

Kvalita života ve stáří

Blanka Kramárová

Bakalářská práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Blanka KRAMÁROVÁ
Osobní číslo: H08138
Studijní program: B 7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika

Téma práce: Kvalita života ve stáří

Zásady pro vypracování:

Vyhledání a zpracování odborné tématicky orientované literatury
Příprava metodiky praktické části bakalářské práce
Formulace cíle výzkumu, volba výzkumného souboru
Provedení výzkumu
Zpracování a vyhodnocení výsledků výzkumu
Přijetí odpovídajících závěrů
Doporučení pro praxi

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

STUART-HAMILTON, I. Psychologie stárnutí. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274

PICHAUD, C. THAREAUOVÁ, J. Soužití se staršími lidmi. Praha: Portál, 1998.

ISBN 80-7178-184-3

ŠIPR, K., Jak zdravě stárnout. Gloria Rosice, 1997. ISBN 80-901834-1-7

MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. (eds) Sociální práce v praxi

Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Jana Kitliňská

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

25. ledna 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

6. května 2011

Ve Zlíně dne 25. ledna 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- 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 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ 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.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 2. 5. 2011


.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevydávalečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) 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, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) 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, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zabývá tématem kvalita života ve stáří. První část je pojata jako teoretický pohled do dané problematiky, kde autor ve třech kapitolách popisuje stárnutí a stáří a rozebírá jednotlivé roviny, které tomuto procesu podléhají. Dále popisuje kvalitu života, její dimenze a nástroje měření, věnuje se péči o seniory, kvalitnímu pojetí péče a kvalitě služeb v zařízeních pro seniory. Praktická část se v dalších dvou kapitolách zabývá výzkumným šetřením spokojenosti v seniorské populaci v různých oblastech života pomocí dotazníku SQUALA.

Klíčová slova: Stárnutí, stáří, kvalita života, péče o seniora, nemoc, zdraví, spokojenost

ABSTRACT

This thesis deals with the quality of life in old age. The first part is conceived as a theoretical insight into the issue, where the author describes in three chapters the topic of ageing and discusses the different levels, which are subject to this process. It also describes the quality of life, its dimensions and measurement instruments, dedicated to care for the elderly, the concept quality of care and quality services in facilities for the elderly. The practical part in the last two chapters dealing with research from a satisfaction survey in the senior population in different areas of life using the SQUALA questionnaire.

Keywords: Aging, old age, quality of life, care for the elderly, illness, health, satisfaction,

Motto:

„Dbejme, aby nám stáří neudělalo vrásky také na duši, když je dělá na tváři.“

Michael de Montaigne

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Janě Kitliňské za odborné vedení, cenné rady, připomínky a podněty při zpracovávání této bakalářské práce. Rovněž chci vyjádřit poděkování Ing. Mg. Jaroslavu Kopperovi vedoucímu Domova pro seniory v Nezdenicích, za umožnění výzkumu v tomto zařízení. Touto cestou také děkuji všem seniorům, kteří se zúčastnili výzkumného šetření, za jejich ochotu a vstřícnost.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ	12
1.1 DEMOGRAFICKÉ STÁRNUTÍ	12
1.2 STÁRNUTÍ JEDINCE S DŮRAZEM NA SENIORSKÝ VĚK	13
1.2.1 Biologické aspekty stárnutí	15
1.2.2 Psychické aspekty stárnutí.....	16
1.2.3 Sociální aspekty stárnutí.....	18
1.3 STÁŘÍ	19
1.3.1 Životní změny ve stáří.....	21
1.3.2 Adaptace a reakce na stáří.....	22
2 KVALITA ŽIVOTA	24
2.1 POJETÍ KVALITY.....	24
2.2 DIMENZE KVALITY ŽIVOTA A ZÁKLADNÍCH POTŘEB JEDINCE	26
2.3 NÁSTROJE MĚŘENÍ KVALITY	27
2.3.1 Metody objektivní	28
2.3.2 Metody subjektivní.....	29
2.3.3 Metody smíšené.....	30
3 VNĚJŠÍ ČINITELÉ PŮSOBÍCÍ NA KVALITY ŽIVOTA SENIORŮ	32
3.1 POLITIKA KVALITY PÉČE O STARÉ LIDI	32
3.2 PÉČE O SENIORY	32
3.3 POJETÍ KVALITNÍ PÉČE	35
3.4 KVALITA SLUŽEB V ZAŘÍZENÍCH PRO SENIORY.....	36
II PRAKTICKÁ ČÁST	39
4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	40
4.1 VÝCHODISKA PRO VÝZKUM.....	40
4.2 CÍL VÝZKUMU	40
4.3 POUŽITÁ VÝZKUMNÁ METODA.....	41
4.3.1 Dotazník	41
4.4 ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	41
4.5 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU.....	42
5 VÝSLEDKY VÝZKUMU	46
5.1 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ – DOTAZNÍK.....	46
6 DISKUSE K VÝZKUMU	54
ZÁVĚR	61
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	62

SEZNAM OBRÁZKŮ	66
SEZNAM TABULEK.....	67
SEZNAM PŘÍLOH.....	68

ÚVOD

Tématem, kterým se zabýváme v této bakalářské práci, je kvalita života ve stáří. Problematika kvality života je v posledních letech aktuálním tématem v mnoha vědních oborech a zasahuje i do oblasti stárnutí a stáří. V současnosti je to pojem velmi rozšířený, který zahrnuje otázky smyslu života, charakteristiku sociálního prostředí člověka, jeho životních podmínek, psychický a fyzický stav, víru, ale taky subjektivní hodnocení života – spokojenost a osobní pohodu.

V posledních letech jsme mohli zaznamenat výrazné zlepšení úrovně péče o seniory, ať už zdravotní nebo sociální, a to v přístupu, kdy je člověk vnímán jako individuální bytost se svými specifickými potřebami a zájmy. Změny můžeme pozorovat i v nabídce sociálních služeb, kde hlavní snahou je nejenom zlepšit kvalitu života seniorů, ale také podpořit setrvání v domácím prostředí co nejdéle a vyhnout se tak pobytu v institucionálním zařízení. Současným pohledem zjistíme, že stárnutí a stáří můžeme prožít radostně, smysluplně a aktivně, záleží však na každém, jak se na toto období připraví a jaké si vytvoří podmínky pro jeho hodnotné prožití.

První kapitola teoretické části je zaměřena na demografický vývoj a stárnutí populace, dále kapitola obsahuje teoretická vymezení pojmu stárnutí a stáří, rozebírá jednotlivé roviny, které tomuto procesu podléhají a choroby, které se ve stáří objevují. Druhá kapitola je věnována kvalitě života, jejímu pojetí, lidským potřebám, dimenzi kvality a nástrojům měření. Třetí kapitola se zaměřuje na politiku kvality péče o staré lidi, péči o seniory, na pojetí kvalitní péče a na kvalitu služeb v zařízeních pro seniory.

V e čtvrté a páté kapitole je zpracován vlastní výzkum, který se zabývá oblastmi života seniorů a jejich spokojeností. Ke zpracování bakalářské práce byla použita metoda dotazníku kvality života SQUALA a analýza odborné literatury.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Pojem stárnutí je třeba rozlišovat na úrovni jednotlivce a populace.

- U **jednotlivce** znamená stárnutí biologický proces, kterým je organismus modifikován od narození do smrti, jednoduše chápáno, je to zvyšování věku jednotlivce. Výraz "biologický věk" poukazuje na objektivní stav fyzického vývoje či degenerace. Jinými slovy, stárnutí lidského organismu je permanentní a omládnutí není možné.
- **Stárnutí v demografickém smyslu** se naopak týká celé populace a oproti jednotlivci může stárnoucí populace omládnout zvýšením podílu mladých věkových skupin. K demografickému stárnutí dochází v důsledku změn v charakteru demografické reprodukce a mění se při něm zastoupení dětské a postreprodukční složky v populaci. Může být vyvoláno dvěma faktory. Prvním je relativní zpomalení růstu mladších věkových skupin, které je většinou výsledkem poklesu úrovně plodnosti a porodnosti. Tento typ stárnutí se nazývá "stárnutí v základně věkové pyramidy". Druhým faktorem je zrychlení růstu počtu osob ve starším věku, které je důsledkem rychlejšího snižování měr úmrtnosti ve vyšším věku. To vede k prodlužování naděje dožití a tím k častějšímu dožívání se vyššího a vysokého věku. V tomto případě jde o typ "stárnutí ve vrcholu věkové pyramidy". Obvykle však oba uvedené typy probíhají současně. (http://www.demografie.info/?cz_starnuti [cit. 15. 01. 2011])

1.1 Demografické stárnutí

Pro demografický vývoj České republiky je stárnutí populace typickým prvkem, který bude v dalších letech pokračovat. Je nutno počítat s faktorem pozvolného prodlužování střední délky života. Poměr pracujících a seniorů se oproti dřívější době výrazně změní. (Malíková, 2011, s. 26)

Nadále tedy bude docházet k přibývání starých lidí, které je:

- Relativní – nízká porodnost s klesajícím podílem dětí a mladých lidí
- Absolutní – klesá úmrtnost ve středním věku a více lidí se dožívá stáří, klesá úmrtnost ve stáří, staří lidé žijí déle a dožívají se vyššího stáří. Po roce 2010 vstoupí mezi seniory mimořádně silné poválečné ročníky.

Z hlediska pečujících profesí je podstatné, že dochází k výraznému přibývání velmi starých lidí ve věku 85 let a více let. (Kalvach, Onderková, 2006, s. 8)

Podle demografické prognózy zpracované Českým statistickým úřadem bude v roce 2050 žít v České republice přibližně půl milionu občanů ve věku 85let a více let a téměř 3 miliony osob starších 65 let. Předpokládá se, že v období let 2000 až 2050 se v hospodářsky vyspělých zemích zvýší podíl lidí ve věku 80 let a více let třikrát, avšak počet stoletých a starších 15,5 krát. Demografické stárnutí populace České republiky z historického pohledu a současně i prognózu uvádíme v tabulce č. 1.

Tabulka 1: Demografické stárnutí populace v ČR v historickém vývoji a prognóze¹

Senioři	1950	1975	2000	2025	2050
zastoupení osob nad 65 let	8,3 %	12,9 %	13,9 %	23,1 %	32,7 %
zastoupení osob nad 80 let	1,0 %	1,7 %	2,5%	5,3 %	9,5 %
Index stáří	51,7	82,3	111,8	243,0	296,1

Poznámka: Index stáří je počet osob nad 65 let na 100 osob ve věku 0 – 14 let.

¹ TOPINKOVÁ, E., *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005, s. 4. ISBN 80- 7262- 356- 6

Vláda si ve svém programovém prohlášení stanovila za jednu z priorit věnovat zvýšenou pozornost kvalitě života ve stáří. K zajištění vyšší kvality života ve stáří v kontextu demografického stárnutí jsou nezbytné koncepční změny a přijetí opatření v různých oblastech. Co učiníme nyní, významně ovlivní kvalitu života ve stáří budoucích generací a nás všech. Nevyužití příležitostí a nereagování na výzvy, které významná demografická změna přináší, může vést k neefektivním politikám a k nesenzitivním službám, které nevyužívají potenciál a nezohledňují potřeby a aspirace rostoucího podílu a počtu starších lidí. Koncepční a preventivní řešení jsou levnější a efektivnější. (MPSV, 2008)

1.2 Stárnutí jedince s důrazem na seniorský věk

Život nás všech probíhá od narození až do okamžiku smrti v určitých vývojových etapách. Každá etapa má své zákonitosti, které z ní vyplývají, ovlivňují kvalitu, způsob a rozsah našeho života, a my se jim musíme poměrně zásadním způsobem přizpůsobit a zohledňovat je. Každé vývojové období nám dává určité možnosti a v něčem nás zase naopak limituje. Stárnutí probíhá kontinuálně od početí, ale za projev je považován teprve pokles

funkcí. Je spojeno s rizikem ztráty možnosti užít si dosažené sociální pozice, prostředků i citového zázemí. Zhoršení některých funkcí a první viditelné změny tuto skutečnost potvrzují. Člověk se musí vyrovnávat s postupným úbytkem svých kompetencí a naučit se odhadovat svoje aktuální možnosti.

Stárnoucí člověk bývá charakterizován svou příslušností k věkové skupině. Je spojován se statusem seniora a většinou považován za neaktivního či neproduktivního. Jde o pohled postrádající snahu najít pozitivní hodnoty a zaznamenat významnou roli velkého počtu seniorů, kteří přispívají společnosti svou prací, nebo naplňují svůj čas jiným smysluplným alternativním způsobem. Pro mnoho lidí je ovšem toto životní období jedním z nejkrásnějších, protože mají volný prostor k realizaci všeho, co zatím v životě z různých důvodů nestihli. Člověk, hovoří i o umění stárnout. Je to záležitost, která se týká každého z nás. (Matoušek, 2005)

Věkové kategorie jsou členěny několika odlišnými způsoby.

Patnáctileté členění, odpovídající doporučení komise expertů Světové zdravotnické organizace, uvádí v české literatuře (Příhoda, 1974), který období stáří člení do 3 etap:

- 60 – 74 let senescence (počínající, časné stáří)
- 75 – 89 let kmetství (neboli senium, vlastní stáří)
- 90 let a více patriarchium (dlouhověkost)

V současné době je hodně rozšířené a užívané členění stáří podle (Mühlpachr 2004, s. 21):

- 65 – 74 let mladí senioři (problematika penzionování, volného času, aktivit)
- 75 – 84 let staří senioři (změna funkční zdatnosti, atypický průběh nemocí)
- 85 let a více velmi staří senioři (problém soběstačnosti a zabezpečení)

Oblastí a problematikou seniorského věku se zabývají vědní obory gerontologie a geriatrie. Gerontologie se zabývá mechanismem biologického procesu stárnutí buněk, tkání, orgánů a organismů a procesy biologického a psychologického stárnutí člověka. (Haškovcová 1990, s. 9)

Geriatric – je samostatný klinický medicínský obor, který se vyznačuje interdisciplinárním přístupem k diagnostice, léčbě i rehabilitaci chorob ve stáří. (Weber 2000, s. 12)

1.2.1 Biologické aspekty stárnutí

Představují průběh typických tělesných změn ve stárnoucím organismu. Změny probíhají u jednotlivých osob odlišnou rychlostí a s různou intenzitou a souvisejí se vznikem a výskytem nemocí obvyklých ve stáří. (Malíková, 2011)

Pro přehlednost níže v textu uvádíme dělení změn dle (Šipra, 1997):

- **Kůže a celkový vzhled** – kůže starého člověka je vrásčitá, ztrácí elasticitu, je suchá, objevují se pigmentové skvrny, sebemenší pohmoždění způsobí podlitinu, stařecký vzhled obličeje souvisí s ubýváním podkožního tuku, šedivění vlasů, řídnutí, vypadávání, dochází k atrofii pokožky s poklesem pružnosti a úbytkem potních žláz s poruchou termoregulace.
- **Dýchací systém** – časté a typické jsou chronické záněty. Deformita hrudníku (hrudní kyfóza) vede k nadměrnému prohnutí hrudní páteře dozadu. Změny hrudního koše i dýchacího ústrojí zmenšují dechový objem plic při námaze.
- **Pohybový aparát** – pokles svalové síly, atrofie svalových vláken vede k úbytku svalové hmoty, kost se stává řidší, křehčí, snadno zranitelná z důvodu snížení tělesné aktivity, degenerativní změny v kloubních vazech a chrupavkách vedou k omezení pružnosti a hybnosti kloubů. Zmenšuje se postava v důsledku zmenšení meziobratlového prostoru.
- **Nervový systém** – dochází k úbytku mozkových buněk, ztrátě pružnosti mozkových cév, to vede k postupnému poklesu paměti, především krátkodobé, dochází k poruchám spánku, atrofie mozku s lehkým zhoršením všípivosti a výbavnosti.
- **Oběhový systém** – klesá elasticita cév, snižuje se průtok krve všemi orgány, především ledvinami, vzniká izolovaná systolická hypertenze, klesá výkonnost levé srdeční komory, degenerují srdeční chlopně, klesá srdeční výkonnost při zátěži.
- **Trávicí systém** – opotřebování a ztráta chrupu, klesá tvorba slin, snižuje se kyselost žaludečních šťáv, snížení mobility žaludku a peristaltiky střev, snížená peristaltika vede k zácpě, dochází k poruchám regulace hladiny krevního cukru (vzniká tzv. „stařecký diabetes“).
- **Vylučovací soustava** – dochází k poklesu pocitu žízně, senior je ohrožen dehydratací, poruchy funkce močového měchýře, snižuje se jeho kapacita (inkontinence).

- **Smysly** slouží mozku jako nástroje kontaktu s okolním prostředím, z čehož vyplývá, že jakýkoliv úpadek smyslů přímo ovlivňuje funkci mozku. Stárnutím podmíněné zhoršování vnímání zbavuje mozek možnosti plně prožívat okolní svět. (Stuart-Hamilton, 1999)
- **Hmat** – ztenčování a vrásnění kůže vede ke změnám v citlivosti hmatu je třeba větší stimulace kůže, aby byl dotyk zaregistrován. Podobně také klesá citlivost k teplotě předmětů.
- **Zrak** – s věkem se zmenšuje akomodační šíře, schopnost zřetelně rozpoznat blízké i vzdálené předměty. Snižuje se adaptace na tmou a ostrost vidění v noci, na rohovce vzniká na zevním okraji bělavý kruh (arcus senilis), který je způsoben ukládáním tukových buněk.
- **Sluch** – poruchy sluchu omezují možnost komunikace, zpočátku trpí příjem tónů o vyšší frekvenci (zvonění, vyzvánění telefonů), pak i porucha slyšení tónů o střední a hluboké frekvenci.
- **Chuť** – je změněna důsledkem úbytku chuťových pohárků, jejich počet klesá nejdříve na přední části jazyka, proto se s věkem snižuje především citlivost na sladkost. Později se zmenšuje i schopnost rozeznávat slané pokrmy.
- **Čich** – v souvislosti s atrofickými změnami nosní sliznice i se změnami v ústřední nervové soustavě, dochází také k postupnému poklesu čichových schopností.

Pokud jsou smyslové poruchy řešitelné, například operace očí a uší, kompenzačními pomůckami – brýle, kontaktní oční čočky, naslouchadla apod. Mohou výrazně zlepšit prožívání seniora, přispět k jeho spokojenosti, a vést k usnadnění komunikace a kvalitě života.

1.2.2 Psychické aspekty stárnutí

Obecně se ale předpokládá, že v psychické oblasti a rysech osobnosti by nemělo ani přes pokračující věk docházet k zásadním změnám. Změny v psychické oblasti při fyziologickém stárnutí nastupují pozvolna. (Malíková, 2011, s. 21)

Poruchy paměti jsou běžně známým projevem stárnutí. Ve stáří dochází k celkovému útlumu a zpomalení všech paměťových procesů – zhoršuje se zpracování a uchování nových informací. Úbytek kompetencí se projevuje nejvíce v oblasti epizodické paměti, která

se týká osobní zkušenosti. Staří lidé si například nepamatují, zda si vzali lék, jestli něco sdělili svému partnerovi. Sémantická paměť, která obsahuje obecné znalosti, bývá trvanlivější, její výhodou je, že může sloužit jako kompenzační mechanismus, jako základ pro další učení. (Stuart- Hamilton, 1999)

Ukázalo se, že paměť funguje hůře u lidí s nižším vzděláním a z toho vyplývajícími životními stereotypy, s tendencí k rezignaci, intelektuální nečinnosti a celkovému nezájmu o cokoliv. (Tošnerová, 2002)

Senioři bývají ve větší míře zaměřeni do minulosti, která je pro ně často subjektivně uspokojivější a je zkrášlena vzpomínkovým optimismem. Je to další důvod obecné tendence lidí tohoto věku vyprávět staré historky, kdy ovšem mnohdy chybí autokorekce, neboť opakují tyto příběhy mnohokrát po sobě, aniž si uvědomují, že je posluchači již znají. Minulé zážitky jsou hodnoceny spíše pozitivně a starý člověk lpí často až nepochopitelně na tom, čím byl a co měl. Většinou jde o určitou obranu proti pocitu ohrožení, ze strany mladších, která je však z neporozumění hodnocena jako nepříznivá charakterová vlastnost. (Vágnerová, 2000)

Staří lidé jsou citově labilnější a hůře ovládají své emoční projevy, mívají sklon k úzkostem a depresím, trpí strachem a z toho vyplývajícími pocity bezmocnosti. Depresivní stavy mohou být reakcí na různé stresy, typické pro období stáří. Staří lidé objektivně prožívají méně radostí, většina změn v jejich životě většinou představuje zhoršení. Změny a výkyvy emočního ladění ovlivňují všechny ostatní psychické funkce, zhoršují kvalitu pozornosti a paměťových funkcí, omezují motivaci k jakékoliv aktivitě, a tím i celkovou adaptační rezervu starého člověka. Z častějšího zhoršeného emočního ladění vyplývá i pocit komplexní osobní nepohody a jsou pro tuto situaci typické stížnosti, typu necítím se dobře, chci být sám, ap. Příčiny vzniku takové nálady mohou být různé, obvykle jde o součet mnoha drobnějších zátěží a osobních dispozic. (Pacovský, 1994)

Ve stáří se zvyšuje potřeba citové jistoty a bezpečí, senior se cítí mnohem více ohrožen a někdy nejde jen o přecitlivělost, ale o reálné riziko, např. onemocnění či ovdovění. Jistota a bezpečí se stávají významnou hodnotou, než byla dřív. Senior si uvědomuje úbytek svých sil i kompetencí, smiřuje se s určitou závislostí na jiných lidech. Závislost může mít za těchto okolností i pozitivní význam a posiluje pocit bezpečí. V této době dochází k větší fixaci na vlastní rodinu, na děti a na vnuky. Senior je nejistý, a proto potřebuje neustálé

potvrzování existence citového vztahu a své pozice v rodině, která je pro něj důležitým základem a soukromí vlastního domova pro něj představuje určitou jistotu. Cítí se ohroženě, pokud se neorientuje či nepoznává věci kolem sebe a navíc, pokud se to týká osob, na kterých je závislý. Přirozenou ochranou je obrana. Narušení prostředí je seniorem vnímáno negativně. Má potřebu mít své soukromí, ale zároveň bezpečné prostředí. (Venglářová, 2007)

Starý člověk se obtížněji adaptuje, bývá konzervativní, neboť zaběhaný stereotyp je pro něj méně náročný, hůře se učí novým věcem a každá změna je pro něj náročná a nepříjemná. Zátěž může představovat jakákoliv změna, i taková, která je chápána jako pozitivní. Pohodlnost a lpění na stereotypu se projevuje rovněž moralizováním, kdy senior klade větší důraz na bezvýhradné respektování řádu, který činí lidské jednání srozumitelné, což je pro staré lidi důležité. (Vágnerová, 2000)

1.2.3 Sociální aspekty stárnutí

Od okamžiku, kdy si člověk poprvé uvědomí, že stárne, začíná vlastně problém jeho reakce a adaptace na stáří. Rozhoduje komplex různých činitelů. Důležitý je průběh celé životní dráhy. Jedinci, kteří „dovedou držet krok“, mají zpravidla schopnost vytěžit ze zkušeností svého předcházejícího života co nejvíce, když mají zvládat situace, s nimiž jsou ve stáří konfrontováni. Naopak lidé, kteří se již v mládí obtížně přizpůsobovali například změnám pracovních postupů, společenských vztahů a rodinného života, trpí špatnou adaptací i na vlastní stáří. Základním problémem úspěšné adaptace ve třetím věku je najít individuálně nejvhodnější vztah mezi zdůrazňováním vyhovujících forem aktivit na straně jedné a postupné uvolňování se z aktivit na straně druhé. Odborníci se shodují, že pokud nemá starý člověk zabraňující zdravotní potíže, má zůstat aktivním a mít svůj perspektivní program. (Pacovský, 1994, s. 25)

Stáří je typické úbytkem a proměnou sociálních rolí. Příčiny těchto změn mohou být různé. Sociálně podmíněnou změnou rolí je odchod do důchodu. Člověk ztrácí svou individuálně specifickou profesní roli, která měla určitou sociální prestiž, a stává se anonymním seniorem, jehož role příliš velkou prestiž nemá. Nová role seniora má horší sociální status a omezená privilegia, definována převážně možností pasivního přijímání nějakých výhod. Obecně je považováno za privilegium, že člověk nemusí pracovat. Na druhé straně to však vede k nižšímu hodnocení, senior je společností akceptován jako méně hodnotný, méně

schopný a z hlediska tohoto pojetí zbytečný. Odchod do důchodu zakončuje jeden velice dlouhý úsek lidského života, končí období aktivní účasti na společenském dění, v němž člověk získává nějakou institucionálně danou roli.

Někteří lidé nejsou k odchodu do důchodu motivováni, snaží se udržet v zaměstnání co nejdéle, vědí, že odchodem do důchodu ztratí sociální pozici, kontakty, pocit přínosu pro společnost, pocit pozitivní seberealizace, vyplývající z jejich práce. Pracují například na část úvazku, v méně významné profesi než dříve. Jejich motivace může být rozmanitá, chápou tuto činnost jako koníčka, nebo jako potřebu zachovat si určitý životní styl, jehož nedílná součást je pravidelné zaměstnání. Dále jako potřebu kontaktu s lidmi, mají strach z izolace, osamělosti, anebo také z ekonomických důvodů, neboť důchod je spojen s poklesem životní úrovně a limitován výší penze. (Vágnerová, 2000)

Další sociální rolí je generační osamělost, ztrátou manželského partnera získává starý člověk roli vdovce, může onemocnět a získává roli nemocného, respektive bezmocného. Z toho důvodu může ztratit i soukromí svého domova a získat roli pacienta léčebny dlouhodobě nemocných nebo obyvatele Domova pro seniory. Umístění do Domova pro seniory eventuelně do jiné instituce, představuje zásadnější změnu v životě seniora. Tato změna je spojena se ztrátou zázemí známého teritoria a s ním spojené identity. Je to zátěžová situace, jejíž intenzita závisí na mnoha okolnostech. Starý člověk ztrácí jistotu orientace a pocit bezpečí známého prostředí, které nezahrnuje jen byt, ale i jeho materiální a sociální okolí. Umístění do instituce symbolicky potvrzuje ztrátu autonomie a soběstačnosti a je chápáno jako signál blížícího se konce života. Tato změna je pro člověka stresující, neboť je poslední fází, po níž přichází smrt. (Klevetová, Dlabalová, 2008)

Změny rolí, které jsou pro stáří typické, vedou ke stále větší anonymitě, ke ztrátě individuálně specifických znaků. Symbolizují ztrátu prestiže a potvrzují zvýšení celkové závislosti starého člověka na společnosti.

1.3 Stáří

Období stáří je všeobecně pojímáno a chápáno negativně a s obavami. Jsou očekávány problémy, omezení v důsledku ztráty soběstačnosti, snížení mentálních funkcí, omezení kontaktů s okolním prostředím a ztráta možnosti seberealizace. Obavy a negativní očekávání vedou také ke strachu z ponížení, ze ztráty lidské důstojnosti a ztráty respektu především

při nesoběstačnosti. Stáří mění viditelným způsobem i zevnějšek člověka a tímto způsobem ovlivňuje jeho sociální status. Lidé seniora v důsledku této změny začínají vnímat jako starce a podle toho se k němu chovají. (Vágnerová 2000)

V některých případech může dojít ke kvalitativně významné změně, že starý člověk ztrácí své typické rysy, vypadá jinak než dřív, jakoby se proměnila celá jeho bytost. Může nápadněji ztloustnout, vyhubnout, shrbit se, stane se vrásčitým a zešediví mu vlasy. Stejně tak jako jiné tělesné funkce mívá proměna vzhledu individuálně typický průběh. Zevnějšek starého člověka může signalizovat jaký je jeho celkový somatický i psychický stav. Mnozí lidé o sebe velice pečlivě dbají a toto úsilí podporuje jejich sebeúctu. Generalizovaná rezignace, eventuelně výraznější úpadek osobnosti v rámci demence (případně jiných závažnějších onemocnění), se projeví nezájmem o vlastní vzhled.

(Pacovský, 1994) upozorňuje na tzv. Diogenův syndrom, tj. syndrom zanedbaného starce, který ztratil veškerou motivaci k udržování hygieny a k péči o svůj zevnějšek či domácnost. Objevuje se nejčastěji u osamělých lidí, kteří nemají žádný důvod k takové aktivitě. Může jít o signál závažnějšího úpadku osobnosti.

Stáří je poslední etapa ontogenetického vývoje lidského života, stejně důležitá jako všechny předchozí. Prioritou je zachování všech pohybových schopností a psychosociálního rozvoje osobnosti. Je tedy dobré si uvědomit, že období stáří trvá 30 – 40 let a bude stejně dlouhé jako dospělost a mládí.

V krátkém přehledu uvádíme níže několik definic stáří:

Haškovcová (1990, s. 58) charakterizuje stáří jako přirozené období lidského života, vztažené k životnímu období dětství, mládí a době zralosti. Zdůrazňuje, že stáří není nemoc, ale přirozený proces změn, které trvají celý život.

O stáří lze také hovořit, jako obecném označení pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných sociálních změn (osamostatnění dětí, pensionování a jiné změny sociálních rolí). Všechny změny příčinné i následné se vzájemně prolínají, mnohé jsou protichůdné, jednotné vymezení a periodizace stáří se tak stávají velmi obtížnými. (Mühlpachr, 2004, s. 18)

Stáří bývá spojeno s nemocemi, umíráním, smrtí a v lidech vyvolává negativní pocity, proto je potlačováno ve vědomí naší společnosti. (Tošnerová, 2002, s. 16)

Podle (Kalvacha, 1997, s. 18) je stáří důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů, modifikovaných dalšími faktory, chorobami, způsobem života a životními podmínkami a je spojeno s řadou významných sociálních změn, osamostatněním dětí a penzionováním.

1.3.1 Životní změny ve stáří

Stáří je doprovázeno mnoha změnami. Úbytek schopností, který je standardním projevem pokročilejšího stáří, bývá nejčastějším důvodem ke změně životního stylu, starý člověk začne potřebovat pomoc v běžné každodenní činnosti.

Venglářová (2007, s. 12) popisuje změny ve stáří na třech úrovních: tělesné, psychické a sociální, uvádíme je v tabulce č. 2.

Tabulka 2: Přehled změn ve stáří²

Tělesné změny	Psychické změny	Sociální změny
změny vzhledu	zhoršení paměti	odchod do penze
úbytek svalové hmoty	obtížnější osvojování nového	změna životního stylu
změny termoregulace	nedůvěřivost	stěhování
změny činnosti smyslů	snížená sebedůvěra	ztráty blízkých lidí
degenerativní změny smyslů	sugestibilita	osamělost
změny v trávicím systému	emoční labilita	finanční obtíže
změny vylučování moči	změny vnímání	
změny sexuální aktivity	zhoršení úsudku	

²VENGLÁŘOVÁ, M *Problematické situace v péči o seniory*. Grada, 2007, s. 28. ISBN 978 -80 -247-2170-5

V obecném pojetí můžeme stárnoucí osobu charakterizovat úbytkem sil a jednotlivých schopností, snižováním výkonnosti a zvyšováním potřeby větší přípravy, podpory a koncentrace na provádění jednotlivých činností (nejprve se to projevuje při provádění neobvyklých a náročných činností) a postupně se to může vyskytovat u stále méně náročných situací. Zvyšuje se potřeba odpočinku, poskytování podpory a pomoci. Mění se žebříček životních hodnot a potřeb, častými projevy jsou vyšší potřeba lásky, jistoty, bezpečí a touha po upevnění citových vazeb.

Podle (Venglářové 2007, s. 15) se člověk „učí způsobům chování v určité době a na určitém místě“. Od okamžiku, kdy si člověk uvědomí, že stárne, začíná problém jeho psychologické adaptace na stáří. Jeho postoj může mít konstruktivní přístup, někteří si vytvoří závislost na okolí, ale může se stát i to, že vůči všemu a všem zaujme postoj nepřátelský.

1.3.2 Adaptace a reakce na stáří

Setkáváme se s mnoha odlišnými způsoby a projevy v chování, přístupu a životním stylu, které hodně vypovídají o tom, jak se konkrétní osoba vyrovnává či nevyrovnává se svým přibývajícím věkem. Jak uvádí (Pokorná

2006, s. 75), problematikou hledání optimálního postoje ke stáří se zabývá lidstvo již dlouho. Římský řečník Marcus Tullius Cicero sepsal Obranu stáří a postavil ji na názoru, že stáří je stav, jemuž je nutné vzdorovat, a to aktivním bojem s ním.

Uváděl čtyři důvody, proč se nám stáří zdá být nešťastným:

1. odvádí nás od veřejné činnosti
2. poněkud oslabuje tělo
3. odnímá nám všechny tělesné radosti a rozkoše
4. stáří již není daleko od smrti

Častým jevem je skutečnost, že jednotlivci zaujímají postoj ke stáří podle toho, jak se kdo uměl a byl schopen v průběhu svého života vyrovnávat s náročnými situacemi, kterými musel projít, zvládnout je a vypořádat se s nimi. Postoj každého člověka je ovlivněn celou řadou okolností, tedy determinant. Sem patří například prostředí, ve kterém člověk žije, obecný postoj komunity a společnosti, pozice v rodině, citové a sociální zázemí, zdravotní stav, vzdělání, kulturní a společenské vlivy.

Podle společenských znaků byly reakce na stáří typologicky rozděleny do následujících pěti oblastí (Haškovcová, 1990, s. 114 –116):

Konstruktivní přístup – jedinec je soběstačný, akceptuje své stárnutí. Udržuje tělesnou kondici, podporuje soběstačnost, disponuje vlastnostmi jako optimismus, smysl pro humor, radost ze života. Udržuje dobré vztahy s okolím a ovládá způsoby jak si udržovat svoji duševní rovnováhu.

Strategie závislosti – tento postoj znamená vynucování si pomoci a péče na okolí. Jedinec využívá své zdravotní a jiné obtíže k manipulaci, nejčastěji se svými příbuznými. Nejedná se o cílevědomé ambiciózní osoby, které by se namohli vyrovnat s odchodem do penze. Tito lidé preferují spíše pohodlný způsob života a spoléhají na materiální zabezpečení, poskytnutí pomoci a citového zázemí, nejlépe rodinou, nebo formou institucionální péče. Aby dosáhli svých cílů, neváhají používat manipulační praktiky a formy citového vydírání.

Obranná strategie – do této kategorie patří lidé, kteří v průběhu života hodně pracovali, nebyli zvyklí brát, ale dávat. Často pracují ve vysokých funkcích a pohybují se ve vyšších společenských kruzích. Jde o specifický způsob, jinou formu popírání reality, oddalování řešení nové situace, která z této životní etapy vyplývá.

Strategie nepřátelství – volí ji lidé, kteří přes veškerou svou snahu a vydané úsilí neměli příliš úspěšný život. Jsou plní pocitu křivdy, zloby, nenávisti, zklamání a dalších negativních emocí. Nespokojenost nejen se svým věkem, ale i se svou celoživotní situací chtějí prožívat spíše v ústraní – o samotě. Pod maskou jejich nepřátelství, obviňování a pocitů křivdy je zraněná duše, velká lítost a silná emoční bolest. Tato forma strategie je náročná a zatěžující pro obě zúčastněné strany, seniora samotného a osoby v okolí.

Strategie sebenenávisti – je to postoj svědčící o silně negativním vztahu seniora k sobě samému. Jedinec se zlobí sám na sebe, protože nebyl v životě příliš úspěšný a není schopen si to odpustit.

Haškovcová (1990, s. 116) zdůrazňuje, že o volbě strategie nerozhoduje jen předchozí životní zkušenost, ale také samotná povaha člověka. Proto o stáří, jeho přijetí a kvalitě života rozhoduje z velké míry především člověk sám. Podle toho pak na prahu stáří stojí buď zralá osobnost, nebo „třtina větrem se klátící“.

2 KVALITA ŽIVOTA

2.1 Pojetí kvality

První koncepce kvality života se objevují již v římské a řecké mytologii. Pojem „kvalita života“ byl poprvé použit Pigou v roce 1920, autorem prací zabývajících se ekonomikou a sociálním zabezpečením. Jeho výzkum se zabýval důsledky státní podpory na sociálně slabší vrstvy obyvatel a kvalitu jejich života.

Na poli humanitních věd začíná být v posledním desetiletí problematika kvality života stále více v popředí. Pojem kvalita života se začal objevovat především ve zdravotnictví, psychologii, filozofii i pedagogických vědách. V 50. letech se „kvalita života“ stala politickým cílem a sloganem USA a teprve pak předmětem zájmu medicíny. (Dragomirecká, 2000)

Kvalita života je obvykle pocíťována jako uspokojivá, má-li člověk možnost osobního růstu a rozvoje emocionálního i kognitivního, má-li možnost o sobě rozhodovat, vnímá-li kontinuitu osobního života, či neliší-li se jeho život zásadním způsobem od života ostatních příslušníků společnosti. Zatímco handicapující podmínky posilují závislost a nesoběstačnost, úsilí o zlepšení kvality života by mělo podporovat aktivitu, zájem, participaci člověka. Je zdokumentováno, že objektivní zlepšení kvality života nevede nezbytně k většímu štěstí. Někdy lidé s vysokou životní úrovní, úspěšní a zdraví, neprožívají pohodu a štěstí, ale jsou znepokojeni, neklidní, kritičtí vůči svému okolí, touží po ještě větším úspěchu, cítí obavy z konkurence, nenacházejí ve svém životě smysl. A jsou naopak lidé, kterým se z vnějšího pohledu nedaří, žijí s těžkými zdravotními problémy nebo v nepříznivých životních podmínkách, a přesto svůj život prožívají jako smysluplný a hodnotný, tedy jako život, který stojí za to žít.

Kvalitu života lze teoreticky vymezit následovně:

Kvalita života je výsledkem vzájemného působení sociálních, zdravotních, ekonomických a environmentálních podmínek lidského života a společenského rozvoje. Kvalitu života je možné chápat jako objektivně – subjektivní konstrukt, kde na jedné straně představuje objektivně uznané podmínky spokojeného života a na straně druhé je to kategorie výsostně subjektivní, kdy jedinec sám hodnotí prožívání „dobrého“ života. (Hrozenská a kol. 2008)

Kategorie kvality života nespočívá kvůli svému multidimenzionálnímu, kulturně podmíněnému, dynamickému a značně subjektivnímu charakteru na jednoznačném teoretickém

základu. Mohli bychom tvrdit, že leží na průsečíku mnoha soudobých tendencí a směrů, což má za následek velkou rozmanitost snah ji definitivně vymežit. (Dragomirecká, Škoda, 1997)

Na osobnost každého jedince v průběhu života působí řada faktorů, ne jeden činitel. Výsledkem vzájemného ovlivňování se a interakce mnoha činitelů (práce, životní zátěž, rodina) je svérázná osobnost každého z nás. Proto je definování kvality života problematické jako celek nejen v případě seniorů. (Pacovský, 1994)

Podle (Kováče, 2004) je kvalita života víceúrovňový a multikomponentní fenomén projevující se v psychické reflexi jako přetrvávající spokojenost, dlouhodobě jako pohoda a chvílemi jako štěstí. To vše podporují kognitivní, emoční a motivační potenciály lidského jedince.

Kvalita života podle Světové zdravotnické organizace byla původně omezena spíše na stránku zdravotní. Kolem roku 1946 došlo k modifikaci tohoto pojetí stejně jako i k náhledu na zdraví samotné. „Zdraví je definováno jako absence nemoci nebo jako postižení, ale také jako stav tělesného, duševního, sociálního blaha člověka“. (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 62). Vyjdeme-li z tohoto pojetí je kvalita života sledována jako jedincova percepce jeho pozice v životě v kontextu jeho hodnotového systému, kultury a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Tato definice poukazuje na to, že kvalita je ovlivněna jedincovým psychickým stavem, fyzickým zdravím, osobním vyznáním, vztahem ke klíčovému oblasteru jeho životního prostředí a sociálními vztahy.

V těchto rovinách lze uvažovat podle toho, jak široké spektrum chceme při posuzování kvality obsáhnout: (Vařurová, Mühlpachr, 2005)

1. Makro – rovina – zkoumá otázky kvality života z hlediska velkých společenských celků, jde o hlubší zamyšlení nad problematikou kvality života, která se zde stává součástí základních politických úvah.
2. Mezo – rovina – řeší otázky kvality života v tzv. malých sociálních skupinách, například škola, nemocnice, domov pro seniory. Jde nejen o respekt k morální rovině hodnot, ale i o otázky uspokojení základních potřeb, vzájemné vztahy mezi lidmi.
3. Osobní rovina – týká se každého z nás, života jednotlivce, subjektivního hodnocení spokojenosti života.

4. Rovina fyzické existence – jde o porovnatelné chování lidí, které je možné objektivně srovnávat a měřit.

Rozdělení kvality podle zaměření na určité úrovně života (Kováč In Vaďurová, 2005, s. 16):

1. Bazální (existenční) – tj. psychické fungování, somatický stav, funkční rodina, materiálně – sociální zabezpečení, životní prostředí a způsobilost pro život.
2. Mezo – úroveň (individuálně specifická)
3. Meta – úroveň (kulturně duchovní)

2.2 Dimenze kvality života a základních potřeb jedince

Na kvalitu života se můžeme dívat ze dvou hledisek a to subjektivního a objektivního. V poslední době se upřednostňuje pohled subjektivní a nabízí nám přesnější zmapování úrovně kvality života a potřeb daného jedince.

- Objektivní kvalita života – se zaměřuje na hodnocení podmínek jako materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví.
- Subjektivní kvalita života – vychází z jedinceva vnímání postavení ve společnosti v souvislosti s kulturou, ve které žije a jeho hodnotovým systémem. Životní spokojenost je pak závislá na jeho osobních cílech, očekáváních a zájmech. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 17-18).

Pro kvalifikované hodnocení kvality nelze opomenout ani činitele kvality.

- Vnitřní činitele – patří sem všechny aspekty ovlivňující rozvoj a integritu osobnosti tzn. tělesná a psychická stránka jedince.
- Vnější činitele – odpovídají obsahově vnější kvalitě života, což jsou podmínky, ve kterých jedinec žije.

Světová zdravotnická organizace rozčlenila předměty svého zkoumání na čtyři oblasti vystihující dimenze lidského života bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum a postižení. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 18–19)

- Fyzické zdraví a úroveň samostatnosti – energie a únava, bolest, odpočinek, mobilita, každodenní život, závislost na lékařské pomoci, apod.

- Psychické zdraví a duchovní stránka – sebepojetí, negativní a pozitivní pocity, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, koncentrace, vyznání aj.
- Sociální vztahy – osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita.
- Prostředí – finanční zdroje, svoboda, bezpečí, dostupnost zdravotnické a sociální péče, domácí prostředí, příležitosti pro získávání nových vědomostí a dovedností.

Základní potřeby jedince lze rozdělit na biologické, psychické a kulturní. Dle A. H. Maslowa se člení v pyramidě potřeb do pěti kategorií: (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 36-38)

5. Potřeba seberealizace – být člověka, kdy člověk chce plně realizovat svůj talent a schopnosti.

4. Potřeba uznání, úcty – znamená svobodu v rozhodování, užitečnost, aj.

3. Společenské potřeby, sounáležitost – zde patří rodina, vztahy s ostatními lidmi, potřeba lásky, aj.

2. Potřeba bezpečí – je potřeba, kdy jde o ekonomické, fyzické a psychické bezpečí.

1. Fyziologické potřeby-základní potřeby (zdraví, jídlo, spánek, atd.) Nejsou-li tyto potřeby uspokojeny, žádné další potřeby člověka nemotivují. Jakmile uspokojeny jsou, nastupuje další (vyšší) úroveň.

Potřeby jedince jsou řazeny dle určité hierarchie od těch nejnaléhavějších po ty nejméně naléhavé. Teorie zdůrazňuje dva základní předpoklady: uspokojená potřeba není motivátorem a jakmile je jedna potřeba kvalitně uspokojena, objevuje se jiná a také vyžaduje kvalitní uspokojení.

2.3 Nástroje měření kvality

Zabýváme – li se měřením kvality pokládáme si jistě otázky typu: Jaké metody použít? Na jaká data se zaměřit? Jak vlastně kvalitu života zjišťovat? Nástroji užívanými k hodnocení kvality života jsou sebesposuzovací škály, dotazníky, strukturovaný rozhovor, někdy i posouzení jinou osobou. Kvalita života je kompletní kritérium používané k hodnocení efektivit sociální péče. Opírá se buď o širší definici zahrnující zdraví, sociální postavení, mezilidské vztahy, materiální podmínky, přehled denních aktivit, nebo o jedno měřítko, např.

o životní spokojenost. Závisle na pojetí se dá kvalita života kvantifikovat souborem hodnot nebo jednou hodnotou. (Matoušek, 2003)

Kvalitu lze měřit, což je důležité zejména v souvislosti s léčbou různých onemocnění a zvládáním života se zdravotním postižením nebo při porovnávání kvality života různých sociálních skupin. Přitom si stále musíme uvědomovat, že k pojmu kvalita života se pouze přibližujeme. (Janečková, Hnilicová, 2009)

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

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, jsou kombinací metod typu 1 a 2.

2.3.1 Metody objektivní

APACHE II (Acute Pchysiological and Chronic Health Evalvation System)

Hodnotí akutní chronicky změněný zdravotní a celkový stav pacienta. Metoda je založena na posouzení vážnosti onemocnění, a jak se kvantitativně odchyluje stav pacienta od normy. Výsledek je číselně vyjádřen. Čím vyšší je číselný údaj, tím je vyšší pravděpodobnost úmrtí. (Křivohlavý, 2002, s. 165–166)

The Karnofsky Performance Scale

Hodnotu indexu stanoví lékař, vyjádří se k pacientovu zdravotnímu stavu k danému datu. Hodnocení je uváděno v procentuální škále od 0 do 100. Index 100 vyjadřuje normální stav pacienta bez potíží. Index 0 značí, že je pacient mrtev. Tímto nástroje se zaměřuje tělesná dimenze kvality. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 54)

Visual Analogue Scale – VAS

Jde o tzv. škálování celkového stavu pacienta. Vyhodnocuje se na 10 cm dlouhou vodorovnou nebo do úhlu 45° nakloněnou stoupající úsečku označenou: celkový stav pacienta je mimořádně špatný – celkový stav pacienta je velmi dobrý. (Křivohlavý, 2002, S. 166)

Index kvality života – ILF

Slovně formulovaná metoda s kritérii – sociální opora pacienta, emocionální stav, sebeobsluha aj.) Na stanovení kritéria kvality se nepodílí jenom hodnotitel, ale i lékař, zdravotní sestra, psycholog. Hodnocení stavu lze odstupňovat v jednotlivých dimenzích (např. pě-

tistupňové škále) a v předem stanovených časových úsecích ji hodnotit. (Křivohlavý, 2002, s. 168)

Spitzer Quality of Life Index – QL

Zjišťuje zdravotní stav a kvalitu života pacienta před a po ukončení terapie. Zahrnuje oblasti: podpora rodiny, pohled na život, aktivita, vnímání zdraví. Oblasti zahrnují okruh lidských činností a úkol respondenta je označit jakou měrou jsou dané aktivity v jeho životě aplikovatelné. K vyhodnocení slouží škála sestavená s pěti částí se třemi možnostmi. Může být interpretována samostatně, nebo sečtena do celkového skóre. Odpovědi se ohodnotí od 0 do 2 bodů, celkový počet může být 0 až 10 bodů.

2.3.2 Metody subjektivní

Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – SEIQoL

Tato metoda „Systém individuálního hodnocení kvality života“ vychází z toho, že osobní představy, které máme o lidech, věcech a ideálech, jsou důsledkem našich myšlenek a činů. Jsou uspořádány hierarchicky. Chceme-li někomu porozumět, je potřeba poznat jeho žebříček mentálních konstruktů (cíle, hodnoty, představy) a jak si tento žebříček daný jedinec vytváří. Výstižná je metoda „Repertory Grid“, kterou vytvořil Kelly a jedná se o metodu životních cílů a pojetí, uzpůsobenou pro měření kvality života a zjišťující osobní cíle. (Křivohlavý, 2002, s. 171-172). Metoda SEIQoL je strukturovaný rozhovor, kterým zjišťujeme respondentovi aspekty života, pro něj závažné. Respondent uvádí pět životních cílů – „cues“, které v dané situaci považuje za nejdůležitější. „Cues“ se překládá jako životní cíl nebo cíl snažení tzn. cílově zaměřený podnět k aktivitě a je jedním z klíčových pojmů metodiky SEIQoL. Respondent uvádí v hodnocení míru uspokojení s dosahováním daného životního cíle v procentech od 0 do 100. (Křivohlavý, 2002, s. 244)

Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life - Direct Weighting (SEIQoL-DW)

V tomto nástroji, který vychází z nástroje SEIQoL označí osoba nejdůležitější oblasti života. V daných oblastech ohodnotí spokojenost s každou z nich. SEIQoL je složen s pěti barevných disků otáčejících se kolem centrálního bodu. Osobou označenou určitou oblast života jako důležitou pro jeho celkovou kvalitu života představuje každá část. Disky jsou podloženy diskem větším, na kterém je stupnice od 0 do 100 pomocí které osoba označí

důležitost jednotlivých oblastí. Pokud označí méně jak pět je procentuální zastoupení jednotlivých oblastí pak upraveno adekvátně. Polostrukturovaný rozhovor je metodou u SEIQoL – DW a probíhá ve třech krocích: Identifikování životních cílů, zjištění současného stavu každého životního cíle, kvantifikování relativní důležitosti životních cílů. (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 57–59)

Lancashire Quality of Life Profile – LQoLP, Lancashire Quality of Life Profile-European Version – LQoLP-EU

Tento nástroj je určen především pro psychiatrické pacienty. LQoLP je nástrojem, který kombinuje objektivní a subjektivní aspekty života v několika oblastech. Sebeuposuzující strukturovaný rozhovor je metodou, která obsahuje 105 položek. Do devíti zahrnutých oblastí patří – volný čas, práce a vzdělávání, životní situace, finance, vztahy s rodinou, právní status, sociální vztahy, zdraví. Sedmibodovou stupnicí životní spokojenosti jsou hodnoceny subjektivní aspekty. Zahrnuté a obsaženy v hodnocení jsou tyto oblasti – pozitivní a negativní city, měření obecné spokojenosti, sebehodnotící stupnice, vnímané skóre kvality života. (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 60–61)

SQUALA, dotazník

Vychází z Maslowovy třístupňové teorie potřeb. Dotazník je zaměřený na 23 oblastí kvality života například na práci, bydlení, volný čas, bezpečí, rodinu, sex, děti, aj. Dotázaní vyjadřují jak je ta která oblast pro ně důležitá a vyznačují míru své spokojenosti na pětistupňové škále. Jde o nástroj standardizovaný a pomocí něj můžeme změřit spokojenost s kvalitou života například u lidí s chronickým, tělesným, duševním onemocněním a mentálním postižením. Můžeme jej využít za účelem diagnostiky v medicínské, sociální a pedagogické oblasti nebo za účelem zkvalitnění péče a služeb. (Janečková, Hnilicová, 2009)

2.3.3 Metody smíšené

Manchester Short Assessment of Quality of Life – MANSA

Metoda byla vytvořena na univerzitě v Manchesteru a je nazývána „Krátký způsob hodnocení kvality života“. Hodnotí se spokojenost s určitými danými dimenzemi, nejenom tedy celková životní spokojenost. Obsahuje dimenze sebepojetí, sociální vztahy, vlastní zdravotní stav, právní stav, životní prostředí, finanční situace, volný čas, náboženství, zaměst-

nání a snaží se vystihnout a zacílit jak se jedinci v dané chvíli jeví celkový obraz jeho kvality života. (Křivohlavý, 2002)

Life Satisfactory Scale – LSS

Metoda hodnotí jak celkovou spokojenost se životem, tak i řadu dílčích dimenzí. Jedná se o tzv. „Škálu životního uspokojení.“ Je koncipována v rámci metody MANSA. Na vizuální sedmidílnou stupnici se dvěma extrémy a pěti mezistupni se zaznamenává hodnocení. Vychází se ze stejného principu jako u metody VAS (Visual Analogue Scale).

3 VNĚJŠÍ ČINITELE PŮSOBÍCÍ NA KVALITU ŽIVOTA SENIORŮ

3.1 Politika kvality péče o staré lidi

Předtím, než se začneme zabývat výsledky našeho výzkumu, považujeme za nezbytné krátce okrajově popsat a zabývat se národní politikou podpory kvality péče o staré lidi v České republice. Současné a očekávané demografické změny jsou výzvou nejen pro zdravotnictví a sociální péči, ale také pro celé spektrum dalších služeb. Senioři potřebují kvalitní služby stejně jako jiné věkové skupiny našich občanů. Zvláštní pozornost je tedy třeba věnovat těm seniorům, kteří jsou znevýhodněni v důsledku chronické nemoci vedoucí k omezení soběstačnosti. Tito senioři potřebují jak zdravotní tak sociální a další služby v uceleném spektru a kontinuitě tak, aby mohli nadále žít co nejkvalitnější život.

Česká republika se jako člen Evropské unie účastní procesu otevřené metody koordinace pokrývající také oblast kvality společné dlouhodobé péče, je třeba zdůraznit, že v současné době je politika v oblasti sociální péče oddělená od politiky zdravotní péče.

Z pohledu politiky kvality se situace v sektoru sociální péče řídí právním rámcem tvořeným novým zákonem č.108/2006 Sb. o sociálních službách. Kvalitní službou se rozumí taková péče, která umožňuje uživateli žít normální život (inkluzivnost služeb), reaguje na jeho/její potřeby (služby jsou šité na míru) a chrání jeho/její práva a zájmy (bezpečnost služeb). Nástroje, které právní rámec zavádí s cílem zajistit kvalitu služeb, jsou registrace poskytovatelů, každý poskytovatel se musí registrovat, aby mohl poskytovat služby, registraci je možné odebrat, pokud nejsou naplňovány Standardy kvality sociálních služeb. Standardy kvality sociálních služeb vznikly díky široké spolupráci Ministerstva práce a sociálních věcí s mnoha zainteresovanými partnery z praxe na základě konzultačního procesu a současně byly testovány u jednotlivých poskytovatelů již od konce 90. let 20. století. V té době to byly kraje a samotní poskytovatelé služeb, kteří pokračovali se zaváděním standardů do praxe a dobrovolně tak uplatňovali národní politiku kvality v segmentu sociální péče. (Mátl, Jabůrková, 2007)

3.2 Péče o seniory

Situace v České republice se v oblasti poskytování sociálních služeb v posledních letech výrazně změnila. Dřívější umístění seniorů do jediné formy institucionální péče, státních

domovů důchodců, bylo obvyklým a výhradním způsobem řešení. Příbuzní je sporadicky navštěvovali, odnášeli důchod svého člena rodiny a stát platil veškeré náklady na zdravotní péči. Řada pracovníků zde jistě o seniory svědomitě pečovala, ale lidský přístup byl otázkou individuálního postoje každého pracovníka. Poslední léta svého života vesměs trávily senioři na vícelůžkových pokojích bez sociálního zázemí. To znamenalo direktivní přístup, rutinný skupinový systém péče bez hlubšího porozumění jednotlivým osobám jako individualitě, lidské bytosti, která má své potřeby a pocity a cítí a vnímá jak je o ni postaráno. Klient tak byl pasivním příjemcem poskytované péče a měl minimální prostor k tomu, aby mohl pokračovat ve svém předchozím navyklém způsobu života. Jeho návyky většinou nebyly zohledněny, nikdo se o ně nezajímal a musel se plně přizpůsobit chodu a režimu v zařízení. Situace se změnila po roce 1989 a výrazné změny doznala po vstupu zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách. Nový sociální zákon se dotknul všech uživatelů sociálních služeb a osob v nepříznivé sociální situaci, protože nastolil nová pravidla a vytýčil směr všeobecně od institucionalizace k deinstitucionalizaci, a to u mnoha skupin osob s různým postižením. (Malíková, 2011)

V tomto pojetí znamená přechod v poskytování sociálních služeb zaměřených na individuální podporu života člověka v jeho přirozeném prostředí. K dosažení tohoto cíle je na základě sociálního zákona rozvinutá široká škála terénních a ambulantních služeb, které umožňují mnoha osobám v nepříznivé situaci setrvat v domácím prostředí.

Cílem těchto služeb je (Janečková, 2005, s. 19):

- komplexnost
- být orientované na člověka, odrážet jeho přání a potřeby v individuálním plánu péče,
- být pružné (v případě měnících se potřeb),
- dostupné v čase (jsou poskytovány včas, jsou preventivně orientované),
- být kontinuální (jsou založeny na spolupráci různých objektů a sektorů – pečovatelů, zdravotníků, aj.),
- podporovat integraci člověka do společnosti a tím předcházet izolovanosti a samotě,
- opírat se o týmovou spolupráci personálu, který má možnost se soustavně vzdělávat a zlepšovat tak kvalitu péče.

Většina občanů se chce o své rodiče ve stáří a případné nesoběstačnosti postarat, a v případě nemožnosti zajistit péči sami, očekávají pomoc státu formou umístění nesoběstačného seniora do pobytového zařízení. Poskytované služby v pobytových zařízeních jsou financovány vícezdrojově a podílí se na nich i úhrady klientů a přiznané příspěvky na péči, které v plné výši náleží pobytovému zařízení, které seniorovi poskytuje sociální službu. Služby jsou poskytovány na základě společně vytvořeného individuálního plánu. Senior se tak stává aktivním spoluvůrcem poskytované služby a partnerem pečujících pracovníků. Již není pasivním příjemcem prováděných činností. Cílem poskytovaných služeb není vykonávat něco za seniora, ale pomáhat mu a podporovat jej, aby mohl některé činnosti provádět sám a byl co nejméně závislý. Udržováním soběstačnosti je zajištěna lidská důstojnost seniora, podporováno jeho sebevědomí, pocit vlastní hodnoty a ceny (Malíková, 2011).

Péče o seniory a přístup ke stárnutí a stáří musí směřovat k dodržení vytyčeného programu přípravy na stárnutí, zpracovaného ministerstvem práce a sociálních věcí. (MPSV, 2008)

Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012 stanovuje přístup ke starším osobám a formuluje priority a závazné úkoly v oblastech, jež mají zásadní vliv na kvalitu života starších osob. Jsou jimi zejména:

- udržení a zvýšení zaměstnanosti starších pracovníků,
- zvyšování jejich pracovní mobility a zabránění jejich vyčleňování z trhu práce,
- podpora a ochrana rovných práv a příležitostí a vyloučení diskriminace z důvodu věku,
- zajištění odpovídající, dostupné a potřebné péče a služeb pro seniory (sociální služby, zdravotní péče, bydlení aj.),
- podpora a rozšiřování celoživotního vzdělávání a podpora příležitostí k individuálnímu rozvoji a posílení nezávislosti,
- zajištění sociálního začlenění starších osob a seniorů, (www.seniorclub.cz/narodni-program.htm [cit. 20.2.211])

3.3 Pojetí kvalitní péče

Zdraví je bezpochyby jednou z nejdůležitějších hodnot v životě člověka. Oproti nemoci, která má často omezující charakter „je zdraví celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života.“ (Křivohlavý, 2002, s. 40) Se zdravím úzce souvisí zdravý životní styl, který by měl být součástí důstojného stárnutí, na jehož naplňování by se měla podílet jak společnost, tak jednotlivci sami. Především zdravá životospráva, kvalitní péče a dostatečné uspokojování základních lidských potřeb by měly vést ke zlepšení zdravotního stavu a k podpoře kvalitního života seniorů.

Jak uvádí (Kohoutek a kol. 1998) „Potřebou nazýváme pocíťovaný resp. prožívaný nedostatek nebo nadbytek něčeho.“ Pokud není uspokojena nižší potřeba, nemůže být uspokojena vyšší potřeba. Rozsah potřeb závisí na úrovni vývoje člověka a na jeho životních materiálních a sociálně kulturních podmínkách. „Potřeba je provázena vnitřním duševním napětím, které nás vede k určitému chování, jehož cílem je potřebu uspokojit. Tím dojde k redukci, resp. k vymizení tohoto duševního napětí. Dlouhodobá frustrace potřeb má téměř vždy nepříznivé důsledky na vnitřní rovnováhu.

Kvalita života seniorů a jejich potřeby jsou mapovány také z pohledu geriatrických syndromů. Vyskytují se především u seniorů ve vyšším věku, mohou být přítomny v oblasti psychické somatické i sociální. Většinou vyžadují dlouhodobou ústavní léčbu a jejich léčení znamená vysoké náklady. Přehled geriatrických syndromů uvádíme níže v tabulce č. 3.

Tabulka 3: Přehled geriatrických syndromů³

Somatické	Psychické	Sociální
poruchy chůze a pohyblivosti	demence	ztráta soběstačnosti
závratě, nestabilita, pády a úrazy	deprese	závislost na pomoci druhých
inkontinence moči a stolice	delirium	sociální izolace
poruchy termoregulace	poruchy chování	týrání a zneužívání
poruchy příjmu potravy a tekutin	poruchy adaptace	dysfunkce rodiny
dekubity		

³ TOPINKOVÁ, E., *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005, s. 10. ISBN 80-7262-356-6

Kvalitní zdravotní péče ve stáří vyžaduje odbornou specializovanou geriatrickou péči a současně geriatricky modifikované přístupy v rámci jednotlivých specializací. Nediskriminace v péči o staré a křehké pacienty neznamena nerozlišování, ale naopak zejména rozlišování a respektování rozdílných potřeb a rizik geriatrických pacientů.

Podle (Hnilicová, 2004) je „kvalita života seniorů často vnímána jako synonymum schopnosti vést nezávislý život a metody hodnocení se soustředí na schopnost provádět běžné každodenní činnosti. Ke kvalitě života ve starším věku přispívá především aktivita (práce, zájmy, studium, společenský život, plány): svoboda vybírat si a rozhodovat se: (cestování, volný čas, informace, zdravotní péče); zájem a podpora rodiny (být užitečný, těšit se na něco, příjemné stereotypy); zachované duševní schopnosti, soběstačnost a především schopnost vyrovnat se s nepříznivými skutečnostmi“.

Péče, kterou společnost seniorům nabízí, musí být poskytována bez omezení a ohledu na jejich sociální postavení, finanční zabezpečení, úroveň vzdělání nebo zdravotní stav. Měla by být v případě potřeby pro všechny dosažitelná. Na péči o staré občany se v současnosti podílí - stát a jeho zastupitelské orgány, nestátní subjekty (neziskové organizace, nadace, občanská sdružení aj.) zdravotní a sociální péče zajištěná prostřednictvím krajských, městských a obecních úřadů, rodinná péče a péče seniorů o sebe sama.

Mühlpachr (2004, s. 104) dělí péči o staré občany do třech úrovní:

1. péče o starého člověka v rodině
2. sociální péče o starého člověka v ambulantních podmínkách
3. ústavní péče o starého člověka

Kvalitní sociální a zdravotní péče pomáhá lidem řešit obtížné životní situace a především jim umožňuje co nejdéle setrvání v přirozeném domácím prostředí a zajišťování svých životních potřeb buď samostatně nebo za pomoci rodiny.

3.4 Kvalita služeb v zařízeních pro seniory

V sociálních a zdravotních službách je kvalita spojená s kvalitou života člověka. Podle (Herman, Hermanová a kol. 2008) je pojem kvalita v současnosti všeobecně velmi rozšířený a proniká do většiny odvětví. Termín kvalita sociálních služeb je vcelku mladý a jeho zavedení a užívání souvisí s nástupem sociálního zákona. Definice kvality sociálních služeb jsou často spojovány s následujícími oblastmi (Malíková, 2011, s. 133):

- spokojenost klienta
- reakce na potřeby klienta
- vysoká odborná úroveň péče
- cenová přiměřenost
- odpovídající prostředí
- bezpečí
- kontinuita péče
- dostupnost

Slovník sociální práce (Matoušek, 2008) uvádí kvalitu péče jako takovou, která je dostupná komukoliv a kdykoli a je co nejméně vázaná na cenu a natolik pružná, že dokáže reagovat na měnící se klientovy potřeby a průběžně je hodnocena někým jiným než tím kdo ji klientovi přímo poskytuje. Kvalitní péče počítá s tím, že klient nechce „finální produkt“, chce průběžnou pomoc při řešení svého problému, péče tedy musí být vysoce individualizovaná.

Kvalita ve službách má následující kritéria:

- spokojenost klienta a jeho rodiny
- reakce na potřeby toho, komu je určena
- profesionalita personálního zajištění služby
- vhodnost prostředí kde je služby poskytována
- udržitelnost - ekologický aspekt, přátelská k veřejnosti

(Mátl, Jabůrková, 2007, s. 72).

Škrba a Škrlová (2003, s. 19) popisují, že kvalita poskytovaných služeb je vyjádřena vysokým rozsahem velmi úzce provázaných činností, které se vzájemně doplňují.

Uvádějí jedenáct oblastí, tzv. dimenzí kvality:

- 1) bezpečnost
- 2) kompetence
- 3) přijatelnost
- 4) efektivnost
- 5) vhodnost
- 6) ekonomičnost
- 7) dostupnost
- 8) kontinuita
- 9) včasnost
- 10) přiměřenost
- 11) úcta a vnímavost.

Vnímání uvedených oblastí může být z pohledu jednotlivých zainteresovaných stran velmi odlišné. Jinak je bude vnímat zřizovatel, sociální pracovník, klient, rodinný příslušník, veřejnost.

Kvalitu v sociálních službách můžeme definovat jako soubor vlastností a znaků nějaké činnosti, které se vztahují na naplnění daných požadavků. Míru kvality sociálních služeb je možné definovat také jako pozitivní rozdíl od daných standardů. Standardy souží k tomu, aby zajišťovaly kvalitu poskytovaných sociálních služeb klientům a chránily jejich zájmy a práva v souvislosti se všemi činnostmi spojenými s poskytováním jakékoliv sociální služby. (Malíková, 2011)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

4.1 Východiska pro výzkum

Kvalita života je kompletní kritérium používané k hodnocení efektivity sociální péče. Opírá se buď o širší definici zahrnující zdraví, sociální postavení, mezilidské vztahy, materiální podmínky, přehled denních aktivit, nebo o jedno měřítko, např. o životní spokojenost. Závisle na pojetí se dá kvalita života kvantifikovat souborem hodnot nebo jednou hodnotou. Nástroji užívanými k hodnocení kvality života jsou sebesposuzovací škály, dotazníky, strukturovaný rozhovor, někdy i posouzení jinou osobou. (Matoušek, 2003)

Spokojenost (uživatele, seniora) je subjektivní ukazatel kvality. Obvykle se hodnotí s dostupností služby a mínění jedince o přijatelnosti služby. Poskytovatelé i hodnotitelé potřebují znát spokojenost, ale neměli by ji považovat za parametr největšího významu. (Matoušek, 2003)

V rámci výzkumné části se zabýváme problematikou subjektivního vnímání vlastní kvality života seniorů, vnímání jejich potřeb a spokojenost s nimi. Má-li dojít ke zkvalitnění života seniorů je nezbytné znát jejich momentální potřeby a jejich prožívání. Nelze vycházet jen z teoretického podkladu, ale je důležité opírat se o praktické znalosti situace potřeb a jejich hodnocení samotnými seniory. Výzkumné šetření, jehož závěry by tedy měli přispět k přiblížení světa seniorů a odhalit jak oni sami vnímají kvalitu svých potřeb.

4.2 Cíl výzkumu

Hlavní cíl jsme si rozčlenili na několik dílčích cílů, kterými jsou:

Dílčí cíl 1: Zjistit míru spokojenosti po stránce fyziologických potřeb.

Dílčí cíl 2: Zjistí míru spokojenosti v oblasti bezpečí a jistoty.

Dílčí cíl 3: Zjistit míru spokojenost ve společenských potřebách seniorské populace.

Dílčí cíl 4: Zjistit míru spokojenosti seberealizace u seniorů.

Dílčí cíl 5: Zjistit v seniorské populaci míru spokojenosti s vyššími vnitřními potřebami.

4.3 Použitá výzkumná metoda

Použili jsme aplikovaný kvantitativní výzkum, který byl prováděn pomocí standardizovaných dotazníků SQUALA, které byly rozdány zkoumaným osobám. Metoda byla zvolena z důvodu potřeby zjištění informací od co největšího počtu respondentů. V krátkém řízeném rozhovoru byly osoby seznámeny s problematikou a obsahem dotazníků, s jejich anonymitou a byli poučeni o způsobu vyplňování. Respondenti se nejdříve vyjádřili k demografickým údajům obsaženým v první části a následně pak k otázkám jednotlivých životních oblastí.

4.3.1 Dotazník

Kvalita života je měřena ze subjektivního hlediska a k tomuto účelu je vhodný dotazník kvality života SQUALA. Byl vytvořen v roce 1992 ve Francii M. Zannottim a vychází s Maslowovy teorie potřeb. Původní dotazník zahrnuje 23 oblastí života týkající se vnější i vnitřní skutečnosti každodenního života. Česká verze dotazníku na základě validizace obsahuje 21 oblastí (vypuštěny byly oblasti politika a víra). (Dragomirecká a kol. s. 11, 2006). Na validizaci dotazníku se podíleli pracovníci psychiatrického centra v Praze (Dragomirecká a kol. 2006) s centrem spolupracující organizace. Autorské vyjádření o použití dotazníku SQUALA (viz Příloha I).

Dotazník zjišťuje spokojenost, kterou respondent jednotlivým oblastem přikládá. Česká verze obsahuje následující oblasti: zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, prostředí bydlení, spánek, rodinné vztahy, vztahy s ostatními, děti, péče o sebe sama, láska, sexuální život, odpočinek, koníčky, pocit bezpečí, práce, spravedlnost, svoboda, krása a umění, pravda, peníze, jídlo. Spokojenost je vyhodnocována na pětibodové škále (0 = velmi zklaman – 4 = zcela spokojen).

4.4 Organizace výzkumného šetření

Dotazníkové šetření bylo uskutečněno během měsíců únor 2011- březen 2011. Distribuce probíhala rozdělením 120 dotazníků SQUALA. Rozdání dotazníků probíhalo osobní formou. Do instituce domova pro seniory v obci Nezdenice, kde žije celkem 165 seniorů, bylo rozdáno k vyplnění 60 dotazníků. Dále pak bylo distribuováno veřejné seniorské populaci celkem 28 dotazníků v Bojkovicích a 32 dotazníků v Uherském Brodě.

4.5 Charakteristika zkoumaného souboru

Základním souborem šetření byla seniorská populace žijící v Domově pro seniory a samostatně žijící. Předpokladem pro realizaci bylo svolení o uskutečnění výzkumu v instituci domova pro seniory v obci Nezdenice od vedoucího zařízení (DS Nezdenice 233, 687 32) Potřebný souhlas byl získán na základě osobního kontaktu.

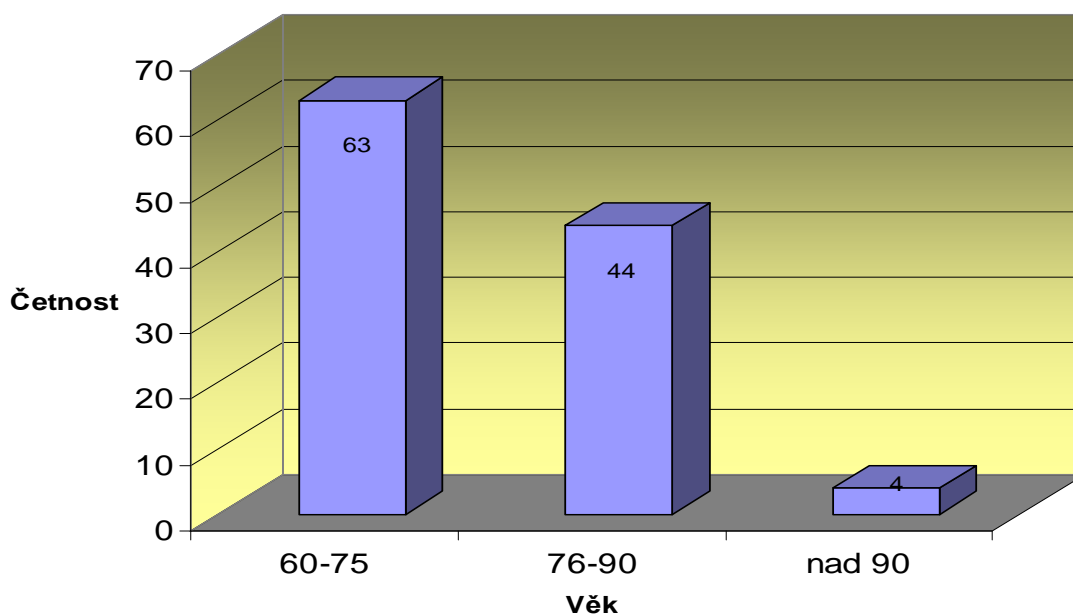
Celkem bylo rozdáno seniorům – respondentům 120 dotazníků SQUALA. Ze 120 dotazníků bylo 111 validních. Devět dotazníků bylo vyplněno nesprávně, proto jsme je do výsledků šetření nezařadili.

Tabulka 4: Počet mužů a žen zapojených do šetření

Pohlaví	Četnost	%
Muži	40	36
Ženy	71	64
Celkem	111	100

Celkový počet respondentů je 111 Počet mužů zapojených do šetření je 40, což je 36%, počet žen je 71, což je 64%.

Obrázek 1: Věk respondentů



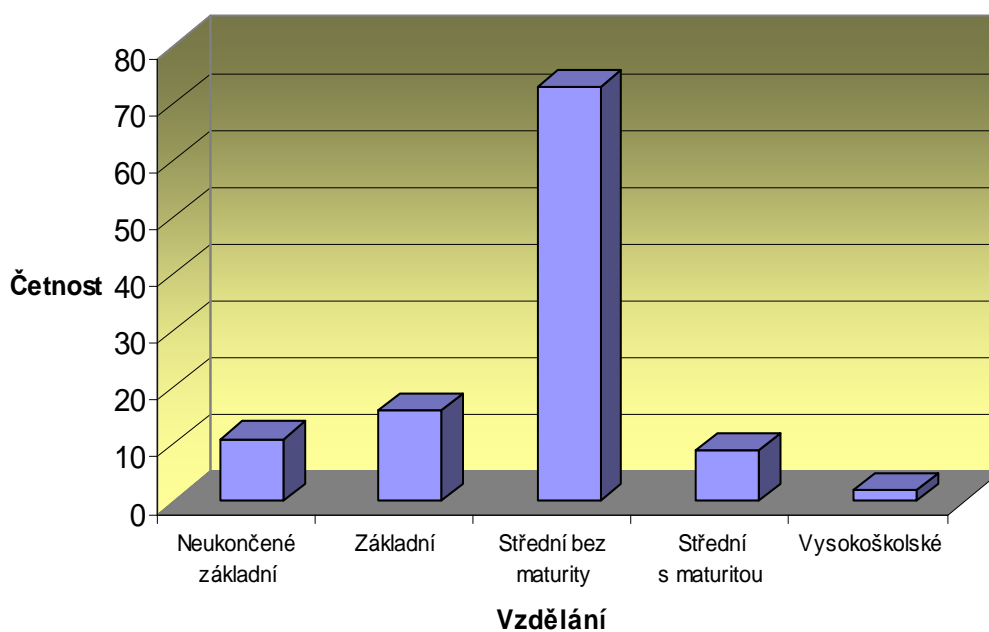
Věkový průměr je 75,6 let. Průměrný věk mužů je 71,8 let u žen je to 77,3 let. Nejmladší senior má 65 let a nejstarší 94 let.

Tabulka 5: Bydliště respondentů

Bydliště	Četnost	%
Obec do 10 000 obyvatel	79	71
Město nad 10 000-50 000 obyvatel	32	29
Město nad 50 000-100 000 obyvatel	0	0
Město nad 100 000 obyvatel	0	0

V obci do 10 000 obyvatel žije 79 respondentů (71%). Ve městě nad 10 000 – 50 000 obyvatel žije 32 respondentů (29%).

Obrázek 2: Ukončené vzdělání



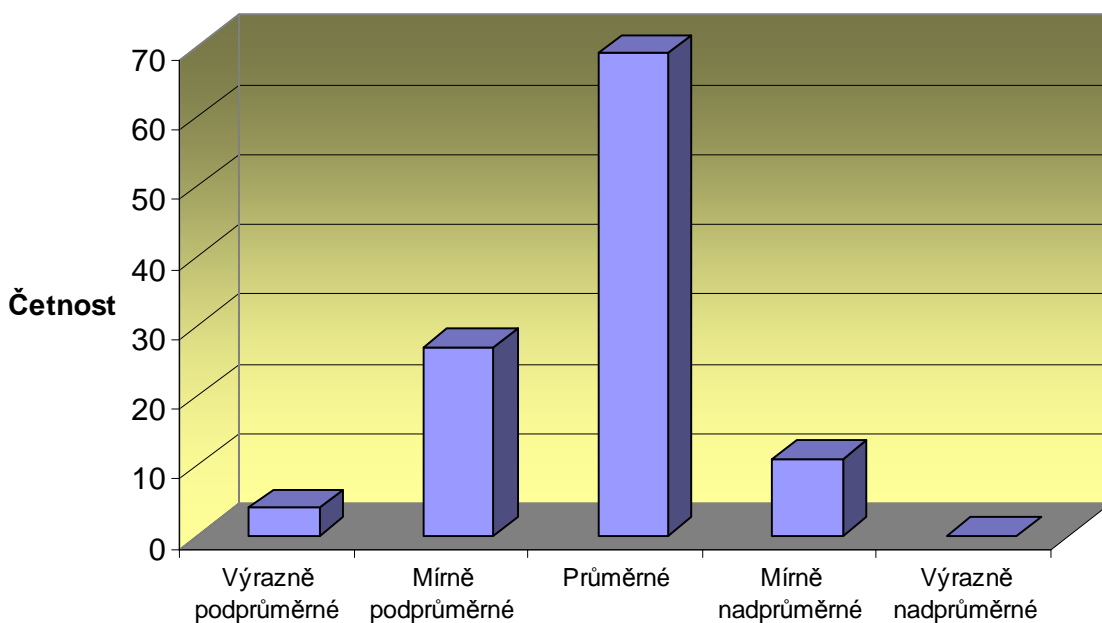
Na obrázku 2 vidíme, že nejvíce respondentů 73 (66%) má nejvyšší dosažené vzdělání střední vzdělání bez maturitní zkoušky, většinou se jedná o absolvování učebních oborů, základní vzdělání absolvovalo 16 (14%) respondentů, střední vzdělání s maturitou má 9 (8 %) z celkového počtu respondentů, neukončené vzdělání má 11 (10%) respondentů a nejméně 2 (2%) má vysokoškolské vzdělání.

Tabulka 6: Zaměstnání respondentů

Zaměstnání	Četnost	%
Soukromník	0	0
Zaměstnavatel další osoby	0	0
Pracující	0	0
Studující	0	0
Mateřská dovolená	0	0
V domácnosti	0	0
Důchodce (nepracující)	105	95
Invalidní důchodce	6	5
Nezaměstnaný/á	0	0
Voják základní služby	0	0
Jiné	0	0

Z celé skupiny respondentů je 105 (95%) důchodců (nepracujících), dalších 6 (5 %) respondentů je v invalidním důchodě.

Obrázek 3: Hmotné zabezpečení



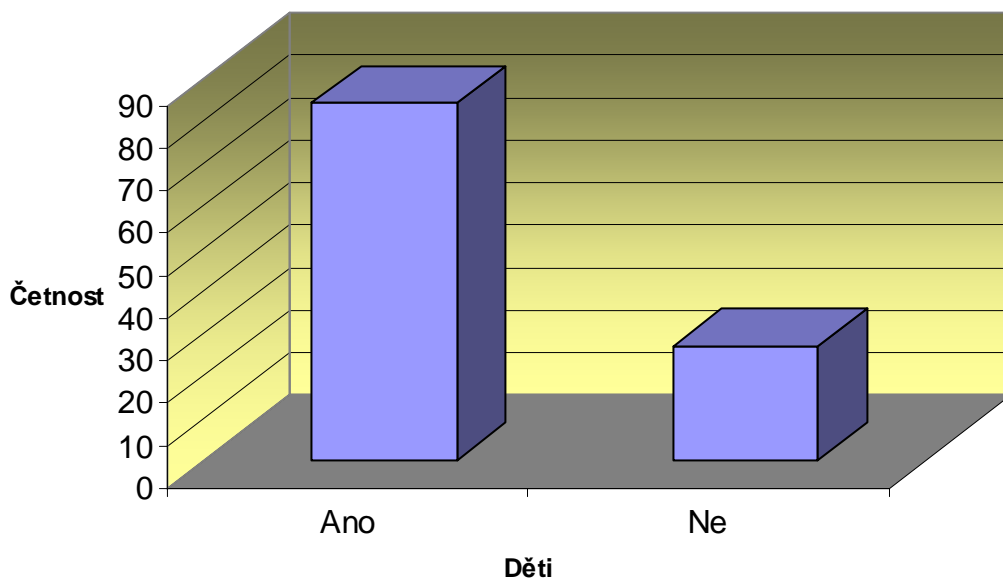
Většina respondentů 69 (62%) hodnotila úroveň svého hmotného zabezpečení jako průměrnou, dalších 27 (24%) ji ohodnotilo jako mírně podprůměrnou 4 (4%) respondentů za výrazně podprůměrnou a 11 (10%) respondentů za mírně nadprůměrnou.

Tabulka 7: Rodinný stav respondentů

Rodinný stav	Četnost	%
Svobodný/á	7	6
Ženatý/vdaná, s druhem	49	44
Rozvedený/á	8	7
Vdovec/vdova	47	43

Ze všech respondentů uvedlo 49 (44 %) rodinný stav ženatý / vdaná, s druhem, dalších 47 (43 %) uvedlo stav vdovec / vdova. Rozvedených respondentů bylo 8 (7 %) a svobodných 7 (6 %) respondentů.

Obrázek 4: Děti



Děti má 84(76 %) respondentů. Děti nemá 27(24%) respondentů. Průměrný počet dětí žijící s respondentem je 1,2.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V níže uvedené části se budeme zabývat výsledky dotazníkového šetření.

5.1 Výsledky šetření – dotazník

Výsledky k cíli 1: Zjistit míru spokojenosti po stránce fyziologických potřeb

K zjištění spokojenosti po stránce fyziologických potřeb se nám vztahují položky: oblast č. 1 – zdraví, oblast č. 2 – fyzická soběstačnost, oblast č. 3 – psychická pohoda, oblast č. 4 – prostředí bydlení, oblast č. 5 – spánek, oblast č. 9 – péče o sebe sama, oblast č. 11 – sexuální potřeby, oblast č. 12 – odpočinek a oblast č. 21 – jídlo.

Tabulka 8: Míra spokojenosti seniorů se zdravím

Oblast č. 1	Četnost	%
Zcela spokojen	28	25
Velmi spokojen	43	39
Spíše spokojen	24	22
Nespokojen	10	9
Velmi zklamán	6	5

V hodnocení spokojenosti se zdravím označilo 43(39%) respondentů odpověď velmi spokojen, zcela spokojeno je 28 (25%) respondentů, spíše spokojeno 24(22%), nespokojen 10(9%) a velmi zklamán 6 (5%) respondentů.

Tabulka 9: Míra spokojenosti seniorů s fyzickou soběstačností

Oblast č. 2	Četnost	%
Zcela spokojen	7	6
Velmi spokojen	31	28
Spíše spokojen	61	55
Nespokojen	11	10
Velmi zklamán	1	1

Míru spokojenosti s fyzickou soběstačností označilo 61 (55%) respondentů spíše spokojen, velmi spokojeno je 31 (28%) respondentů, nespokojeno je 11 (10%) respondentů, velmi zklamán 1 (1%) respondentů.

Tabulka 10: Míra spokojenosti seniorů s psychickou pohodou

Oblast č. 3	Četnost	%
Zcela spokojen	24	22
Velmi spokojen	37	33
Spíše spokojen	48	43
Nespokojen	2	2
Velmi zklamán	0	0

Spokojenost s psychickou pohodou považuje ve svém životě 48 (43%) respondentů za spíše spokojen, 37 (33%) za velmi spokojen, 24 (22%) respondentů zcela spokojen a nespokojen 2 (2%) respondentů.

Tabulka 11: Míra spokojenosti seniorů s prostředím bydlení

Oblast č. 4	Četnost	%
Zcela spokojen	24	22
Velmi spokojen	34	30
Spíše spokojen	32	29
Nespokojen	18	16
Velmi zklamán	3	3

V hodnocení spokojenosti s prostředím bydlení označilo 24 (22%) respondentů zcela spokojen, 34 (30%) respondentů velmi spokojen, spíše spokojeno je 32 (29%), nespokojeno je 18 (16%) respondentů a velmi zklamán 3 (3%) respondentů.

Tabulka 12: Míra spokojenosti seniorů se spánkem

Oblast č. 5	Četnost	%
Zcela spokojen	20	18
Velmi spokojen	34	31
Spíše spokojen	51	46
Nespokojen	6	5
Velmi zklamán	0	0

Se spánkem je v hodnocení spíše spokojeno 51 (46%) respondentů, velmi spokojeno 34 (31%), zcela spokojeno 20 (18%) a nespokojeno 6 (5%) respondentů.

Tabulka 13: Míra spokojenosti seniorů s péčí o sebe sama

Oblast č. 9	Četnost	%
Zcela spokojen	31	28
Velmi spokojen	39	35
Spíše spokojen	30	27
Nespokojen	11	10
Velmi zklamán	0	0

Spokojenost s péčí o sebe sama udává 31 (28%) respondentů zcela spokojen, velmi spokojeno je 39 (35%) respondentů, spíše spokojeno 30 (27%) a nespokojeno 11 (10%) respondentů.

Tabulka 14: Míra spokojenosti seniorů se sexuálním životem

Oblast č. 11	Četnost	%
Zcela spokojen	3	2
Velmi spokojen	15	13
Spíše spokojen	53	48
Nespokojen	39	36
Velmi zklamán	1	1

V hodnocení spokojenosti sexuální život označilo odpověď spíše spokojen 53 (48%) respondentů, velmi spokojen 15 (13%), zcela spokojen 3 (2%), nespokojen 39 (36%) respondentů a velmi zklamán je 1 (1%) respondentů.

Tabulka 15: Míra spokojenosti seniorů s odpočinkem

Oblast č. 12	Četnost	%
Zcela spokojen	19	17
Velmi spokojen	75	68
Spíše spokojen	9	8
Nespokojen	8	7
Velmi zklamán	0	0

V oblasti spokojenosti s odpočinkem označilo 75 (68%) respondentů odpověď velmi spokojen, zcela spokojeno je 19 (17%) respondentů, spíše spokojeno 9 (8%) a nespokojeno 8 (7%) respondentů.

Tabulka 16: Míra spokojenosti seniorů s jídlem

Oblast č. 21	Četnost	%
Zcela spokojen	21	19
Velmi spokojen	49	44
Spíše spokojen	38	34
Nespokojen	3	2
Velmi zklamán	1	1

Hodnocení spokojenosti s jídlem označilo odpověď velmi spokojen 49 (44%) respondentů, zcela spokojeno je 21 (19%), spíše spokojen 38 (34%) respondentů, nespokojen 3 (2%) respondentů a velmi zklamán 1 (1%) respondent.

Výsledky k cíli 2: Zjistí míru spokojenosti v oblasti bezpečí a jistoty.

K zjištění míry spokojenosti v oblasti bezpečí a jistoty se nám vztahují položky: oblast č. 6 – rodinné vztahy, oblast č. 14 – bezpečí a oblast č. 20 – peníze.

Tabulka 17: Míra spokojenosti seniorů v rodinných vztazích

Oblast č. 6	Četnost	%
Zcela spokojen	28	25
Velmi spokojen	49	44
Spíše spokojen	29	26
Nespokojen	5	5
Velmi zklamán	0	0

Spokojenost v oblasti rodinné vztahy označilo odpověď velmi spokojen 49 (44%) respondentů, zcela spokojen 28 (25%) respondentů, nespokojen je 5 (5%), spíše spokojeno 29 (26%) respondentů.

Tabulka 18: Míra spokojenosti seniorů s pocitem bezpečí

Oblast č. 14	Četnost	%
Zcela spokojen	30	27
Velmi spokojen	41	37
Spíše spokojen	29	26
Nespokojen	11	10
Velmi zklamán	0	0

V hodnocení spokojenosti s pocitem bezpečí je velmi spokojeno 41 (37%) respondentů, zcela spokojeno 30 (27%), spíše spokojeno 29 (26%) a nespokojeno je 11 (10%) respondentů.

Tabulka 19: Míra spokojenosti seniorů s penězi

Oblast č. 20	Četnost	%
Zcela spokojen	0	0
Velmi spokojen	15	14
Spíše spokojen	55	50
Nespokojen	31	28
Velmi zklamán	10	8

Spokojenost v hodnocení oblasti peníze označilo 55 (50%) respondentů spíše spokojen, velmi spokojeno je 15 (14%) respondentů, nespokojeno 31 (28%) a velmi zklamáno 10 (8%) respondentů.

Výsledky k cíli 3: Zjistit míru spokojenost ve společenských potřebách seniorské populace

K zjištění míry spokojenosti ve společenských potřebách se vztahují oblast č. 7 – vztahy s ostatními, oblast č. 8 – děti a oblast č. 10 – láska.

Tabulka 20: Míra spokojenosti seniorů ve vztazích s ostatními

Oblast č. 7	Četnost	%
Zcela spokojen	11	10
Velmi spokojen	45	41
Spíše spokojen	47	42
Nespokojen	7	6
Velmi zklamán	1	1

Hodnocenou spokojenost ve vztazích s ostatními označilo 47 (42%) respondentů spíše spokojen, velmi spokojen 45 (41%) respondentů, zcela spokojen 11 (10%) respondentů, nespokojen 7 (6%) a velmi zklamán je 1 (1%) respondentů.

Tabulka 21: Míra spokojenosti seniorů s dětmi

Oblast č. 8	Četnost	%
Zcela spokojen	25	23
Velmi spokojen	67	60
Spíše spokojen	9	8
Nespokojen	10	9
Velmi zklamán	0	0

V hodnocení spokojenosti s dětmi označilo 67 (60%) respondentů odpověď velmi spokojen, nespokojen 10 (9%) respondentů, spíše spokojen 9 (8%) a zcela spokojeno 25 (23%) respondentů.

Tabulka 22: Míra spokojenosti seniorů s láskou

Oblast č. 10	Četnost	%
Zcela spokojen	15	14
Velmi spokojen	40	36
Spíše spokojen	45	40
Nespokojen	11	10
Velmi zklamán	0	0

Míru spokojenosti v hodnocení oblasti láska je velmi spokojen 40 (36%) respondentů, zcela spokojen 15 (14%), spíše spokojen 45 (40%) respondentů a nespokojen 11 (10%) respondentů.

Výsledky k cíli 4: Zjistit míru spokojenosti seberealizace u seniorů.

K zjištění míry spokojenosti seberealizace u seniorů se vztahují položky: oblast č. 13 – koníčky a oblast č. 25 – práce.

Tabulka 23: Míra spokojenosti seniorů s koníčky

Oblast č. 13	Četnost	%
Zcela spokojen	8	7
Velmi spokojen	16	14
Spíše spokojen	79	71
Nespokojen	8	8
Velmi zklamán	0	0

V hodnocení spokojenosti s koníčky je 79 (71%) respondentů spíše spokojeno, velmi spokojeno je 16 (14%) respondentů, zcela spokojeno 8 (7%) respondentů, nespokojeno 8 (8%) respondentů.

Tabulka 24: Míra spokojenosti seniorů s prací

Oblast č. 15	Četnost	%
Zcela spokojen	12	11
Velmi spokojen	69	62
Spíše spokojen	28	25
Nespokojen	2	2
Velmi zklamán	0	0

V hodnocení spokojenosti práce označilo 28 (25%) respondentů odpověď spíše spokojen, 12 (11%) respondentů je zcela spokojeno, velmi spokojeno je 69 (62%) respondentů a nespokojeno 2 (2%) respondentů.

Výsledky k cíli 5: Zjistit v seniorské populaci míru spokojenosti s vyššími vnitřními potřebami.

K cíli 5 se vztahuje oblast č. 16 – spravedlnost, oblast č. 17 – svoboda, oblast č. 18 – krása a umění a oblast č. 19 – pravda.

Tabulka 25: Míra spokojenosti seniorů se spravedlností

Oblast č. 16	Četnost	%
Zcela spokojen	1	1
Velmi spokojen	9	8
Spíše spokojen	63	57
Nespokojen	30	27
Velmi zklamán	8	7

V hodnocení spokojenosti v oblasti spravedlnost je 63 (57%) respondentů spíše spokojeno, zcela spokojeno 1 (1%) respondentů, velmi spokojeno 9 (8%) respondentů, nespokojeno je 30 (27%) a velmi zklamáno 8 (7%) respondentů.

Tabulka 26: Míra spokojenosti seniorů se svobodou

Oblast č. 17	Četnost	%
Zcela spokojen	6	5
Velmi spokojen	55	50
Spíše spokojen	26	23
Nespokojen	24	22
Velmi zklamán	0	0

V hodnocení oblasti svoboda je spíše spokojeno 26 (23%) respondentů, velmi spokojeno je 55 (50%) respondentů, zcela spokojeno 6 (5%) respondentů a nespokojeno 24 (22%) respondentů.

Tabulka 27: Míra spokojenosti seniorů s krásou a uměním

Oblast č. 18	Četnost	%
Zcela spokojen	19	17
Velmi spokojen	26	23
Spíše spokojen	51	46
Nespokojen	11	10
Velmi zklamán	4	4

V hodnocení spokojenosti s krásou a uměním je spíše spokojeno 51 (46%) respondentů, velmi spokojeno 26 (23%) respondentů, zcela spokojeno 19 (17%) respondentů, nespokojeno 11 (10%) a velmi zklamáno 4 (4%) respondentů.

Tabulka 28: Míra spokojenosti seniorů s pravdou

Oblast č. 19	Četnost	%
Zcela spokojen	3	3
Velmi spokojen	15	14
Spíše spokojen	81	73
Nespokojen	10	8
Velmi zklamán	2	2

V hodnocení spokojenosti s oblastí pravda označilo 81 (73%) respondentů odpověď spíše spokojen, velmi spokojen 15 (14%) respondentů, zcela spokojen 3 (3%), nespokojen 10 (8%) respondentů a velmi zklamán 2 (2%) respondentů.

Je ještě něco jiného, co považujete v životě za důležité?

Na tuto otázku odpovědělo celkem 46 (42%) respondentů ze 111.

Odpovědi byly následující:

- Radost z dětí a vnoučat
- Dobré rodinné poměry
- Uznání, dobří přátelé, pravdomluvnost,
- Sportovní kroužek
- Sokol
- Hudba
- Empatie vůči ostatním
- Úcta ke stáří
- Zdraví a více aktivit
- Rodina prioritní

6 DISKUSE K VÝZKUMU

Východiskem při plánování a realizaci našeho výzkumu bylo zjistit míru spokojenosti seniorů v oblasti potřeb z hlediska zastoupení cílové skupiny pokud možno v co největší šířce. Pro dosažení všech dílčích cílů bylo potřeba, aby respondenti na všechny stanovené oblasti opověděli na základě pětibodové škály.

V míře spokojenosti v **dílčím cíli č. 1** v oblasti fyziologických potřeb hodnotilo 85% seniorů nejlépe oblast odpočinek. Seniori jsou s odpočinkem spokojeni a rádi odpočívají nejen například na zahradě na sluníčku, ale také jak sami tvrdili, dokáží odpočívat i u pěkného televizního filmu. (Šiltec, 2004) uvádí, že odpočinek znamená hluboké uvolnění, je to tedy tělesné a duševní uvolnění současně a je třeba, aby svalová soustava odpočívala. Sníží se tak napětí a dosáhne kvalitního odpočinku.

Další fyziologickou potřebou, se kterou jsou seniori spokojeni, je oblast zdraví. Zdraví a péče o zdraví patří k základním lidským právům.

Hodnotilo ji 64% seniorů. Ke zdraví patří hlavně pohyb. Domníváme se, že pokud jedinec není omezen nemocí, nebo fyzickou nesoběstačností, pomáhá pohyb na zvýšení odolnosti proti zevním vlivům a je vhodný v každém věku. Ovlivňuje jak fyzickou, tak i duševní stránku života, je nejlepším regulátorem, při němž dochází ke zlepšení pocitu zdraví a kvality života. Pozitivní působení na organismus závisí na vhodném výběru pohybových činností. Tento výběr musí být ale podřízen zdravotnímu stavu, věku, pohlaví a samozřejmě výkonnosti organismu daného jedince. Zdraví, jak uvádí (Křivohlavý, 2001, s. 40), je bezpochyby jednou z nejdůležitějších hodnot v životě člověka. Oproti nemoci, která má často omezující charakter, je zdraví celkový tělesný, psychický, sociální a duchovní stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života.

Pro seniory je hodně důležité a stěžejní dobře bydlet, hlavně tam, kde jsou tzv. zakořenění, neboť jakákoliv změna, přemístění nebo přestěhování je pro ně ve vyšším věku velmi frustrující. Spokojenost s bydlením uvádí 52% dotázaných seniorů.

Společnost by měla vytvářet podmínky pro důstojné a přiměřené bydlení seniorů, aby seniori nebyli odlučováni od rodin a ostatní společnosti. K zabezpečení tohoto posledního principu Národního programu přípravy na stárnutí populace je třeba vytvářet takové podmínky pro bydlení seniorů, které budou zajišťovat důstojný život, respekt k soukromí, pocit bezpečí a takový rozsah sociálních služeb, který oddálí vznik závislosti seniorů a umožní jim

setrvat ve svém přirozeném prostředí do konce života. Bezpečné bydlení a prostředí podporující mobilitu a sociální vztahy je podmínkou zachování nezávislosti a sociální participace ve stáří. Bydlení odpovídající funkčnímu zdravotnímu stavu umožňuje žít v přirozeném prostředí i v případě zdravotních a jiných omezení. Bezbariérové bydlení zvyšuje bezpečnost a usnadňuje péči neformálním i profesionálním pečovatelům. Stavebně technické podmínky bezbariérovosti splňují upravitelné byty, které bez dalších stavebních zásahů umožňují uspokojování bytových potřeb osob s omezenou schopností pohybu a orientace. (<http://www.mpsv.cz/cs/5045#rp> [cit. 21.3.2011])

S péčí o sebe sama je spokojeno 63% seniorů. S fyzickou soběstačností je naopak 66% seniorů spokojeno méně.

Soběstačnost obecná je schopnost vést důstojný život samostatně v přirozeném, obvykle náročném prostředí, a schopnost postarat se o sebe sama bez cizí dopomoci. Soběstačnost konkrétní je schopnost vést důstojný život samostatně v konkrétních podmínkách stávajícího bydliště a sociálního prostředí.

Soběstačnost v základních sebeobslužných aktivitách - jedná se o schopnost obstarat základní sebeobslužné výkony (najíst se, vykonat hygienu, vykonat toaletu, přesunout se, zachovat čistotu atd.) schopnost obejít se bez pomoci v péči o vlastní osobu. Adekvátní zdravotní péče zaměřená na funkční zdraví, prevenci a intervenci může významně minimalizovat riziko závislosti a potřebu dlouhodobé péče. Zdravé a aktivní stárnutí může přispět ke zlepšení zdraví, větší sociální inkluzi a spokojenosti, které snižují riziko ztráty soběstačnosti. Bezpečné, bezbariérové a stáří vstřícné prostředí a design, moderní technologie a podpora nezávislosti a samostatného života mohou usnadnit situaci pečovatelům a snížit potřebu poskytování péče nebo její náročnost. (<http://www.mpsv.cz/cs/5045#rp> [cit. 21.3.2011]) Klíčovým faktorem zvýšení kvality péče je rozvoj vzdělávání. Integrace poznatků geriatrické a gerontologické do vzdělávání lékařů a zdravotnických pracovníků je předpokladem zavedení moderních přístupů a metod do praxe.

Další uvedenou fyziologickou potřebou je spánek a jídlo.

V hodnocení označilo spokojenost se spánkem 46% seniorů jako spíše spokojen a 5% seniorů nespokojen. Klíčem k osvěžujícímu nočnímu spánku je úplné fyzické psychické uvolnění v době, kdy postupně vypínáme a chystáme se k spánku. Poruchy spánku se bohužel řadí mezi časté problémy většiny seniorů. Příčinou bývají symptomy somatických

onemocnění, ale negativní vliv má také deprese a úbytek kognitivních funkcí. Změny v charakteru spánku u seniorů spočívají v tom, že déle usínají, opakovaně se budí, ráno brzy vstávají a přes den si často zdřímnou.

Spokojenost s jídlem hodnotilo 63% seniorů.

(Štílec, 2004, s. 27) uvádí, že výživa má na kvalitu života velký vliv. Jídlo se životem souvisí, bez něj bychom nemohli žít. Jíst pomalu a pravidelně patří mezi zásady zdravé výživy. Důležitá je vyváženost mezi složkou rostlinnou a živočišnou. Sůl a cukr tělu neprospívají a škodí. Důležité hlavně u seniorů je dodržování pitného režimu.

V hodnocení oblasti sexuálních potřeb, kde 48% seniorů je spíše spokojeno, nespokojeno je 36% a zklamáno 1% seniorů je zjevné, že sexualita již nenabývá velkých hodnot.

Sex už nemůže být chápán jako oblast výkonová a jedinec jím nemůže potvrzovat své osobní kvality. Stárnoucí člověk si uvědomuje, že už není tak tělesně přitažlivý jako býval dřív. Sexualita je i ale ve vyšším věku ovšem stále přirozenou součástí života, je však velmi citlivou oblastí, která ovlivňuje velké množství faktorů. Potřeba intimity staršího člověka je více zaměřena na sdílení, jistotu akceptace a podpory. (Vágnerová, 2000)

V míře spokojenosti v **dílčím cíli č. 2** vyjádřilo spokojenost s bezpečím 64% seniorů.

Potřeba bezpečí je jednou ze základních lidských potřeb. Starší lidé jsou ve vyšší míře ohroženi majetkovou i násilnou trestnou činností. Mohou se stát oběťmi domácího násilí, podvodného jednání a být vystaveni různým formám zneužívání, včetně finančního, psychologického a sexuálního. Ke zneužívání a zanedbávání může docházet jak ze strany rodiny, tak při poskytování zdravotní nebo sociální péče. Starší lidé mohou být nedobrovolně zbaveni bytu, majetku, manipulací může dojít k nedobrovolné institucionalizaci, zejména u lidí závislých na péči, trpících demencí a jinak znevýhodněných či zranitelných. Citová jistota a bezpečí je velmi důležitá, neboť také ztráta profesní role zvýší nejistotu seniora, protože mu vezme jeho pozici ve společnosti a ponechá mu jen zázemí uvnitř malých sociálních skupin. Jak uvádí (Malíková, 2011) odchod do důchodu zvyšuje riziko sociální izolace zejména u lidí, kteří žijí osaměle. Role seniora je jednoznačně rolí starého člověka, a proto posiluje různé obavy, spojené s představou negativních důsledků pokračujícího stárnutí.

K zajištění plnohodnotného života ve stáří je nezbytné i přiměřené hmotné zabezpečení jako předpoklad ekonomické nezávislosti seniorů. Toto zabezpečení je výsledkem celoži-

votní aktivity člověka a jeho odpovědného přístupu k přípravě na stáří. Současně je v této souvislosti třeba akceptovat mezigenerační solidaritu ve společnosti v těch případech, kdy si senior není schopen dostatečné hmotné zabezpečení zajistit.

S oblastí peníze je spokojeno 14% seniorů, spíše spokojeno 50%, nespokojeno 28% a velmi zklamáno 8% seniorů.

K zabezpečení tohoto principu je nutné podporovat vědomí vlastní odpovědnosti za přípravu na stáří, informovat o podmínkách nároku na důchod a posílit význam penzijního pojištění k vytváření finančních rezerv na stáří. Ekonomická aktivita starších osob je přínosem pro kvalitu života těchto osob, jejich rodiny a pro celou společnost. Přispívá k vyšší životní úrovni ve stáří. Pracovní život je zdrojem spokojenosti, identity, sociálního statusu, uznání, sebeúcty a sociálních vztahů.

Velmi důležitou součástí identity starého člověka je rodina a rodinné vztahy. V moderní době ovšem ubývá mezigeneračního soužití, rodinné vazby se uvolňují. Mladí často říkají, že mají plné právo na svou seberealizaci podle svých představ a potřeb. Prarodiče pak žijí samostatně, ale zároveň i v osamocení. Necítí podporu svých dětí například v době životních krizí. Dochází k citovému oslabení, vážne například důvěrnější komunikace v rámci rodiny. Rodina představuje pro seniora významnou podporu, a to zvláště v případech, kdy je senior umístěn do ústavního zařízení, nejčastěji do domova pro seniory. Rodinní příslušníci se podílejí na péči především v plnění fyzických potřeb. K tomu, aby se blízcí mohli podílet na péči, je nutné, aby věděli, jakým způsobem a do jaké míry. Proto je velmi důležitá komunikace rodiny a profesionálního ošetřujícího personálu.

Rodina a rodinné vztahy jsou pro sociální role a život seniora velmi důležité, proto 69% seniorů uvádí v hodnocení svoji spokojenost s rodinnými vztahy.

Vztah rodiny k seniorům nemusíme měřit časem, který jim věnujeme, spíše jim splácejme lásku, důvěru a trpělivost, s jakou se o nás starali, když jsme byli ještě malé děti. I my budeme rádi, když se naše děti budou podobným způsobem věnovat nám.

V míře spokojenosti ve společenských potřebách **v dílčím cíli č. 3** uvedlo 73% seniorů spokojenost v oblasti dětí.

Děti jsou pro starší lidi citovou oporou, zázemím a zdrojem pomoci. Vztah k dětem a vnukům je jedním z nevýznamnějších zdrojů uspokojení potřeby citové jistoty, představuje jakési symbolické zázemí. Staří lidé mají tendenci své děti a vnuky idealizovat. Prožívají

jejich úspěchy i neúspěchy jako svoje vlastní. Obě mladší generace jsou součástí a symbolickým pokračováním jejich života. (Vágnerová, 2004)

Kontakt s dětmi a vnuky uspokojuje i psychické potřeby starého člověka. Jeho vztah k dětem a vnukům prochází v období stáří různými fázemi, v nichž se projevuje postupné zvyšování závislosti.

Jak uvádí (Pichaud, Thareauová, s. 38, 1997), člověk nemůže žít sám. Potřebuje kontakt, komunikaci, být s druhými. Tyto společenské potřeby zahrnují několik druhů potřeb: potřeba být informován, mít přehled co se děje, mít zprávy o dětech, být s nimi v kontaktu. Být v kontaktu také s přáteli, sousedy, navštěvovat se s nimi – sounáležit.

Potřeba lásky znamená mít někoho rád a být milován druhými. Potřeba vyjadřovat se, být vyslechnut – mít možnost s někým si popovídat, říct svoji myšlenku nebo svůj názor. V hodnocení oblasti láska je spokojeno 50% seniorů.

Potřeba lásky je přirozenou potřebou každého člověka, pro starší lidi, kteří se často cítí nepotřební, osamocení a odstrčení je tato hodnota důležitá právě k jejich duševní rovnováze a zdraví.

Kontakt s vrstevníky přináší starému člověku jiné uspokojení než kontakt s mladšími lidmi. Ve vztazích s ostatními označilo míru spokojenosti 51% seniorů. Staří lidé cítí silnější generační solidaritu, vrstevníci starému člověku lépe rozumějí. Mají stejné zkušenosti a chápou jeho současnou potíže. Vrstevníci spoluvytvářeli svět starého člověka po celý jeho život. Důraz na vrstevníky je ve stáří stejně silný, jako byl v dětství a dospívání. (Vágnerová, 2000). Obě zmíněné generační skupiny jsou pak závislé na dospělých, na rodině i na společnosti. Dobré vztahy a přátelství jsou pro staré lidi duševním osvěžením a jejich pěstování je prevencí proti samotě a izolovanosti, neboť ve vyšším věku nám odchází naši vrstevníci a mnohdy nečekaně i dobří přátelé a starý člověk si připadá osaměle.

V míře spokojenosti **v dílčím cíli č. 4** označilo svoji spokojenost s oblastí práce 73% dotázaných seniorů. S oblastí koníčky je spokojeno 21% seniorů, spíše spokojeno 71% a nespokojeno 8%, což dokazuje, že za nejdůležitější v celém přístupu k seniorům a k rozvoji a realizaci považujeme fakt, že nečinností se jakékoliv funkce lidského těla i mysli ztrácejí, naopak činností se posilují, udržují a rozvíjejí. Nebránit se ničemu novému a nespokojovat se s málem patří mezi prevenci patologického stárnutí. Starý člověk by neměl slevovat a neměl by si nic odpouštět a raději očekávat od sebe co nejvíc. „Nebezpečí teorie, která se

dívá na člověka jako nástroj, je v tom, že nám doporučuje, abychom s přibývajícím věkem zpomalili a začali se šetřit. Tak začne pomalu ubývat fyzických a mentálních schopností, tělo ztrácí pohyblivost, nastanou potíže s pamětí, koncentrací, s učením se novým věcem“.

(Rheinwaldová, 1999, s. 8) Je to logické, ten kdo byl celý život aktivní s velkou pravděpodobností bude v nějaké aktivitě pokračovat, dokud to u něj bude možné, zatímco lidé, kteří vedli život spíše bez aktivit, zejména mimopracovních, budou i ve stáří spíše pasivnější. U každého je důležitá různá individuální motivace.

Vyšší potřeby, které jsou spojeny s bytím člověka, nazval A. H. Maslow B – potřebami. Jsou to potřeby spravedlnosti, dobra, pravdy, svobody a krásy. Některé potřeby mohou vyplývat jak z deficitu, tak z bytí, například láska může pramenit z nedostatku citových vztahů, které chce člověk saturovat, nebo nemůže vycházet s přání prokázat druhým lidem dobro. Během života mohou být jednotlivé potřeby buď maximalizovány, minimalizovány, frustrovány, deprivovány, preferovány nebo potlačovány. Záleží to na vzorech, které napodobujeme. (Kohoutek a kol. 1998)

Míra spokojenosti s vyššími potřebami **v dílčím cíli č. 5** uvedlo 55 % dotázaných spokojenost se svobodou. Spokojenost s pravdou hodnotilo 18% spokojen, spíše spokojeno je 73% seniorů, 8% uvádí nespokojeno a 2% velmi zklamán.

Lidé jsou si rovni v právech a důstojnosti bez ohledu na věk. Diskriminace a vyloučení ze společnosti má negativní zdravotní a ekonomické dopady nejen pro jedince, ale pro celou společnost. Starší lidé čelí diskriminaci v různých oblastech života. Diskriminační jednání může být přitom často považováno za přirozené a samozřejmé a nemusí být jako diskriminační vnímáno. (<http://www.mpsv.cz/cs/5045#rp> [cit. 21.3.2011])

Je nutné začít zákonem základním, a to Listinou základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku České republiky, a tedy normou nejvyšší, z které jsou všechny ostatní normy odvozeny a s níž nesmí být v rozporu. Práva seniorů jakožto plnoprávných občanů tohoto státu jsou chráněna stejnou měrou jako práva všech obyvatel. Listinou základních práv a svobod je zaručena svoboda a rovnost všech lidí, nedotknutelnost osoby seniora a jejího soukromí, osobní svoboda, právo na zachování osobní cti, dobré pověsti a jména osoby. Stát je povinen chránit osobu seniora. Omezení osobní svobody je nepřijatelné. K hlavním etickým principům patří respekt k jedinečnosti člověka, uznání rovnosti všech lidí, respekt k důstojnosti osobnosti seniora, k jeho nezávislosti a právu na soukromí.

Se spravedlností je spíše spokojeno 57 % seniorů, 27% je nespokojeno a 7% velmi zklamáno. Vzhledem ke zvyšujícímu se počtu seniorů ve společnosti je nutné vytvořit podmínky pro aktivní a plnohodnotný život seniorů, prosazovat mezilidskou solidaritu, spravedlnost, toleranci a porozumění, potírat diskriminaci a sociální vyloučení seniorů, bránit vyloučení seniorů z veřejného života a podporovat aktivní stárnutí.

Hodnota krásy a umění, se kterou je spokojeno 40% dotázaných nemá pro starší lidi až tak velký význam, ať už z důvodů finančních, zdravotních nebo jiných. Umění ovšem jistě ovlivňuje náš život hlouběji, než si někdy přiznáváme. Význam estetické výchovy z hlediska individuálního vytváří rozvoj psychických a fyzických funkcí, tvůrčí aktivity, obohacení poznávání reality, umocnění postojů jedince ke skutečnosti. Z hlediska společenského znamená vytvoření předpokladů kulturního a uměleckého života společnosti.

„Kvalita života závisí na hodnotové orientaci člověka a jeho vnímání smyslu života a ochotě volit k jeho dosažení odpovídající nástroje. Nabízejí se dvě strategie zlepšování kvality života. První je založena na snaze měnit vnější okolnosti vlastního života podle svých životních cílů, druhá spočívá ve změně prožívání, aby existující vnější podmínky člověk přijímal v lepší shodě se svými cíli. Ani jedna ze zmíněných strategií nebývá zcela efektivní, pokud je použita izolovaně. Pro kvalitní život se obvykle musí kombinovat obě strategie. Prožitky, radosti a štěstí zkvalitňují život. Jeden z významných faktorů, který aktivnímu přístupu k životu pomáhá bez ohledu na věk, je přiměřený tělesný pohyb. Člověk smysluplně žije a je relativně zdrav, když se dostatečně pohybuje, plně dýchá, žije v rytmu s přírodou, rozumně se vyživuje, má svěží a pozitivní mysl a udržuje dobré vztahy se světem.“

(Šiltec, 2004, s. 23-24)

ZÁVĚR

Stáří je skutečnost, se kterou se mnozí neradi vyrovnávají, a proto hledají způsoby, jak délku života prodloužit. Cílem těchto snah je zlepšit kvalitu života na takovou úroveň, která by jim umožnila zachovat si co nejdéle vitalitu, zdraví a tím i soběstačnost. Faktorů, které ovlivňujících kvalitu života, je hodně. U každého je však pojem „kvality života“ prezentován různě a to na základě rozdílnosti hodnot a potřeb, které člověk uznává. Dalo by se říci, že na stáří se připravujeme celý život. Na jeho průběh má vliv způsob života jakým jsme dosud žili, který zahrnuje životní styl, péči o zdraví, životosprávu, psychickou a fyzickou aktivitu, pěstování koníčků, sociálních vztahů, aj. Záleží však na každém, jak zodpovědně přistoupí k přípravě na vlastní stáří a jak využije všech prostředků k dosažení důstojného a hodnotného prožití této fáze života. Na kvalitu života má vliv nejenom samotný jedinec, ale v nemalé míře také společnost. Z její strany se jedná především o zdravotní a sociální péči, nabídku různých kulturních a zájmových činností, aktivizačních programů, vzdělávacích programů a možností zapojení do společenského života.

Na kvalitu života každý z nás pohlíží jiným způsobem. Někdo je skromný a spokojený s málem, jinému pro kvalitně prožitý život nestačí prakticky žádné hodnoty. Každý jsme individualitou, každý pohlížíme na život z jiného úhlu pohledu a někdy se stane, že to, co jsme měli, si plně uvědomíme, až to začneme ztrácet.

V moderním přístupu ke stáří a k péči o seniory se setkáváme s dynamickou teorií stárnutí. Ta vidí člověka jako ucelený dynamický proces, který má do určité míry schopnost regenerace. Lidské tělo i mysl posiluje činnost, která jej udržuje a rozvíjí. Nečinností se naopak jedinec ztrácí. Stáří není nemoc. Nemoci mají hodně fyziologických, fyzických a psychologických příčin, kdy důležitou roli hraje osobnost, životní styl a prostředí, ve kterém člověk žije. U seniorů je třeba sledovat cíl péče a jejich aktuální potřeby. Má být o ně pečováno tak, aby se cítili spokojeni a aby byla zachována jejich lidská důstojnost a hodnota.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1.] DRAGOMIRECKÁ, E., ŠKODA, C., *Kvalita života. Vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii*. ČS Psychiatrie, 1997,
- [2.] DRAGOMIRECKÁ, E., a kol. *SQUALA. Příručka pro uživatele české verze dotazníku subjektivní kvality života SQUALA*. Psychiatrické centrum. Praha: 2006 ISBN 80 851121- 82 - 4
- [3.] DRAGOMIRECKÁ, E., *Kvalita života hodnotící kritérium léčby u vybraných duševních nemocí. Závěrečná zpráva*. Grant IGA MZ ČR. Praha: 2000.
- [4.] FERJENČÍK, J., *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80- 7178-367- 6
- [5.] HAŠKOVCOVÁ, H., *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158- 2
- [6.] HENDL, J. *Přehled statistických metod zpracování dat*. Praha: Portál 2004. ISBN 80-7178-820-1
- [7.] HERMAN, J., HERMANOVÁ, M., a kol. *Základy managementu sociálních služeb*. Brno: T.I.G.E.R., 2008. ISBN 57—860-08
- [8.] HNILICOVÁ, H., *Kvalita života*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2004. ISBN 80-86625-20-6
- [9.] HROZENSKÁ, M. a kol. *Sociální práce so staršími lidmi a jej teoreticko praktická východiska*. Martin: Osveta, 2008. ISBN 978- 80- 8063- 282- 3
- [10.] JANEČKOVÁ, H., *Bydlení seniorů – kvalita domova jako podmínka kvality života*. Gerontologické aktuality č. 8, 2005.
- [11.] JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H., *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367- 592-9
- [12.] KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A., *Stáří*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-455- 5

- [13.] KALVACH, Z, a kol. *Úvod do gerontologie a geriatricie*. Praha: Karolinum 1997, ISBN 80-7184- 366 -0
- [14.] KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978 - 80- 247- 2169- 9
- [15.] KOHOUTEK, R., a kol. *Základy sociální psychologie*. Brno: CERM, s.r.o. 1998. ISBN 80-7204 - 064 -2
- [16.] KŘIVOHLAVÝ, J, *Psychologie zdraví*. Praha: 2001, ISBN 80- 7178- 551 -2
- [17.] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*, Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0
- [18.] KOVÁČ, D., *Kvalita života – naléhavá výzva pre vedu nového storočia. ČS. psychiatrie*. 2004
- [19.] MALÍKOVÁ, E., *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978- 80- 247- 3148- 3
- [20.] MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ., *Kvalita života ve stáří*. Praha: MPSV, 2008. ISBN 978- 80- 86878- 65-2
- [21.] MÁTL, O., JABŮRKOVÁ, O., *Kvalita péče o seniory, řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978- 80-7262- 499- 7
- [22.] MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P.,(eds) *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80- 7367- 002 -X
- [23.] MATOUŠEK, O., *Slovník sociální práce*. Praha: Portál 2003. ISBN 80- 7178- 549-0
- [24.] MÜHLPACHR, P., *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80 -210 -3345- 2
- [25.] PACOVSKÝ, V., *Geriatrická diagnostika*. Liberec: Scientia Medica, 1994. ISBN 80- 85526- 32- 8
- [26.] PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I., *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80- 7178- 184- 3

- [27.] POKORNÁ, A., *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno:2006, LF MU ISBN 80- 7013- 440-2
- [28.] PŘÍHODA, V., *Ontogeneze lidské psychiky*. Praha : 1974. SNP
- [29.] RHEINWALDOVÁ, E., *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169- 828-8
- [30.] STUART – HAMILTON, I., *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178- 274
- [31.] ŠIPR, K., *Jak zdravě stárnout*. Gloria Rosice, 1997. ISBN 80- 901834- 1- 7
- [32.] ŠILTEC, M., *Program aktivního života pro seniory*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-920-8
- [33.] ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7142-841-1
- [34.] TOPINKOVÁ, E., *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80- 7262- 365- 6
- [35.] TOŠNEROVÁ T., *Ageismus: průvodce stereotypy a mýty o stáří*. Praha : Ambulance pro poruchy paměti. 2. ISBN 80- 238- 9506- 0
- [36.] VAĎUROVÁ, H., MÜLPACHR, P. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*, Brno: MU, 2005. ISBN 80-210-3754-7
- [37.] VÁGNEROVÁ, M., *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000 ISBN 80-7178-308-0
- [38.] VENGLÁŘOVÁ, M., *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978- 80- 247- 2170- 5
- [39.] *Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách*
- [40.] WEBER, P., a kol. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: IDV PZ, 2000. ISBN 80- 7013- 314 -7

INTERNETOVÉ ZDROJE:

http://www.demografie.info/?cz_starnuti [cit. 15. 1. 2011]

<http://www.seniorclub.cz/narodni-program.htm> [cit. 20.2.211]

<http://www.mpsv.cz/cs/5045#rp> [cit. 21.3.211]

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Věk respondentů.....	42
Obrázek 2: Ukončené vzdělání	43
Obrázek 3: Hmotné zabezpečení	44
Obrázek 4: Děti	45

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1: Demografické stárnutí populace v ČR v historickém vývoji a prognóze¹</i>	13
<i>Tabulka 2: Přehled změn ve stáří²</i>	21
<i>Tabulka 3: Přehled geriatrických syndromů³</i>	35
<i>Tabulka 4: Počet mužů a žen zapojených do šetření</i>	42
<i>Tabulka 5: Bydliště respondentů</i>	43
<i>Tabulka 6: Zaměstnání respondentů</i>	44
<i>Tabulka 7: Rodinný stav respondentů</i>	45
<i>Tabulka 8: Míra spokojenosti seniorů se zdravím</i>	46
<i>Tabulka 9: Míra spokojenosti seniorů s fyzickou soběstačností</i>	46
<i>Tabulka 10: Míra spokojenosti seniorů s psychickou pohodou</i>	47
<i>Tabulka 11: Míra spokojenosti seniorů s prostředím bydlení</i>	47
<i>Tabulka 12: Míra spokojenosti seniorů se spánkem</i>	47
<i>Tabulka 13: Míra spokojenosti seniorů s péčí o sebe sama</i>	47
<i>Tabulka 14: Míra spokojenosti seniorů se sexuálním životem</i>	48
<i>Tabulka 15: Míra spokojenosti seniorů s odpočinkem</i>	48
<i>Tabulka 16: Míra spokojenosti seniorů s jídlem</i>	48
<i>Tabulka 17: Míra spokojenosti seniorů v rodinných vztazích</i>	49
<i>Tabulka 18: Míra spokojenosti seniorů s pocitem bezpečí</i>	49
<i>Tabulka 19: Míra spokojenosti seniorů s penězi</i>	49
<i>Tabulka 20: Míra spokojenosti seniorů ve vztazích s ostatními</i>	50
<i>Tabulka 21: Míra spokojenosti seniorů s dětmi</i>	50
<i>Tabulka 22: Míra spokojenosti seniorů s láskou</i>	50
<i>Tabulka 23: Míra spokojenosti seniorů s koníčky</i>	51
<i>Tabulka 24: Míra spokojenosti seniorů s prací</i>	51
<i>Tabulka 25: Míra spokojenosti seniorů se spravedlností</i>	51
<i>Tabulka 26: Míra spokojenosti seniorů se svobodou</i>	52
<i>Tabulka 27: Míra spokojenosti seniorů s krásou a uměním</i>	52
<i>Tabulka 28: Míra spokojenosti seniorů s pravdou</i>	52

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník kvality života (SQUALA)	69
Příloha P II: Autorský souhlas s použitím dotazníku.....	72

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA (SQUALA)

Vážený pane, vážená paní,

Cílem tohoto dotazníku je hodnocení kvality života.

Zjišťujeme, nakolik jste Vy osobně spokojen/a v různých oblastech života.

Odpovědi jsou anonymní a důvěrné. Následné počítačové zpracování bude omezeno jen na vyhodnocení získaných údajů, v žádném případě nebudou získaná data použita k jakýmkoli komerčním účelům.

Děkujeme Vám za spolupráci na naší výzkumné práci.

DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Zaškrtněte, prosím, odpovídající položky:

1) POHLAVÍ

Muž1
Žena.....2

2) VĚK

3) BYDLÍTE V:

obci do 10 000 obyvatel1
městě nad 10 000 do 50 000 obyvatel.....2
městě nad 50 000 do 100 000 obyvatel.....3
velkoměstě nad 100 000 obyvatel.....4

4) UKONČENÉ VZDĚLÁNÍ

neukončené základní.....1
základní.....2
střední bez maturity.....3
střední s maturitou4
vysokoškolské.....5

5) ZAMĚSTNÁNÍ

a) Jste soukromník?..... ano – ne

b) Zaměstnáváte další osoby? ano – ne

c) Pokud pracujete, uveďte své hlavní zaměstnání:

d) Pokud nepracujete, uveďte jeden z důvodů:

studující.....	1
mateřská dovolená	2
v domácnosti	3
důchodce (nepracující).....	4
v invalidním důchodu	5
t.č. nezaměstnaný/á hledající práci	6
voják základní služby.....	7
jiné	8

6) HMOTNÉ ZABEZPEČENÍ

Jak byste v porovnání s ostatními rodinami (popř. jednotlivci v případě, že žijete sám/sama) hodnotil/a svou finanční situaci a hmotné zabezpečení:

Výrazně podprůměrně.....	<input type="checkbox"/>
Mírně podprůměrně	<input type="checkbox"/>
Průměrně.....	<input type="checkbox"/>
Mírně nadprůměrně.....	<input type="checkbox"/>
Výrazně nadprůměrně	<input type="checkbox"/>

7) RODINNÝ STAV

svobodný/á	1
ženatý/vdaná, s druhem.....	2
rozvedený/á	3
vdovec/vdova	4

8) MÁTE DĚTI? ano – ne

pokud ano, pak počet dětí žijící s vámi

HODNOCENÍ SPOKOJENOSTI

Posuďte, do jaké míry se cítíte v uvedených oblastech svého života spokojen/a a zaškrtněte příslušné okénko.

	Zcela spoko-	Velmi spoko-	Spíše spoko-	Ne- spoko-	Velmi zklamán
1) zdraví					
2) fyzická soběstačnost					
3) psychická pohoda					
4) prostředí bydlení					
5) spánek					
6) rodinné vztahy					
7) vztahy s ostatními					
8) děti					
9) péče o sebe sama					
10) láska					
11) sexuální život					
12) odpočinek					
13) koníčky					
14) pocit bezpečnosti					
15) práce					
16) spravedlnost					
17) svoboda					
18) krása a umění					
19) pravda					
20) peníze					
21) jídlo					

Pořadové číslo.....

ID číslo.....

PŘÍLOHA P II: AUTORSKÝ SOUHLAS S POUŽITÍM DOTAZNÍKU

Přepis e-mailu:

BlankaKramarova@seznam.cz

Od: Dragomirecka Eva <dragomirecka@pcp.lf3.cuni.cz>

Předmět: RE: Zádost o souhlas o uziti dotazniku SQUALA

Datum: 11. 2. 2011, 11:42

Vazena kolegyně,
dotaznik muzete pouzít, není vázan copyrightem.
Hodne uspechu při vaší práci,
Eva Dragomirecka

PhDr. Eva Dragomirecká PhD.
vedoucí Katedry sociální práce
Filozofická fakulta
Univerzita Karlova
U Kříže 8
150 00 Praha 5
T: 251 080 424
E1: eva.dragomirecka@ff.cuni.cz
E2: edragomirecka@seznam.cz

-----Original Message-----

From: Blanka Kramarova [mailto:BlankaKramarova@seznam.cz]
Sent: Saturday, 02/09, 2011 10:05 PM
To: Dragomirecka Eva; edragomirecka@seznam.cz
Subject: Zádost o souhlas o uziti dotazniku SQUALA

Dobrý den,
žádám Vás o souhlas k užití dotazníku SQUALA pro potřeby vypracování bakalářské práce s názvem Kvalita života ve stáří.

Předem děkuji za kladný souhlas a přeji pěkný den.

Blanka Kramářová
tel: 777 900 271
studentka Fakulty humanitních studií
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně