

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

Kristýna Kollerová

Bakalářská práce
2025



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2024/2025

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Kristýna Kollerová
Osobní číslo:	H21497
Studijní program:	B0111A190011 Sociální pedagogika
Forma studia:	Prezenční
Téma práce:	Porovnání kvality života seniorů žijících v domovech pro seniory a seniorů žijících ve vlastních domovech

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti stáří a kvality života seniorů.
Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.
Realizace kvantitativního výzkumu formou standardizovaného dotazníku.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. Kvalita života seniorů v domovech pro seniory. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.
CHRÁSKA, Miroslav, 2007. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1369-4.
KALVACH, Zdeněk, 2011. Křehký pacient a primární péče. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.
KRAUS, Blahoslav, 2008. Základy sociální pedagogiky. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-383-3.
MALÍKOVÁ, Eva, 2011. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Helena Skarupská, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **13. ledna 2025**
Termín odevzdání bakalářské práce: **2. května 2025**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 13. ledna 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění bez ohledu na výsledek obhajoby;
- bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému a bude dostupná k nahlédnutí;
- jedno vyhotovení bakalářské práce v listinné podobě bude ponecháno Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně k uložení;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- podle § 60 odst. 1 autorského zákona má Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá; neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji, že

- jsem na bakalářské práci pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem řádně citoval(a); v případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor;
- odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou obsahově totožné.

Ve Zlíně, dne

.....

podpis autora

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zaměřuje na zkoumání kvality života seniorů v závislosti na typu jejich bydlení – konkrétně porovnává osoby žijící v domovech pro seniory s těmi, kteří zůstávají ve svých vlastních domácnostech. Výzkum byl proveden pomocí dotazníkového šetření, které se soustředilo na různé dimenze kvality života, jako jsou fyzické a psychické zdraví, sociální kontakty, pocit bezpečí a úroveň samostatnosti. Shromážděná data byla dále analyzována s cílem identifikovat rozdíly i podobnosti v každodenním životě obou skupin respondentů. Analýza výsledků ukázala, že senioři žijící doma si často cení možnosti samostatně rozhodovat o svém životě a udržovat blízké vztahy, což přispívá k jejich vyšší spokojenosti a pocitu nezávislosti. Oproti tomu obyvatelé domovů pro seniory více využívají dostupné služby a organizované aktivity, které podporují jejich bezpečí a sociální začlenění, avšak mohou vnímat omezenou autonomii. Práce zdůrazňuje, že kvalita života seniorů je ovlivněna nejen zdravotním stavem, ale také sociálním prostředím, pocitem naplnění a možnostmi osobního rozvoje. Na základě zjištěných poznatků jsou v závěru formulována doporučení pro oblast sociálních služeb, která by měla reflektovat individuální potřeby a preference seniorů v obou typech prostředí, s cílem podpořit jejich celkovou spokojenost a důstojné prožívání stáří.

Klíčová slova: kvalita života, senioři, domov pro seniory, domácí prostředí, sociální služby, autonomie, sociální vztahy, subjektivní pohoda, stárnutí, WHOQOL-BREF, WHOQOLOLD

ABSTRACT

This bachelor thesis focuses on examining the quality of life of seniors in relation to their type of housing – specifically, it compares individuals living in residential care homes with those who remain in their own households. The research was conducted using a questionnaire survey that focused on various dimensions of quality of life, such as physical and mental health, social contacts, sense of security, and level of independence. The collected data were further analyzed to identify differences and similarities in the daily lives of both groups of respondents. The analysis of the results showed that seniors living at home often appreciate the ability to make independent decisions about their lives and maintain close relationships, which contributes to their higher satisfaction and sense of independence. In contrast, residents of care homes make greater use of available services and organized activities that support their safety and social inclusion, although they may perceive a limited

degree of autonomy. The thesis emphasizes that the quality of life of seniors is influenced not only by their health status but also by their social environment, sense of fulfillment, and opportunities for personal development. Based on the findings, recommendations for the field of social services are formulated in the conclusion. These should reflect the individual needs and preferences of seniors in both types of environments, with the aim of supporting their overall satisfaction and dignified aging.

Keywords: quality of life, seniors, residential care home, home environment, social services, autonomy, social relationships, subjective well-being, ageing, WHOQOL-BREF,

WHOQOL-OLD

Ráda bych vyjádřila své poděkování paní PhDr. Heleně Skarupské, Ph.D., za její odborné vedení a podporu při zpracování této bakalářské práce. Zároveň děkuji všem respondentům za jejich ochotu a čas věnovaný výzkumu a také blízkým, kteří mě po celou dobu mého studia podporovali.

OBSAH

ÚVOD	13
I TEORETICKÁ ČÁST	14
1 TEORETICKÁ ČÁST	15
1.1 STÁŘÍ	15
1.2 CHRONOLOGICKÉ VYMEZENÍ STÁŘÍ	15
1.2.1 Odborné definice stáří	15
1.2.2 Typologie stáří	16
2 STÁRNUTÍ	17
2.1.1 Biologické aspekty stárnutí	17
2.1.2 Psychologické aspekty stárnutí	18
2.1.3 Sociální a environmentální aspekty stárnutí	19
2.1.4 Faktory ovlivňující průběh stárnutí	19
2.1.5 Dopady stárnutí na kvalitu života	20
3 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ	21
3.1 ŽIVOT V DOMOVECH PRO SENIORY A ŽIVOT SENIORŮ VE VLASTNÍCH DOMOVECH	24
3.1.1 Život v domovech pro seniory (pobytové služby)	24
3.1.2 Život ve vlastním domácím prostředí	26
3.1.3 Srovnání obou forem života	27
II PRAKTICKÁ ČÁST	28
4 DESIGN VÝZKUMU	29
4.1 HLAVNÍ CÍLE	29
4.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR	30
4.3 VÝZKUMNÁ METODA A TECHNIKA	31
4.4 METODY ANALÝZY DAT	31
5 INTERPRETACE DAT	34

5.1	VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK A HYPOTÉZ	46
5.2	DOPORUČENÍ	50
	ZÁVĚR	52
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	55
	SEZNAM OBRÁZKŮ	58
	SEZNAM TABULEK	59
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	60
	SEZNAM PŘÍLOH	61

ÚVOD

Jedním z nejvýraznějších demografických jevů dnešní doby je stárnutí populace, což činí otázku kvality života seniorů stále aktuálnější nejen v sociální práci, ale i v dalších vědních oblastech. Se zvyšujícím se počtem lidí v seniorském věku narůstá potřeba zaměřit se na faktory, které ovlivňují jejich spokojenost, pohodu a celkovou úroveň života. Kvalita života je složitý a mnohovýrobný pojem, který zahrnuje nejen tělesné zdraví, ale také psychickou stránku, mezilidské vztahy a prostředí, v němž senioři žijí. Tato bakalářská práce se věnuje zkoumání kvality života seniorů žijících v domovech pro seniory a těch, kteří zůstávají ve svém domácím prostředí. Pro hodnocení jednotlivých oblastí byly využity standardizované dotazníky WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD, které poskytují jak objektivní, tak subjektivní pohled na různé aspekty života ve stáří. Výzkum se zaměřuje na srovnání obou skupin a na identifikaci rozdílů, jež mohou být ovlivněny typem bydlení, délkou pobytu v zařízení či dalšími faktory. Zjištění této práce mohou napomoci lepšímu porozumění potřebám a životním podmínkám seniorů v různých prostředích. Výsledky mohou zároveň posloužit jako východisko pro návrh opatření a doporučení, která přispějí ke zlepšení kvality života starších osob a podpoří jejich aktivní, důstojné a spokojené stáří.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Stáří

Stáří je posledním vývojovým obdobím lidského života, jehož vymezení je mnohorozměrné a podléhá různým interpretacím; česká odborná literatura čerpá z epidemiologických, biologických, psychologických i sociálních kritérií a vytváří tak komplexní pohled na tuto etapu (Čevela, 2008; Mühlpachr, 2005). Nejběžnějším východiskem je chronologické vymezení, kdy je stáří ohraničeno dosažením určitého věku.

1.2 Chronologické vymezení stáří

Světová zdravotnická organizace rozlišuje tři věkové kategorie stáří, které přejímá i česká odborná literatura (Čevela, 2008; Mühlpachr, 2005):

- 60–74 let: rané stáří (senescence, „vyšší věk“)
- 75–89 let: vlastní stáří (senium, pokročilé stáří)
- 90+ let: dlouhověkost (patriarchum)

V českém kontextu se objevuje i alternativní členění: 60–74 let jako počáteční fáze stáří, 75–89 let jako pokročilé stáří a 90+ let jako vysoký věk (Čevela, 2008). Typickým hraničním věkem pro statistické účely je konvence 65 let – toto vymezení je praktické pro demografické analýzy, avšak neodráží individuální rozdíly v rychlosti a charakteru stárnutí (Příbyl, 2015; Langmeier & Krejčířová, 2006).

1.2.1 Odborné definice stáří

V české literatuře se objevují definice zdůrazňující involuční i psychosociální procesy:

Příbyl (2015): „Stáří je závěrečná etapa lidského života, která je završena úmrtím.“

Langmeier (1998): Stáří je etapou, „kdy začínají převažovat procesy, které způsobují postupné snižování funkčních schopností, narušení organizace a celkové zhoršení stavu, které končí smrtí.“

Hartl (2000): Stáří je „finální fáze geneticky určené délky života.“

Kalvach et al. (2008): Stáří je „výsledkem a manifestací geneticky podmíněných involučních procesů, které jsou ovlivňovány vnějšími faktory – onemocněním, prostředím, životním stylem a psychosociálními vlivy.“

Tyto definice podtrhují multikauzální povahu stáří: jeho podobu spoluurčují zdravotní stav, prostředí, sociální podmínky i subjektivní prožívání jedince.

1.2.2 Typologie stáří

Při teoretickém uchopení stáří rozlišuje Mühlpachr (2005) tři základní typy:

Biologické stáří – vystihuje reálný stav organismu na základě involučních změn, funkční zdatnosti a přítomnosti patologických procesů; lépe než kalendářní věk odráží aktuální zdravotní stav (Mühlpachr, 2005).

Sociální stáří – vychází ze změn v sociálních rolích a životním stylu spojených například s odchodem do důchodu, proměnou rodinných vztahů, ztrátou společenských kontaktů a změnou ekonomického statutu; vzniká především v důsledku změny sociálního statusu, nikoli jen kalendářního věku (Janiš & Skopalová, 2016).

Kalendářní (chronologické) stáří – je stanoveno dosažením určitého věku (často 65 let) a je užitečné pro statistické a administrativní účely, ale nezohledňuje individuální rozdíly (Mühlpachr, 2005).

2 STÁRNUTÍ

Proces stárnutí je dlouhodobý, složitý a individuálně rozmanitý fenomén, který probíhá paralelně v oblasti biologické, psychologické a sociální a liší se svou rychlostí a projevy u každého člověka (Kalvach et al., 2008; Mühlpachr, 2005). Nejde pouze o úbytek funkcí, ale o hlubší proměnu organismu, prožívání a sociálních rolí. Kromě nevyhnutelných involučních procesů hrají roli i vnější faktory, jako je životní styl, prostředí, vzdělání, ekonomická situace a dostupnost podpůrných služeb, jež dokážou průběh stárnutí zpomalovat a zmírňovat jeho nepříznivé dopady (Haškovcová, 2010; Příbyl, 2015).

Teoretické základy a kategorie stárnutí

Biologické stárnutí znamená postupnou, částečně geneticky podmíněnou involuci buněk, tkání a orgánů (atrofie, snížení regenerační kapacity, narušení vnitřní rovnováhy), která vede ke zvýšené zranitelnosti vůči nemocem (Kalvach et al., 2008).

Psychologické stárnutí se týká změn v poznávacích funkcích, citovém prožívání, motivaci, osobnostních rysech a strategiích zvládání zátěže. Nejde o jednotný úpadek – např. krystalická inteligence a moudrost se mohou v průběhu života zlepšovat (Langmeier & Krejčířová, 2006; Říčan, 2007).

Sociální stárnutí s sebou přináší změny pozice ve společnosti, pracovní role, rodinných vztahů a sociálních sítí (odchod do důchodu, proměna denního režimu aj.), které ovlivňují zapojení do společnosti, ekonomickou situaci a pocit smysluplnosti života (Mühlpachr, 2005; Janiš & Skopalová, 2016).

V české gerontologii je kladen důraz na koncept aktivního a úspěšného stárnutí, který podporuje zdraví, samostatnost, participaci a celoživotní vzdělávání jako protiváhu k reduktivnímu pohledu na stáří (Čevela, 2008; Haškovcová, 2010).

2.1.1 Biologické aspekty stárnutí

Nervový systém a smysly jsou ovlivněny zpomalením a oslabením přenosu informací, častěji se objevují nedoslýchavost a poruchy zraku, které mohou být do určité míry kompenzovány tréninkem a pomůckami (Kalvach et al., 2008).

Kardiovaskulární a dýchací systém podléhá změnám vedoucím ke snížení elasticity cév, změnám srdeční funkce a poklesu kapacity plic, což zvyšuje riziko hypertenze, ischemické choroby srdeční a chorob dýchacího ústrojí (Kalvach et al., 2008; Příbyl, 2015).

Pohybový aparát je ohrožen úbytkem svalové a kostní hmoty (osteopenie, osteoporóza) a ztuhlostí kloubů; pravidelná fyzická aktivita umožňuje zpomalit pokles funkční zdatnosti (Příbyl, 2015).

Metabolismus se mění, klesá tolerance cukrů, mění se rozložení tělesného tuku a hormonálních funkcí; prevence malnutrice je zásadní (Kalvach et al., 2008).

Imunitní systém v důsledku stárnutí ztrácí na výkonnosti (imunosenescence), což zvyšuje náchylnost k infekcím a zhoršuje reakci na stres; očkování a prevence mají klíčový význam (Kalvach et al., 2008).

Křehkost (frailty) je syndrom snížené odolnosti, s vyšším rizikem pádů, hospitalizací a ztráty samostatnosti; klíčová je včasná diagnostika a komplexní intervence (Kalvach et al., 2008).

Biologické stárnutí je značně individuální – věk sám o sobě sice indikuje životní etapu, ale skutečná kondice je lepším ukazatelem funkční zdatnosti; důležité je zejména zdravotní zázemí a přidružená onemocnění (Mühlpachr, 2005; Příbyl, 2015).

2.1.2 Psychologické aspekty stárnutí

Kognitivní funkce: rychlost zpracování informací a fluidní inteligence s věkem obvykle klesá, zatímco krystalickéjší vědomosti, zkušenosti a moudrost mohou zůstat zachovány nebo se dále rozvíjet. Paměť se mění nerovnoměrně – pracovní a epizodická paměť je citlivější, sémantická více odolná (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Emoce a duševní zdraví: přibývá pozitivních emocí a preference pozitivních podnětů, ale častěji se také objevuje zátěž spojená se ztrátami a osamělostí; deprese a úzkosti mohou zůstat nerozpoznané (Haškovcová, 2010).

Osobnost a zvládání životních situací: s věkem sílí potřeba bilancování, hledání smyslu a hodnot; důležité je naplnění potřeb autonomie, kompetence a sounáležitosti, což přispívá k subjektivní pohodě (Langmeier & Krejčířová, 2006; Dvořáčková, 2012).

Odolnost a moudrost: celoživotní zkušenosti mohou podporovat adaptabilitu, prosociální postoje a schopnost zvládat stres (Říčan, 2007).

Psychologický vývoj je silně ovlivněn vzděláním, mentální aktivitou, zdravým životním stylem a kvalitou sociální podpory (Dvořáčková, 2012; Janiš & Skopalová, 2016).

2.1.3 Sociální a environmentální aspekty stárnutí

Role a postavení: přechod do důchodu výrazně mění každodenní strukturu, ekonomiku i identitu člověka; jeho úspěšnost závisí na přípravě, finančním zabezpečení a možnostech seberealizace (Mühlpachr, 2005; Janiš & Skopalová, 2016).

Sociální vztahy: udržování rodinných, přátelských a komunitních vazeb je klíčové pro subjektivní pohodu; izolace rizika zvyšuje (Dvořáčková, 2012; Važanský, 2010).

Bydlení a prostředí: bezbariérovost, dostupnost služeb a bezpečnost v domácnosti výrazně podporují samostatnost a duševní pohodu seniorů (Čevela, 2008; Haškovcová, 2010).

Finanční situace a dostupnost služeb: příjem a přístup k sociálním a zdravotním službám zásadně ovlivňují možnosti aktivního života ve stáří (Matoušek, 2007; MPSV, 2024).

2.1.4 Faktory ovlivňující průběh stárnutí

Životní styl: pravidelné pohybové aktivity, vyvážená výživa, dostatek spánku a absence škodlivých návyků zpomalují pokles funkčních schopností (Příbyl, 2015).

Vzdělávání a mentální stimulace: celoživotní učení a posilování poznávacích funkcí rozšiřují kognitivní rezervu (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Sociální podpora a aktivity: pevné sociální vztahy, dobrovolnictví a smysluplné koníčky snižují riziko duševních obtíží (Važanský, 2010; Dvořáčková, 2012).

Preventivní a zdravotní péče: pravidelné lékařské prohlídky, očkování, zvládání chronických onemocnění a rehabilitace pomáhají udržet soběstačnost (Kalvach et al., 2008; Příbyl, 2015).

Spiritualita a smysl: silný duchovní základ a hledání smyslu života jsou zásadním zdrojem psychické pohody, zejména při ztrátách (Dvořáčková, 2012).

Modely a přístupy v českém kontextu

Bio-psycho-sociální model shromažďuje všechny významné faktory ovlivňující stárnutí a slouží jako standardní teoretický rámec (Kalvach et al., 2008; Dvořáčková, 2012).

Aktivní a úspěšné stárnutí klade důraz na zdraví, zapojení do společenského života, zabezpečení a celoživotní rozvoj a v praxi podporuje autonomii a samostatnost (Čevela, 2008; Haškovcová, 2010).

Koncept křehkosti umožňuje včas identifikovat ohrožené seniory a poskytovat jim komplexní podporu (Kalvach et al., 2008).

2.1.5 Dopady stárnutí na kvalitu života

Samotný věk nemusí znamenat zhoršení kvality života; klíčová je kombinace zdravotního stavu, funkčních schopností, psychické pohody, sociálních vztahů a prostředí. Subjektivně vnímaná spokojenost může zůstat vysoká, pokud je zachována samostatnost, smysluplné aktivity a podpora okolí. Negativní dopady má naopak kumulace ztrát, ekonomická tíseň, osamělost a bariérové prostředí (Dvořáčková, 2012; Važanský, 2010; Matoušek, 2007; Čevela, 2008).

3 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ

Čeští autoři definují kvalitu života seniorů jako komplexní a multidimenzionální koncept, který zahrnuje různé aspekty jejich života.

Klíčové přístupy k definici kvality života seniorů:

Bio-psycho-sociální a spirituální přístup

Dagmar Dvořáčková (2012) popisuje kvalitu života seniorů jako výsledek vzájemného působení biologických, psychologických, sociálních a spirituálních determinant. Tento pohled zdůrazňuje faktory jako zdravotní péče, sociální podpora, emocionální rovnováha, možnost seberealizace, duševní harmonie, smysluplná soběstačnost a schopnost zvládat životní situace. Kvalita života je zde vnímána jako celková pohoda a vyrovnanost jedince.

Hnilicová a Bencko (2005) dodávají, že kvalita života je širší pojem než jen zdraví a zahrnuje také osobní vyznání, sociální vztahy a vztah k životnímu prostředí. Z psychologického hlediska jde o subjektivní pohodu a spokojenost s vlastním životem.

Sociologický aspekt

Podle Važanského (2010) je kvalita života seniorů ovlivněna faktory jako fyzické zdraví, sociální status, ekonomické zabezpečení, vzdělání a rodinné zázemí. Sociologický přístup sleduje materiální podmínky, rodinné vztahy a míru sociální interakce. Důležitá je také přiměřená vitalita a mobilita ve vztahu k věku. Janiš a Skopalová (2016) zmiňují jako klíčové sociální změny odchod do důchodu a změnu finančních příjmů, které ovlivňují životní stereotyp a sociální kontakty.

Subjektivní vnímání kvality života

Důraz je kladen na subjektivní hodnocení vlastní životní situace. Lucie Soldánová (2020) (zmíněna v předchozím kontextu) uvádí, že kvalitu života lze hodnotit objektivně (zdravotní stav, ekonomické podmínky) i subjektivně (spokojenost se životem, vnímání vztahů, smysluplnost). Výzkumy potvrzují, že subjektivní hodnocení kvality života se může lišit například mezi seniory žijícími doma a v institucionální péči.

Role zdraví a potřeb

Zdraví je obecně považováno za jednu z nejvyšších hodnot a klíčový faktor kvality života ve stáří. Pacovský (1994) definuje zdravého seniora jako toho, kdo je spokojen s kvalitou života, soběstačný a přiměřeně aktivní.

Čevela, Kalvach a Čeledová (2012) zdůrazňují, že kvalita života seniorů souvisí s uspokojováním jejich potřeb, hodnot a individuálních preferencí. Dvořáčková (2012) dodává, že naplnění psychosociálních potřeb je důležité pro motivaci k dalšímu životu a upevnění zdraví.

Koncept aktivního stárnutí

Aktivní stárnutí je chápáno jako proces optimalizace příležitostí pro zdraví, participaci a bezpečí s cílem zvýšit kvalitu života v pozdějším věku. Podporuje nezávislost, zájem o aktivity i po odchodu do důchodu a pozitivní životní styl. Oldřich Čepelka tento koncept řadí mezi klíčové pojmy současné gerontologie. Celkově lze říci, že čeští autoři vnímají kvalitu života seniorů jako výsledek souhry objektivních podmínek (zdraví, sociální a ekonomické zázemí) a subjektivního prožívání (spokojenost, smysluplnost, pohoda), přičemž zdůrazňují potřebu individuálního a komplexního přístupu.

Základní principy a determinanty

Subjektivita: Hodnocení kvality života nelze redukovat na vnější měřitelné ukazatele – klíčová je vlastní zkušenost, individuální očekávání a adaptace na životní realitu. Stejná objektivní situace může být jedním seniorem vnímána jako uspokojivá, druhým jako nedostačující (Važanský, 2010; Mareš, 2014).

Multidimensionalita: Neexistuje jednotná „obecná kvalita života“. Každý senior může klást důraz na jiný rozměr (jednomu je stěžejní zdraví, jinému sociální kontakty, dalším ekonomická jistota, smysl apod.). Proto doporučení a intervence mají být individualizovaná.

Interakce determinant: Například fyzický stav ovlivňuje možnost sociálních aktivit, sociální opora zlepšuje psychickou pohodu a finanční nezávislost umožňuje zachovat autonomii. Negativa (osamělost, chudoba, špatné bydlení) mají aditivní negativní efekt (Dvořáčková, 2012).

Aktivita a účast: Aktivní životní styl, vzdělávání, dobrovolnictví, zájmové činnosti a udržování sociálních sítí jsou významnými ochrannými faktory. Snížená aktivita, izolace a stereotypizace naopak riziko poklesu kvality života zvyšují (Haškovcová, 2010; Janiš & Skopalová, 2016).

Institucionální péče vs. domácí prostředí: Kvalita bydlení (autonomie, důvěrné prostředí, možnost rozhodovat) je jednou z nejcitlivějších proměnných. Pobyťová zařízení mohou nabídnout bezpečí a služby, ale často omezují autonomii. Doma je většinou zachována samostatnost, ale rostou rizika sociální exkluze a zanedbání (Čevela, 2008; Malíková, 2020).

Měření a nástroje

Standardizované dotazníky (WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD) umožňují kvantifikovat a porovnávat různé oblasti kvality života v populaci seniorů. V češtině jsou k dispozici validizované verze, které zohledňují české kulturní a sociální kontexty (Dragomirecká & Bartoňová, 2006; Power & Schmidt, 2005).

Kvalitativní přístup (rozhovory, observace) doplňuje čísla o hlubší porozumění individuálním potřebám, hodnotám a způsobům zvládání.

Kritika standardizovaných dotazníků: Nezohledňují zcela sociální ani kulturní kontext, mohou akcentovat pohled badatele na úkor seniorky/seniora, nezachycují významnost různých oblastí pro různé jedince (Mareš, 2014).

Faktory ovlivňující kvalitu života seniorů

Pozitivní: aktivní životní styl, dostatek sociálních kontaktů, finanční stabilita, přizpůsobené bydlení, možnost účasti na společenském životě, přístup ke kvalitní péči, prevence a časná intervence, úcta k autonomii.

Negativní: osamělost, chudoba, zdravotní omezení, nedostupnost služeb, nezajištěné bydlení, stigmatizace stáří, omezené rozhodovací pravomoci, dlouhodobý stres.

Podpůrná a intervenční opatření

Zdraví a pohyb: Prevence, rehabilitace, aktivity přizpůsobené možnostem seniorů.

Duševní pohodu: Nabídka psychologické podpory, aktivizačních a vzdělávacích programů.

Sociální vazby: Podpora rodiny, komunitních aktivit, mezigenerační kontaktů.

Prostředí: Bezpečné, bezbariérové a dostupné bydlení, podpora domácí péče.

Ekonomika a služby: Udržení důstojného příjmu, dostupnost terénních a pobytových služeb.

Individuální přístup: Respektování potřeb, preferencí a hodnot každého seniora.

Shrnutí

Kvalita života seniorů není pouze o zdraví, ale o komplexním propojení tělesných, psychických, sociálních, ekonomických a environmentálních faktorů. Věková samotná nemusí znamenat zhoršení kvality života – rozhodující je možnost autonomie, smysluplných aktivit, dostupnosti podpory a respektu k individualitě. Praktická podpora kvality života seniorů vyžaduje integrovaný, individuální a systemický přístup napříč resorty.

3.1 Život v domovech pro seniory a život seniorů ve vlastních domovech

Životní podmínky starších osob v České republice se výrazně odlišují podle toho, zda setrvávají ve svém domácím prostředí, nebo využívají pobytovou sociální službu v domově pro seniory. Tato kapitola srovnává přednosti i limity obou uspořádání, a to z hlediska každodenního fungování, možností podpory, rizik a dopadů na kvalitu života, s oporou o poznatky české gerontologie a současné standardy sociální péče.

3.1.1 Život v domovech pro seniory (pobytové služby)

Domovy pro seniory jsou formou sociální služby určené lidem se sníženou soběstačností, pro které už není setrvání doma bezpečné či proveditelné (zákon č.108/2006 Sb.). Přestěhování do zařízení bývá významným mezníkem – často provázeným změnou návyků, novými pravidly i úpravou sociálních vztahů.

Hlavní rysy života v domovech pro seniory:

Pravidelná péče a bezpečí: Poskytována je celodenní ošetrovatelská a zdravotní podpora, lékařský dohled a pomoc při běžných úkonech (hygiena, strava, mobilita), což je klíčové zejména pro křehké a více závislé seniory (MPSV, 2024; Malíková, 2020).

Sociální kontakt a program: Zařízení obvykle nabízejí volnočasové, edukační i duchovní aktivity podporující setkávání, kognitivní stimulaci, tělesnou zdatnost a prevenci osamělosti; kvalitní aktivizace pozitivně ovlivňuje psychickou pohodu (Šoukalová et al., 2016; Kalvach et al., 2008).

Omezení samostatnosti: Kolektivní režim a společné prostory snižují prostor pro vlastní volby; pravidla provozu mohou zasahovat do denního rytmu, stravovacích zvyklostí i soukromí, zejména při sdíleném ubytování (Dvořáčková, 2012; Špirudová, 2015).

Přechod a adaptace: Změna prostředí může vyvolávat smutek, nejistotu či pocit „odsunutí“. Délka a kvalita adaptace se liší podle osobnosti, zdraví, motivace a dostupné sociální opory (Kopecká, 2011; Venglářová, 2007).

Vztahy a participace: Přestože kontakt s personálem bývá pro řadu klientů oporou, vztahy mezi klienty zůstávají někdy povrchní a možnost podílet se na chodu zařízení může být omezená (Špirudová, 2015).

Fyzické prostředí: Novější domovy se snaží o jednolůžkové pokoje, personalizaci prostoru a flexibilnější denní režim v souladu s doporučenými standardy; ne všechna zařízení však mají dostatečné kapacity a podmínky.

Cíle a principy sociálních služeb

Hlavním cílem sociálních služeb je podpora soběstačnosti seniorů a jejich začlenění do společnosti. Tyto služby se poskytují jak v přirozeném prostředí seniorů, tak v institucionálních zařízeních. Mezi klíčové principy patří respekt k individualitě, autonomii a důstojnosti klientů. Důraz je kladen na profesionální přístup, dostupnost služeb a jejich vysokou kvalitu. (MPSV, 2024)

Typy sociálních služeb pro seniory

Pobytové služby: Poskytované v domovech pro seniory nebo domovech se zvláštním režimem. Tyto služby zajišťují komplexní péči zahrnující zdravotní i psychosociální podporu (MPSV, 2024).

Ambulantní služby: Terénní péče umožňuje seniorům setrvat ve vlastním prostředí.

Tyto služby se zaměřují na podporu samostatnosti a pomoc při každodenních činnostech.

Sociální služby pro seniory v České republice tedy představují propracovaný systém péče, který kombinuje různé formy podpory s cílem zlepšit kvalitu života seniorů.

Statistické souvislosti a tendence:

Ke konci roku 2023 pobývalo v domovech pro seniory více než 34 tisíc osob; roste důraz na individuální podporu, kvalitu péče a komunitní prvky v zařízeních.

Možná úskalí:

- Oslabování autonomie a identity (Demková, 2009)
- Nedostatek soukromí při sdíleném bydlení
- Nižší míra zapojení do rozhodování
- Riziko osamělosti navzdory formálnímu kontaktu
- Změna vnímání vlastní role a statusu

3.1.2 Život ve vlastním domácím prostředí

Domácí prostředí je pro většinu seniorů preferované – udržuje kontinuitu života, pocit kontroly a přirozené sociální vazby. Setrvání doma bývá spojeno s vyšší mírou soběstačnosti, důstojnosti a zachování zvyklostí (Glosová, 2005; Čevela, 2008).

Hlavní rysy života doma:

Autonomie a kontrola: Vlastní režim dne, rozhodování o aktivitách, stravě či návštěvách posiluje subjektivní spokojenost a identitu (Langmeier & Krejčířová, 2006; Dvořáčková, 2012).

Přirozené vztahy: Udržování rodinných, sousedských a komunitních kontaktů, včetně mezigenerační podpory, je významným ochranným faktorem proti osamělosti (Haškovcová, 2010).

Bydlení a úpravy: Bezbariérové úpravy a bezpečnostní prvky (madla, protiskluz, osvětlení) snižují riziko úrazů a podporují samostatnost.

Dostupnost podpory: Terénní pečovatelské a zdravotní služby, denní stacionáře a komunitní programy umožňují zůstat doma i při nižší soběstačnosti (zákon č.108/2006 Sb.).

Finance: Stabilní příjem a úspory ulehčují financování pomůcek, úprav a služeb.

Psychická pohoda: Důvěrně známé prostředí posiluje pocit bezpečí, kontinuity a vlastní hodnoty (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Rizika a omezení domácí péče:

- Riziko sociální izolace, pokud vazby nejsou silné
- Horší dostupnost péče v odlehlých lokalitách nebo při slabé rodinné opoře
- Nebezpečí zanedbání, podvýživy, dehydratace či úrazů u osaměle žijících
- Přetížení neformálních pečujících a riziko vyhoření
- Finanční nároky na úpravy a služby

3.1.3 Srovnání obou forem života

Autonomie: V zařízeních je přirozeně více limitů daných provozem; doma má senior větší prostor pro vlastní volby.

Sociální vazby: Domovy zprostředkují kontakt s personálem a vrstevníky, doma převažují přirozené rodinné a komunitní vztahy.

Bezpečí a péče: Zařízení nabízejí nepřetržitou podporu a dohled; doma závisí bezpečí na úpravách bydlení, službách a soběstačnosti.

Pohoda a identita: Institucionální prostředí vyžaduje adaptaci na nové role; domácí prostředí udržuje kontinuitu a zvyklosti.

Seberealizace: V domově pro seniory záleží na šíři aktivizačních programů; doma se senior může věnovat oblíbeným činnostem ve vlastním rytmu.

Náklady: Zařízení představují pravidelné poplatky za pobyt a péči; doma se náklady soustředí na úpravy, pomůcky a terénní služby.

Celkový dopad na kvalitu života je individuální a závisí na zdravotním stavu, síle sociální sítě, dostupnosti podpory a preferencích. Pro někoho je optimální bezpečí a struktura zařízení, pro jiného kontinuita a svoboda domácího prostředí. Vždy je vhodné přihlížet k přáním seniora a jeho možnostem a volit takové řešení, které nejlépe podpoří důstojnost, smysluplnost a subjektivní pohodu.

II PRAKTICKÁ ČÁST

4 DESIGN VÝZKUMU

Jedním z důvodů, proč jsem si dané téma vybrala je ten, že stárí je nedílnou součástí života každého z nás. Dalšími důvody jsou také například vysoký počet seniorů v současné době a celkové stárnutí populace. Proto bych chtěla zjistit jaké jsou rozdíly mezi těmito dvěma soubory participantů.

4.1 Hlavní cíle

Hlavním cílem je srovnání kvality života seniorů žijících v domově pro seniory a seniorů žijících v domovech vlastních

HVC: Zhodnotit a porovnat kvalitu života seniorů žijících v domově pro seniory a seniorů žijících v domovech vlastních

DVC 1: Odhalit, jaká je kvalita života seniorů v žijících v domovech vlastních a v domovech pro seniory v oblasti prožívání.

DVC 2: Zjistit, jaká je kvalita života seniorů v oblasti sociálních kontaktů v rodinném prostředí a v domovech pro seniory.

DVC 3: Zjistit, jaká je kvalita života u seniorů žijících v domovech vlastních a v domovech pro seniory v oblasti fyzického zdraví.

DVC 4: Odhalit, jaká je kvalita života seniorů žijících v domovech vlastních a v domovech pro seniory v oblasti autonomie

Výzkumné otázky

HVO: Jaká je kvalita života seniorů žijících v domovech pro seniory a seniorů žijících v domovech vlastních?

DVO 1: Jaká je kvalita života seniorů žijících ve vlastních domovech a seniorů žijících v domovech pro seniory v oblasti prožívání?

DVO 2: Jaká je kvalita života seniorů žijících ve vlastních domovech a seniorů žijících v domovech pro seniory v oblasti sociálních kontaktů?

DVO 3: Jaká je kvalita života seniorů žijících ve vlastních domovech a seniorů žijících v domovech pro seniory v oblasti fyzického zdraví?

DVO 4: Jaká je kvalita života seniorů žijících ve vlastních domovech a seniorů žijících v domovech pro seniory v oblasti prostředí?

Hypotézy

H1: Existují statisticky významné rozdíly v oblasti prožívání u seniorů žijících ve vlastních domovech a u seniorů žijících v domovech pro seniory.

H2: Existují statisticky významné rozdíly v rámci sociálních vztahů u seniorů žijících ve vlastních domovech a u seniorů žijících v domovech pro seniory

H3: Existují statisticky významné rozdíly v oblasti fyzického zdraví u seniorů žijících ve vlastních domovech a u seniorů žijících v domovech pro seniory.

H4: Existují statisticky významné rozdíly u seniorů žijících ve vlastních domovech a u seniorů žijících v domovech pro seniory v oblasti prostředí.

4.2 Výzkumný soubor

Na základě zvoleného tématu byly, jakožto subjekty pro výzkumný soubor, vybráni senioři žijící v několika domovech důchodců spolu se seniory setrvávající v domovech vlastních

či vlastněných rodinnou. Tyto dvě skupiny tvořilo celkem 110 jednotlivých subjektů. První skupina skládající se pouze ze seniorů z domovů vlastních čítá 60 subjektů, z čehož 25 subjektů byli muži a 35 subjektů byly ženy. Druhá skupina, skládající se pouze ze seniorů pobývajících v domovech důchodců čítala 50 subjektů, z čehož 36 byly ženského pohlaví a 14 pohlaví mužského.

V zájmu zachování integrity dat a pro odhalení případných výchylek v odpovědích byla druhá skupina sledována i z pohledu domova důchodců, kdy z domova důchodců Kroměříž pocházelo 12 žen a 4 muži, z Buchlovic 5 žen a 2 muži, z Uherského Ostrohu 10 žen a 1 muž a z Boršic u Uherského Hradiště 9 žen a 7 mužů. Veškeré domovy důchodců se taktéž nachází ve Zlínském kraji, toto byla z pohledu realizovatelnosti nejlepší volba, vzhledem k mému místu bydliště. Volba domovů ve Zlínském kraji následně značně usnadnila veškerou organizaci a průběh sběru dat.

Pro výběr subjektů byla zvolena spodní věková hranice 65 let, kdy dle informací od Světové zdravotnické organizace, je toto věk, kdy člověk dosáhne stáří. Tento věk zároveň slouží i jako podmínka přijetí seniora do domova důchodců. Pro zvýšení přesnosti dat, byla stanovena minimální délka pobytu v domově pro seniory byla na 6 měsíců, kdy dle Venglářové (2007) je potřeba překlenout určité časové období, kdy může být kvalita života snížena v důsledku změny životních podmínek, které přicházejí s pobytem v domově pro seniory.

4.3 Výzkumná metoda a technika

Pro svou bakalářskou práci jsem se rozhodla využít kvantitativní výzkumnou metodu, která podle Gavory (2010) zahrnuje nejen dotazníkové šetření, ale také například experiment či pozorování. Pro efektivní a rychlý sběr dat jsem zvolila dotazník Světové zdravotnické organizace, konkrétně jeho zkrácenou verzi WHOQOL-BREF. Tento nástroj obsahuje 26 položek rozdělených do čtyř oblastí: fyzické zdraví, psychické zdraví, sociální vztahy a prostředí, a dále dvě samostatné položky hodnotící celkovou kvalitu života a zdravotní stav (WHOQOL Group, 1998). Pro potřeby mého výzkumu jsem ke zkrácené verzi WHOQOL-BREF připojila také modul WHOQOL-OLD, který je určen pro hodnocení kvality života ve vyšším věku a zaměřuje se na oblasti jako jsou smyslové funkce, nezávislost, naplnění, sociální vztahy, postoj ke smrti a blízké vztahy (Power & Schmidt, 2005). Všechny položky v obou dotaznících jsou hodnoceny na pětibodové Likertově škále (WHOQOL Group,

1998). Vyhodnocení kvality života pomocí WHOQOL-BREF probíhá výpočtem průměrných hrubých skóre jednotlivých domén, která jsou následně standardizována tak, aby byla srovnatelná s doménami původní verze WHOQOL-100 (University of Washington, 2023). Vyšší dosažené hodnoty pak znamenají lepší kvalitu života. Výsledky z dotazníků budou sloužit k ověření stanovených otázek a hypotéz.

4.4 Metody analýzy dat

Pro zpracování dat z dotazníku WHOQOL-OLD bylo nutné provést inverzní skórování u sedmi položek, a to:

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

- „Do jaké míry ovlivňuje ztráta, například sluchu, zraku, chuti, čichu nebo hmatu,

Vaši schopnost zapojit se do různých činností?“

- „Znepokojujete se tím, jak zemřete?“

- „Nakolik se obáváte ztráty kontroly v souvislosti se smrtí?“

- „Jak moc se bojíte umírání?“

- „Jak moc se bojíte bolesti při umírání?“

- „Do jaké míry ovlivňují potíže se smysly (např. sluch, chuť, hmat, zrak, čich)

Vaši komunikaci s ostatními lidmi?“

Následně byly vypočteny hrubé skóre pro jednotlivé oblasti neboli domény. Jak již bylo zmíněno výše, tyto domény jsou: fyzické zdraví, psychické zdraví, sociální vztahy, prostředí a dvě samostatné položky. Tyto domény byly následně násobeny čtyřmi, aby se dosáhlo skóre v rozmezí od 4 do 20 bodů. (WHOQOL-OLD Manual, 2016).

U dotazníku WHOQOL-BREF jsme určili průměrné hrubé skóre pro každou doménu: fyzické zdraví (ze sedmi položek), psychické prožívání (ze šesti položek), sociální vztahy (ze tří položek) a prostředí (z osmi položek). Tyto průměrné hodnoty byly standardizovány na škálu 4–20, kde vyšší skóre indikuje lepší kvalitu života (University of Washington, 2023). Pro každého respondenta byl vypočten celkový hrubý skóre obou dotazníků, a to jak celkově, tak v jednotlivých doménách. Dále

byly stanoveny průměrné skóry pro seniory žijící v domovech pro seniory a v domácím prostředí. I u WHOQOL-BREF bylo potřeba inverzně skórovat některé z otázek:

- „Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?“
- „Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?“
- „Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?“

Veškerá práce s daty byla prováděna v aplikaci Microsoft Excel. Jako první využitá metoda byla Cronbachova alfa pro verifikaci kvality odpovědí a zjištění výpovědní hodnoty jednotlivých skupin. Jak u dotazníku WHOQOL-OLD, tak i u dotazníku WHOQOL-BREF byla vytvořena deskriptivní analýza z výstupů jednotlivých respondentů, která sloužila pro hlavní porovnání jednotlivců uvnitř skupin, ale i mezi dvěma hlavními skupinami.

V neposlední řadě byla provedena regresní analýza pro porovnání výstupů z WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF. Jak již bylo zmíněno povaha prvního z dotazníků se zaměřuje spíše na autonomii, smysl života či vztah ke smrti, což bylo při vytváření této práce vnímáno jako katalyzátor pro případné zhoršení celkových výsledků druhého z dotazníků,

který se zaměřuje na kvalitu života obecně. Součástí regresní analýzy byla i analýza rozptylu, která sloužila k prokázání souvislosti mezi zmíněnými proměnnými.

5 INTERPRETACE DAT

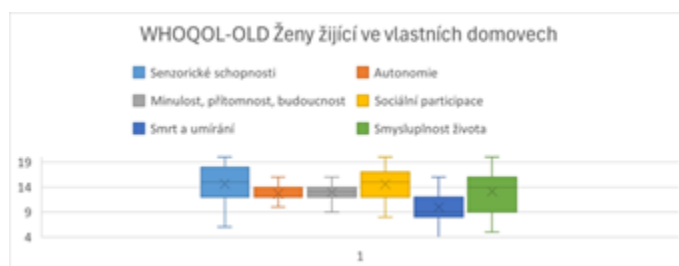
Cronbachova alfa

Ve své práci jsem využila také Cronbachova alfa. Ta představuje míru vnitřní spolehlivosti, která slouží k ověření, zda jednotlivé položky v dotazníku skutečně měří tentýž koncept. Za přijatelné se považuje, pokud je jeho hodnota minimálně 0,7, přičemž vyšší hodnoty jsou žádoucí. Pro komplexnější posouzení je vhodné Cronbachova alfa doplnit dalšími metodami, například faktorovou analýzou, která ověří, zda všechny položky skutečně zachycují jeden společný faktor. V provedené Cronbachově, jsem získala tyto výsledky:

- Hodnota 0,96 svědčí o výjimečně vysoké vnitřní spolehlivosti. Takto vysoké číslo znamená, že položky v dané škále jsou velmi úzce propojené a měří stejný jev.
- Hodnota 0,92 rovněž ukazuje na vynikající vnitřní konzistenci, což je pro výzkumné účely ideální.
- Hodnota 0,84 je považována za velmi dobrou a ukazuje na spolehlivou škálu.
- Hodnota 0,70 je na hranici přijatelnosti, což znamená, že škála je ještě použitelná, ale je vhodné zvážit, zda by nebylo možné některé položky upravit nebo odstranit pro zvýšení spolehlivosti.

Všechny uvedené hodnoty Cronbachovi alfy jsou v rámci sociálně-vědního výzkumu považovány za dostatečné až výborné. Nejvyšší hodnoty (0,96 a 0,92) potvrzují, že dotazník je velmi spolehlivý a jednotlivé položky měří stejný konstrukt. Hodnota 0,84 je stále velmi dobrá a 0,70 je ještě akceptovatelná pro základní výzkumné účely. Celkově lze říci, že dotazník vykazuje vysokou vnitřní konzistenci a jeho výsledky jsou z hlediska reliability spolehlivé.

Dotazník WHOQOL – OLD



Obrázek 1

(zdroj: vlastní)

Hodnoty	Senzorické schopnosti	Autonomie	Minulost, přítomnost, budoucnost	Sociální participace	Smrt a umírání	Smysluplnost života
Min	6	10	9	8	4	5
Medián	15	12	13	15	9	14
Max	20	16	16	20	16	20
Průměr	14,65	12,68	12,97	14,58	10	13,13
Modus	18	12	14	17	9	14

Tabulka 1

(zdroj: vlastní)

Senzorické schopnosti (modrá): Tato dimenze dosahuje nejvyššího mediánu (14) a vykazuje relativně široký rozptyl hodnot (od 6 do 18). To naznačuje, že senzorické schopnosti jsou pro ženy zásadním faktorem kvality života, avšak jejich hodnocení je individuálně velmi variabilní.

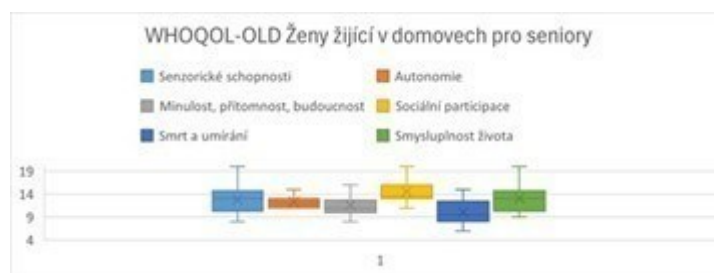
Autonomie (červená): Autonomie má nižší medián (12) a úzký rozptyl hodnot. To ukazuje na stabilní vnímání autonomie, která však není hodnocena tak vysoko jako jiné dimenze kvality života.

Minulost, přítomnost, budoucnost (zelená): Tato dimenze má podobný medián jako autonomie (12), ale s širším rozptylem hodnot. To může naznačovat rozdílné vnímání životních zkušeností a očekávání mezi jednotlivými ženami.

Sociální participace (fialová): Sociální participace dosahuje vyššího mediánu (14) a má širší rozptyl hodnot. To potvrzuje význam sociálních kontaktů pro kvalitu života žen, přičemž některé ženy tuto oblast hodnotí velmi pozitivně.

Smrt a umírání (světle modrá): Tato dimenze má nejnižší medián (10) a relativně úzký rozptyl hodnot. Ukazuje na nižší význam této oblasti pro kvalitu života nebo na její citlivost při hodnocení.

Smysluplnost života (oranžová): Smysluplnost života vykazuje největší rozptyl hodnot (od 8 do 20) a dosahuje mediánu 14. To naznačuje, že tato dimenze je pro ženy zásadní, avšak její vnímání se mezi jednotlivými ženami značně liší.



Obrázek 2

(zdroj: vlastní)

Hodnoty	Senzorické schopnosti	Autonomie	Minulost, přítomnost, budoucnost	Sociální participace	Smrt a umírání	Smysluplnost života
Min	8	10	8	11	6	9
Medián	12	12	11	14	10	13
Max	20	15	16	20	15	20
Průměr	12,6	12,28	11,64	14,12	10,84	13,08
Modus	10	11	11	14	8	13

Tabulka 2

(zdroj: vlastní)

Senzorické schopnosti (tmavě modrá): Výsledky v této oblasti se pohybují v širokém rozpětí (8–20 bodů), přičemž střední hodnoty (medián i průměr) jsou zhruba uprostřed škály. To ukazuje, že ženy vnímají své senzorické schopnosti velmi rozdílně – některé je hodnotí pozitivně, jiné méně příznivě.

Autonomie (oranžová): Rozptyl výsledků je zde menší (asi 10–16 bodů) a průměrné i střední hodnoty jsou spíše nižší. Většina žen tedy vnímá svou míru samostatnosti jako průměrnou až nižší, což může souviset s omezenými možnostmi rozhodování v rámci domova.

Minulost, přítomnost, budoucnost (tmavě zelená): Hodnoty jsou podobné jako u autonomie, ale rozptyl je o něco větší. Medián je lehce pod průměrem, což může odrážet smíšené pocity žen ohledně jejich životní cesty a budoucnosti.

Sociální participace (světle modrá): Tato oblast je hodnocena poměrně vysoko, s vyššími průměrnými i středními hodnotami a širokým rozsahem (10–20 bodů). Většina žen vnímá svou účast na společenském životě pozitivně, i když se najdou i výjimky.

Smrt a umírání (fialová): Tato oblast má nejnižší průměr i medián ze všech sledovaných oblastí, přičemž rozptyl je značný (6–16 bodů). Téma smrti a umírání je pro ženy v domovech citlivé a často je vnímáno negativně.

Smysluplnost života (světle zelená): V této oblasti jsou výsledky nejlepší – průměr i medián jsou nejvyšší, i když rozptyl je opět široký (8–20 bodů). Většina žen vnímá svůj život jako smysluplný, ale najdou se i ty, které tuto oblast hodnotí nízko.



Obrázek 3

(zdroj: vlastní)

Hodnoty	Senzorické schopnosti	Autonomie	Minulost, přítomnost, budoucnost	Sociální participace	Smrt a umírání	Smysluplnost života
Min	7	8	6	8	7	5
Medián	16	11	12	15	10	16
Max	20	14	15	17	17	18
Průměr	15,19	11,19	11,25	14,13	10,5	14,63
Modus	17	13	12	17	9	16

Tabulka 3

(zdroj: vlastní)

Senzorické schopnosti: Tato dimenze dosahuje nejvyššího mediánu (14) a relativně širokého rozptylu hodnot (6–18). To ukazuje, že senzorické schopnosti jsou pro muže klíčovým faktorem kvality života, přičemž jejich hodnocení se mezi jednotlivými muži výrazně liší.

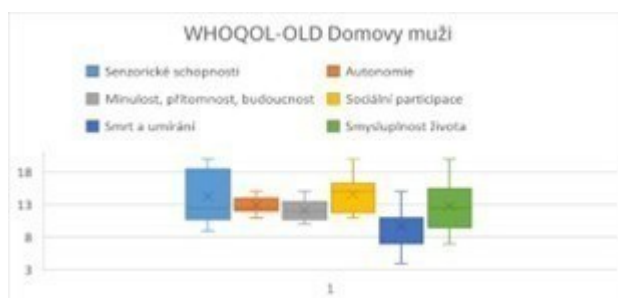
Autonomie: Autonomie má nižší medián (12) a úzký rozptyl hodnot. To naznačuje stabilní vnímání autonomie, která však není hodnocena tak vysoko jako jiné aspekty kvality života.

Minulost, přítomnost, budoucnost: Medián této dimenze je také 12, ale rozptyl hodnot je širší. To může odrážet rozdílné vnímání životních zkušeností a očekávání mezi muži.

Sociální participace: Sociální participace dosahuje vyššího mediánu (14) a širšího rozptylu hodnot. To potvrzuje význam sociálních kontaktů pro kvalitu života mužů, přičemž některé osoby tuto oblast hodnotí velmi pozitivně.

Smrt a umírání: Tato dimenze má nejnižší medián (10) a úzký rozptyl hodnot. Naznačuje nižší důležitost této oblasti pro celkovou kvalitu života nebo její citlivost při hodnocení.

Smysluplnost života: Smysluplnost života vykazuje největší rozptyl hodnot (8–20) a dosahuje mediánu 14. Tato dimenze je pro muže velmi důležitá, ale její vnímání je individuálně různorodé.



Obrázek 4

(zdroj: vlastní)

Hodnoty	Senzorické schopnosti	Autonomie	Minulost, přítomnost, budoucnost	Sociální participace	Smrt a umírání	Smysluplnost života
Min	9	11	10	11	4	7

Medián	12,5	12,5	12	15	11	12,5
Max	20	15	15	20	15	20
Průměr	14,3	12,9	12,1	14,6	9,7	12,8
Modus	12	12	12	15	11	12

Tabulka 4

(zdroj: vlastní)

Senzorické schopnosti (tmavě modrá): V této oblasti je patrný největší rozptyl výsledků (od 9 do 20 bodů), což svědčí o výrazných rozdílech v tom, jak muži hodnotí své smyslové schopnosti. Průměrná i střední hodnota se nachází přibližně uprostřed škály, což znamená, že část respondentů vnímá své schopnosti pozitivně, zatímco jiní je hodnotí spíše negativně.

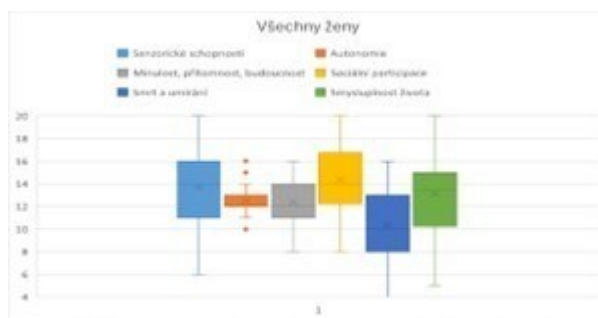
Autonomie (oranžová): Výsledky v této kategorii jsou koncentrovány v užším rozmezí (zhruba 11–15 bodů) a průměr i medián jsou spíše nižší. To naznačuje, že většina mužů v domovech vnímá svou samostatnost jako průměrnou nebo nižší, což může být ovlivněno prostředím zařízení a omezenými možnostmi rozhodování.

Minulost, přítomnost, budoucnost (tmavě zelená): Hodnoty jsou podobné jako u autonomie, ale rozptyl je o něco širší. Medián je mírně pod průměrem, což může odrážet rozporuplné pocity mužů ohledně jejich životní dráhy a budoucnosti.

Sociální participace (světle modrá): Tato oblast je hodnocena poměrně vysoko, s vyšším průměrem i mediánem a širokým rozsahem (od 11 do 20 bodů). Většina mužů vnímá svou účast na společenském životě pozitivně, i když existují i výjimky.

Smrt a umírání (fialová): Tato oblast vykazuje nejnižší průměr i medián ze všech sledovaných kategorií, přičemž rozptyl je značný (od 4 do 15 bodů). Téma smrti a umírání je pro muže v domovech citlivé a často vnímané negativně.

Smysluplnost života (světle zelená): V této oblasti jsou výsledky poměrně vysoké – průměr i medián přesahují průměr škály, i když rozptyl je opět široký (od 7 do 20 bodů). Většina mužů vnímá svůj život jako smysluplný, ale najdou se i tací, kteří tuto oblast hodnotí nízko.



Obrázek 5

(zdroj: vlastní)

Hodnoty	Senzorické schopnosti	Autonomie	Minulost, přítomnost, budoucnost	Sociální participace	Smrt a umírání	Smyslnost života
Min	6	10	8	8	4	5
Medián	14	12	12	14	10	13,5
Max	20	16	16	20	16	20
Průměr	13,73	12,5	12,38	14,38	10,38	13,11
Modus	16	12	12	14	9	14

Tabulka 5

(zdroj: vlastní)

Senzorické schopnosti: V této oblasti je patrný značný rozptyl výsledků, což svědčí o výrazných individuálních rozdílech mezi ženami v hodnocení jejich smyslových funkcí. Některé respondentky vnímají své schopnosti velmi pozitivně, jiné naopak méně příznivě. Průměrné i střední hodnoty se pohybují přibližně uprostřed škály.

Autonomie: Autonomie vykazuje nejnížší průměrné i střední hodnoty ze všech sledovaných oblastí a rozptyl výsledků je zde poměrně malý. Většina žen hodnotí svou nezávislost spíše jako průměrnou až nižší, což může být ovlivněno omezenými možnostmi rozhodování v rámci domova.

Minulost, přítomnost, budoucnost: Výsledky v této oblasti jsou podobné jako u autonomie, avšak rozptyl je o něco větší. Medián je lehce pod průměrem, což může odrážet smíšené postoje žen k jejich životnímu příběhu a budoucnosti.

Sociální participace: Tato oblast je hodnocena poměrně vysoko, s vyšším průměrem i mediánem a širokým rozsahem odpovědí. Většina žen vnímá svou účast na společenském životě pozitivně, i když se vyskytují i méně příznivá hodnocení.

Smrt a umírání: Odpovědi v této oblasti jsou rozptýlené, přičemž průměr i medián jsou spíše nižší. Téma smrti a umírání je pro ženy v domovech citlivé a často je vnímáno negativně.

Smysluplnost života: Tato oblast dosahuje nejvyšších průměrných i středních hodnot ze všech sledovaných dimenzí, ačkoliv rozptyl odpovědí je opět široký. Většina žen vnímá svůj život jako smysluplný, ale najdou se i takové, které tuto oblast hodnotí nízko.



Obrázek 6

(zdroj: vlastní)

Hodnoty	Senzorické schopnosti	Autonomie	Minulost, přítomnost, budoucnost	Sociální participace	Smrt a umírání	Smysluplnost života
Min	7	8	6	8	4	5
Medián	16	12	12	15	10,5	15
Max	20	15	15	20	17	20
Průměr	14,85	11,85	11,58	14,31	10,19	13,92
Modus	17	12	12	17	11	16

Tabulka 6

(zdroj: vlastní)

Senzorické schopnosti: V této oblasti je patrný značný rozptyl výsledků, což svědčí o výrazných individuálních rozdílech mezi muži v hodnocení jejich smyslových funkcí. Průměr i medián se nacházejí přibližně uprostřed škály, což ukazuje, že část respondentů hodnotí své schopnosti pozitivně, zatímco jiní je vnímají spíše negativně.

Autonomie: Výsledky v této kategorii jsou koncentrovány v užším rozmezí a průměrné i střední hodnoty jsou spíše nižší. Většina mužů hodnotí svou nezávislost jako průměrnou až podprůměrnou, což může být ovlivněno omezenými možnostmi rozhodování v domovech.

Minulost, přítomnost, budoucnost: Hodnoty v této oblasti jsou podobné jako u autonomie, avšak rozptyl je o něco větší. Medián je lehce pod průměrem, což může odrážet rozporuplné pocity mužů ohledně jejich životní dráhy a budoucnosti.

Sociální participace: Tato oblast je hodnocena poměrně vysoko, s vyšším průměrem i mediánem a širokým rozsahem odpovědí. Většina mužů vnímá svou účast na společenském životě pozitivně, i když se vyskytují i méně příznivá hodnocení.

Smrt a umírání: Odpovědi v této oblasti jsou rozptýlené, přičemž průměr i medián jsou spíše nižší. Téma smrti a umírání je pro muže v domovech citlivé a často je vnímáno negativně. V grafu jsou patrné i odlehle hodnoty, což poukazuje na individuální rozdíly v prožívání této oblasti.

Smysluplnost života: Tato oblast dosahuje nejvyšších průměrných i středních hodnot ze všech sledovaných dimenzí, ačkoliv rozptyl odpovědí je opět široký. Většina mužů vnímá svůj život jako smysluplný, ale najdou se i tací, kteří tuto oblast hodnotí nízko.

POROVNÁNÍ ŽEN A MUŽŮ

Senzorické schopnosti: U mužů i žen je patrný značný rozptyl výsledků, což svědčí o výrazných individuálních rozdílech v hodnocení smyslových funkcí. Průměrné i střední hodnoty jsou u mužů lehce vyšší než u žen, což může znamenat, že muži hodnotí své smyslové schopnosti o něco příznivěji.

Autonomie: Tato oblast je v obou skupinách hodnocena nejméně příznivě. Průměr i medián jsou nízké, přičemž u žen je rozptyl ještě menší než u mužů. To poukazuje na to, že pocit omezené samostatnosti je v domovech pro seniory běžný, přičemž ženy jej vnímají ještě intenzivněji.

Minulost, přítomnost, budoucnost: Obě skupiny mají v této oblasti podobné výsledky, přičemž muži vykazují o něco větší rozptyl. Medián je u obou pohlaví pod průměrem, což může odrážet nejednoznačné postoje k vlastní životní cestě a budoucnosti.

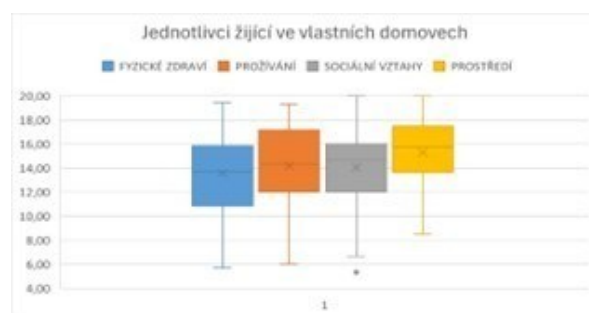
Sociální participace: V této oblasti dosahují muži i ženy vysokých hodnot, přičemž rozptyl odpovědí je široký. Většina respondentů vnímá svou účast na společenském životě pozitivně, i když se najdou i méně spokojené osoby.

Smrt a umírání: Tato oblast je u obou pohlaví hodnocena spíše negativně, s nižšími průměrnými i středními hodnotami a značným rozptylem. U mužů se navíc objevují i extrémní hodnoty, což ukazuje na individuální rozdíly v prožívání této problematiky.

Smysluplnost života: Tato oblast je u obou skupin hodnocena nejlépe. Muži i ženy vnímají svůj život jako smysluplný, přičemž muži mají průměr i medián mírně vyšší než ženy. Rozptyl odpovědí je však v obou skupinách značný.

Shrnutí a doporučení: Nejlépe hodnocené oblasti: Smysluplnost života a sociální participace – většina seniorů a seniorek nachází ve svém životě smysl a cítí se součástí kolektivu.

Dotazník WHOQOL – BREF



Obrázek 7

(zdroj: vlastní)

Hodnoty	Fyzické zdraví	Prožívání	Sociální vztahy	Prostředí
Min	5,71	6	5,33	8,5
Medián	13,71	14,33	14,67	15,75
Max	19,43	19,33	20	20
Průměr	13,58	14,2	14,07	15,3
Modus	15,43	18,67	14,67	15

Tabulka 7

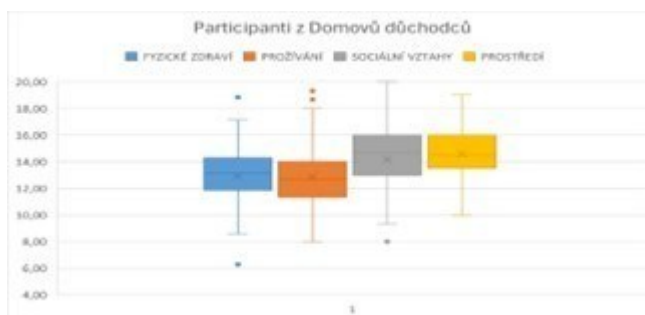
(zdroj: vlastní)

Fyzické zdraví (tmavě modrá): V této kategorii je patrný značný rozptyl výsledků, což svědčí o výrazných individuálních rozdílech mezi respondenty. Průměrné i střední hodnoty se nacházejí přibližně uprostřed škály. Někteří účastníci hodnotí své fyzické zdraví velmi nízko, což potvrzuje i výskyt odlehle hodnoty na spodní hranici grafu.

Prožívání (oranžová): Tato oblast vykazuje vyšší medián i průměr než fyzické zdraví, avšak rozptyl výsledků je rovněž značný. To znamená, že vnímání prožívání je mezi respondenty velmi různorodé. Nejnižší hodnota je srovnatelná s fyzickým zdravím, ale horní kvartil je zde vyšší.

Sociální vztahy (zelená): Hodnocení sociálních vztahů je podobné jako u fyzického zdraví, přičemž rozptyl je mírně větší. Většina respondentů tuto oblast hodnotí pozitivně, avšak i zde se objevuje odlehlá hodnota, která poukazuje na jedince s velmi nízkým hodnocením této dimenze.

Prostředí (světle modrá): Tato dimenze je hodnocena nejlépe – jak medián, tak průměr jsou nejvyšší ze všech sledovaných oblastí. Rozptyl výsledků je však opět široký, což ukazuje na různorodé vnímání prostředí mezi jednotlivci.



Obrázek 8

(zdroje: vlastní)

Hodnoty	Fyzické zdraví	Prožívání	Sociální vztahy	Prostředí
Min	6,29	8	8	10
Medián	13,14	12,67	14,67	14,5
Max	18,86	19,33	20	19
Průměr	12,93	12,87	14,16	14,6
Modus	13,71	12,67	14,67	14,5

Tabulka 8

(zdroj: vlastní)

Fyzické zdraví (tmavě modrá): V této oblasti je patrný poměrně velký rozptyl výsledků, což svědčí o výrazných individuálních rozdílech mezi respondenty. Průměrná i střední hodnota se nachází přibližně uprostřed škály. Někteří účastníci hodnotí své fyzické zdraví velmi nízko, což potvrzuje i výskyt odlehlé hodnoty na spodní hranici grafu.

Prožívání (oranžová): Tato dimenze vykazuje vyšší medián i průměr než fyzické zdraví, přičemž rozptyl výsledků je také značný. To znamená, že prožívání je mezi respondenty velmi různorodé. Nejnižší hodnota je podobná jako u fyzického zdraví, ale horní kvartil je zde vyšší, což ukazuje na více pozitivních hodnocení.

Sociální vztahy (zelená): Hodnocení sociálních vztahů je srovnatelné s fyzickým zdravím, avšak rozptyl je mírně větší. Většina respondentů tuto oblast vnímá pozitivně, ale i zde se objevuje odlehlá hodnota, která poukazuje na jedince s velmi nízkým hodnocením této dimenze.

Prostředí (světle modrá): Tato oblast je hodnocena nejlépe ze všech sledovaných dimenzí – jak medián, tak průměr jsou zde nejvyšší. Rozptyl výsledků je však opět široký, což ukazuje na různorodé vnímání prostředí mezi jednotlivými respondenty.

Regresní analýza mezi WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF

Pro vyhodnocení či odhalení dopadu nebo provázanosti autonomie, smyslu života a strachu ze smrti respondentů s jejich obecnou kvalitou života, byla vybrána regresní analýza. Prostřednictvím této analýzy bylo možné odhalit vztah mezi dvěma skupinami dat z WHOQOL-OLD jakožto nezávislou proměnnou a WHOQOL-BREF jako předvídanou, závislou proměnnou. Regresní analýza však oproti původnímu výzkumnému souboru zohlednila pouze 81 respondentů z důvodu nekompletních odpovědních archů nebo chybějícího jednoho z dotazníků. Pro potřeby regresní analýzy bylo následně nutné sečíst jednotlivé výsledky z dotazníku WHOQOL-OLD, čímž se částečně snížila významnost jednotlivých oblastí, ale vznikl použitelný výstup pro hodnocení dopadu na obecnou kvalitu života. Následující kapitola se soustředí na rozbor výsledných dat a korelaci zmíněných proměnných.

SUMMARY OUTPUT

Regression Statistics							
Multiple R	0,566055037						
R Square	0,320418305						
Adjusted R Squar	0,311816005						
Standard Error	2,093592009						
Observations	81						

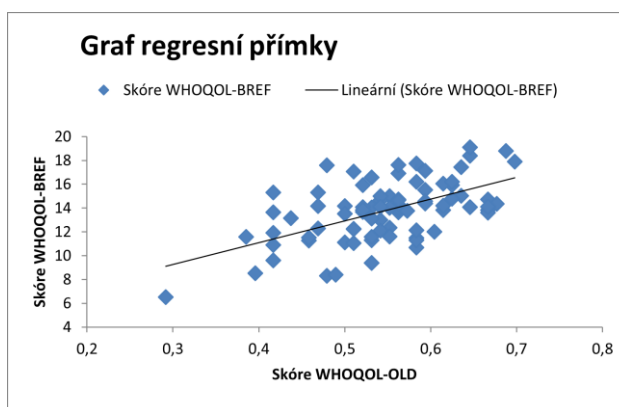
ANOVA					
	df	SS	MS	F	Significance F
Regression	1	163,2626499	163,2626499	37,24798099	3,64515E-08
Residual	79	346,2670727	4,383127502		
Total	80	509,5297225			

	Coefficients	Standard Error	t Stat	P-value	Lower 95%	Upper 95%	Lower 95,0%	Upper 95,0%
Intercept	3,78719829	1,651836879	2,292719298	0,024524743	0,499299227	7,075097354	0,499299227	7,075097354
Skóre WHOQOL-	18,24860511	2,990048995	6,103112402	3,64515E-08	12,29706146	24,20014876	12,29706146	24,20014876

Obrázek 9

(zdroj: vlastní)

Z výše uvedené výsledné tabulky regresní analýzy je patrný kladný a statisticky významný Pearsonův korelační koeficient $r = 0,56$ o hodnotě významnosti $p = 3,64515 \times 10^{-8}$. Tento výsledek značí středně silnou pozitivní korelaci a zároveň i vysokou statistickou významnost. Takový výsledek jednoznačně potvrdil, že výsledky z dotazníku WHOQOL-OLD hodnotícího kvalitu života z pohledu autonomie, smyslu života atp. značně ovlivňuje výsledky dotazníku šetřícího obecnou kvalitu života. Tento výsledek naznačuje, že oblasti jako autonomie, smysl života a absence strachu ze smrti představují významnou část celkového vnímání obecné kvality života a následná cílená podpora těchto oblastí by mohla vyústit ve znatelnou změnu v celkové spokojenosti a kvalitě hodnocené druhým nástrojem. Z výsledků je taktéž patrné, že výsledky WHOQOL-OLD přesně vysvětlovali přibližně 32% variability v celkovém skóre WHOQOL-BREF.



Obrázek 10

(zdroj: vlastní)

Porovnání výsledků domovů pro seniory a domovů vlastních

Fyzické zdraví: V obou analyzovaných skupinách je zřejmý značný rozptyl výsledků, což svědčí o výrazných individuálních rozdílech v hodnocení fyzického zdraví. Průměrné i střední hodnoty se pohybují přibližně uprostřed škály. V obou případech se objevují odlehlé hodnoty, které ukazují na respondenty s velmi nízkým hodnocením této dimenze.

Prožívání: Tato oblast je v obou skupinách hodnocena lépe než fyzické zdraví – medián i průměr jsou zde vyšší. Rozptyl výsledků zůstává výrazný, což znamená, že prožívání je mezi respondenty velmi různorodé. Nejvyšší hodnoty v této oblasti jsou patrné zejména u skupiny jednotlivců celkem.

Sociální vztahy: Hodnocení sociálních vztahů je v obou grafech podobné, přičemž u skupiny jednotlivců celkem je rozptyl mírně větší. Většina respondentů vnímá tuto oblast pozitivně, avšak i zde se vyskytují jedinci s velmi nízkým hodnocením, což dokládají odlehle hodnoty.

Prostředí: Tato dimenze je v obou skupinách hodnocena nejlépe – jak medián, tak průměr jsou zde nejvyšší ze všech sledovaných oblastí. Rozptyl výsledků je opět široký, což ukazuje na různorodé vnímání prostředí mezi jednotlivci. U skupiny jednotlivců celkem je navíc patrné, že někteří respondenti hodnotí prostředí velmi pozitivně.

5.1 Vyhodnocení výzkumných otázek a hypotéz

DVO 1: Jaká je kvalita života seniorů žijících ve vlastních domovech a seniorů žijících v domovech pro seniory v oblasti prožívání?

Jednotlivci z vlastních domovů	14,2
Domovy pro seniory	12, 87

Tabulka 9

(zdroj: vlastní)

Výsledky ukazují, že senioři žijící ve vlastních domovech hodnotí oblast prožívání lépe než ti, kteří pobývají v domovech pro seniory. Vyšší průměrné skóre (14,2 oproti 12,87) naznačuje, že lidé ve svém domácím prostředí vnímají svůj každodenní život jako příjemnější, častěji pociťují pohodu, spokojenost a emoční vyrovnanost. Naopak senioři v institucionální péči dosahují v této oblasti nižších hodnot, což může být způsobeno obtížnější adaptací na nové prostředí, nižší mírou samostatnosti nebo omezenými možnostmi rozhodování a individuálního prožívání.

DVO 2: Jaká je kvalita života seniorů žijících ve vlastních domovech a seniorů žijících v domovech pro seniory v oblasti sociálních kontaktů?

Jednotlivci z vlastních domovů	14,16
Domovy pro seniory	14, 07

Tabulka 10

(zdroj: vlastní)

Výsledky ukazují, že kvalita života seniorů v oblasti sociálních kontaktů je velmi podobná u obou sledovaných skupin. Senioři žijící ve vlastních domovech dosáhli průměrného skóre 14,16, zatímco senioři v domovech pro seniory hodnotili tuto oblast skóre 14,07. Rozdíl mezi těmito hodnotami je velmi malý, což naznačuje, že oba typy bydlení umožňují seniorům udržovat sociální vztahy na srovnatelné úrovni. Tato skutečnost může být vysvětlena tím, že senioři v domovech pro seniory často využívají organizované společenské aktivity a mají možnost pravidelných kontaktů s ostatními obyvateli i personálem, což podporuje jejich sociální začlenění. Naopak senioři žijící doma mohou mít širší sociální síť mimo domácnost, například rodinu, přátele či sousedy, což rovněž pozitivně ovlivňuje jejich sociální život.

DVO 3: Jaká je kvalita života seniorů žijících ve vlastních domovech a seniorů žijících v domovech pro seniory v oblasti fyzického zdraví?

Jednotlivci z vlastních domovů	13,58
Domovy pro seniory	12,93

Tabulka 11

(Zdroj: vlastní)

Výsledky ukazují, že senioři žijící ve svých vlastních domovech vnímají svou fyzickou kondici příznivěji než ti, kteří jsou umístěni v domovech pro seniory. Vyšší průměrné skóre (13,58 oproti 12,93) naznačuje, že domácí prostředí může přispívat k lepšímu vnímání fyzického zdraví, což může souviset s větší mírou pohybu, možností samostatně rozhodovat o svém denním režimu nebo lepší dostupností zdravotní péče. Naopak u seniorů v domovech pro seniory se může častěji objevovat horší fyzický stav, což může být způsobeno omezenou pohyblivostí, přítomností chronických onemocnění či vyšší mírou křehkosti, která je s institucionální péčí často spojována. Přestože v těchto zařízeních je zajištěna pravidelná zdravotní péče, nemusí to vždy vést k výraznému zlepšení fyzického zdraví jejich obyvatel.

DVO 4: Jaká je kvalita života seniorů žijících ve vlastních domovech a seniorů žijících v domovech pro seniory v oblasti prostředí?

Jednotlivci z vlastních domovů	15,3
--------------------------------	------

Domovy pro seniory	14,6
--------------------	------

Tabulka 12

(zdroj: vlastní)

Z výsledků je zřejmé, že senioři žijící ve svých vlastních domovech vnímají kvalitu svého prostředí příznivěji než ti, kteří pobývají v domovech pro seniory. Vyšší průměrné skóre (15,3 oproti 14,6) může souviset s větším pocitem pohodlí, svobody a s výhodou známého prostředí, které domácí prostředí přináší. Lidé žijící doma mají obvykle větší možnost ovlivnit své okolí, upravit si ho podle svých potřeb a zvyklostí, což se pozitivně promítá do jejich subjektivního hodnocení kvality života. Naopak senioři v domovech pro seniory se často setkávají s určitými omezeními vyplývajícími z kolektivního způsobu bydlení, nastavených pravidel či denního režimu zařízení, což může snižovat jejich pocit samostatnosti a pohodlí. Přestože tato zařízení poskytují odbornou péči a bezpečné zázemí, některé aspekty prostředí, jako je soukromí, klid nebo možnost individuálního uspořádání prostoru, mohou být omezené.

VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ

H1: Existují statisticky významné rozdíly v oblasti prožívání u seniorů žijících ve vlastních domovech a u seniorů žijících v domovech pro seniory.

Hypotéza je podpořena. Průměrné skóre prožívání (psychické pohody) vyšlo vyšší u seniorů ve vlastních domovech (14,20) než u seniorů v domovech pro seniory (12,87).

Vyšší prožívání u domácí skupiny je konzistentní s literaturou, která spojuje subjektivní pohodu s autonomií, kontinuitou prostředí a možností každodenních voleb. Přestup do instituce bývá spojen s adaptační zátěží, změnou rolí a částečnou ztrátou kontroly nad denním režimem, což se u části osob promítá do nižší pohody. Výsledek může být posílen i selekčním efektem.

H2: Existují statisticky významné rozdíly v rámci sociálních vztahů u seniorů žijících ve vlastních domovech a u seniorů žijících v domovech pro seniory.

Hypotéza podporu nenašla. Průměry jsou prakticky shodné: 14,16 (doma) vs. 14,07 (domovy pro seniory).

Výsledek naznačuje, že v obou prostředích lze dosahovat srovnatelné úrovně sociálních vztahů – byť z různých důvodů. V domovech pro seniory sociální kontakt zprostředkovává

personál a programy, doma přirozená rodinná a komunitní síť. V obou skupinách je variabilita vysoká: část seniorů má silné vazby, část je ohrožena izolací. Rozhodující je kvalita a dostupnost sociální opory, nikoli pouze typ bydlení.

H3: Existují statisticky významné rozdíly v oblasti fyzického zdraví u seniorů žijících ve vlastních domovech a u seniorů žijících v domovech pro seniory.

Hypotéza je podpořena (alespoň na úrovni směru rozdílu). Průměr fyzického zdraví je vyšší u domácí skupiny (13,58) než u skupiny v domovech pro seniory (12,93).

Rozdíl odpovídá skutečnosti, že do domovů pro seniory často vstupují jedinci s vyšší mírou křehkosti, mobilitními omezeními a polymorbiditou (selekční efekt). Doma se snáz udržuje denní rytmus a drobná pohybová aktivita (cházeň, domácí práce). V domovech pro seniory se však nabízí potenciál kontroly rizik (prevence pádů, výživa, rehabilitace, fyzioprogramy).

H4: Existují statisticky významné rozdíly u seniorů žijících ve vlastních domovech a u seniorů žijících v domovech pro seniory v oblasti prostředí.

Hypotéza je podpořena. Průměrné skóre prostředí je vyšší u seniorů doma (15,30) než u seniorů v domovech pro seniory (14,60).

Domácí prostředí je personalizované, předvídatelné a umožňuje zachovat zvyky a kontrolu nad uspořádáním prostoru. V domovech pro seniory je silnou stránkou bezbariérovost a dostupnost služeb, ale omezení soukromí, kolektivní režim a nižší míra individualizace mohou snižovat subjektivní komfort.

5.2 Doporučení

Doporučení pro domovy pro seniory:

Péče o tělesné zdraví: Zařadit do denního programu pravidelné pohybové aktivity, jako jsou cvičení přizpůsobená možnostem seniorů či procházky, s cílem zlepšit jejich fyzickou kondici a celkovou kvalitu života. Podpora psychické pohody: Poskytovat psychologickou podporu a poradenství pro pomoc seniorům při zvládání stresových situací a emocionálních výzev spojených se stářím. Organizovat aktivity zaměřené na duševní stimulaci a pohodu, například trénink paměti, tvořivé dílny, meditační cvičení nebo kulturní programy. Posilování sociálních vazeb: Aktivně podporovat vytváření a udržování sociálních kontaktů

mezi obyvateli prostřednictvím společenských akcí, klubových činností a vytvářením příjemných společných prostor. Umožnit a podporovat pravidelné návštěvy rodinných příslušníků a přátel, aby senioři neztráceli kontakt se svými blízkými. Kvalita prostředí: Zajišťovat, aby bylo fyzické prostředí domova bezpečné, bezbariérové a komfortní. Zaměřit se na adekvátní osvětlení, instalaci bezpečnostních prvků (např. madel) a odstranění potenciálních překážek. Doporučení pro seniory žijící ve vlastním domácím prostředí Péče o tělesné zdraví: Motivovat seniory k pravidelné fyzické aktivitě přiměřené jejich možnostem (procházky, lehké domácí cvičení) pro udržení dobré kondice a soběstačnosti. Informovat o možnostech úprav domácnosti (např. odstranění prahů, instalace madel, protiskluzové podložky) pro zvýšení bezpečnosti a usnadnění pohybu. Podpora psychické pohody: Zajišťovat dostupnost psychologické pomoci či poradenství pro seniory, kteří čelí emočním obtížím, osamělosti nebo stresu. Podporovat jejich zapojení do komunitních aktivit (např. kluby seniorů, zájmové kroužky, dobrovolnictví), které přispívají k duševní pohodě a aktivnímu životnímu stylu. Posilování sociálních vazeb: Pomáhat seniorům udržovat kontakt s rodinou a přáteli, a to i s využitím moderních technologií (videohovory), pokud osobní setkání nejsou možná. Povzbuzovat je k aktivní účasti na životě v místní komunitě, aby se předešlo pocitům izolace a osamění. Kvalita prostředí: Doporučit praktické úpravy domácnosti, které zvyšují bezpečnost a pohodlí (např. lepší osvětlení, snadno ovladatelné spotřebiče). Informovat seniory o dostupných komunitních službách a zdrojích (pečovatelská služba, donáška obědů, tísňová péče), které jim mohou pomoci zůstat co nejdéle nezávislí ve vlastním domově.

ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo komplexně zhodnotit kvalitu života seniorů v domovech pro seniory a ve vlastních domácnostech s využitím standardizovaných dotazníků WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD. Výzkum se soustředil na čtyři klíčové oblasti kvality života: fyzické zdraví, psychické prožívání, sociální vztahy a prostředí. Analýza získaných dat odhalila značnou rozmanitost v hodnocení kvality života v jednotlivých oblastech u obou skupin. Byly identifikovány oblasti, které senioři obecně vnímají pozitivně (jako je prostředí), stejně jako oblasti s velkou variabilitou a potenciálem pro zlepšení (například fyzické zdraví a sociální vztahy u některých jedinců). Výsledky potvrdily, že kvalita života seniorů je ovlivněna mnoha faktory, včetně typu bydlení. Výzkum prokázal, že senioři žijící ve vlastních domácnostech často vykazují vyšší míru spokojenosti v oblasti autonomie a nezávislosti, což významně přispívá k jejich celkové kvalitě života. Možnost rozhodovat o

svém denním režimu, stravování a aktivitách představuje pro tuto skupinu důležitý faktor životní spokojenosti. Na druhou stranu, senioři v domovech pro seniory oceňují dostupnost zdravotní péče, organizované aktivity a pocit bezpečí, který jim institucionální prostředí poskytuje. Tyto aspekty částečně kompenzují nižší míru autonomie, kterou někteří z nich pociťují. Zajímavým zjištěním bylo, že kvalita sociálních vztahů se ukázala jako klíčový prediktor celkové kvality života u obou skupin, nezávisle na typu bydlení. Senioři s bohatšími sociálními vazbami, ať už rodinnými nebo přátelskými, vykazovali vyšší míru životní spokojenosti než ti, kteří trpěli sociální izolací. Tento poznatek zdůrazňuje důležitost podpory sociálních interakcí v jakémkoli prostředí, kde senioři žijí. V oblasti fyzického zdraví výzkum odhalil, že senioři v domovech pro seniory často hodnotí svůj zdravotní stav hůře než senioři žijící doma. Toto zjištění však může být ovlivněno skutečností, že zhoršený zdravotní stav bývá častým důvodem pro přechod do institucionální péče. Přesto je důležité věnovat zvýšenou pozornost podpoře fyzického zdraví v domovech pro seniory, například prostřednictvím pravidelných pohybových aktivit přizpůsobených individuálním možnostem klientů. Co se týče psychického prožívání, výzkum ukázal, že pocit smysluplnosti a možnost realizovat své zájmy významně přispívají k pozitivnímu hodnocení této oblasti. Senioři, kteří měli možnost věnovat se svým koníčkům a zájmům, vykazovali lepší psychickou pohodu bez ohledu na typ bydlení. Tento poznatek podtrhuje důležitost podpory aktivního životního stylu a smysluplných činností ve stáří. V oblasti prostředí se jako klíčové ukázaly faktory jako bezbariérovost, dostupnost služeb a pocit bezpečí. Senioři v domovech pro seniory často hodnotili své prostředí pozitivněji z hlediska bezbariérovosti a dostupnosti služeb, zatímco senioři ve vlastních domácnostech oceňovali důvěrnou znalost svého okolí a možnost uspořádat si prostor podle vlastních představ. Na základě zjištěných rozdílů a potřeb byla vytvořena konkrétní doporučení pro praxi. Pro domovy pro seniory se doporučuje vytvářet stimulující a bezpečné prostředí, podporovat fyzickou kondici, zajišťovat psychologickou podporu a aktivně usnadňovat sociální interakce. Zvláštní pozornost by měla být věnována zachování určité míry autonomie klientů, například prostřednictvím zapojení do rozhodování o chodu zařízení nebo možnosti personalizace vlastního prostoru. Pro seniory žijící ve vlastních domácnostech se doporučuje podporovat soběstačnost úpravami prostředí, udržováním fyzické a psychické kondice, posilováním sociálních vazeb a využíváním dostupných komunitních služeb. Důležitou roli zde hrají terénní sociální služby, které mohou pomoci překlenout případné obtíže spojené se samostatným bydlením a zároveň respektovat přání seniora zůstat ve vlastním domově. Výsledky této práce mohou být využity při plánování sociálních služeb pro seniory, při

vzdělávání pracovníků v sociálních službách i při informování rodinných příslušníků o možnostech podpory seniorů v různých typech prostředí. Implementace těchto doporučení může přispět ke zlepšení kvality života seniorů v obou typech prostředí a podpořit jejich aktivní a důstojné stárnutí. Závěrem lze konstatovat, že optimální přístup k péči o seniory by měl být vždy individualizovaný, respektující osobní preference a potřeby každého jedince.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Čevela, R., 2008. Sociální gerontologie: Úvod do problematiky. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1742-5.
- Čevela, R., Kalvach, Z. & Čeledová, L., 2012. Sociální gerontologie: vybrané kapitoly. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4230-5.
- Dragomirecká, E. & Bartoňová, J., 2006. WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD: Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. Praha: Psychiatrické centrum Praha. ISBN 80-86174-94-0. Dostupné z: <https://www.nudz.cz> [cit. 15. 8. 2025]
- Dvořáčková, D., 2012. Kvalita života seniorů v domovech pro seniory. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.
- Gavora, P., 2010. Úvod do pedagogického výzkumu. 2., rozšířené vydání. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-185-0.
- Glosová, D., 2005. Stáří a kvalita života. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 807368-078-5.
- Hartl, P. & Hartlová, H., 2000. Psychologický slovník. Praha: Portál. ISBN 807178303-X.
- Haškovcová, H., 2010. Stáří a stárnutí: přehled problematiky a terminologie. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-657-4.
- Hnilicová, H. & Bencko, V., 2005. Kvalita života. In: Analýza kvality života seniorů v České republice. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. ISBN 80-239-5620-5. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz> [cit. 15. 8. 2025]
- Janiš, K. & Skopalová, J., 2016. Volný čas seniorů. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4887-2.
- Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., Zavázalová, H. & Sucharda, P., 2008. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2181-1.
- Kopecká, J., 2011. Adaptace seniorů na pobyt v zařízení sociálních služeb. Brno: Masarykova univerzita. Diplomová práce. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/> [cit. 15. 8. 2025]

-
- Langmeier, J., 1998. Vývojová psychologie. Praha: Grada Publishing. ISBN 807169195-X.
 - Langmeier, J. & Krejčířová, D., 2006. Vývojová psychologie. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1284-0.
 - Malíková, E., 2020. Kvalita života seniorů v pobytových sociálních službách. Brno: Tribun EU. ISBN 978-80-263-1629-7.
 - Mareš, J., 2014. Kvalita života a subjektivní pohoda. Praha: Portál. ISBN 978-802620707-8.
 - Matoušek, O., 2007. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-310-9.
 - MPSV, 2024. Sociální služby v ČR: systém a standardy. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby> [cit. 15. 8. 2025]
 - Mühlpachr, P., 2005. Gerontopedagogika. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80210-3838-1.
 - Pacovský, V., 1994. Geriatrie pro praxi. Praha: Avicenum. ISBN 80-201-0433-5.
 - Power, M.J. & Schmidt, S., 2005. Development and psychometric properties of the WHOQOL-OLD module. Quality of Life Research, 14(10), 2197–2214. ISSN 09629343. DOI: 10.1007/s11136-005-7380-9. [cit. 15. 8. 2025]
 - Příbyl, H., 2015. Lidské potřeby ve stáří. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-437-1.
 - Říčan, P., 2007. Psychologie osobnosti. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1122-5.
 - Soldánová, L., 2020. Kvalita života seniorů – objektivní a subjektivní ukazatele. Brno: Masarykova univerzita. Bakalářská/diplomová práce. Dostupné z: <https://theses.cz> [cit. 15. 8. 2025]
 - Šoukalová, B., et al., 2016. Aktivizační programy v sociálních službách pro seniory. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-953-4.
 - Špirudová, L., 2015. Participace seniorů v domovech pro seniory. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Kvalifikační práce. Dostupné z: <https://theses.cz> [cit. 15. 8. 2025]

- University of Washington, 2023. WHOQOL-BREF: Scoring and interpretation guide. Seattle: University of Washington. Dostupné z: <https://depts.washington.edu/omwtools/WHOQOL-BREF> [cit. 15. 8. 2025].
- Važanský, M., 2010. Kvalita života starších dospělých a seniorů v kontextu výchovné a sociální pomoci. Brno: MSD. ISBN 978-80-7392-133-3.
- Venglářová, M., 2007. Komunikace s pacientem v praxi. Praha: Grada. ISBN 97880247-1847-7.
- WHOQOL Group, 1998. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychological Medicine, 28(3), 551– 558. ISSN 0033-2917. DOI: 10.1017/S0033291798006667.
- WHOQOL OLD Manual, 2016. WHOQOL OLD: Manual. Geneva: World Health Organization/WHOQOL Group. Dostupné z: <https://www.who.int/tools/whoqol/old> [cit. 15. 8. 2025]

SEZNAM OBRÁZKŮ	12
Obrázek 1	33
Obrázek 2	34
Obrázek 3	35
Obrázek 4	36
Obrázek 5	38
Obrázek 6	39
Obrázek 7	41
Obrázek 8	42
Obrázek 9	44
Obrázek 10	44

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	35
Tabulka 2	36
Tabulka 3	37
Tabulka 4	38
Tabulka 5	40
Tabulka 6	41
Tabulka 7	43
Tabulka 8	44
Tabulka 9	47
Tabulka 10	47
Tabulka 11	48
Tabulka 12	48

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

WHOQOL-BREF → World Health Organization Quality of Life – Brief Version.

WHOQOL-OLD → World Health Organization Quality of Life – Old Module

WHO → Světová zdravotnická organizace

MPSV → Ministerstvo práce a sociálních věcí

DVO → dílčí výzkumnou otázku

Sb. → sbírka

Č. → číslo

HVC → hlavní výzkumný cíl

DVC → dílčí výzkumný cíl

H1 → hypotézu

Min → minimum

Max → maximum

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Objednávkový formulář

PŘÍLOHA P I: NÁZEV PRVNÍ PŘÍLOHY

OBJEDNÁVKOVÝ FORMULÁŘ ČESKÉ VERZE DOTAZNÍKU WHOQOL

První užití ☒ Opakované užití ☐

Jméno a příjmení

Kristýna Kollerová

Organizace/ škola

Univerzita Tomáše Bati
ve Zlíně

Adresa

Trida Mariála Mahnovského 411
Uherské Hradiště
686 01

Telefon

402 865 912

E-mail

kollerovakristyna2@gmail.com

URL adresa

Název projektu

Kvalita života seniorů žijících v domovech pro seniory a seniory žijících v domovech vlastních

Charakteristika zkoumané populace

Bakalářská práce

Předpokládaná
velikost souboru

80 stran

Předpokládané
datum ukončení

30. 4. 2025

Stručný popis projektu

Dotazníky budou sloužit pro můj výzkum k bakalářské práci, která se zabývá kvalitou života seniorů v domovech pro seniory a seniory žijících v domovech vlastních

Při opakovaném užívání stejného dotazníku k odlišným výzkumným účelům Vás laskavě žádáme o detailnější informace, kde a kým bude dotazník použit. Využijte k tomu tento formulář a zaškrtněte políčko "opakované použití".

Objednávám

☒ WHOQOL-BREF☐ WHOQOL-100☒ WHOQOL-OLD☐ AAQ

Zavazuji se k respektování autorských práv uvedených v Příručce pro uživatele.

Dne

21. 1. 2025

Podpis

Kollerová