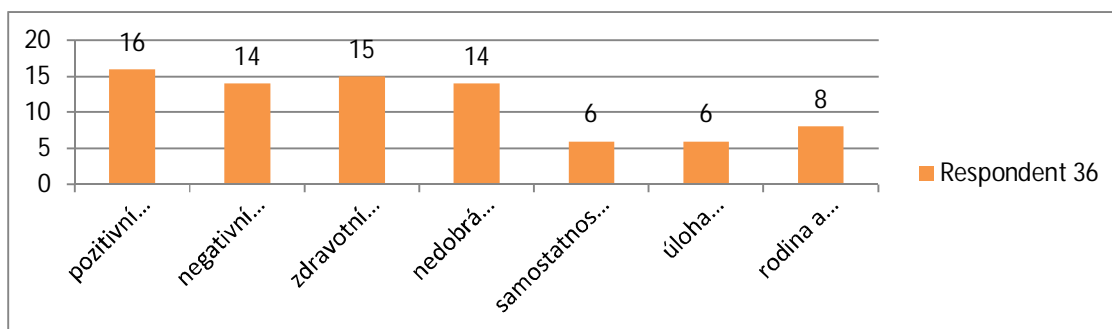
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života negativně ve všech faktorech.

Respondentka 36



Graf č. 91 WHOQOL-OLD-česká verze

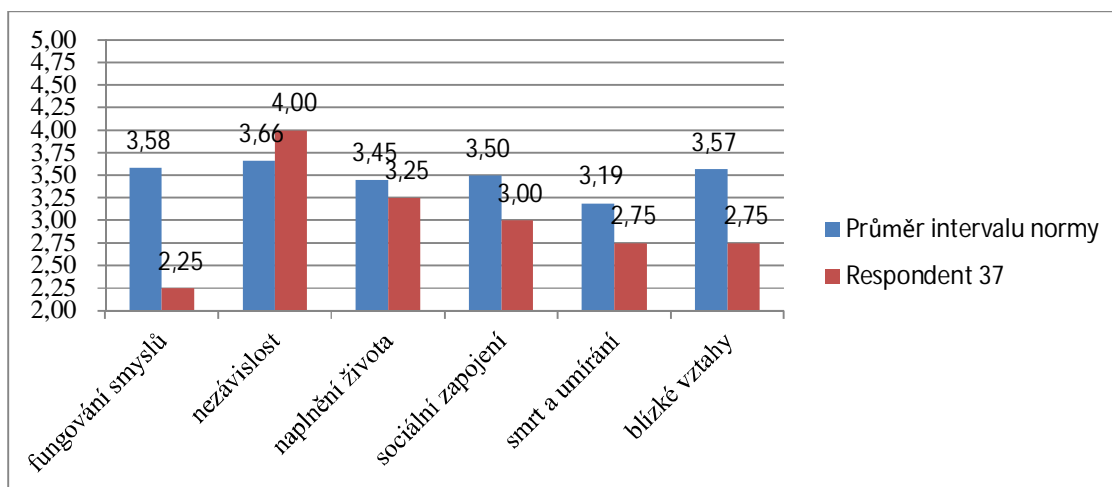
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doménách Fungování smyslů (3,00) a Smrt a umírání (2,75), nad průměrem intervalu normy v doméně Nezávislost (4,50).



Graf č. 92 OPQOL-35

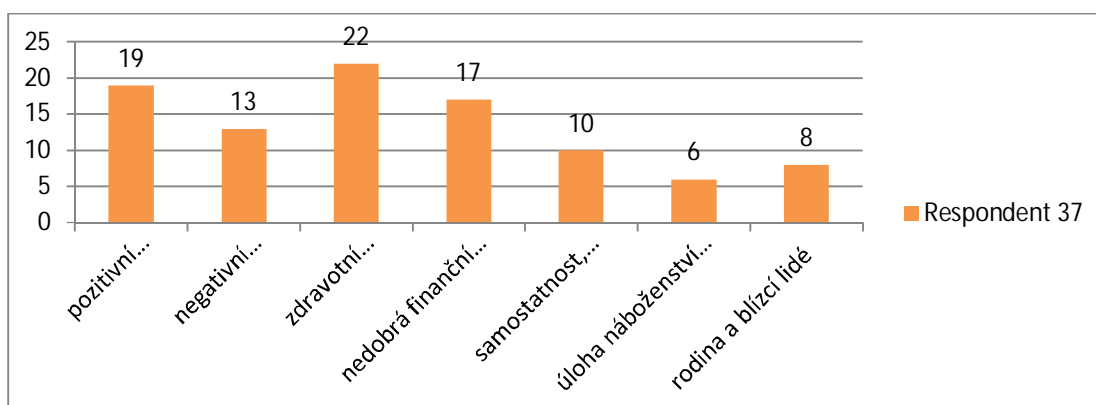
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života negativně ve faktoru F4 (Nedobrá finanční situace seniora - 14). Faktory F5 (Samostatnost, nezávislost seniora, hodnocení prostředí, kde žije - 6) a F6 (Úloha náboženství a víry v životě seniora - 6) hodnotí pozitivně. Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondentka 37



Graf č. 93 WHOQOL-OLD-česká verze

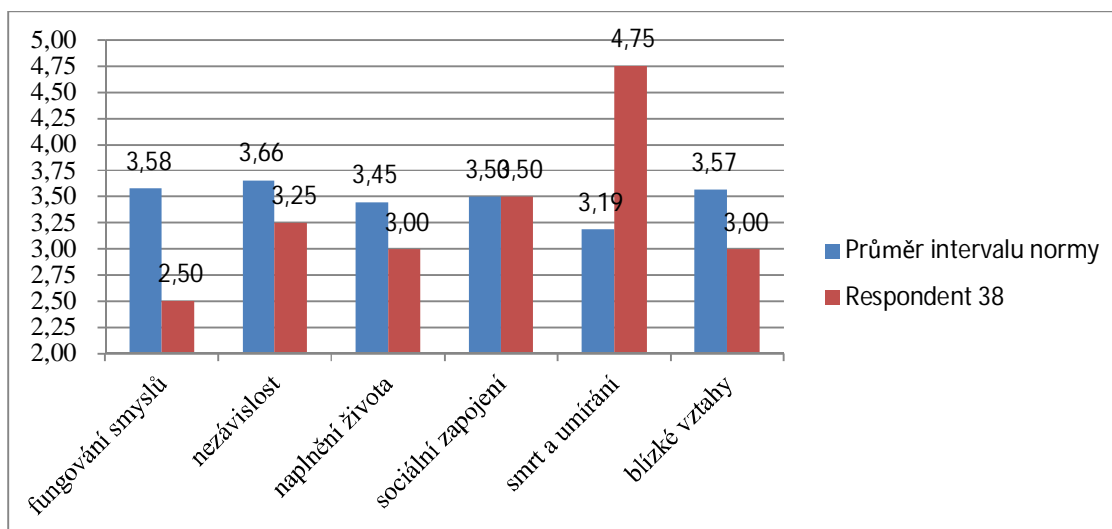
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doménách Fungování smyslů (2,25), Smrt a umírání (2,75) a Blízké vztahy (2,75).



Graf č. 94 OPQOL-35

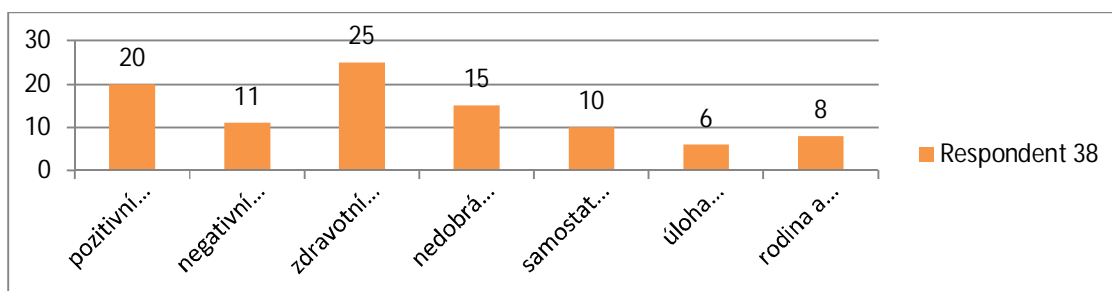
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života negativně ve faktorech F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity - 22) a F4 (Nedobrá finanční situace seniora - 17). Faktory F5 (Samostatnost, nezávislost seniora, hodnocení prostředí, kde žije - 10) a F7 (Rodina a blízcí lidé – 8) hodnotí pozitivně. Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondentka 38



Graf č. 95 WHOQOL-OLD-česká verze

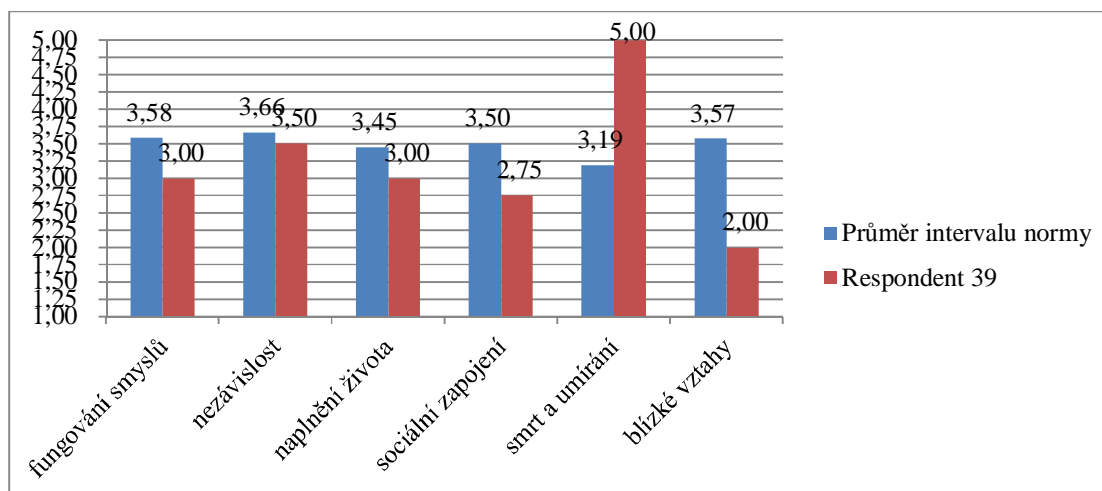
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doménách Fungování smyslů (2,50), Naplnění života (3,00) a Blízké vztahy (3,00), nad průměrem intervalu normy v doméně Smrt a umírání (4,75). Doménu Sociální zapojení (3,50) hodnotí v průměru intervalu normy.



Graf č. 96 OPQOL-35

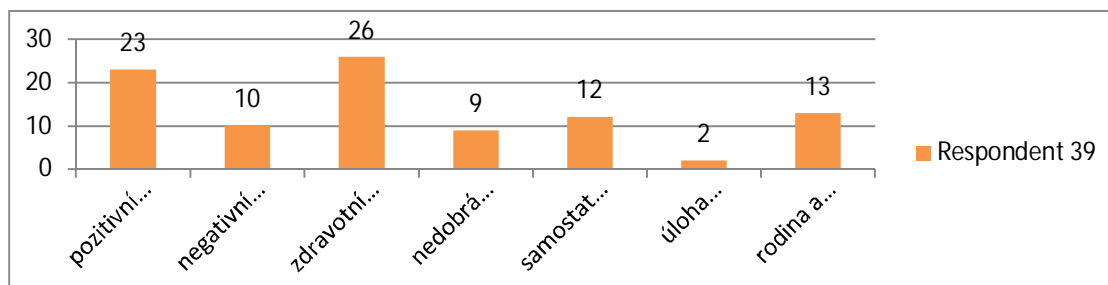
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života negativně ve faktoru F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity - 25). Faktory F5 (Samostatnost, nezávislost seniora, hodnocení prostředí, kde žije - 10) a F7 (Rodina a blízcí lidé - 8) hodnotí pozitivně. Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondentka 39



Graf č. 97 WHOQOL-OLD-česká verze

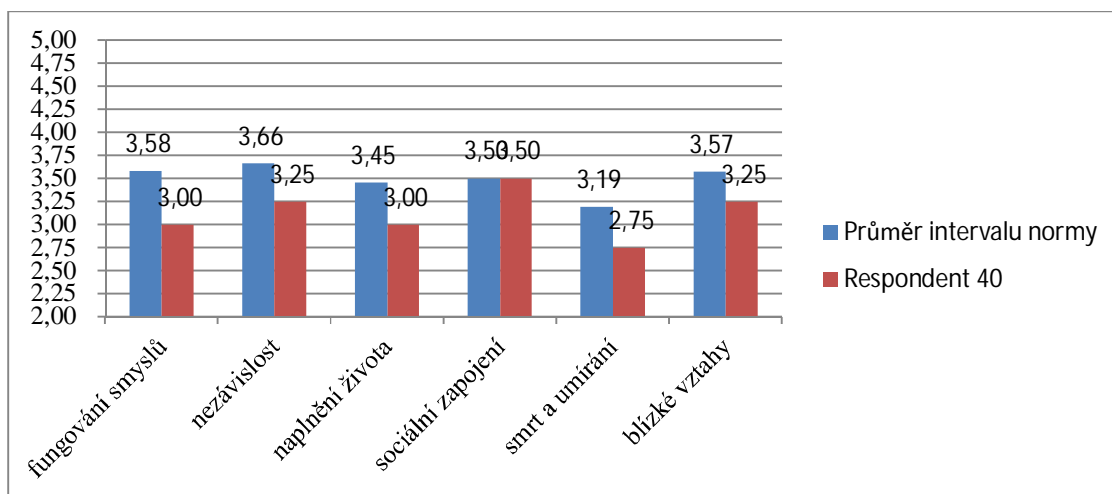
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doménách Fungování smyslů (3,00), Naplnění života (3,00), Sociální zapojení (2,75) a Blízké vztahy (2,00), nad průměrem intervalu normy v doméně Smrt a umírání (5,00).



Graf č. 98 OPQOL-35

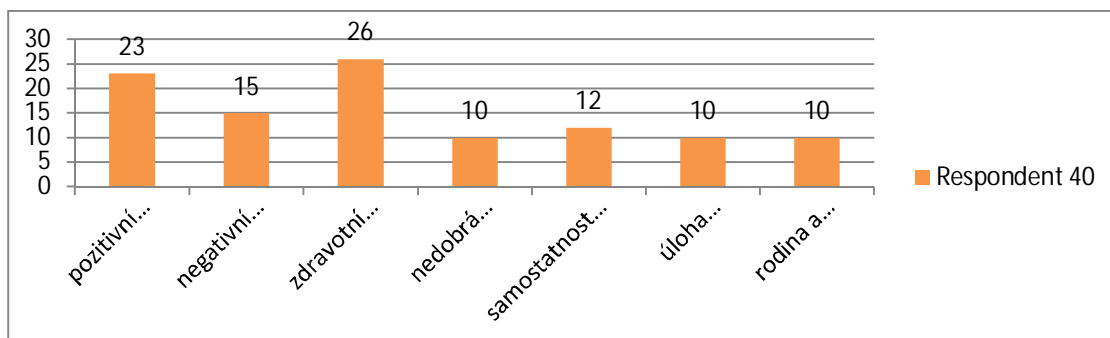
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života negativně ve faktorech F1 (Pozitivní hodnocení kvality života - 23), F2 (Negativní hodnocení kvality života - 10), F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity - 26), F4 (Nedobrá finanční situace seniora - 9) a F7 (Rodina a blízcí lidé - 13). Faktor F6 (Úloha náboženství a víry v životě seniora - 2) hodnotí pozitivně. Hodnocení faktoru F5 (Samostatnost, nezávislost seniora, hodnocení prostředí, kde žije - 12) se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondentka 40



Graf č. 99 WHOQOL-OLD-česká verze

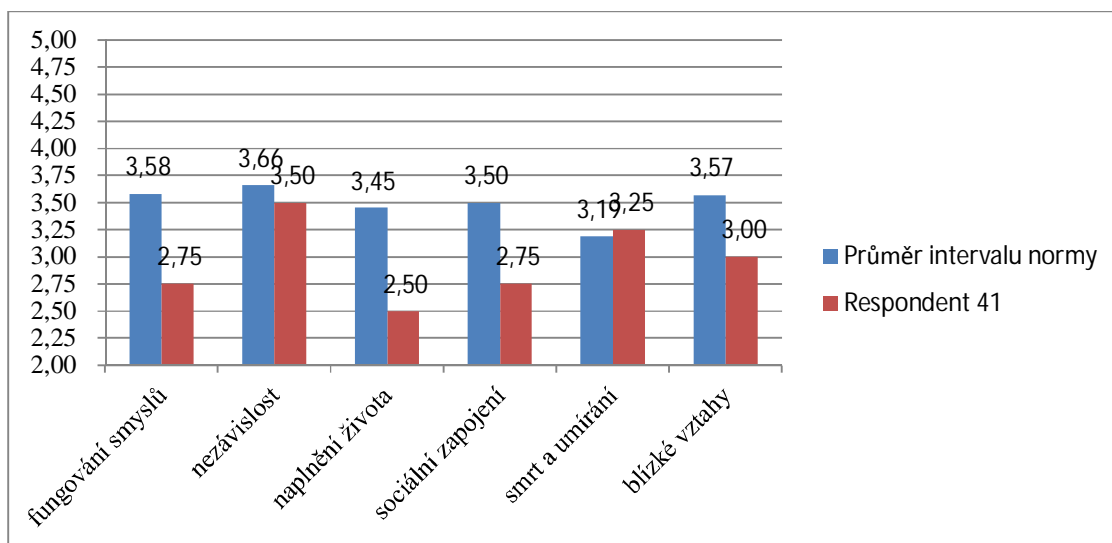
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doménách Fungování smyslů (3,00), Nezávislost (3,25), Naplnění života (3,00) a Smrt a umírání (2,75). Doménu Sociálního zapojení (3,50) hodnotí v průměru intervalu normy.



Graf č. 100 OPQOL-35

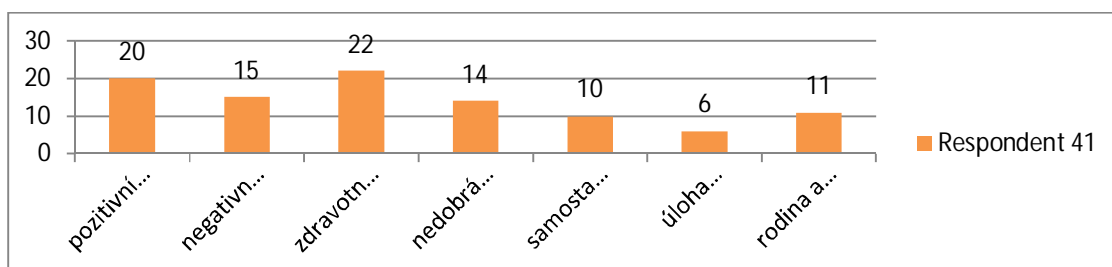
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života negativně ve faktorech F1 (Pozitivní hodnocení kvality života - 23), F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity - 26), F4 (Nedobrá finanční situace seniora - 10) a F6 (Úloha náboženství a víry v životě seniora - 10). Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondentka 41



Graf č. 101 WHOQOL-OLD-česká verze

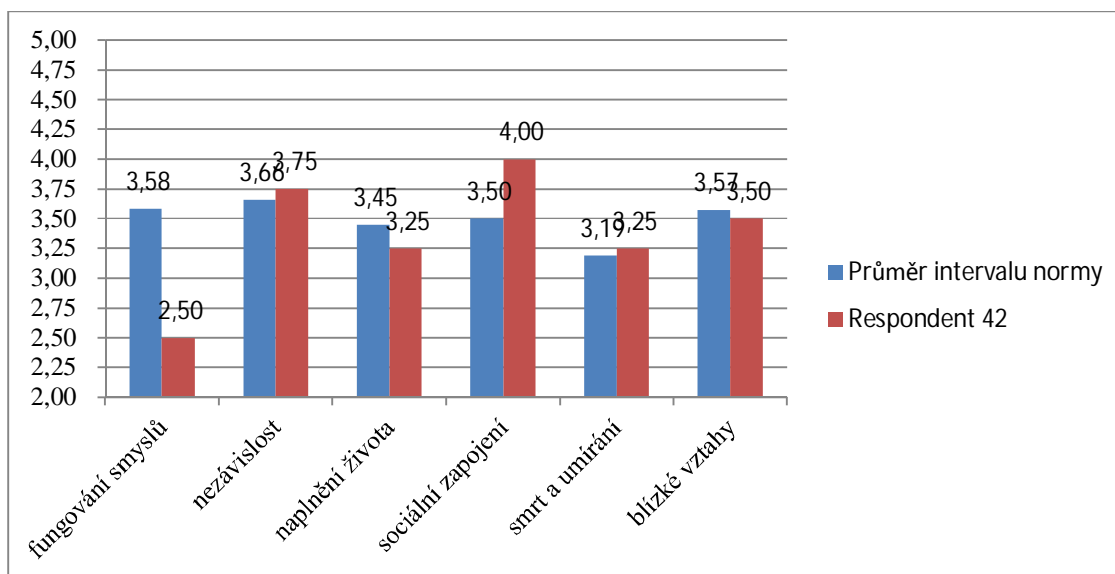
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doménách Fungování smyslů (2,75), Naplnění života (2,50), Sociální zapojení (2,75) a Blízké vztahy (3,00).



Graf č. 102 OPQOL-35

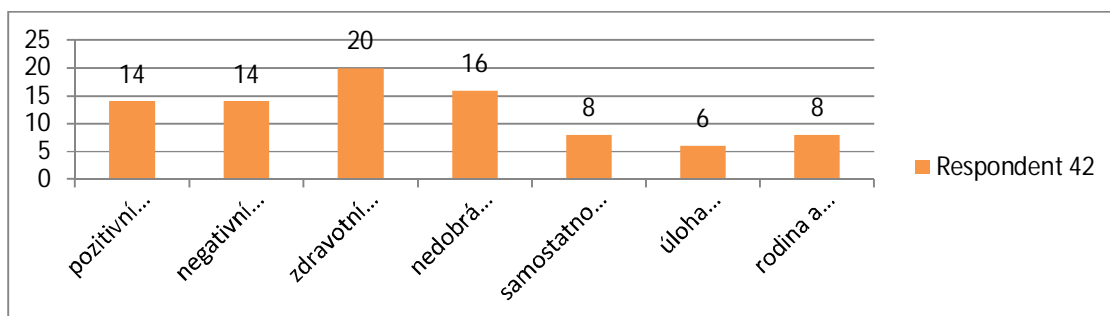
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života negativně ve faktoru F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity - 22). Faktory F4 (Nedobrá finanční situace seniora - 14) a F5 (Samostatnost, nezávislost seniora, hodnocení prostředí, kde žije - 10) hodnotí pozitivně. Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondentka 42



Graf č. 103 WHOQOL-OLD-česká verze

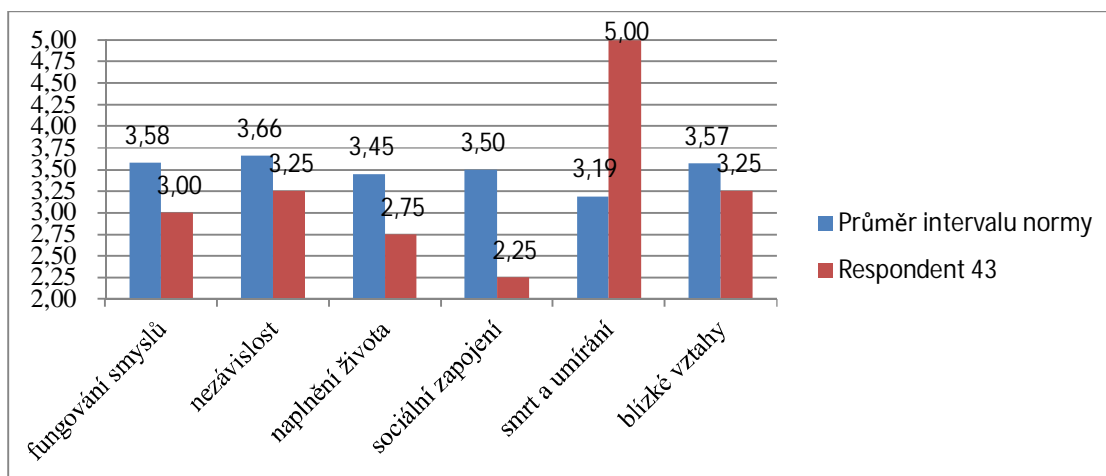
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doméně Fungování smyslů (2,50), nad průměrem intervalu normy v doméně Sociální zapojení (4,00). Doménu Blízké vztahy (3,50) hodnotí v průměru intervalu normy.



Graf č. 104 OPQOL-35

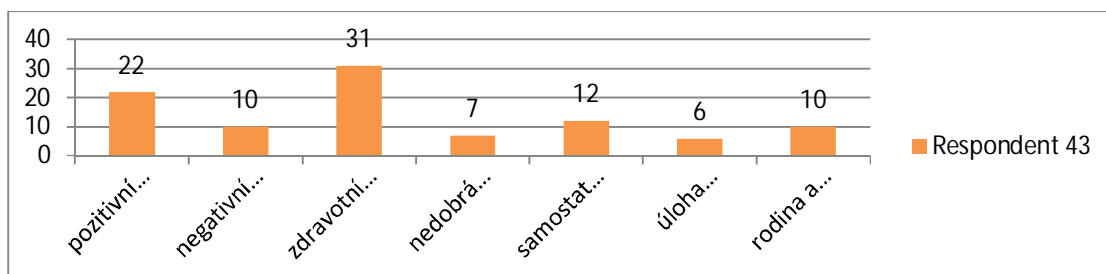
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života pozitivně ve faktorech F1 (pozitivní hodnocení kvality života - 14), F5 (Samostatnost, nezávislost seniora, hodnocení prostředí, kde žije - 8) a F7 (Rodina a blízcí lidé - 8). Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondentka 43



Graf č. 105 WHOQOL-OLD-česká verze

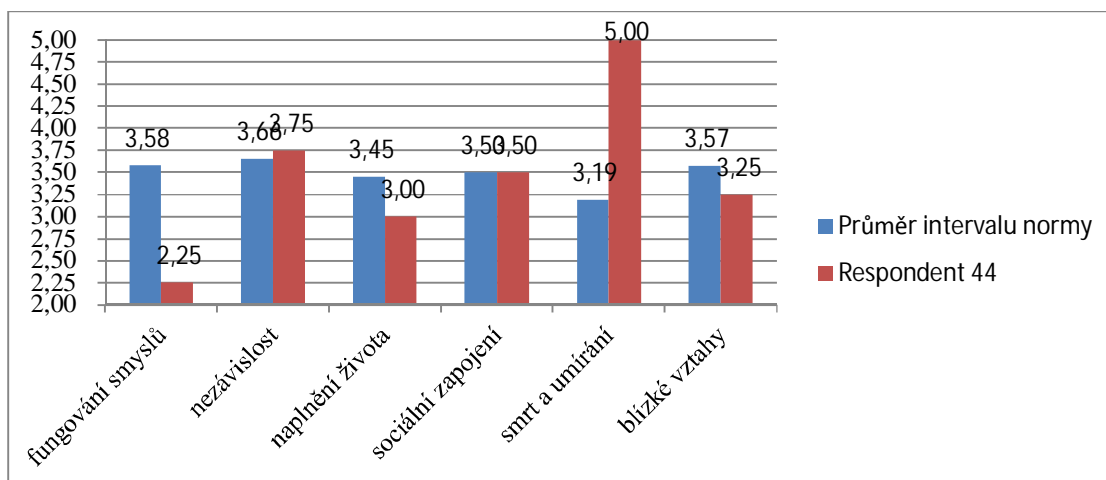
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doménách Fungování smyslů (3,00), Naplnění života (2,75) a Sociální zapojení (2,25), nad průměrem intervalu normy v doméně Smrt a umírání (5,00).



Graf č. 106 OPQOL-35

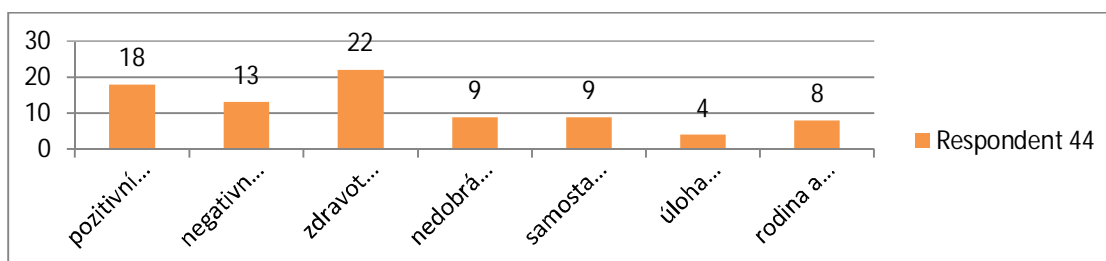
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života negativně ve faktorech F1 (Pozitivní hodnocení kvality života - 22), F2 (Negativní hodnocení kvality života - 10), F3 (zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity - 31) a F4 (Nedobrá finanční situace seniora - 7). Faktory F5 (Samostatnost, nezávislost seniora, hodnocení prostředí, kde žije - 12) a F7 (Rodina a blízcí lidé - 10) hodnotí pozitivně. Hodnocení faktoru F6 (Úloha náboženství a víry v životě seniora - 6) se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondentka 44



Graf č. 107 WHOQOL-OLD-česká verze

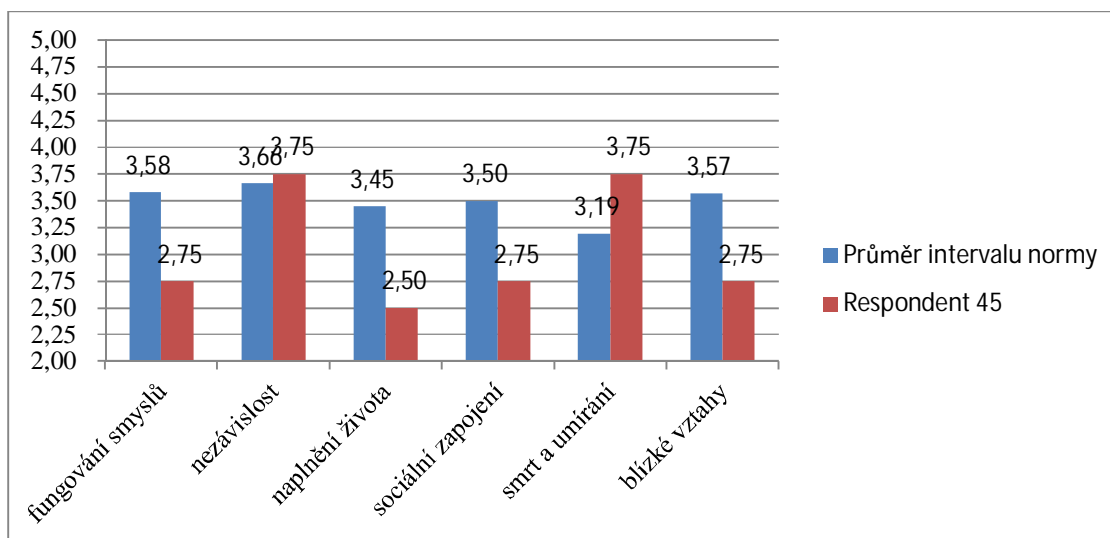
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doménách Fungování smyslů (2,25) a Naplnění života (3,00), nad průměrem intervalu normy v doméně Smrt a umírání (5,00). Doménu Sociální zapojení (3,50) hodnotí v průměru intervalu normy.



Graf č. 108 OPQOL-35

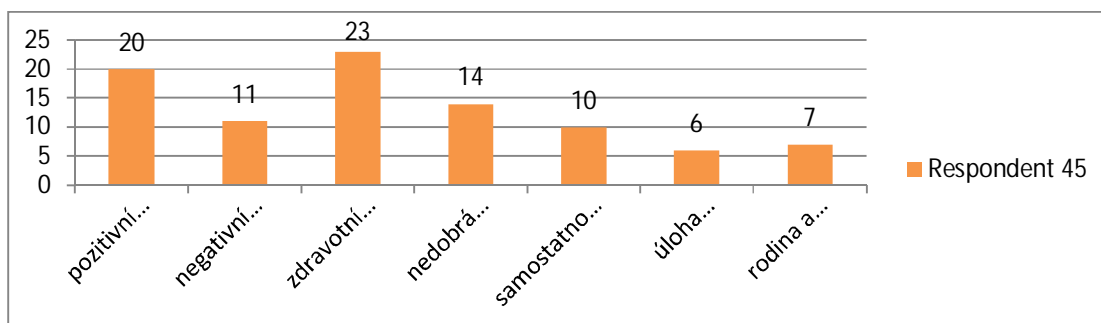
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života negativně ve faktorech F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity - 22) a F4 (Nedobrá finanční situace seniora - 9). Faktory F5 (Samostatnost, nezávislost seniora, hodnocení prostředí, kde žije - 9), F6 (Úloha náboženství a víry v životě seniora - 4) a F7 (Rodina a blízcí lidé - 8) hodnotí pozitivně. Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondentka 45



Graf č. 109 WHOQOL-OLD-česká verze

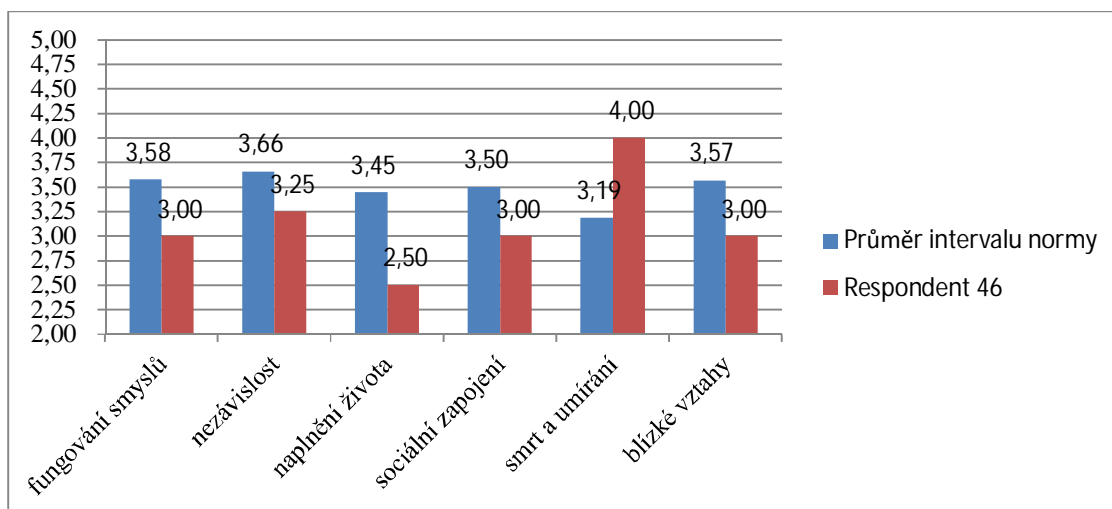
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doménách Fungování smyslů (2,75), Naplnění života (2,50), Sociální zapojení (2,75) a Blízké vztahy (2,75), nad průměrem intervalu normy v doméně Smrt a umírání (3,75).



Graf č. 110 OPQOL-35

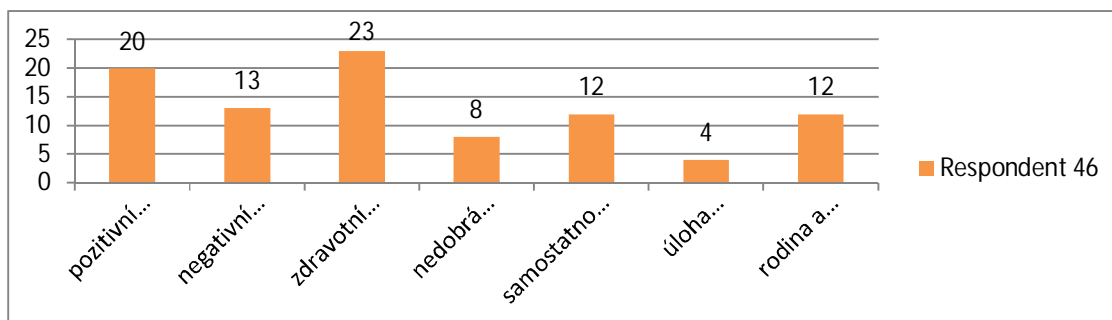
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života negativně ve faktoru F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity - 23). Faktory F5 (Samostatnost, nezávislost seniora, hodnocení prostředí, kde žije - 10) a F7 (Rodina a blízcí lidé - 7) hodnotí pozitivně. Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondentka 46



Graf č. 111 WHOQOL-OLD-česká verze

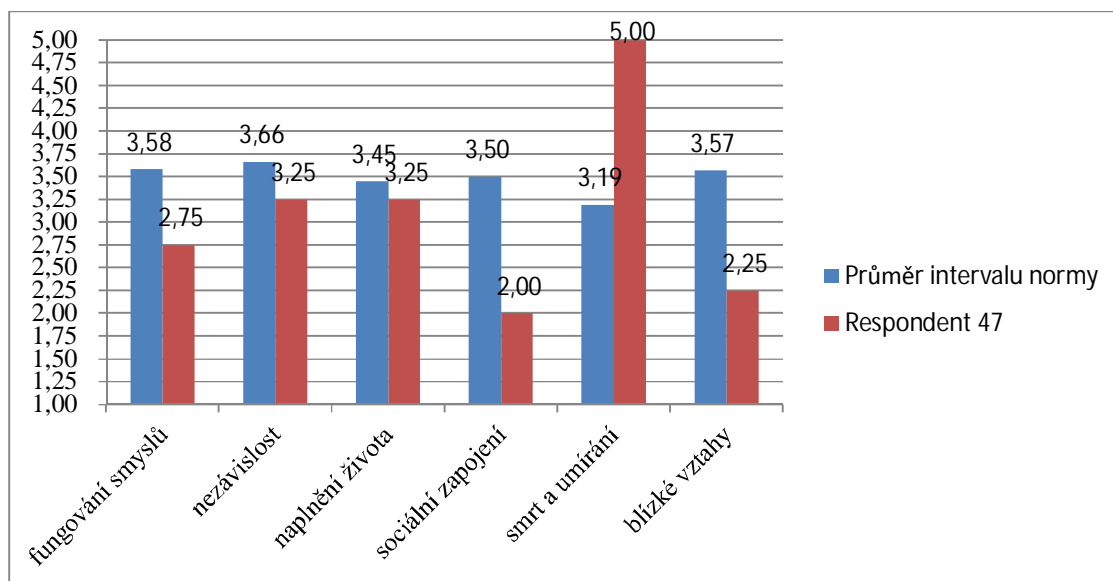
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doménách Fungování smyslů (3,00), Nezávislost (3,25), Naplnění života (2,50), Sociální zapojení (3,00) a Blízké vztahy (3,00), nad průměrem intervalu normy v doméně Smrt a umírání (4,00).



Graf č. 112 OPQOL-35

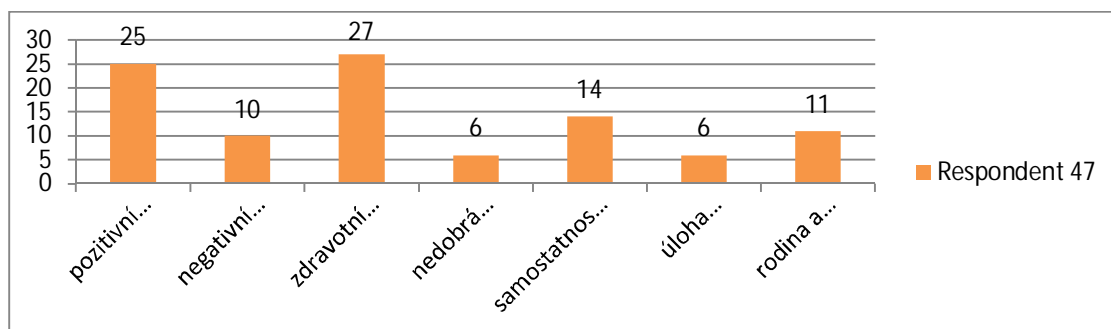
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života negativně ve faktorech F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity - 23) a F4 (Nedobrá finanční situace seniora - 8). Faktor F6 (Úloha náboženství a víry v životě seniora - 4) hodnotí pozitivně. Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondentka 47



Graf č. 113 WHOQOL-OLD-česká verze

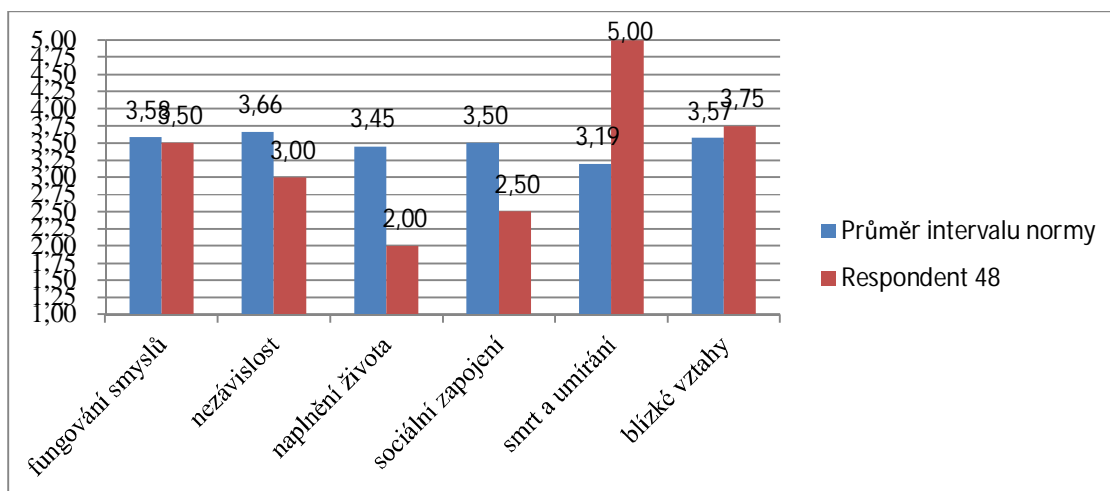
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doménách Fungování smyslů (2,75), Sociální zapojení (2,00) a Blízké vztahy (2,25), nad průměrem intervalu normy v doméně Smrt a umírání (5,00).



Graf č. 114 OPQOL-35

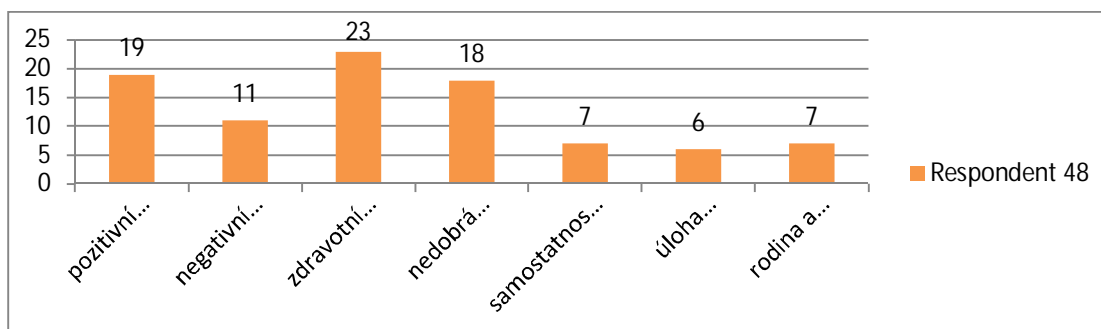
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života negativně ve faktorech F1 (Pozitivní hodnocení kvality života - 25), F2 (Negativní hodnocení kvality života - 10), F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity - 27) a F4 (Nedobrá finanční situace seniora - 6). Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondentka 48



Graf č.115 WHOQOL-OLD-česká verze

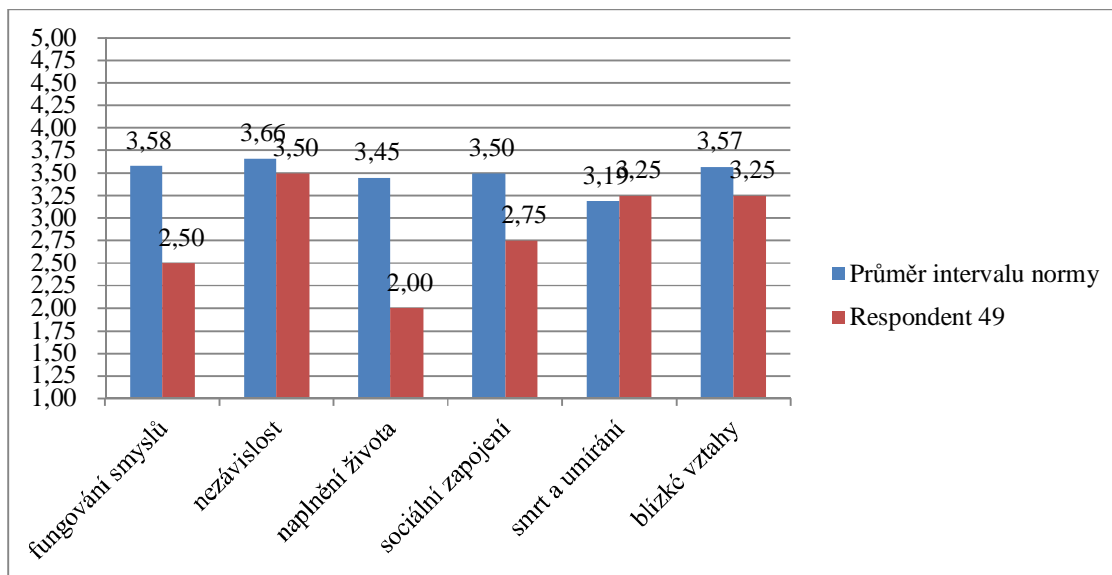
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doménách nezávislost (3,00), Naplnění života (2,00) a Sociální zapojení (2,50), nad průměrem intervalu normy v doméně Smrt a umírání (5,00). Doménu Fungování smyslů (3,50) hodnotí v průměru intervalu normy.



Graf č. 116 OPQOL-35

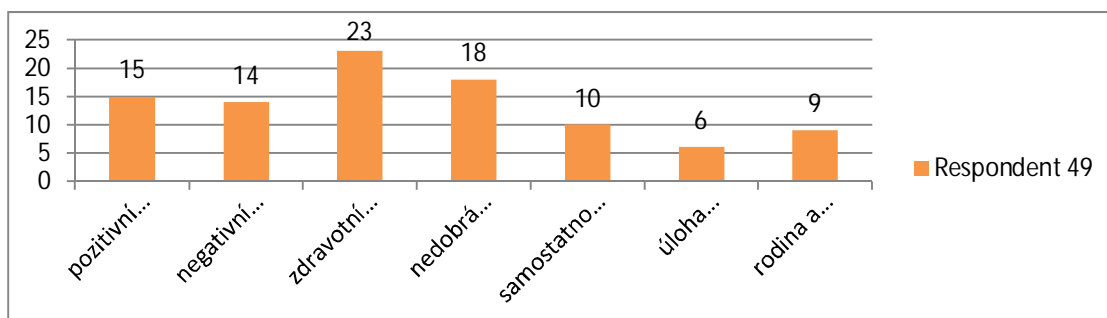
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života negativně ve faktoru F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity - 23). Faktory F4 (Nedobrá finanční situace seniora - 18) a F7 (Rodina a blízcí lidé - 7) hodnotí pozitivně. Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondentka 49



Graf č. 117 WHOQOL-OLD-česká verze

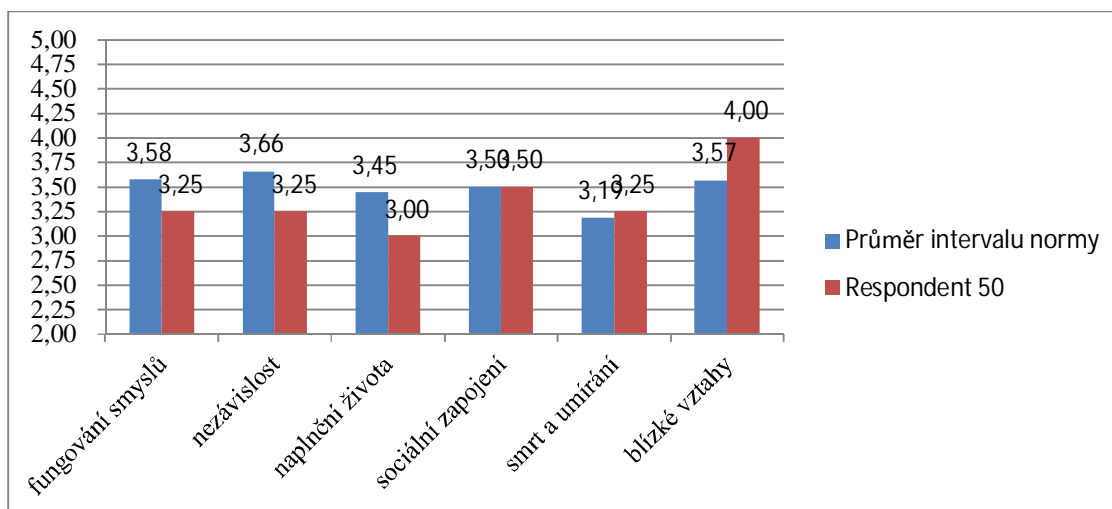
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doménách Fungování smyslů (2,50), Naplnění života (2,00) a Sociální zapojení (2,75).



Graf č. 118 OPQOL-35

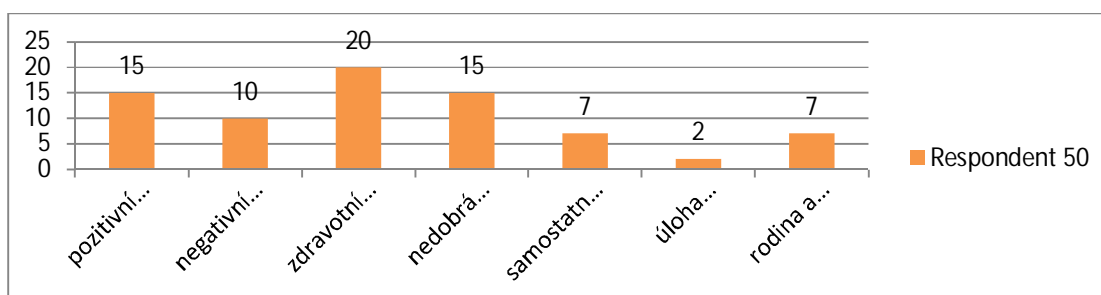
Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života negativně ve faktoru F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity - 23). Faktory F4 (Nedobrá finanční situace seniora - 18), F5 (Samostatnost, nezávislost seniora, hodnocení prostředí, kde žije - 10) a F7 (Rodina a blízcí lidé - 9) hodnotí pozitivně. Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Respondentka 50



Graf č. 119 WHOQOL-OLD-česká verze

Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života pod průměrem intervalu normy v doméně Naplnění života (3,00). Doménu Sociálního zapojení (3,50) hodnotí v průměru intervalu normy.



Graf č. 120 OPQOL-35

Tato respondentka hodnotí kvalitu svého života negativně ve faktoru F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity - 20). Faktory F5 (Samostatnost, nezávislost seniora, hodnocení prostředí, kde žije - 7), F6 (Úloha náboženství a víry v životě seniora - 2) a F7 (Rodina a blízcí lidé - 7) hodnotí pozitivně. Hodnocení ostatních faktorů se pohybuje uprostřed bodového rozpětí.

Diskuze

Ke svému výzkumu jsem použila dva typy dotazníkového šetření, které byly již přeloženy a použity v České republice. První typ dotazníku WHOQOL-OLD-česká verze je dotazník, který se snaží zjistit kvalitu života seniorů z obecnější stránky. Respondent vypovídá o svém životě v minulých dvou týdnech, zabývá se myšlenkami plnohodnotného využití dne a navození přátelských vztahů se svými vrstevníky a také jsou v něm otázky zabývající se problematikou smrti a umírání, což mnohým respondentům nebylo příjemné. Pravděpodobně si tuto myšlenku několikrát připustili, protože jsou již ve věku, kdy je otázka umírání aktuálnější.

Druhý dotazník OPQOL-35 je také přeložen do české verze. Obsahuje podrobnější náhled na život seniora, podrobněji se zabývá myšlenkami soužití, samostatnosti, finanční stránky a zabezpečení, rodinou a její podpora a otázka smrti a umírání je zaobalena spíše do náboženství a víry. V tomto dotazníku respondent odpovídá na položky také z pohledu minulých dvou týdnů.

Své dotazníkové šetření, jsem prováděla záměrně v zařízení pro seniory, kde pracuji. Zajímalo mne, jak vybraní respondenti v našem zařízení vnímají kvalitu svého života. Výsledky některých domén a faktorů mě nepříznivě překvapily.

CÍL 1 Zjistit, jak hodnotí jednotlivé domény dotazníku WHOQOL-OLD muži, ženy a obě pohlaví dohromady

Je zajímavé, jak u dotazníku WHOQOL-OLD odpovídali na jednotlivé domény muži a ženy rozdílně. Z výše uvedených grafů totiž vyplývá, že muži nemají saturované potřeby v Blízkých vztazích. Ženy potřebují saturovat potřeby v Naplnění života, Sociálním zapojení a v Blízkých vztazích. Obě pohlaví negativně hodnotí domény Naplnění života a Blízkých vztahů. Obávají se smrti a umírání, což jsem také ve výsledku očekávala. Z výsledků mě také překvapilo, že spousta seniorů pocituje negativně svoje sociální zapojení a nezávislost. Domnívala jsem se, že nabídkou různých aktivizačních činností v průběhu dne a celého týdne, kdy si mohou sami zvolit podle svých představ čeho se zúčastní, se cítí potřební pro

okolí. Nenapadlo mě, že se vlastně ve své podstatě cítí osamělí, nepotřební a závislí na širším okolí.

CÍL 2 zjistit, jak hodnotí jednotlivé faktory dotazníku OPOQOL-35 muži, ženy a obě pohlaví dohromady

Z dotazníků OPQOL-35 vyplynulo, že saturace potřeb u mužů není naplněna ve faktoru F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity) a pozitivně vnímají faktor F6 (Úloha náboženství a víry v životě seniora).

Ženy nemají saturované potřeby ve faktorech F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity) a F4 (Nedobrá finanční situace seniora), což se dalo předpokládat.

Obě pohlaví dohromady mají velmi nízkou saturaci potřeb ve faktoru F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity).

CÍL 3 zjistit rozdíly v hodnocení domén a jednotlivých faktorů mezi oběma dotazníky z pohledu obou pohlaví dohromady daného souboru

Z hodnocení výsledků dotazníků WHOQOL-OLD-česká verze podle jednotlivých domén vyšlo následující:

Domény	Pozitivně vnímá	Průměrně vnímá	Negativně vnímá
Fungování smyslů	20%	22%	58%
Nezávislost	42%	0%	58%
Naplnění života	18%	4%	78%
Sociální zapojení	22%	18%	60%
Smrt a umírání	84%	0%	16%

Tabulka č. 4 Zhodnocení domén dotazníku WHOQOL-OLD-česká verze

Z hodnocení výsledků dotazníků OPQOL-35 podle jednotlivých domén vyšlo následující:

Faktory	Pozitivně vnímá	Průměrně vnímá	Negativně vnímá
F1 Pozitivní hodnocení kvality života	72%	2%	26%
F2 Negativní hodnocení kvality života	14%	2%	84%
F3 Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity	20%	2%	78%
F4 Nedobrá finanční situace seniora	10%	4%	86%
F5 Samostatnost, nezávislost seniora, hodnocení prostředí, kde žije	92%	0%	8%
F6 Úloha náboženství a víry v životě seniora	28%	44%	28%
F7 Rodina a blízcí lidé	74%	4%	22%

Tabulka č. 5 Zhodnocení domén dotazníku OPQOL-35

Je zajímavé, že ve zpracování obou dotazníků jsou rozdíly v různých oblastech. Společným znakem obou dotazníků je neuspokojivá situace v oblasti Naplnění života, kdy senioři zároveň negativně vnímají svůj Zdravotní stav. Z dotazníku OPQOL-35 také jednoznačně vyplývá, že senioři vnímají pozitivně Úlohu náboženství a víry, což v dotazníku WHOQOL-OLD-česká verze jednoznačně nevyplývalo. Domnívám se, že je to způsobeno tím, že dotazník OPQOL-35 je podrobnější a srozumitelnější pro danou cílovou skupinu.

CÍL 4 zjistit rozdíl hodnocení domén a faktorů mužů podle věkových skupin obou dotazníků

Z výše uvedených výsledků vyplynulo, že věková kategorie mužů 65-74 let v obou dotaznicích shodně vnímá negativně saturaci v oblasti Fungování smyslů a Nedobré finanční situace, naopak v Sociálním zapojení se cítí být uspokojení. Věková kategorie mužů 75-84 let vnímá negativně Nezávislost na okolí. Věková kategorie mužů 85-95 let nemá saturované potřeby v oblasti Naplnění života a blízkých vztahů. Je zajímavé, že všechny věkové kategorie mužů vnímají Úlohu víry a náboženství pozitivně.

Jednotlivé věkové kategorie mužů se liší ve vnímání kvality svého života. Lze říci, že věk u mužské populace má velký vliv na vnímání svého života a uspokojování svých potřeb. Čím mladší věková kategorie, tím pozitivnější vnímání kvality života. Čím vyšší věk tím, více se přiklání a přemýšlí o otázkách smrti a umírání.

CÍL 5 zjistit rozdíl hodnocení domén a faktorů žen podle věkových skupin obou dotazníků

Z výše uvedených výsledků vyplynulo, že věková kategorie žen 65-74 let v dotazníku WHOQOL-OLD-česká verze hodnotí negativně doménu Nezávislosti a naplnění života a naopak v dotazníku OPQOL-35 tyto domény hodnotí pozitivně. Věková kategorie žen 75-84 let hodnotí v obou dotaznících negativně oblasti Fungování smyslů a Zdravotního stavu. Věková kategorie žen 85-95 let také nepocituje saturaci potřeb v oblasti fungování smyslů, sociálního zapojení a naplnění života. Je zajímavé, že všechny věkové kategorie žen vnímají úlohu víry a náboženství pozitivně.

CÍL 6 zjistit hodnocení domén a faktorů z pohledu jednotlivých respondentů

Otázka umírání a smrti je z lidského pohledu sice přirozená, ale konkrétně o této situaci hovořit se seniory, mně vždy připadalo pro ně ponižující. Myslela jsem si totiž, že senioři jsou již ve věku, kdy se právě obávají této skutečnosti a myšlenku na smrt odsouvají. Proto mě velice překvapilo, že o tom chtěli hovořit a získávat informace, které jim odstraní obavy při odchodu ze života. Pravdou je, že respondenti jsou ve věkové kategorii, kdy si již uvědomují blížící se příchod jejich života.

Saturovat potřeby přátelství a rodinných vztahů se bohužel nedá bez podpory rodin, které bohužel v mnoha případech nefungují tak, jak by si samotní klienti představovali. V našich možnostech je pouze rozmluva s rodinnými příslušníky, nějaká psychická podpora klienta, ale ostatní záleží na vzájemných vztazích a komunikaci.

Výsledky obou typů dotazníků, i přestože mají společné znaky, vyšly v jiném bodovém skóre. Domnívám se, že je to z důvodu nastavených jednotlivých položek. Dotazník OPQOL-35 je sice dost obsáhlý a podrobný, ale otázky jsou koncipovány tak, že respondent nad nimi musí hlouběji přemýšlet, aby pochopil podstatu problematiky. Dotazník WHOQOL-OLD je stručnější a respondenti tak danou položku nevnímají

podrobněji. Při vyplňování těchto dotazníků jsem pozorovala, že se respondenti při vyplňování některých položek cítí být nejistí.

Výzkum publikovaný v časopise Ošetrovateľstvo (Vachková a kol., 2014) jednoznačně ukazuje, že ve vlivu pohlaví na domény WHOQOL-OLD nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly v žádné doméně stejně jako v mém výzkumu. Z mého empirického výzkumu vyplynulo, že vliv pohlaví v dotazníku WHOQOL-OLD na jednotlivé domény významný vliv nemá, obě pohlaví se shodly na negativním vnímání domén Naplnění života a Blízkých vztahů a pozitivním vnímání domény Smrt a umírání v intervalu normy.

Věk statisticky významně ovlivnil doménu Fungování smyslů ($p=0,00115$) a stejně tak i doménu Sociální zapojení ($p=0,0156$) a sice čím vyšší věk, tím hůře byly tyto domény hodnoceny, doména Naplnění ($p=0,0131$) byla nejlépe hodnocena seniory nejnižší věkové kategorie 60-69 let. Rozdílný pohled na vnímání kvality svého života mají senioři v jednotlivých věkových kategoriích. Doménu Blízké vztahy negativně vnímají senioři 65-74 let a 85-95 let, doménu Nezávislost vnímají negativně senioři 75-84 let a doménu Naplnění života potvrzují negativně ve srovnání s průměrem intervalu normy všechny věkové kategorie.

Autoři české verze dotazníku OPQOL-35 zjistili, že vykazuje uspokojivou reliabilitu. Byla spočítána vnitřní konzistence jednotlivých faktorů, která se pohybovala mezi 0,7- 0,9. Testovali také vliv vybraných demografických proměnných na jednotlivé oblasti dotazníku OPQOL-35. Statisticky významný rozdíl byl zachycen podobně jako u WHOQOL-OLD u všech proměnných kromě pohlaví (Vachková a kol., 2014). Obdobné výsledky jsem získala i já ve svém výzkumu. Zpracováním dotazníku OPQOL-35 jsem zjistila, že muži i ženy v mém souboru se shodují v negativním vnímání faktoru F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity). Vnímání kvality svého života je rozdílné z pohledu věkové kategorie seniorů. Lze konstatovat, že věková kategorie seniorů 75-84 let a 85-95 let vnímá negativně faktor F3 (Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity) a věková kategorie 65-74 let faktor F4 (Nedobrá finanční situace seniora).

K empirickému výzkumu jsem si záměrně vybrala skupinu respondentů ze zařízení, kde pracuji. Zajímalo mě, jak naši senioři vnímají kvalitu svého života a výsledky výzkumu se budeme snažit zapracovat do rozvoje strategických cílů, mezi které patří především podpora jednotlivců – seniorů.

V oblasti Sociálního zapojení a Naplnění života, které také vyšly v dotazníkovém šetření pod průměrem intervalu normy, je třeba se podrobněji zabývat otázkou, co konkrétního jedince zajímá, jaké má koníčky a náhled na současný život. V zájmu podpory seniorů v našem zařízení se touto problematikou zabýváme. Již máme vytvořené strategické cíle individuálního plánu, kde se v rámci získávání podrobných informací o předchozím životě klienta zabýváme otázkou, jakým způsobem můžeme jako personál zapojit seniora do sociálních aktivit a běžného způsobu života. S dalšími zařízeními stejného typu máme propojeny aktivizační nabídky, které jsou různorodé a klienti se tak mají možnost dostat do jiného prostředí, setkat se s jinými lidmi a navázat tak nová přátelství a poznat i nové prostředí.

Tyto plány se opírají o zapojení do společenského dění a navazování nových přátelství. Jednotlivá zařízení pořádají plesy, tématické zábavy, výstavy, soutěže (například luštění křížovek) a sportovní hry. Na všechny tyto akce jsou vždy zváni senioři zainteresovaných zařízení. Do našeho zařízení také docházejí dobrovolníci, kteří jednotlivé seniory doprovázejí při vycházkách, čtou jim z knih na pokračování.

Závěr

Téma bakalářské práce jsem si záměrně vybrala, chtěla jsem zjistit spokojenost kvality života seniorů v sociálním zařízení, kde pracuji. S dosaženými výsledky chci pracovat a zvýšit tím efektivitu a zainteresovanost práce našich zaměstnanců a uspokojování potřeb klientů. Záleží mně na poctivě odvedené práci a uspokojení důležitých potřeb seniorů v našem zařízení.

Konkrétní výsledky jednotlivých cílů, které jsem si stanovila, mě ve své podstatě v jednotlivých doménách nepřekvapily. Výsledky domén Blízkých vztahů, Sociálního zapojení, Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity a Nedobrá finanční situace seniora jsem předpokládala. Zaskočila mě doména Smrt a umírání, kterou jednotliví senioři hodnotili pozitivně. Teprve s odstupem času jsem si uvědomila, že tato problematika je pro seniory aktuálnější, a z tohoto důvodu se zřejmě reálně psychicky vyrovnávají s myšlenkou odchodu ze života a naplnění domény je pro ně smysluplné. Z dotazníků vyplynulo, že čím starší senioři, tím více se zabývají otázkami umírání a smrti.

S výsledky jsem také seznámila paní ředitelku našeho zařízení a určitě o tomto tématu povedeme diskusi v rámci porady vedení a budeme se snažit najít správný směr ke zlepšení kvality života našich uživatelů.

Domnívám se, že v našem domově pro seniory pracuje profesionální tým, složený z odborníků ve všech oborech. Každý ze zaměstnanců se snaží přizpůsobit našim klientům, vycházet jim vstříc, pomáhat jim při překonávání jejich složitých životních období, spolupracovat s jejich rodinami a adekvátně jim uzpůsobit prostředí, na které byli zvyklí. V rámci sociálních šetření, se snažíme zjistit maximálně informací o předchozím životě klienta, abychom byli schopni alespoň částečně na tento stav navázat, aby prostředí, do kterého nový klient nastupuje, co nejvíce připomínalo dosavadní život. Naším cílem je, aby klient pocíťoval změnu v minimální míře, která v souvislosti s jeho nástupem do našeho zařízení nastává.

Naše zařízení je vybaveno materiálně, technicky i personálně pro pobyt seniorů, jejich choroby a handicap, ale samo o sobě nemůže nikdy nahradit, i při sebekvalitnější péči, vlastní rodinu.

Kvalita života lidí je závislá na našem prostředí, okolí a na samotném jedinci, jak si vytvoří podmínky pro svůj život. Dá se říci, že od narození si každý z nás chystá svoji budoucnost. Ve stáří se potom odráží celkový postoj samotného jedince. To, co nás celý život obklopovalo, to se následně zhodnotí ve stáří.

Již od narození se snažíme své děti vychovávat k toleranci, úctě a pochopení druhých lidí. Neměli bychom při tom zapomínat i na naše seniory. Vždyť to, jak se k nim my sami chováme, to se odráží v očích našich dětí, které se tímto způsobem učí. Vždy bychom měli mít na paměti, že každý z nás jednou zestárne a bude chtít, aby se k němu okolí chovalo s úctou a slušností.

Bohužel v současném světě není moc možností ani příležitostí, abychom se mohli o své rodiče postarat v případě, když se najednou ocitnou v situaci, kdy nejsou schopni se sami o sebe postarat. Dokud jim je tento dar soběstačnosti ponechán, bereme to jako samozřejmost a v momentě, kdy se vyskytne situace, kdy se již rodič nemůže sám o sebe postarat, najednou si uvědomujeme, že jsme se dostali do svízelné situace a začneme hledat různé alternativy řešení.

Pro samotného seniora by samozřejmě bylo nejpřirozenějším prostředím jeho vlastní bydlení, ale to ve většině případů není možné zachovat. Senior většinou žije v bariérovém domě, nevyhovují podmínky bytového zázemí a většinou takového člověka nemůžeme nechat ani samotného bez dozoru. Svízelnou situaci ještě umocní naše zaměstnání, ve kterém se jen obtížně dostaneme nějaké výjimky z pracovního procesu. Proto se najednou ocitáme v okamžiku, kdy jsme nuceni řešit, zda milovaného rodiče-seniora umístíme do zařízení sociálních služeb nebo odejdeme ze zaměstnání, čímž přijdeme o finanční zdroj, který bychom mohli využít ke zlepšení života našeho rodiče, a seniora si vezmeme do vlastního bytu, kdy se předpokládá, že musíme provést stavební úpravy, aby se mohl bezbariérově po bytě pohybovat. Před námi stojí otázka kvality života našeho nejbližšího.

Anotace

Autor:	Jana Zučková
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
Název práce:	Vnímání kvality života seniorů v zařízeních sociálních služeb
Vedoucí práce:	Mgr. Eva Vachková, Ph. D.
Počet stran:	164
Počet příloh:	9
Rok obhajoby:	2016
Klíčová slova:	kvalita života seniorů, zařízení sociálních služeb, klient, stáří, senior

Téma bakalářské práce je vnímání kvality života seniorů umístěných v zařízení sociálních služeb. V teoretické části jsem popsala proces stárnutí, žebříček lidských potřeb a vnímání kvality života s probíhajícími změnami v organismu seniorů. V empirické části jsem použila kvantitativní metodu dotazníkového šetření. Otázky obou typů dotazníků jsou uzavřené. Empirický výzkum jsem prováděla u 50 klientů Domovů Na Třešňovce v České Skalici. Stanovené cíle odpovídají výsledkům.

The topic of the bachelor thesis is the perception of life-quality of seniors residing in facility of social services. In the theoretical part I have described the aging process, ranking of human values and perception of life-quality with the ongoing changes in the organism of elderly people. In the empirical part I have used the quantitative method of questionnaire investigation. Questions of both types of questionnaires are enclosed. I have co-operated with fifty clients form Domovy Na Třešňovce in Česká Skalice. Set objectives correspond to the results.

Literatura a prameny

1. ČESKO. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ze dne 15.11.2006 In: Sbírka zákonů České republiky. 2006
2. ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách ze dne 14.3.2006. In: Sbírka zákonů České republiky. 2006, částka 37/2006, §32-96a
3. ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4
4. DIMUNOVÁ, L. *Ošetrovatelstvo*. Košice 2013, roč.3, č.1 ISSN 1338-6263
5. DOENGES, M., E., MOORHOUSE, M., F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2.vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0242-8
6. DRAGOMIRECKÁ, E., PRAJSOVÁ, J. *WHOQOL - OLD: příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2009. ISBN 978-80-87142-05-9.
7. GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života*. Praha Grada 2011. ISBN 978-80-247-3625-9
8. GURKOVÁ, E., ŽIAKOVÁ, K. *Ošetrovatelská diagnostika v kontexte praxe dosaženej na dokazoch*. Kontakt 2009. ISSN 1212-4117
9. HALEČKA, T. *Kvalita života a jej ekologicko-enviromentálny rozmer. Kvalita života a ľudská práva v kontextech sociálnej práce a vzdelávania dospelých*. Prešov FF PU 2002. ISBN 80-8068-088-4

10. HENDERSON, V., (1966) *ICN Basic Principles of Nursing Care*. International Council of Nurses, Geneva
11. HEGYI, L., *Aktuálne problémy gerontológie a geriatricie*. Bratislava: Asklepios, 1991.
12. HEŘMANOVÁ, E. *Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu*. *Sociológia 44*. Sociologický ústav Slovenskej akadémie věd 2012, č.4, s. 407-412. SK ISSN 0049-1225
13. HUDÁKOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ, L. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha Grada 2013. ISBN 978-80-247-4772-9
14. CHLOUBOVÁ, H. *Změny potřeb ve stáří*. *Rezidenční péče*, 2005, roč. 1, č. 2 str. 22-23.
15. JEDLIČKA, V. a kolektiv autorů. *Praktická gerontologie*. Zlín: provoz Kyjov Grafia 1991. ISBN 80-7013-109-8
16. KOPECKÁ, I. *Psychologie 1. díl*. Praha Grada 2011. ISBN 978-80-247-7162-5
17. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha Grada 2002. ISBN 80-247-0179-0
18. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha Portál 2001. ISBN 80-7178-551-2
19. MASLOW, A., H. *O psychologii bytí*. Praha Portál 2014. ISBN 978-80-262-0618-7
20. MASLOW, A., H. *Motivation and Personality*. New York: Harper&Row 1970. ISBN 0-06-041987-3

21. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha Grada 2010. ISBN 978-80-247-3148-3
22. MAŘÍKOVÁ, H., PETRUSEK, M., VODÁKOVÁ, A. a kol. *Velký sociologický slovník I., II.* Praha Karolinum 1996. ISBN 80-7184-164-1
23. MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany*. Praha Grada 2011. ISBN 978-80-247-3872-7
24. MÜHLPACHR, P. *Schola gerontologica*. Brno MU 2004. ISBN 80-210-3838-1
25. MUSILOVÁ, M. *Kvalita života v ošetrovatelské praxi. Sestra*. 2013, roč.23 , č. 12, s. 28. ISSN 1337-2734
26. PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. Praha: Scienta medica, 1994. ISBN 80-8552-632-8
27. POLEDNÍKOVÁ, L. et al. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-208-1
28. PROCHÁZKOVÁ, E. *Nejlépe na vlastní oči. Sestra*, 2009, roč. 19, č. 2, s. 54-55. ISSN 1210-0404
29. ŠOLCOVÁ, I. *Kvalita života v psychologii*. Kostelec nad Černými lesy Institut zdravotní politiky a ekonomiky 2004. ISBN 80-86625-20-6
30. TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. et al. *Potreby v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta 2008. ISBN 978-80-8063-270-0
31. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDVPZ, 1999. ISBN 80-7013-285-X, ISBN 80-7013-311 – 2

32. VAĎUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života*. Brno MU 2005. ISBN 80-210-3754-7
33. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5
34. VACHKOVÁ, E., MAREŠ, J., JEŽEK, S. 2014. *Kvalita života těhotných žen: psychometrické vlastnosti nového specifického dotazníku*. *Ošetrovateľstvo*. **2** (4), 1-6. ISSN 1338-6263.
35. VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. Olomouc Maxdorf 1995. ISBN 80-85800-81-0
36. VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. Grada publishing a.s., 2008. ISBN 978-80-247-1428-8
37. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J., *Zdravotnická psychologie*. Praha Grada 2007. ISBN 978-80-247-2068-5
38. ZVONÍČKOVÁ, M., SVOBODOVÁ, H. *Pomoc nemocnému při udržování čistoty a upravenosti a při ochraně pokožky podle Virginie Hendersonové*. *Diagnóza v ošetrovateľství*, 2006, Roč. 2, č. 5, s. 214-215. ISSN: 1801-1349.
39. ZVONÍČKOVÁ, M., SVOBODOVÁ, H. *Pomoc nemocnému při vyznávání víry, akceptování jeho pojetí dobra a zla podle Virginie Hendersonové*. *Diagnóza v ošetrovateľství*, 2006, Roč. 2, č. 3, s. 133. ISSN: 1801-1349.
40. <http://www.uzis.cz/zdroccz> 2013.pdf.

Seznam zkratk

aj. - a jiné

atd. - a tak dále

kol. – kolektiv

MPSV - Ministerstvo práce a sociálních věcí

Obr. – obrázek

str. - strana

WHO - World Healthy Organization - Světová zdravotnická organizace

Seznam grafů

Graf č. 1	Porovnání domén dotazníku WHOQOL-OLD-česká verze podle pohlaví-muži	str. 58
Graf č. 2	Porovnání domén dotazníku WHOQOL-OLD-česká verze podle pohlaví-ženy	str. 58
Graf č. 3	Porovnání domén dotazníku WHOQOL-OLD-česká verze celý soubor respondentů	str. 59
Graf č. 4	Porovnání domén dotazníku OPOQOL-35 podle pohlaví-muži	str. 63
Graf č. 5	Porovnání domén dotazníku OPOQOL-35 podle pohlaví-ženy	str. 63
Graf č. 6	Porovnání domén dotazníku OPOQOL-35 celý soubor respondentů	str. 64
Graf č. 7	Porovnání domén dotazníku WHOQOL-OLD-česká verze celý soubor respondentů	str. 65
Graf č. 8	Porovnání domén dotazníku OPOQOL-35 celý soubor respondentů	str. 66
Graf č. 9	Porovnání jednotlivých věkových skupin mužů 65-74 let WHOQOL-OLD-česká verze	str. 68
Graf č. 10	Porovnání věkové skupiny mužů 65-74 let OPQOL-35	str. 68

Graf č. 11	Porovnání jednotlivých věkových skupin mužů 75-84 let WHOQOL-OLD-česká verze	str. 69
Graf č. 12	Porovnání věkové skupiny mužů 75-84 let OPQOL-35	str. 69
Graf č. 13	Porovnání jednotlivých věkových skupin mužů 85-95 let WHOQOL-OLD-česká verze	str. 70
Graf č. 14	Porovnání věkové skupiny mužů 85-95 let OPQOL-35	str. 70
Graf č. 15	Porovnání jednotlivých věkových skupin žen 65-74 let WHOQOL-OLD-česká verze	str. 71
Graf č. 16	Porovnání věkové skupiny žen 65-74 let OPQOL-35	str. 71
Graf č. 17	Porovnání jednotlivých věkových skupin žen 75-84 let WHOQOL-OLD-česká verze	str. 72
Graf č. 18	Porovnání věkové skupiny žen 75-84 let OPQOL-35	str. 72
Graf č. 19	Porovnání jednotlivých věkových skupin žen 85-95 let WHOQOL-OLD-česká verze	str. 73
Graf č. 20	Porovnání věkové skupiny žen 85-95 let OPQOL-35	str. 73
Graf č. 21	Respondent 1 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 74
Graf č. 22	Respondent 1 OPQOL-35	str. 74
Graf č. 23	Respondent 2 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 75
Graf č. 24	Respondent 2 OPQOL-35	str. 75
Graf č. 25	Respondent 3 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 76
Graf č. 26	Respondent 3 OPQOL-35	str. 76
Graf č. 27	Respondent 4 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 77
Graf č. 28	Respondent 4 OPQOL-35	str. 77
Graf č. 29	Respondent 5 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 78
Graf č. 30	Respondent 5 OPQOL-35	str. 78
Graf č. 31	Respondent 6 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 79
Graf č. 32	Respondent 6 OPQOL-35	str. 79
Graf č. 33	Respondent 7 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 80
Graf č. 34	Respondent 7 OPQOL-35	str. 80

Graf č. 35	Respondent 8 WHOQOL-OLD-česká verze.	str. 81
Graf č. 36	Respondent 8 OPQOL-35	str. 81
Graf č. 37	Respondent 9 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 82
Graf č. 38	Respondent 9 OPQOL-35	str. 82
Graf č. 39	Respondent 10 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 83
Graf č. 40	Respondent 10 OPQOL-35	str. 83
Graf č. 41	Respondent 11 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 84
Graf č. 42	Respondent 11 OPQOL-35	str. 84
Graf č. 43	Respondent 12 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 85
Graf č. 44	Respondent 12 OPQOL-35	str. 85
Graf č. 45	Respondent 13 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 86
Graf č. 46	Respondent 13 OPQOL-35	str. 86
Graf č. 47	Respondent 14 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 87
Graf č. 48	Respondent 14 OPQOL-35	str. 87
Graf č. 49	Respondent 15 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 88
Graf č. 50	Respondent 15 OPQOL-35	str. 88
Graf č. 51	Respondent 16 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 89
Graf č. 52	Respondent 16 OPQOL-35	str. 89
Graf č. 53	Respondent 17 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 90
Graf č. 54	Respondent 17 OPQOL-35	str. 90
Graf č. 55	Respondent 18 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 91
Graf č. 56	Respondent 18 OPQOL-35	str. 91
Graf č. 57	Respondent 19 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 92
Graf č. 58	Respondent 19 OPQOL-35	str. 92
Graf č. 59	Respondent 20 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 93
Graf č. 60	Respondent 20 OPQOL-35	str. 93
Graf č. 61	Respondent 21 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 94
Graf č. 62	Respondent 21 OPQOL-35	str. 94
Graf č. 63	Respondent 22 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 95
Graf č. 64	Respondent 22 OPQOL-35	str. 95

Graf č. 65	Respondent 23 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 96
Graf č. 66	Respondent 23 OPQOL-35	str. 96
Graf č. 67	Respondent 24 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 97
Graf č. 68	Respondent 24 OPQOL-35	str. 97
Graf č. 69	Respondent 25 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 98
Graf č. 70	Respondent 25 OPQOL-35	str. 98
Graf č. 71	Respondentka 26 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 99
Graf č. 72	Respondentka 26 OPQOL-35	str. 99
Graf č. 73	Respondentka 27 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 100
Graf č. 74	Respondentka 27 OPQOL-35	str. 100
Graf č. 75	Respondentka 28 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 101
Graf č. 76	Respondentka 28 OPQOL-35	str. 101
Graf č. 77	Respondentka 29 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 102
Graf č. 78	Respondentka 29 OPQOL-35	str. 102
Graf č. 79	Respondentka 30 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 103
Graf č. 80	Respondentka 30 OPQOL-35	str. 103
Graf č. 81	Respondentka 31 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 104
Graf č. 82	Respondentka 31 OPQOL-35	str. 104
Graf č. 83	Respondentka 32 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 105
Graf č. 84	Respondentka 32 OPQOL-35	str. 105
Graf č. 85	Respondentka 33 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 106
Graf č. 86	Respondentka 33 OPQOL-35	str. 106
Graf č. 87	Respondentka 34 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 107
Graf č. 88	Respondentka 34 OPQOL-35	str. 107
Graf č. 89	Respondentka 35 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 108
Graf č. 90	Respondentka 35 OPQOL-35	str. 108
Graf č. 91	Respondentka 36 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 109
Graf č. 92	Respondentka 36 OPQOL-35	str. 109
Graf č. 93	Respondentka 37 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 110
Graf č. 94	Respondentka 37 OPQOL-35	str. 110

Graf č. 95	Respondentka 38 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 111
Graf č. 96	Respondentka 38 OPQOL-35	str. 111
Graf č. 97	Respondentka 39 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 112
Graf č. 98	Respondentka 39 OPQOL-35	str. 112
Graf č. 99	Respondentka 40 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 113
Graf č. 100	Respondentka 40 OPQOL-35	str. 113
Graf č. 101	Respondentka 41 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 114
Graf č. 102	Respondentka 41 OPQOL-35	str. 114
Graf č. 103	Respondentka 42 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 115
Graf č. 104	Respondentka 42 OPQOL-35	str. 115
Graf č. 105	Respondentka 43 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 116
Graf č. 106	Respondentka 43 OPQOL-35	str. 116
Graf č. 107	Respondentka 44 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 117
Graf č. 108	Respondentka 44 OPQOL-35	str. 117
Graf č. 109	Respondentka 45 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 118
Graf č. 110	Respondentka 45 OPQOL-35	str. 118
Graf č. 111	Respondentka 46 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 119
Graf č. 112	Respondentka 46 OPQOL-35	str. 119
Graf č. 113	Respondentka 47 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 120
Graf č. 114	Respondentka 47 OPQOL-35	str. 120
Graf č. 115	Respondentka 48 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 121
Graf č. 116	Respondentka 48 OPQOL-35	str. 121
Graf č. 117	Respondentka 49 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 122
Graf č. 118	Respondentka 49 OPQOL-35	str. 122
Graf č. 119	Respondentka 50 WHOQOL-OLD-česká verze	str. 123
Graf č. 120	Respondentka 50 OPQOL-35	str. 123

Seznam tabulek

Tabulka č.1	Intervaly populačních norem WHOQOL-OLD domén	str. 57
Tabulka č.2	Faktory a jednotlivé položky OPQOL-35	str. 62
Tabulka č.3	Sedmifaktorové šetření	str. 62

Seznam příloh

Příloha č. 1	Dotazník WHOQOL-OLD-česká verze	str. 143
Příloha č. 2	Přehled domén a položek WHOQOL-OLD	str. 149
Příloha č. 3	Dotazník OPQOL-35	str. 151
Příloha č. 4	Bartelův test základních všedních činností	str. 156
Příloha č. 5	Výpočet BMI	str. 158
Příloha č. 6	Dospělé nutriční skóre	str. 159
Příloha č. 7	Stupnice rizika vzniku dekubitů	str. 161
Příloha č. 8	Hodnocení sebepěče a soběstačnosti	str. 162
Příloha č. 9	Přisuzování péče o vlastní osobu pro účely stanovení stupně závislosti ve znění § 9 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů	str. 163

Přílohy

Příloha č. 1 Dotazník WHOQOL-OLD-česká verze

WHOQOL-OLD-česká verze © Eva Dragomirecká, Pavla Šelepová, Jitka Prajsová-Bartoňová

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte různé stránky kvality svého života a zaměřuje se na oblasti, které mohou být pro Vás, jako staršího člověka, důležité.

1. Jste muž žena (odpověď označte křížkem) ve věku 65-74 75-84 85-95

2. Rodinný stav svobodný/á ženatý/vdaná s partnerem/partnerkou rozvedený/á vdovec/vdova

3. Bydlení žiji doma (samostatně bez pomoci druhých) žiji doma (pomáhají mně druhí) žiji s rodinou (ne ve vlastní domácnosti) žiji v penzionu, v domě s pečovatelskou službou žiji v domově důchodců, v domově pro seniory

4. Aktuální zdravotní stav zdravý/á jen nemoci přiměřené věku dost nemocný/á

Pokyny pro vyplňování

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

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se na Váš život za poslední dva týdny. Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

vůbec ne	1	středně	3	maximálně	5
trochu	2	hodně	4		

1. Obáváte se toho, co přinese budoucnost?

1 2 3 4 5

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, do jaké míry jste si během posledních dvou týdnů dělal/a starosti s budoucností. Pokud jste se „hodně“ obával/a budoucnosti, zakroužkoval/a byste číslo 4; pokud jste se „vůbec“ neobával/a budoucnosti, zakroužkoval/a byste číslo 1. Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

Následující otázky zjišťují, jak moc jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci, jako např. svobodu rozhodovat o svých záležitostech a o svém životě. Pokud jste měl/a tyto pocity v maximální míře, zakroužkujte číslo vedle slova „maximálně“. Pokud jste tyto pocity vůbec neměl/a, zakroužkujete číslo vedle výrazu „vůbec ne“. Pokud chcete vyjádřit, že Vaše odpověď leží někde mezi „vůbec ne“ a „maximálně“, měl/a byste zakroužkovat jedno z čísel ležících mezi nimi. Otázky se týkají posledních dvou týdnů.

1. Do jaké míry ovlivňuje zhoršení Vašich smyslů (např. horší sluch, chuť, hmat, zrak nebo čich) Váš každodenní život?

1 2 3 4 5

2. Do jaké míry ovlivňuje ztráta, např. sluchu, zraku, chuti, čichu nebo hmatu, Vaši schopnost zapojit se do různých činností?

1 2 3 4 5

3. Do jaké míry můžete svobodně rozhodovat o svých záležitostech?

1 2 3 4 5

4. Do jaké míry můžete rozhodovat o své budoucnosti?

1 2 3 4 5

5. Máte pocit, že lidé okolo Vás respektují Vaši svobodu rozhodování?

1 2 3 4 5

6. Znepokojujete se tím, jak zemřete?

1 2 3 4 5

7. Nakolik se obáváte ztráty kontroly nad sebou samým v souvislosti se smrtí?

1 2 3 4 5

8. Jak moc se bojíte umírání?

1 2 3 4 5

9. Jak moc se bojíte bolesti při umírání?

1 2 3 4 5

Následující otázky zjišťují, v jakém rozsahu jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech, např. chodit ven tak, jak byste rád/a. Pokud jste mohl/a provádět tyto činnosti v plném rozsahu, zakroužkujte číslo u slova „zcela“. Pokud jste je vůbec nemohl/a provádět, zakroužkujte číslo u výrazu „vůbec ne“. Pokud chcete naznačit, že Vaše odpověď leží někde mezi „vůbec ne“ a „zcela“, zakroužkujete jedno z čísel, které leží mezi nimi. Otázky se vztahují k posledním dvěma týdnům.

vůbec ne	1
trochu	2
středně	3
hodně	4
maximálně	5

10. Do jaké míry ovlivňují potíže se smysly (např. sluch, chuť, hmat, zrak, čich) Vaši komunikaci s ostatními lidmi?

1 2 3 4 5

11. Do jaké míry se můžete věnovat věcem, které byste rád/a dělal/a?

1 2 3 4 5

12. Jste spokojen/a se svými možnostmi nadále v životě něčeho dosáhnout?

1 2 3 4 5

13. Myslíte si, že se Vám v životě dostává uznání, které si zasloužíte?

1 2 3 4 5

14. Myslíte si, že máte každý den dostatek činností?

1 2 3 4 5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a šťastný/á nebo spokojený/á s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech. Např. se svou účastí ve společenském životě nebo s tím, co jste v životě dosáhl/a. Rozhodněte se, jak jste spokojený/á nebo nespokojený/á s každou oblastí svého života a zakroužkujte číslo, které nejlépe odpovídá tomu, jak se cítíte. Otázky se vztahují k posledním dvěma týdnům.

vůbec ne	1
trochu	2
středně	3
hodně	4
maximálně	5

15. Jste spokojen/a s tím, čeho jste v životě dosáhl/a?

1 2 3 4 5

16. Jste spokojen/a s tím, jak trávíte svůj čas?

1 2 3 4 5

17. Jste spokojen/a s tím, nakolik jste aktivní?

1 2 3 4 5

18. Jak jste spokojen/a s možnostmi svého zapojení do společenského (místního) dění?

1 2 3 4 5

19. Jak jste spokojen/a s věcmi, na které se můžete těšit?

1 2 3 4 5

20. Jak byste hodnotil/a to, jak vám slouží smysly (např. sluch, zrak, chuť, čich, hmat)?

1 2 3 4 5

Následující otázky se týkají Vašich velmi blízkých (intimních) vztahů, které máte. Uvažujte, prosím, o těchto otázkách ve vztahu ke svému partnerovi nebo jinému blízkému člověku, se kterým sdílíte blízkost více než s kýmkoliv jiným ve svém životě.

vůbec ne	1
trochu	2
středně	3
hodně	4
maximálně	5

21. Jak velký význam má ve Vašem životě přátelství?

1 2 3 4 5

22. Kolik je ve Vašem životě lásky?

1 2 3 4 5

23. Máte příležitost někoho milovat?

1 2 3 4 5

24. Máte příležitost být někým milován/a?

1 2 3 4 5

Chcete k dotazníku něco dodat?

Děkujeme Vám za spolupráci.

Příloha č. 2 Přehled domén a položek WHOQOL-OLD

PŘEHLED DOMÉN A POLOŽEK WHOQOL-OLD

domény		k dané doméně patří položky č.	
I.	fungování smyslů	1	zhoršení smyslů a každodenní život
		2	ztráta smyslů a zapojení se do činností
		10	potíže se smysly a komunikace s lidmi
		20	hodnocení fungování smyslů
II.	nezávislost	3	svobodné rozhodování
		4	vliv na rozhodování o budoucnosti
		5	respektování svobody rozhodování
		11	oblíbené činnosti
III.	naplnění života	12	spokojenost s možnostmi nadále něčeho dosáhnout
		13	zasloužené uznání
		15	spokojenost s tím, čeho v životě dosáhl/a
		19	spokojenost s věcmi, na které se lze těšit
IV.	sociální zapojení	14	dostatek činností
		16	spokojenost s trávením volného času
		17	spokojenost s množstvím aktivit
		18	spokojenost se zapojením do společenského dění
V.	smrt a umírání	6	znepokojení ze způsobu smrti
		7	ztráta kontroly nad sebou
		8	strach z umírání
		9	strach z bolesti při umírání
VI.	blízké vztahy	21	význam přátelství
		22	láska v životě
		23	příležitost milovat
		24	příležitost být milován/a

**INTERVALY POPULAČNÍCH NOREM WHOQOL-OLD DOMÉN
(Z PRŮMĚRNÝCH HODNOT SKÓRŮ)**

domény		StD [*]	rozšířený interval	interval normy			rozšířený interval
				spodní hranice	průměr	horní hranice	
			mírně snížená kvalita				mírně zvýšená kvalita
I.	fungování smyslů	0,94	2,6	3,1	3,58	4,0	4,5
II.	nezávislost	0,78	2,9	3,3	3,66	4,1	4,4
III.	naplnění života	0,62	2,8	3,1	3,45	3,8	4,1
IV.	sociální zapojení	0,74	2,8	3,1	3,50	3,9	4,2
V.	smrt a umírání	1,01	2,2	2,7	3,19	3,7	4,2
VI.	blízké vztahy	0,79	2,8	3,2	3,57	4,0	4,4

Vysvětlivka: Údaj od pacienta, který chcete srovnat s normou v tabulce (např. s hodnotou 2,6; 3,58; 4,4 atd.), získáte tak, že součet odpovědí daného respondenta na položky, které tvoří danou doménu, vydělíte počtem položek, tj. čtyřmi. Příklad: doménu I. - fungování smyslů - tvoří odpovědi respondenta na položky č. 1,2, 10, 20. Sečtete respondentovy numerické odpovědi na tyto čtyři položky a výsledek vydělíte čtyřmi. Dostane respondentův pohled na míru zhoršení jeho smyslů. Zjištěný výsledek pak porovnáte s normou.

Poznámka: Rozpětí škál je 1-5, přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života. Pověšměte si, že jde o **přidělování bodů**, nikoli o známkování jako ve škole!

* standardní odchylka

Příloha č. 3 Dotazník OPQOL-35

Dotazník OPQOL-35

Vážená paní, vážený pane, prosíme Vás o pravdivé zodpovězení níže uvedených otázek. Svůj názor vyjádřete zakroužkováním příslušné číslice. Pokud se spletete nebo změníte názor, nevádí. Škrtněte to, co už neplatí a zakroužkujte to, co platí.

1. Jste muž žena *(odpověď označte křížkem)*

ve věku 65-74 75-84 85-95 let

2. Rodinný stav

- svobodný/á
- ženatý/vdaná
- s partnerem/partnerkou
- rozvedený/á
- vdovec/vdova

3. Bydlení

- žiji doma (samostatně bez pomoci druhých)
- žiji doma (pomáhají mně druzí)
- žiji s rodinou (ne ve vlastní domácnosti)
- žiji v penzionu, v domě s pečovatelskou službou
- žiji v domově důchodců, v domově pro seniory

4. Aktuální zdravotní stav

- zdravý/á jen nemoci přiměřené věku dost nemocný/á

Pokyny pro vyplňování

Odpovězte prosím na všechny otázky. Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, vyberte prosím tu odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první. Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se na Váš život za **poslední dva týdny**.

1. Když vezmete v úvahu jak dobré, tak špatné věci, které ovlivňují Vaši kvalitu života, jak byste ohodnotili svou kvalitu života **celkově**?

1.	Svoji kvalitu života celkově hodnotím jako	velmi dobrou	dobrou	vyhovující	špatnou	velmi špatnou
		1	2	3	4	5

2. Prosím, označte, jak moc souhlasíte nebo nesouhlasíte s každým z následujících tvrzení?

Život celkově						
		Naprostou souhlasím	Souhlasím	Ani souhlasím ani nesouhlasím	Nesouhlasím	Naprostou nesouhlasím
1.	Celkem si užívám života	1	2	3	4	5
2.	Většinu času se cítím šťastný/á	1	2	3	4	5
3.	Mám radost ze života, těší mě život	1	2	3	4	5
4.	Život mě ubíjí, ničí	1	2	3	4	5
Zdraví						
5.	Mám dost fyzické energie	1	2	3	4	5
6.	Moji pohodu ovlivňuje bolest	1	2	3	4	5
7.	Můj zdravotní stav mně komplikuje péči o sebe sama a můj domov	1	2	3	4	5
8.	Jsem přiměřeně zdrav/ana to, abych se mohl/a postavit na nohy	1	2	3	4	5
Společenské vztahy						
9.	Moje rodina, přátelé, sousedé mi pomohou, když by bylo potřeba	1	2	3	4	5

10.	Bylo by lepší, kdybych se víc stýkal/a s lidmi, žila společensky	1	2	3	4	5
11.	Mám někoho, kdo mi vyjadřuje lásku a náklonnost	1	2	3	4	5
12.	Rád/a bych měl/a kolem sebe více lidí, se kterými bych si užíval/a života	1	2	3	4	5
13.	Mám své děti blízko sebe, což je pro mě důležité	1	2	3	4	5
Nezávislost, kontrola nad životem, svoboda						
14.	Jsem přiměřeně zdráv/a, abych byl/a nezávislý/á	1	2	3	4	5
15.	Těší mě to, co dělám	1	2	3	4	5
16.	Z mého důchodu si mohu dovolit jen málo, životní náklady omezují můj život	1	2	3	4	5
17.	Mohu rozhodovat o svém životě	1	2	3	4	5
Domov a sousedé						
18.	Tam, kde žiji, se cítím bezpečně	1	2	3	4	5
19.	Místní obchody, služby a vybavení jsou na dobré úrovni	1	2	3	4	5
20.	Těším se ze svého domova, okolí, prostředí	1	2	3	4	5
21.	Ve svém okolí mám přátele	1	2	3	4	5
Psychická a emoční pohoda						
22.	Beru život takový, jaký je a snažím se ho využít co nejlépe	1	2	3	4	5

23.	V porovnání s většinou lidí se cítím šťastný/á	1	2	3	4	5
24.	Mám tendenci brát život z té lepší stránky	1	2	3	4	5
25.	Jestliže mě můj zdravotní stav omezuje v některých společenských/volnočasových aktivitách, snažím se to kompenzovat něčím jiným, co mohu dělat.	1	2	3	4	5
Finanční situace						
26.	Mám dost peněz, abych platil/a účty za domácnost	1	2	3	4	5
27.	Mám dost peněz, abych platil/a opravy nebo výpomoc v domácnosti	1	2	3	4	5
28.	Mohu si dovolit koupit, co chci	1	2	3	4	5
29.	Nemohu si dovolit koupit takové věci, kterých bych si užíval/a	1	2	3	4	5
Volnočasové aktivity						
30.	Mám společenské koníčky, které si užívám	1	2	3	4	5
31.	Snažím se zůstat zapojený/á do různých aktivit, zaměstnat se něčím	1	2	3	4	5
32.	Dělám placenou nebo neplacenou práci nebo činnost, které mě baví, dávají mému životu smysl	1	2	3	4	5

33.	Musím se starat o jiné, což omezuje mé společenské nebo volnočasové aktivity	1	2	3	4	5
34.	Náboženství, víra, filozofie jsou pro mou kvalitu života důležité	1	2	3	4	5
35.	Kulturní události, náboženské svátky, oslavy jsou pro kvalitu mého života důležité	1	2	3	4	5

Příloha č. 4 Bartelův test základních všedních činností

Bartelův test základních všedních činností (ADL – aktivity daily living)

Činnost	Provedení	Bodové ohodnocení
1. najedení	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
2. oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
4. osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
5. kontinence moči	Plně kontinentní	10
	Občas kontinentní	5
	Inkontinentní	0
6. kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas kontinentní	5
	Inkontinentní	0
7. použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
8. přesun lůžko - židle	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0

9. chůze po rovině	Samostatně nad 50m	15
	S pomocí 50m	10
	Na vozíku 50m	5
	Neprovede	0
10. chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech

0–40 bodů - vysoce závislý

45–60 bodů - závislost středního stupně

65–95 bodů - lehká závislost

100 bodů - nezávislý

Příloha č. 5 Výpočet BMI

Výpočet BMI (body mass index)

Hmotnost

$$\text{BMI} = \frac{\text{Hmotnost}}{\text{Výška}^2}$$

Podváha	pod 18.5
Normální váha	18,5–24,5
Nadváha	25–29,9
Obezita	30–39,9
Silná obezita	40 a více

Příloha č. 6 Dospělé nutriční skóre

Dospělé nutriční skóre

Věk	do 65 let	0
	nad 65 let	1
BMI	BMI 20 – 35	0
	BMI 18 – 20, nad 35	1
Ztráta hmotnosti za 3 měsíce	BMI pod 18	2
	ztráta 0 – 3 kg	1
	ztráta 3 – 6 kg	2
	ztráta nad 6 kg	3
Množství jídla za poslední 3 týdny	beze změny	0
	poloviční porce	1
	jí občas nebo nejlí	2
Projevy nemoci v současné době	žádné	0
	nechutenství, bolesti břicha	1
	zvracení, průjem > 6 za den	1
Stres	žádný	0
	chronická nemoc, DM, menší nekomplikovaný chirurgický zákrok	1
	akutní dekompenzace chronického onemocnění, rozsáhlý chirurgický zákrok, pooperační komplikace, UPV, popáleniny, trauma, hospitalizace ARO, JIP, krvácení do GIT	2
Nelze	nelze změřit a zvážit	2
	nelze zjistit BMI, ztrátu hmotnosti a jídlo za poslední 3 týdny	3

Vyhodnocení:

0–3 není nutná nutriční intervence

4–7 nutné vyšetření dietní sestrou

7 a více nutná speciální nutriční intervence

Příloha č. 7 Stupnice rizika vzniku dekubitů

Přepracovaná stupnice Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk		Stav pokožky	Další nemoci	Tělesný stav	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita
úplná	4	do 10	4 normální	4 žádné	4 dobrý	4 dobrý	4 úplná	4 není	4 chodí
malá	3	do 30	3 alergie	3 DM, teplota, anemie ...	3 zhoršený	3 apatický	3 částečně omezená	3 občas	3 doprovod
částečná	2	do 60	2 vlhká	2 Ucpávání cév, obezita ...	2 špatný	2 zmatený	2 velmi omezená	2 převážně močová	2 sedačka
žádná	1	60+	1 suchá	1 karcinom	1 velmi špatný	1 bezvědomí	1 žádná	1 stolice i moč	1 upoután na lůžko

Zvýšené riziko vzniku dekubitů je u pacienta, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko!)

Riziko/zdroj	IGAP
Nízké	25–24
Střední	23–19
Vysoké	18–14
Velmi vysoké	13–9

Příloha č. 8 Hodnocení sebeděče a soběstačnosti

Hodnocení sebeděče a soběstačnosti

Oblasti hodnocení úrovní sebeděče:

- celková pohyblivost
- schopnost najít se
- schopnost umýt se
- schopnost vykoupat se
- schopnost obléci se
- schopnost dojít na toaletu
- schopnost pohybovat se v lůžku
- schopnost udržovat domácnost
- schopnost nakoupit si
- schopnost uvařit si

!!! číselná skóre se nesčítají !!!

Hodnocení úrovně sebeděče

Provedení činnosti	Bodové skóre
Nezávislý, soběstačný nemocný.	0
Potřebuje minimální pomoc, používá sám zařízení, sám zvládne 75 % činností.	1
Potřebuje menší pomoc, dohled, radu. Sám zvládne 50 % činností.	2
Potřebuje velkou pomoc (od druhé osoby nebo od přístroje), sám zvládne méně než 25 % činností.	3
Zcela závislý na pomoci druhých, potřebuje úplný dohled.	4
Absolutní deficit sebeděče, žádná aktivní účast. Potřebuje úplnou pomoc nebo je neschopen pomáhat.	5

Příloha č. 9 Přisuzování péče o vlastní osobu pro účely stanovení stupně závislosti ve znění § 9 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Při posuzování péče o vlastní osobu pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony:

1. příprava stravy
2. podávání, porcování stravy
3. přijímání stravy, dodržování pitného režimu
4. mytí těla
5. koupání nebo sprchování
6. péče o ústa, vlasy, nehty, holení
7. výkon fyziologické potřeby včetně hygieny
8. vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh
9. sezení, schopnost vydržet v poloze vsedě
10. stání, schopnost vydržet stát
11. přemísťování předmětů denní potřeby
12. chůze po rovině
13. chůze po schodech nahoru a dolů
14. výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení
15. oblékání, svlékání, obouvání, zouvání
16. orientace v přirozeném prostředí
17. provedení si jednoduchého ošetření
18. dodržování léčebného režimu.

Při posuzování soběstačnosti pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony:

1. komunikace slovní, písemná, neverbální
2. orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí
3. nakládání s penězi nebo jinými cennostmi
4. obstarávání osobních záležitostí
5. uspořádání času, plánování života
6. zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku
7. obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování)
8. vaření, ohřívání jednoduchého jídla
9. mytí nádobí
10. běžný úklid v domácnosti
11. péče o prádlo
12. přepírání drobného prádla
13. péče o lůžko
14. obsluha běžných domácích spotřebičů
15. manipulace s kohouty a vypínači
16. manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří
17. udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady
18. další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti.