

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Institut mezioborových studií v Brně

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Hodnocení kvality života u seniorů

Vedoucí práce:

PhDr. Geraldina Palovčíková, CSc.

Vypracovala:

Hana Blažková

Brno 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Hodnocení kvality života u seniorů“ zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použité literatury, který je součástí této bakalářské práce.

Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

V Brně dne 8. 4. 2011

.....

Hana Blažková

Poděkování

Děkuji paní PhDr. Geraldině Palovčíkové, CSc. za velmi cenné připomínky, metodickou pomoc a vlídný přístup, které mi při zpracování bakalářské práce poskytla.

Také bych chtěla poděkovat své rodině za morální podporu a trpělivost po celou dobu mého studia.

Hana Blažková

OBSAH

I. Úvod	2
II. Teoretická část	
1. Vymezení pojmu stáří a stárnutí	4
1. 1. Kategorie stáří	6
1. 2. Charakteristika procesu stárnutí	9
1. 3. Biologické, psychické a sociální aspekty stárnutí	12
2. Charakteristika pojmu kvalita života	
2. 1. Vymezení pojmu kvalita života	19
2. 2. Přístup ke zkoumání kvality života	22
2. 3. Oblasti života nejvíce ovlivňující životní spokojenost	27
2. 4. Nástroje a metody měření kvality života	30
III. Praktická část	
1. Vymezení cíle průzkumu, formulace hypotéz, použité techniky průzkumu, průzkumný soubor	34
2. Výsledky průzkumu a interpretace výsledků	
2. 1. Ověřování hypotéz	39
2. 2. Analýza výsledků dotazníku	41
2. 3. Skórování	50
3. Závěry průzkumu	53
Závěr	55
Resumé, anotace	56
Seznam použité literatury	58
Přílohy	

I. ÚVOD

Tématem této bakalářské práce je hodnocení kvality života u seniorů.

Problematika seniorů je v současné době velmi frekventovaným tématem v mnoha vědních oborech, významně zasahuje do hospodářské a sociální politiky států a týká se drtivé většiny populace.

Období stáří a stárnutí je nevyhnutelná a zcela samozřejmá součást života člověka.

Obyvatelstvo ČR podle údajů zveřejňovaných Českým statistickým úřadem stárne, stejně jako ve všech vyspělých evropských zemích. Počet seniorů v populaci stoupá a díky zkvalitňující se zdravotní péči se prodlužuje délka života. Stáří je tak celospolečenskou otázkou a všechny vyspělé společenské systémy se ji snaží řešit.

Často je stáří chápáno jako období nemoci, nemohoucnosti, neschopnosti, samoty, závislosti na druhých, nemající žádný smysl, což je v příkrém rozporu s dnes preferovaným životním stylem orientovaným na konzumní hodnoty, kult krásy, mládí a životní úspěch.

Stále častěji je vidět, jak nejen mladí lidé ignorují starší občany, chovají se k nim jako by byli zbyteční a nedokážou ocenit nebo si jen všimnout hodnot, které nám všem mohou poskytnout.

Mnoho lidí si těžko připouští myšlenku, že stáří je plnohodnotnou etapou života, která má své specifické hodnoty a pozitiva.

Společnost by měla směřovat k lepšímu pochopení stáří, jeho role a potřeb a vytvářet podmínky pro kvalitní životní podmínky. V tomto smyslu se v poslední době v naší zemi hodně změnilo. Snahu o zlepšení nabídky zdravotních a sociálních služeb nelze opominout. Problém je ve společenském náhledu na „fenomén stáří“ .

Dnes je stáří tématem, o kterém se hodně mluví a jako rozhodují pro další osud starých lidí je přístup celé společnosti.

Cílem této práce je získat základní přehled poznatků o stáří a stárnutí, kvalitativních hodnotách života, nalezení argumentů podporujících myšlenku pozitivního náhledu na život seniorů, který lze prožít plnohodnotně a spokojeně.

Bakalářská práce je členěna na část teoretickou a praktickou.

Teoretická část se věnuje vymezení pojmů stáří a stárnutí, kvality života, přístupům k jejímu zkoumání.

V části praktické jde o průzkum věnující se hodnocení kvality života u seniorů. Průzkumný soubor tvoří osoby žijící ve svém původním domácím prostředí s bydlištěm v okrese Blansko a senioři žijící v domově důchodců v Blansku a Letovicích.

Ke zpracování bakalářské práce byla použita obsahová analýza dostupných literárních pramenů, v praktické části dotazníková metoda a metoda řízených rozhovorů.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1. VYMEZENÍ POJMU STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Stáří je fenomén každé společnosti. V průběhu historie bylo akceptováno, uctíváno, ale i odmítáno. Ceněna byla „moudrost starců“, negativní hodnocení je spjato s faktem „ujídání ze společného talíře“. Každá společnost a kultura se se stářím vypořádala a vypořádává svým specifickým způsobem, uznává jiné hodnoty stáří. Např. Slované měli stáří ve velké úctě, uznávali, stejně jako Indiáni, rady starších. Ve starém Řecku byl jako nejvyšší meta moudrosti uznáván senát, což byla také rada starších. Některé společenské systémy naopak vylučovali staré jako „ekonomicky“ neproduktivní a ti se pak ocitali na okraji společnosti jako otrhaní ubožáci umírající hladem.

Obraz laskavé, moudré babičky, která na sklonku svého života předává své životní zkušenosti a je rodinou uctívána a opečovávaná až do smrti, zná důvěrně snad každý z podání Boženy Němcové. Naproti tomu např. ve fascinujícím japonském filmu z r. 1982 Balada o Narajamě je sice stáří vykresleno jako období moudrosti a velkého uctívání, ale ve chvíli „kdy nastane čas“ (v sedmdesáti letech) jsou staří lidé odkázáni ke skonu v divočině, aby neujídali ostatním.

Podle výsledků průzkumu Agentury sociologických výzkumů z r. 2010 uveřejněného na www.lidovky.cz si pouhých 17 % Čechů myslí, že stáří je důstojná a kvalitní část v životě lidí, pro 12 % Čechů znamená stáří přímo hrozbu či riziko.

Anketou, kterou jsem uskutečnila nahodile v mém okolí, bylo zjištěno, že pod pojmem stáří si většina oslovených ve věku 15-50 let představuje změnu vzhledu, nemohoucnost, závislost na druhých, zdravotní problémy, změnu mobility, odchod do důchodu, potřebu pomoci. Za určující je považován pokles jejich angažovanosti v různých aktivitách, ztráta optimismu, změna stylu života vedoucího ke stereotypu založeném na obcházení zdravotnických zařízení a supermarketů.

Vidovićová (2008, s. 104) uvádí na základě průzkumů zaměřených na vnímání stáří ve společnosti jako nejdůležitější definiční znaky fyzický stav, věk, ztrátu duševní svěžesti.

Podle Sýkorové (2004, s. 49) je obraz stáří a starších lidí výsledkem sociálního konstruování nerealit, která je zatížena mýty a stereotypy, diskreditujícími atributy, stáří je viděno jako doba nemoci, senility, oslabení, života v ústavech, zatěžující systém zvýšenými náklady na zdravotní péči.

Na druhé straně se množí názory, že teprve ve stáří má člověk prostor věnovat se zálibám, na které během aktivního života není čas, je to příležitost cestovat, vzdělávat se, být aktivní a užívat si (za předpokladu dostatečného finančního zabezpečení a dobrého zdravotního stavu).

Stáří vnímá jinak člověk, kterému se blíží ukončení profesní kariéry a odchod do důchodu, jinak mladý člověk, pro kterého je tento pojem zcela vzdálen a střední generace, která řeší nastupující stáří rodičů.

Pokud jde o pojem stáří, jak jej vnímají sami senioři, zde se zdá být určující jejich celkový psychický a zdravotní stav. Až s nástupem závažných zdravotních problémů, které výrazně omezují jejich předchozí zvyklosti, hovoří oni sami o stáří. Jako rozhodující se jeví vitalita, míra pohyblivosti a aktivit. I senioři potvrzují fakt, že pojem stáří je relativní a každý jednatel ho vnímá jinak

V běžném životě zřejmě nejčastěji používáme k posouzení stáří kalendářní, chronologický věk, který se začíná počítat ode dne narození. Ve spojení s postupujícími regresivními změnami tělesné schránky a celkového vzhledu pak usuzujeme jak je člověk „starý“. Ale i tento pohled je zavádějící, protože snad každý zná tzv. „staré mladíky a mladé staříky“. Je tedy zřejmé, že na vnímání pojmu stáří se podílí celá řada faktorů, které se staly předmětem mnoha výzkumů a jsou popsány v řadě vědeckých prací.

1.1. Kategorie stáří

Stáří je nepochybně poslední vývojovou fází života, která začíná zpravidla odchodem do důchodu a končí smrtí člověka. Je tedy zřejmé, že se jedná o poměrně dlouhé období, které může trvat od několika málo let až po desetiletí a je provázáno celou řadou změn týkajících se osobnosti, zdravotního stavu, sociálního postavení, prostředí.

Podle Mühlpachra (2004, s.18-21) je „stáří obecným označením 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 změn sociálních (osamostatnění dětí, penzionování a jiné změny sociálních rolí). Všechny změny příčinné i následné se vzájemně prolínají, mnohé jsou protichůdné a jednotné vymezení a periodizace stáří se tak stávají velmi obtížnými. Stáří je celoživotní proces, jehož involuční projevy se stávají zřetelnějšími zhruba od přelomu 4. a 5. decennia, a to v závislosti na náročnosti prostředí.“

Stáří rozděluje, stejně jako další autoři, např. Kalvach, následovně:

- **Biologické stáří,**

které v sobě zahrnuje míru involučních změn (atrofie, pokles funkční zdatnosti, změny regulačních a adaptačních mechanismů) těsně propojených se změnami způsobenými chorobami, které se vyskytují s vysokou frekvencí převážně ve vyšším věku (např. ateroskleróza).

U tohoto pojetí však chybí objektivizace faktu, že biologické stáří není u všech lidí stejné, neboť je dáno jakýmsi „genetickým programem“, který způsobuje, že tempo stárnutí je individuální.

- **Sociální stáří**

reflektuje sociální změny, které jsou spojeny s obdobím stáří. Nejčastěji se jedná o ukončení profesní kariéry a nástup do důchodu a s tím spojené výrazné změny ve způsobu života, sociální role, ekonomického zajištění.

V souvislosti se sociálním stářím se hovoří o sociální periodizaci života, která zjednodušeně člení lidský život do 4 velkých období, tzv. věků, z nichž do období stáří zasahuje 3. a 4. věk.

3. věk označovaný jako postproduktivní, je charakterizovaný poklesem zdatnosti, fáze bez produktivní přínosnosti. Toto pojetí vede k podceňování, diskriminaci, kdy je role jedince pojata jako pracovní, kolektivně výrobní, jež ve stáří nutně zaostává a hledisko osobnostního rozvoje jako celoživotního procesu je potlačeno.

4. věk označuje fázi závislosti. V tomto případě se předpokládá nesoběstačnost jako zákonitý proces spojený se stářím a nepřipouští se úspěšné a zdravé stáří až do nejpokročilejšího věku.

- **Kalendářní stáří**

je vymezeno dosažením určitého, stanoveného věku, který se počítá od data narození. Výhodou tohoto vymezení stáří je jednoznačnost, jednoduchost a snadná komparace. Kalendářní věk je nejpřirozeněji akceptován ve společnosti, tvoří jakýsi rámec pro důležité mezníky života, právní normy, atd.

V 60. letech minulého století se komise expertů WHO přidržela patnáctileté periodizace a jako hranici stáří označila věk 60 let. Ten byl akceptován OSN v r. 1980.

Se stárnutím populace, prodlužováním délky života v souvislosti se zlepšující se zdravotní péčí se hranice kalendářního stáří v hospodářsky vyspělých zemích posunuje k věku 65 let. Na základě těchto skutečností se v poslední době stále častěji uplatňuje následující členění:

65-74 mladí senioři – dominuje problematika adaptace na penzionování, využití volného času, objevení nových aktivit, seberealizace,

75-84 starší senioři – změna funkční zdatnosti, specifická medicínská problematika, atypický průběh chorob,

85 a více velmi starí senioři – na významu nabývá sledování soběstačnosti a zabezpečení.

I Pacovský (1990, s. 16) uvádí jako nejdůležitější charakteristiku člověka věk, tedy kalendářní, chronologický, matriční, kdy období 60-74 let označuje jako rané stáří, 75-89 jako stařecký věk a 90 a více let jako dlouhověkost.

Nejvýznamnější však je podle tohoto autora *funkční věk* odpovídající skutečnému funkčnímu potenciálu člověka, který nemusí být totožný s věkem kalendářním a při posuzování člověka bychom se měli řídit právě věkem funkčním.

Haškovcová (1990, s. 21-22) cituje Václava Příhodu, který považuje kalendářní věk 60-75 za senescenci, tedy stáří, 75-90 let za senectus, a dalších patnácti let se dožije jen několik jedinců z milionu.

Podle Alana (1989, s. 371) je kalendářní věk značně nespolehlivým ukazatelem stáří. Umožňuje sice postihnout změny charakteristické pro určitou věkovou skupinu, ale hranice stáří nelze přesně určit. Z jeho sociologického pohledu nejsou události spojované se stářím (odchod do důchodu, nová role prarodiče) vázány nutně na biologické stáří.

Ve schématu životního cyklu (s. 68) označuje tento autor věk *55-65 let jako důchodový*, kdy vyvrcholí sociální postavení a osobní autorita, dochází ke změně zájmů, proměnám fyzických funkcí, novému formování životní perspektivy odvíjené od představy zbytku života. V tomto období se člověk smiřuje s přechodem do důchodu, ale běžně v tomto věku přetrvává snaha další práce v důchodu.

V období *stáří, tj. 66-74 let* dochází ke změně sociálních a psychických funkcí, oslabování životní aktivity a počátku nové závislosti.

Ve stařeckém věku, tj. 75-89 let je oslabena pohyblivost, prohlubuje se závislost, roste nesoběstačnost. Mnoho lidí v tomto věku trpí osamělostí.

Světová zdravotnická organizace definuje z pohledu kalendářního věku jako *rané stáří neboli vyšší věk období 60-74 let*. Za počátek vlastního stáří je pokládán 75. rok, *senescence je vymezena časem v intervalu 75-89 let*. Ti, kteří žijí *déle než 90 let*, jsou považováni za *dlouhověké*.

Vágnerová (2007, s. 299-309) vymezuje stáří jako poslední etapu života, fázi, která bývá označována jako postvývojová, protože již byly realizovány všechny latentní schopnosti rozvoje. Přináší nadhled a moudrost, pocit naplnění, ale také úbytek energie a nezbytnou proměnu osobnosti směřující k jejímu konci.

Rozděluje stáří na:

- období raného stáří - 60-75 let v němž sice dochází k evidentním změnám daným stárnutím, které ale nemusí být ještě tak velké, aby staršímu člověku znemožnily aktivní a nezávislý život,

- období pravého stáří - 75 a více let, kdy kvalita života postupně spíše klesá, člověk je nucen adaptovat se na nepříznivé životní změny a typické zátěžové situace jako je nemoc, úmrtí partnera, úbytek sil, častá hospitalizace, příp. umístění do ústavní péče.

1.2. Charakteristika procesu stárnutí

Gerontologická literatura popisuje stárnutí jako postupné, zákonité morfologické a funkční změny organismu, vč. psychiky, které probíhají celoživotně. V období stáří dominují nezvratné regresivní změny. Povaha funkčních změn je kvantitativního i kvalitativního charakteru.

Proces stárnutí si zákonitě uvědomuje každý jedinec. Stárneme, tedy spějeme ke stáří, již od narození. S přibývajícím věkem, zhruba od čtyřicátého roku života nabývá téma stárnutí čím dál tím většího osobního významu. Člověk pociťuje a pozoruje fyzické známky stárnutí, změny psychických funkcí, sociálních rolí, získává nadhled, čerpá ze zkušeností, skrze své předky a zkušenosti vnímá minulost. Stárnutí je považováno za přirozený proces.

Od pradávna se lidé snaží popřít stárnutí. Přes prastarý vývoj elixírů mládí člověk v poslední době překotně dospěl k celé řadě chirurgických a kosmetických zákroků, které se snaží neodvratitelnost biologického stárnutí zpomalit, ne-li zastavit. Mění se i společenský náhled na stárnutí. Lidé podléhají společenskému tlaku a v rámci nutnosti „obstát“ ve společnosti s přirozenými projevy stárnutí „bojují“ všemožnými prostředky. Dnešní doba posouvá i hranice zažitých situací spojených se stárnutím – prodlužuje se délka života, odcházíme do důchodu ve stále pozdějším věku, studujeme v druhé polovině profesního života, přivádíme na svět děti ve vyšším věku, dobře vypadáme v pokročilém věku. Znamená to, že proces stárnutí se s vývojem společnosti mění?

O příčinách stárnutí bylo vysloveno mnoho teorií a vědecký výzkum v této oblasti zdaleka není u konce. Shoda panuje v tom, že stárnutí je u každého člověka individuální a odráží se v něm genetické dispozice, životní podmínky, životní styl, zdravotní stav. Stárnutí s ohledem na tyto faktory neprobíhá lineárně, u některých funkcí organismu může docházet k rychlejším změnám, jiné funkce odolávají déle.

Mühlpachr (2004, s. 19) uvádí 2 základní typy přístupu ke stárnutí (doslovná citace) :

1. Epidemiologický přístup

- stárnutí a umírání jsou děje především nahodilé – vykazují výraznou variabilitu a jsou podmíněny především vnějšími a chorobnými vlivy (interakce s prostředím, choroby, úrazy),
- přirozená smrt stářím zřejmě neexistuje, pouze smrt jako nehoda,
- v optimálních podmínkách může být život velmi dlouhý.

2. Gerontologický přístup

- stárnutí a umírání jsou procesy svou povahou zákonité,
- vykazují druhovou specifičnost a blízkost u dvojčat,
- jsou kódovány genetickou informací,
- přirozená smrt stářím existuje,
- ani v optimálních podmínkách se život neprodlouží nad jistou hranici, k níž se již blížíme, nedojde-li k ovlivnění genetické informace (Kalvach, 1997).

Podobné rozdělení na 2 skupiny názorů uvádí i Hocman (1985, s. 7-11):

1. stárnutí probíhá jako předem určený, „naprogramovaný“ děj, který má každý živý tvor zakódovaný ve svém genetickém materiálu s určitou maximální délkou života a za žádných okolností nelze žít déle. Za mezní délku života považuje 110 roků, někdo se může dožít i 120 let. Další prodlužování života je nepravděpodobné,

2. stárnutí a smrt je důsledek velkého množství nepříznivých vlivů, které působí na organismus, vyvolávají v něm nevratné změny způsobující postupné opotřebování organismu, jeho stárnutí a smrt. Nepříznivé vlivy působí na organismus tak dlouho, dokud ho nezničí.

Pacovský (1990, s.31-32) se rovněž přiklání k teorii stárnutí jako velmi složitého multifaktoriálního děje, který je výslednicí vzájemného působení genetických podmínek a faktorů zevního prostředí. Uvádí následující teorie:

- teorii genetického programu, která předpokládá, že celý proces stárnutí je výhradně geneticky zakódován. Nepřipouští žádné jiné vlivy, pokud jde

o faktory vnějšího prostředí, tyto mohou program ovlivnit jen zásahem do genomu,

- teorii metabolických omylů stárnutí díky nahromadění omylův metabolickém buněčném cyklu,
- teorii stárnutí makromolekul,
- imunologická teorie říká, že stárnutí je spojené s poklesem funkce imunitního systému. Dochází tak k chybám při dělení buněk a při vzniku nových buněčných populací ke zvýšení výskytu autoimunních poruch. Vše se projeví zvýšeným výskytem nemocí, včetně nádorů,
- ekologickou teorii, tj. působení zevních vlivů.

Vymezení pojmu stárnutí je problematické, protože existuje řada způsobů jak stárnutí definovat.

Podle Stuart-Hamiltona (1999, s.18-44) rozlišujeme znaky:

- univerzální, které je možné pozorovat u všech lidí (např. vrásčitá kůže),
- probabilistické, které jsou pravděpodobně spojeny se stárnutím (např. artróza), ale nemusí nutně nastat u všech osob.

Dále tento autor uvádí:

- primární stárnutí – tělesné změny stárnoucího organismu,
- sekundární stárnutí – změny, které se objevují častěji, nejsou však jeho nezbytným doprovodným jevem,
- teorii opotřebování, kdy se části těla užíváním postupně opotřebávají,
- buněčnou teorii – tělo stárne v důsledku vystavení buněk toxinům, včetně odpadních produktů metabolismu.

S odvoláním na Dannefera a Perlmuttera (1990) zmiňuje model, který slučuje do jednoho celku biologické, sociální a psychologické stárnutí. Proces stárnutí je výsledkem kombinace těchto tří faktorů a probíhá jako fyzická ontogeneze, kdy se jedinec učí reagovat na prvky prostředí automaticky bez volní kontroly a vědomě zpracovává informace o svém já a o prostředí.

1. 3 Biologické, psychické a sociální aspekty stárnutí

V přirozeném procesu stárnutí, v jehož důsledku dochází k celé řadě involučních změn lidského organismu, jsou nejvýrazněji pozorovatelné biologické, psychické a sociální aspekty. Jedná se o změny morfologické, funkční a s tím související sociální. Jak již bylo výše zmíněno, celý proces změn nastupuje u různých jedinců v různou dobu a projevuje se s různou razancí. Stárnoucí člověk je nucen přizpůsobit se svým možnostem a akceptovat omezení, která musí nevyhnutelně nastat.

Biologické (tělesné) aspekty:

- jsou nejvíce pozorovatelné ve funkci a struktuře tělesných orgánů. S přibývajícím kalendářním věkem dochází k úbytku svalové hmoty. Svalstvo zmenšuje svůj objem, ztrácí pružnost a sílu. Tím dochází i k poklesu svalové síly. Snižuje se výkonnost, rychleji nastupuje únava,
- dochází k úbytku kostní hmoty, zvyšuje se lomivost kostí, kloubní vazy ztrácí svou délku, elasticitu, degenerují chrupavky, snižuje se rozsah a pohyblivost kloubů,
- v důsledku úbytku podkožního tuku a zmenšení objemu celkové tělesné vody dochází postupně k výrazné změně vzhledu. Kůže se stává vrásčitou, ztrácí elasticitu, vyskytují se pigmentové skvrny. Na tělesném vzhledu se podílí i změny v kvalitě vlasů, které mění barvu na šedou, vypadávají,
- zhoršuje se funkce smyslových orgánů. Ve zrakovém orgánů se snižuje elasticita čočky, vzniká presbyopie, snižuje se ostrost vidění, schopnost akomodace. Sluchový orgán hůře zachycuje tóny nejprve vyšších frekvencí, později ostatních frekvencí, což vede k presbyakuzi. Starý člověk obtížněji vnímá mluvenou řeč. Schopnost čichu a chuti se mění po kvalitativní i kvantitativní stránce. Chuť je změněna v souvislosti s úbytkem chuťových pohárků,
- oběhový systém je omezen, dochází ke snížení průtoku krve všemi orgány, snižuje se elasticita srdečně-cévního systému,
- klesá vitální kapacita plic, zvyšují se nároky na dechovou práci,

- trávicí systém je postižen ztrátou chrupu, rozvojem paradentózy, snižuje se motilita žaludku a peristaltika střev, detoxikační činnost jater. Ledviny mají omezenější filtrační schopnost,
- dochází k poklesu imunity, zpomalení a oslabení většiny regulačních funkcí,
- činnost žláz s vnitřní sekrecí je oslabena, snižuje se produkce hormonů,
- zpomaluje se vedení v neuronových drahách, prodlužuje se reakční doba, mozkové buňky ubývají, snižuje se psychomotorické tempo.

Razantnější změny tělesných orgánů jsou v literatuře popisovány po šedesátém roce života. Tyto změny jsou navíc těsně propojeny s chorobami vyskytujícími se typicky a převážně ve vyšším věku. S přibývajícím věkem roste i polymorbidita, tj. současný výskyt více jak jedné nemoci.

Biologické aspekty se výrazně promítají do způsobu života, přibývá řada omezení a většinou se lidé musí smířit s významným poklesem vitality, výkonnosti a tělesných schopností, což může nepříznivě zasáhnout do zažitého stylu života.

Nejčastější okruhy chorob, které se vyskytují u současných seniorů rozděluje Kalvach (1997, s. 53) následovně:

- ateroskleróza (kornatění tepen) a její orgánové projevy, kterými jsou především ischemická choroba srdeční, akutní infarkt myokardu, chronické poruchy srdeční činnosti a dále postižení mozkových tepen, kam patří mozkové cévní příhody s nevratnými následky v podobě hemiparézy či hemiplegie, ale i cévně podmíněné závratě či poruchy svalového napětí projevující se ztuhlostí nebo třesem – tzv. parkinsonský syndrom nebo chorobný úpadek duševních schopností v důsledku mozkové sklerozy. V důsledku destrukce tepen může dojít i k postižení tepen především dolních končetin, což vede k chronickým, invalidizujícím bolestem až k amputaci,
- obstrukční choroba bronchopulmonální (rozedma plic), která vede k dušnosti, dráždění ke kašli, otokům dolních končetin,
- osteoartróza - degenerativní postižení kloubní chrupavky a přilehlé kosti. Závažná jsou postižení kloubů dolních končetin – kyčlí, kolen a drobných kloubů,

- osteoporóza – vystupňovaná atrofie kostí s úbytkem jejich density a zvýšeným rizikem zlomenin. Typickým projevem je změna postavy – snížení výšky, nahrbení trupu, bolesti v zádech, komprese obratlů. Typické jsou zlomeniny jako tzv. krček stehenní kosti, předloktí s častějším výskytem u žen,
- Alzheimerova nemoc, která je příčinou demence v důsledku úpadku psychických intelektových schopností ve stáří,
- poruchy zraku vedoucí ke slepotě – zelený zákal, šedý zákal, diabetická retinopatie, degenerativní postižení žluté skvrny,
- poruchy sluchu – nedoslýchavost až hluchota.

Otázka zdraví má ve stáří jinou dimenzi než u mladého jedince. Zdraví ovlivňuje všechny aspekty života. S přibývajícím věkem se snižuje počet lidí, kteří jsou zdraví. Odhaduje se, že v 60-ti letech se cítí zdravými více než 60% osob, kolem sedmdesátky 40 %, z osmdesátiletých a starších 5%. Staří lidé považují mnohé své potíže za nutná břemena stáří.

Psychické aspekty

Psychické aspekty velmi přehledně popisuje Vágnerová (2007), která mimo jiné uvádí na str. 316: „proces stárnutí má za následek různé strukturální i funkční změny mozku, které se projeví i v psychické oblasti. Typickým projevem stárnutí jsou atrofie, tj. úbytek mozkové tkáně, k němuž dochází především díky zmenšování neuronů, redukuje se synaptická spojení, což zhoršuje kvalitu přenosu jednotlivých impulzů. Funkční změny se projevují ve zhoršení pozornosti, paměti i exekutivních funkcí (plánování, selekce informací, ..), to znamená, že jsou příčinou zhoršení tzv. fluidní inteligence. Starý člověk nemůže plně využívat všechny informace, které přicházejí, nedokáže je dostatečně rychle zpracovat, není schopen uvažovat o více faktech najednou. V důsledku toho se myšlení zpomaluje. Limitovány jsou i paměťové funkce.“

Změny v oblasti psychiky rozděluje tato autorka na:

- **biologicky podmíněné** - např. celkové zpomalení myšlení, obtíže při zapamatování a vybavování, snížení frustrační tolerance, atd. Může jít

i o příznaky chorobných procesů, jejichž vznik je ve stáří pravděpodobnější, než dřív,

- **psychosociálně podmíněné** . Nejsou projevem biologického stárnutí , ale jsou sociálně podmíněny. Zde se projevuje tzv. kohortová příslušnost – tj. vzdělání, obdobná sociální zkušenost, působení podobných sociokulturních vlivů u lidí téže generace.

Vliv biologických aspektů v sociálním kontextu uvádí jako determinanty psychiky ve stáří i Mühlapchr (2004, s. 26). Obecně uznávaným rysem psychické stránky stáří je podle tohoto autora špatné snášení změn. Čím je člověk starší, tím větším psychickým traumatem je pro něj např. stěhování či jiná větší životní změna. Psychickou involuci označuje jako demontáž osobnosti, kdy stárnoucí člověk ztrácí vztah k určitým osobám, zálibám, hodnotám, ideálům, osobním cílům. S problémy se vyrovnává primitivnějším způsobem. S psychickou involucí se kombinují psychické poruchy.

Mezi typické projevy stáří v oblasti psychických kompetencí patří:

- poruchy paměti. Ty se týkají zejména tzv. krátkodobé paměti, tj. schopnosti uchovat aktuální informaci, vštípit si novou situaci. Naopak dlouhodobá paměť funguje bez problémů. Staří lidé se často a rádi vracejí do minulosti a poměrně podrobně si vybavují svoje staré zkušenosti,
- myšlení a jednání je pomalejší. Starý člověk potřebuje více času k pochopení informací, řešení problémů, ztrácí kombinační schopnosti, preferuje zažité stereotypy a schémata. Působí dojmem bezradnosti,
- fantazie není schopná dřívější kreativity, chybí vynalézavost, zvědavost,
- zhoršuje se vnímání (percepce), na čemž se částečně podílí i nedostatečná činnost smyslových orgánů,
- problémy s udržení pozornosti, schopností se soustředit,
- řeč je pomalejší, rozváznější, zpomaluje se přenos myšlenkových pochodů do podoby slov. Reakce na podněty již nejsou tak pohotové,
- změny inteligence. Touto otázkou se zabýval např. Stuart-Hamilton (199, s. 50-54), který odkazuje na četné studie , které zkoumají změny tzv. fluidní a krystalické inteligence. Fluidní inteligenci lze zkráceně definovat jako schopnost

řešit nové problémy, krystalická inteligence udává množství vědomostí, které člověk získal v průběhu svého života. Vědci se shodují, že fluidní inteligence s věkem slábne, krystalická inteligence zůstává zachována. Moudrost starců zůstává, důvtip a bystrost se vytrácí.

Otázka, zda stáří mění člověka je často diskutována. Pokud nedojde k poruše psychiky v důsledku nějakého specifického chorobného procesu a stáří probíhá zcela fyziologicky, struktura osobnosti se kvalitativně v zásadě nemění. Člověk stářím neztrácí své jedinečné vlohy a osobnostní rysy. Některé rysy se mohou prohlubovat některé naopak upadat. Stejně jako u všech aspektů doprovázejících stáří i v psychické oblasti platí, že záleží na tom „kdo stárne“.

Sociální aspekty

Staří lidé, jako poslední generace žijících lidí, jsou součástí každého společenského systému. To jak společnost vnímá stáří a jaký k němu zaujímá postoj se odráží i v kvalitě života seniorů.

Prvním mezníkem, který zásadním způsobem zasáhne do života stárnoucího člověka je odchod do důchodu. Penzionování znamená podle Vágnerové (2007, s. 355) „ztrátu profesní role a s ní spojené společenské prestiže Nová role důchodce má horší sociální status a omezená privilegia. V české společnosti je sice obecně považováno za výhodu, kdy člověk nemusí pracovat a dostává důchod, avšak tato výsada je na druhé straně spojena s celkově nižším hodnocením starších lidí, které společnost posuzuje na základě jejich aktuálního přínosu a nebere příliš v úvahu to, co dokázali a vykonali dříve. Důchod je jednoznačným signálem přechodu ze středního věku do stáří, je potvrzením ztráty výkonnosti a s ní související společenské užitečnosti. Odchodem do důchodu se člověk stává seniorem“.

Odchodem do důchodu se u člověka kromě změny role mění i způsob života a ekonomické zajištění. Ztrátou významné životní náplně, tj. výkon zaměstnání, člověk čelí nové výzvě jak se vypořádat s nezvykle velkým časovým fondem. Zde opět nastupují individuální zvláštnosti a zvyklosti každé osoby. Adaptace na stárnutí může mít různý průběh i v čase, zpravidla v závislosti na změnách psychického a somatického stavu spojeného se stárnutím.

- Modely přijetí stáří uvádí Pacovský (1990, s. 40-42) s odvoláním na Bromleye:
1. Konstruktivnost – člověk se smířil s faktem stárnutí a stáří, realizuje přiměřené cíle a plány, konstruktivně přistupuje k problémům, bere života tak jak jde. Má schopnost se přizpůsobit, je tolerantní. Dívá se spokojeně na prožitý život nemá čeho litovat, se zájmem hledí do budoucnosti, neztrácí „program“,
 2. závislost: tato strategie více směřuje k pasivitě než k aktivitě a soběstačnosti. Krédem je „nechť ostatní se postarají“ Takový člověk není ctižádostivý, rád se vzdal své práce a odešel do důchodu. V aktivitách nenachází radost a uspokojení. V osobních vztazích je směsí tolerance, oportunity, podezírání,
 3. obranný postoj - zaujímají lidé, kteří byli společensky úspěšní , aktivní. Jsou soběstační, jsou na to hrdí. Odmítají pomoc. Nechtějí myslet na stáří. K akceptaci jsou donuceni teprve objektivními okolnostmi,
 4. nepřátelství – do této kategorie patří lidé, kteří měli sklon svalovat vinu za neúspěchy na jiné. Žijí v ústraní a hrozí jim izolace. Mají odpor ke stáří, chybí jim schopnost konstruktivně reagovat na problémy stáří. Hledají různé výmluvy a zdůvodnění, aby ospravedlnili své nesprávné chování. Reagují na vše nevrlo mrzutostí, závidí mladým,
 5. sebenenávist. Reprezentanti této skupiny se liší od předcházející tím, že obracejí své nepřátelství vůči sobě. Na svůj předcházející život hledí kriticky a pohrdavě. Jejich společensko-ekonomický standart se vyznačoval stálým sestupem. Ke stáří nedovedou zaujmout konstruktivní postoj, zřídka mají koníčky, jsou nepraktiční.

V tom jak vzniká postoj ke stárnutí, jak člověk může ovlivnit zvládnutí situace přechodu do důchodu, se významně zrcadlí osobnost jedince v průběhu celé životní dráhy.

O spokojeném stáří se rozhoduje po celý život. Člověk těží ze své minulosti.

S přibývajícím věkem, kdy dochází k postupnému ubývání samostatnosti a narůstání závislosti, je člověk opět postaven do nové role. Je nucen se smířit s tím, že není schopen vykonávat většinu běžných činností, samostatně obstát v životě, často musí opustit své bydliště, které představuje základní jistotu, potřebuje něčí pomoc. Přijetí pocitu bezmoci je velmi nelehkým úkolem stáří. Lidé se ocitají v izolaci, jsou apatičtí. Zde jsou důležité sociální vazby, kterých je člověk součástí. Ideální je, pokud je

na blízku rodina nebo jiné osobní vazby, což se při dnešním životním stylu ukazuje jako velmi problematické.

Postupně dochází k situaci, kdy senior, který potřebuje soustavnou péči má děti v produktivním věku, které si s ekonomických důvodů a v zájmu zachování chodu vlastní (nukleární) rodiny nemůže dovolit opustit zaměstnání a poskytnout péči potřebnému příbuznému. Z tohoto hlediska se jeví jako nevýhodný trend poslední doby, kdy rodinu zakládají lidé v pozdějším věku, do důchodu se odchází stále ve vyšším věku a celá generační posloupnost rodiny se posouvá. Dřívější model, kdy člověk odcházející do důchodu se zcela přirozeně staral o své rodiče strmě upadá.

2. CHARAKTERISTIKA POJMU KVALITA ŽIVOTA

2.1. Vymezení pojmu kvalita života

Definovat pojem kvalita života není snadné. Na tento problém jsem narazila při vedení rozhovoru k praktické části této práce – viz dále, kde je otázka: „Jak hodnotíte kvalitu svého života?“. Co to je kvalita života? Je to zdraví, které je dominantní, nebo materiální zajištění, nebo vztahy, nebo životní úspěch, nebo prostředí, ve kterém žijeme. Každý se na pojem kvalita života dívá ze svého pohledu a každý má jinou představu o tomto pojmu. Zcela jistě se zde prolínají aspekty biologické, reprezentované fyzickým a zdravotním stavem člověka, duševní, odrážející psychickou pohodu a sociální, tj. postavení jedince ve společnosti. Vždy je kvalita života jedince obrazem individuálně zakotvené a subjektivně prožívané skutečnosti, do které se promítají zkušenosti z minulosti, ale i očekávání spojená s budoucností.

Kvalita života se objevuje v mnoha oblastech lidského života a běžně se s tímto pojmem setkáváme. Např. každoročně uváděné přehledy kvality života v různých městech se svými specifickými ukazateli, kvalita života různých skupin obyvatelstva, kvalita života jako sliby politiků, podpora kvality života, reklamní nabídky zboží zlepšující kvalitu života, apod. Vždy je v tomto pojetí znatelná určitá tendenčnost, subjektivní zbarvení.

Studiem kvality života se zabývá a zabývala řada vědeckých pracovišť, která vycházejí z různých koncepčních rámců. Existují snahy o unifikaci pojmu kvalita života, identifikaci rozhodujících indikátorů. Jde o pojem velmi frekventovaný, ale k obecně přijatelnému závěru se prakticky nedospělo. Je to způsobeno právě tím, že o kvalitě života se hovoří v různých souvislostech a v různých vědních disciplínách.

J.Křivohlavý (2002, s. 163-164) uvádí s odvoláním na Enegeta a Bergsmy (1988) 3 hierarchicky odlišné sféry kvality života:

- Makro-rovina – řeší otázku kvality života velkých společenských celků, např. určité země, kontinentu, apod. O životě se uvažuje jako o nejvyšší morální hodnotě a jde o nejhlubší zamyšlením se nad absolutním smyslem života. Problematika kvality života se tak stává součástí základních politických úvah,

- mezo-rovina je orientovaná na otázky kvality života v tzv. malých sociálních skupinách např. v domově důchodců, ve škole, v nemocnici atp. Nejde pouze o respekt k morálním hodnotám jednotlivce, ale i o otázky zabývající se sociálním kontextem např. vztahy mezi lidmi, otázky uspokojování a neuspokojování potřeb, společné hodnoty ve skupině, hierarchizace, frustrace atp.,
- personální rovina je soustředěna na život konkrétního jedince, který je středem zájmu. Hodnocení kvality života vychází ze subjektivního hodnocení určité skutečnosti, např. zdravotního stavu, spokojenosti. Každý hodnotí sám za sebe. Postihuje tak osobní hodnoty a preference.

Při vymezování kvality života je podle Křivohlavého nutné vždy určit, o kterou rovinu jde.

Bergsma a Engel definovali kvalitu života následovně: "Kvalita je soud (chápáno v logickém smyslu slova) - subjektivní soud (úsudek). Ten je výsledkem porovnávání a zvažování více hodnot. Kvalita sama je hodnotou, je zážitkovým (experienciálním) vztahem, reflexí (výsledkem zamyšlení) nad vlastní existencí. Je nesourodým srovnáním a motivací (hybnou silou) žití".

Dále Jaro Křivohlavý (www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kvalita.html/) ve svých článcích zveřejňuje např. tyto definice kvality života:

- Echteld (1999): „Uspokojení je definováno jako důsledek dlouhodobé zkušenosti daného člověka z dosahování jeho životních cílů, které probíhá tou rychlostí, kterou on sám očekával, případně rychleji. Prožívání životního uspokojení a kladného emocionálního afektu při absenci negativního afektu.“
- Skupina irských psychologů O'Boyle, McGee a Joyce, (1994): "Definice kvality života by měla být formulována individuálně podle toho, jak si ji určí daný jedinec."
- „Dá-li se kvantita, množství dní našeho života určit poměrně jednoduše, pak toto není možno říci o určení kvality života. Známý je např. výrok Aristotela (v Nichomachově etice) o tom, že štěstí (a tím i do určité míry i kvalita života) je něčím, o čem mají různí lidé odlišné názory. Nejen to. I tentýž člověk vidí

v různých situacích života štěstí (a podobně i kvalitu života) v něčem jiném. Aristoteles říká: "Když člověk onemocní, vidí štěstí ve zdraví. Když je v pořádku, jsou mu štěstím peníze".“

Helena Hnilicová (In Payne, 2005 , s. 207-208) shrnuje, že na nejobecnější úrovni je kvalita života chápána jako interakce různých faktorů jako sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky. V medicíně a zdravotnictví se definice opírají o pojetí zdraví Světové zdravotnické organizace - WHO, která definuje zdraví ne jako nepřítomnost nemoci, ale jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody. Kvalitou života je pak to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kulturních a hodnotových systému, ve kterých žije, a to ve vztahu ke svým osobním cílům, očekáváním, zájmům životního stylu. Kvalita života tedy odráží vliv zdravotního stavu a podmínek na spokojenost jedince.

Dále tato autorka cituje rámeček výzkumných projektů věnovaných kvalitě života na Univerzitě v Torontu: „Kvalita života je stupeň, ve kterém jedinec využívá důležité možnosti svého života.“ Ty vyvěrají z příležitostí a omezení, která každý člověk v životě má, a tyto jsou odrazem interakce mezi ním a prostředím. Jako důležité životní domény jsou uváděny:

- bytí jako souhrn podstatných charakteristik člověka, se 3 doménami: fyzické bytí (zdraví, výživa, tělesný pohyb, vzhled), psychologické bytí (psychologické zdraví, citění, sebeúcta) a spirituální bytí (osobní hodnoty a přesvědčení, víra),
- přílnutí – napojení na vlastní prostředí, které má opět 3 domény: fyzické přílnutí (k domovu, škole, pracovišti), užší sociální přílnutí (k rodině, přátelům, sousedům), přílnutí k širšímu prostředí (prostřednictvím pracovních příležitostí, finančních možností, zdravotní péče),
- realizace – dosahování osobních cílů, nadějí a aspirací, které zahrnuje domácí aktivity, (zájmové a školní aktivity, placenou práci), relaxační aktivity a uskutečňování růstu (aktivity směřující k zachování a zlepšování znalostí dovedností, adaptace na změnu).

Definice kvality života může vycházet i z Maslowovy teorie potřeb, tj. naplnění základních fyziologických potřeb - potřeba nasycení, spánek, úleva od bolesti, které jsou předpokladem aktualizace a uspokojení potřeb subtilnějších - potřeba bezpečí, potřeba blízkosti jiných, potřeba sebeúcty. (Vojenské zdravotnické listy, ročník LXXIII, 2004, č. 1).

Z četných pramenů tedy vyplývá, že v současné době lze dohledat celou řadu definic. Obecně lze shrnout, že společné mají to, že pojem kvalita života v sobě odráží fyzický, psychický a sociální stav jedince. Na kvalitu života je pohlíženo jako na vícerozměrnou hodnotu a vždy je zatížena subjektivním posouzením jedince.

2.1. Přístupy ke zkoumání kvality života

Z předchozího textu vyplývá, že v zásadě existují tři základní přístupy ke zkoumání kvality života. Jedná se o přístup z hlediska psychologie, medicíny a sociologie.

Zároveň můžeme podle názoru, který uvádí s odvoláním na další autory Vaďurová (In Mühlpachr 2005 s.48) přistoupit ke konceptu kvality života ze dvou hledisek, a to subjektivního a objektivního.

- Objektivní kvalita života je dána materiálním zabezpečením, sociálními podmínkami života, sociálním statusem a fyzickým zdravím. Lze ji vymezit i jako souhrn ekonomických sociálních zdravotních a environmentálních podmínek, které ovlivňují život člověka.
- Subjektivní kvalita života se týká jedincova vnímání svého postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému. Subjektivní vnímání je závislé na celé řadě faktorů jako je fyzická kondice, intelektové schopnosti, nadání, sociální prostředí, ekonomická situace, charakterové vlastnosti jedince, jeho osobní cíle, očekávání a zájmy.

V současné době je většina výzkumů zaměřena na subjektivní kvalitu života.

Přístup z hlediska psychologie

Při definování kvality života psychology se nejčastěji setkáváme s důrazem kladeným na spokojenost, osobní pohodu (well-being). Jedná se o osobní emoční stav, který je pociťován pozitivně, převládá spokojenost se životem. Lze se setkat i s dimenzí tělesné pohody (wellness, fitness), prožitek blaha (welfare), dosažení pocitu úspěchu (access), přátelství (friendship) a štěstí (happiness). Podle tohoto pojetí žije kvalitně ten, kdo je se svým životem spokojen.

Prožívaná subjektivní pohoda má dimenzi kognitivní, která reprezentuje racionální hodnocení vlastního života a dimenzi emocionální, která postihuje citové prožívání a typ emocí. Kognitivní dimenze tedy hovoří o spokojenosti nebo nespokojenosti se životem. U dimenze emocionální se zjišťuje celkové emoční ladění dané osoby, zda u ní převažují pozitivní či negativní citové reakce (Hnilicová, In Payne 2005, s. 209-210).

V článku uveřejněném na www.kvalitazivota.vubp.cz/prispevky/svet_prace.pdf je citována struktura osobní pohody dle Ryffové a Keysové (1995) v 6 základních dimenzích:

1. sebestříti – pozitivní postoj k sobě, srozumění s různými aspekty sebe a jejich akceptace, přijetí dobrých i špatných osobních vlastností, srozumění s vlastní minulostí,
2. pozitivní vztahy s druhými – vřelé uspokojující vztahy s druhými, zájem o blaho druhých, schopnost empatie,
3. autonomie – nezávislost a sebeurčení, schopnost odolat sociálním tlakům a zachovat si vlastní názor o tom, co se děje,
4. zvládání životního prostředí – pocit kompetence při zvládání každodenních nároků, přehled o tom, co se děje, schopnost vidět příležitost a využít vnější dění ve svůj prospěch,
5. smysl života – pocit, že minulý i přítomný život má smysl, směřování k dosažení cílů,
6. osobní rozvoj – pocit trvalého vývoje, otevřenost novému, nepřipouštění si nudy a pocitu stagnace, schopnost vidět pozitivní změny vlastního já a chování.

Podobné složky sledované v oblasti psychiky uvádí i Vaďurová, Mühlpachr (2005, s. 29). Jsou to autonomie (možnost rozhodovat a sebeřízení), autenticita (jedinec je sám sebou) a kompetentnost člověka (jeho porozumění světu a možnost ovlivňování).

V oblasti psychiky se nelze nezaobírat i negativními jevy ovlivňujícími kvalitu života jako jsou různá životní traumata, krize, deprese a poruchy nálad.

Hodnocení subjektivního pocitu životní pohody a spokojenosti s vlastním životem se v průběhu životních etap mění. Člověk prožívá různá období, která s sebou přinášejí řadu situací výrazně ovlivňující právě pocit osobní pohody a spokojenosti.

S nástupem stáří a odchodem do důchodu se tento pocit mění různým způsobem, může se zhoršit, ale i zlepšit a nebo se nemění. Podle Vágnerové (2007, s. 357) lze „spokojenost, která přetrvává i po odchodu do důchodu chápat jako signál osobní vyrovnanosti usnadňující přijetí vlastního stárnutí a s ním spojených změn.“

S tím souvisí i schopnost adaptace jako jedna ze základních charakteristik člověka, což je schopnost přizpůsobit se vnějším podmínkám, ale i tyto podmínky měnit ve svůj prospěch. Ve stáří tato schopnost upadá, což se do subjektivního hodnocení kvality života zcela samozřejmě promítá.

Psychologický přístup ke kvalitě života víc než jiné přístupy odráží zcela individuální, subjektivní hodnocení u každého člověka, do kterého se promítají objektivní podmínky. Záleží jak jedinec „zpracovává“ objektivní realitu, zda jeho očekávání jsou naplněna, jaký je rozdíl mezi realitou a cílem (snem).

Při rozhovorech vedených v rámci průzkumu se seniory jsem na tuto problematiku velmi často narazila. V odpovědích na otázku hodnocení kvality života měli oslovení tendence hovořit ne o momentálním aktuálním stavu, ale vracet se k prožitému životu jako celku. To znamená, že veškeré prožitky, ať již pozitivní, či negativní, se velmi významně podílejí na hodnocení kvality života. Do právě prožívaného se promítají i zkušenosti minulé. Složka osobního prožívání zcela zásadním způsobem formuje obraz a rámeček kvality života.

Medicínský přístup

Z hlediska medicínského výzkumu se jako zásadní jeví hledání souvislostí mezi zdravím a kvalitou života. Jak už bylo výše uvedeno, Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo tělesné chyby. Je tedy zřejmé, že do položky zdraví se opět promítají všechny již zmiňované složky ovlivňující kvalitu života. Pozornost se věnuje člověku v jeho specifické životní situaci, tj. v roli pacienta, případně klienta sociální péče. Sledují se změny, ke kterým dochází v kvalitě života v souvislosti s nemocí.

Jak uvádí Hnilicová (In Payne 2005, s. 211) v mnoha oblastech klinické medicíny panuje dnes shoda o tom, že lékaře dnes musí zajímat, jakou kvalitu života mají pacienti s různými onemocněními a jaký je dopad konkrétní terapie na kvalitu jejich života.

Nejčastěji se v medicíně operuje s pojmem „Health-Related Quality of Life“ (HRQOL), česky kvalita života ovlivněná zdravím, který vystihuje, jak pacient subjektivně prožívá určitou nemoc a jaký je dopad adekvátně poskytované zdravotní péče. Zahrnuje nejen skutečné zvládání a prožívání nemoci, ale s tím související i změnu sociální role. Účelem takových výzkumů je zjistit jak jsou projevy onemocnění a léčba pacientem prožívány. (Libigerová, Millerová, 2001, In Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 26) .

Konkrétně to znamená, že vedle klinických ukazatelů úspěchu či neúspěchu nasazené léčby se sledují subjektivní a objektivní údaje o fyzickém a psychickém stavu pacienta (přítomnost bolesti, mobilita, schopnost sebeobsluhy, prožívaná úzkost, apod.).

V oblasti péče o nevléčitelně nemocné se kvalita života stala argumentem pro změnu přístupu k těmto lidem. Terapie by tedy měla směřovat ke zlepšení kvality života a vždy je třeba rozhodovat, zda je účelné aplikovat zatěžující terapii s nejasným výsledkem (Hnilicová, In Payne 2005, s. 212).

Fenoménem kvality života se nejčastěji zabývají odborníci v onkologii, psychiatrii, geriatrii. Pacienti těchto zařízení mají dlouhodobá a výrazná zdravotní omezení, což ovlivňuje kvalitu jejich života. Stejně významné omezení může nastat vážným úrazem nebo chronickým onemocněním.

Staří lidé, kteří očekávají určitý zdravotní handicap vzhledem ke svému věku, budou samozřejmě hodnotit kvalitu života po této stránce jinak, než mladý člověk, který je ztrátou zdraví zaskočen a nemoc je mu překážkou pro běžný a očekávaný způsob života.

Sociologické přístupy

Přístup ke zkoumání kvality života z hlediska sociologie je velmi rozmanitý a jen potvrzuje složitost, komplexnost a multidimenzionalitu pojmu kvalita života.

Můžeme zkoumat vztah jedince a malé sociální skupiny (rodinný stav, rodičovství, sociální opora), nebo sociální aspekty obecnějšího rázu, kde se sleduje vztah jedince a velké sociální skupiny (vzdělání, profese, bydliště). Odtud se odvozují atributy tzv. sociální úspěšnosti. Vždy nastupuje sociální zkušenost minulá, současná i budoucí, a to vše ovlivňuje osobní vnímání kvality života.

Do hodnocení sociologických aspektů kvality života se vždy odráží kulturní, historické podmínky dané společností, morálka, konvence, tradice. Neopominutelný je vliv ekonomické úrovně společenského systému, vztah společnosti k materiálním hodnotám, formy vlastnictví. Můžeme konstatovat, že sociologický pohled je výrazně sociokulturně determinován a lidé žijící v různých kulturách budou hodnotit svůj život odlišně.

Mezi sociologické proměnné, které jsou nejčastěji sledovány ve výzkumech kvality života patří dle Křížové (In Payne, s. 351-352) vzdělání, ekonomická situace, etnická příslušnost, profese, rodinný stav, partnerství rodičovství. Kvalitu života nejvíce ovlivňuje „politické zřízení a celkové společenské klima, které jedincům přiznává nebo odpírá nezávislost a kontrolu nad vlastním životem.“

Sociologický přístup často vychází z pojmů životní úroveň, způsob života a životní styl:

- *životní úroveň* – je definována jako měřítko kvantity a kvality zboží a služeb, které jsou lidem k dispozici. Další ukazatelé životní úrovně mohou být hrubý domácí produkt na obyvatele a jeho procento vydávané ve prospěch zdravotnictví, školství, střední délka života, kojenecká úmrtnost, apod. (Hnilicová, In Payne, s. 211),

- *způsob života* – je charakteristická kategorie pro každého jednotlivce. Vyplývá z různých druhů činností lidí (pracovní, spotřebitelské, kulturní, ideová, volnočasová, rodinné atd.) a vyjadřuje jejich podíl na tvorbě vztahů mezi nimi. Dále vyjadřuje typické vztahy ve společnosti, vztahy skupin, vrstev, etnik a lidí a zaměření i způsoby jejich činností. Z toho vyplývá, že způsob života určují podmínky, tradice, ale i hodnotová orientace. (Balogová, 2005, In Mühlpachr, 2005, s. 159),
- *životní styl* - definuje Balogová (in: Mühlpachr, 2005, s. 160) jako míru a způsob zvnitřnění norem a zvyklostí ve způsobu života, jako podíl vlivu osobních fyzických a duševních dispozic, návyků, charakteru, temperamentu, osobních potřeb a zájmůna zaměřenost a činnost a chování lidí.

Tyto pojmy těsně navazují na potřeby a hodnoty v životě člověka, které jsou ryze individuální pro každého jedince a každý jim přisuzuje jiný význam. Opět zde platí, že jejich obsah a osobní volba jsou silně sociokulturně, ale i místně a časově determinovány.

Z vedení rozhovorů se seniory v rámci prováděného průzkumu lze vyvodit, že přístup ke kvalitě života je rovněž silně generačně ovlivněn. Na posouzení kvality života se výrazně podílejí prožité události a z toho vyplývající hodnocení, co je v životě důležité. Sociologické aspekty života často procházejí dramatickými změnami. To vše potvrzuje relativitu pojmu kvalita života.

2.3. Oblasti života nejvíce ovlivňující životní spokojenost.

Světová zdravotnická organizace formulovala obecně čtyři základní domény a jejich indikátory podílející se na kvalitě života (Čornaničová, In Sýkorová 2004s. 149):

1. tělesné zdraví a úroveň nezávislosti – energie a únava, bolest a nepohoda, spánek a odpočinek, mobilita, aktivita v každodenním životě, závislost na lécích a zdravotních pomůckách,
2. psychické funkce – tělesný vzhled, negativní emoce, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, pozornost, náboženství,

3. sociální vztahy – osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivity,
4. prostředí – finanční zdroje, svoboda, fyzická bezpečnost, zdravotní a sociální pomoc, prostředí domova.

Jedná se o domény, které vystupují do popředí zájmu v celém kontextu pojmu kvality života. Každá z nich se jeví jako rozhodující pro subjektivní vnímání kvality života, ale jejich vzájemná provázanost je zcela jistě sporná. Pokud někdo hodnotí indikátory např. tělesného zdraví negativně, nemusí to nutně znamenat nespokojenost v osobních vztazích.

S přibývajícím věkem narůstá tolerance v subjektivním hodnocení zdravotního stavu i psychických funkcí a do popředí nastupuje zdůrazňování sociálních vztahů a spokojenost s prostředím. Zdraví jako dominantní předpoklad kvality života nevystupuje samostatně.

Haškovcová (1989, s. 249-250) popisuje jako „nejvyšší normu“ společnosti hodnotu zdraví. Rozporuje názor, že kvalitní život je možné realizovat jen za podmínek zdraví, které je předpokladem lidského štěstí. Kvalita života a štěstí však nejsou vázány pouze na stav zdraví. Pokud by platila tato verze, pak by všichni nemocní a strádající neměli nárok na kvalitní život. Specifická situace je ve stáří a zejména v nemocném stáří. Ani tady se nemá člověk vzdát.

Ondrušová se ve svém příspěvku (Česká geriatrická revue 2009, přístupno na www.Geriatricarevue.cz) zabývá následujícími oblastmi ovlivňujícími kvalitu života seniorů:

- soběstačnost – závislá na zdravotním stavu, ubývání tělesných a duševních sil, bytových a ekonomických podmínkách, úrovni poskytované pomoci,
- zdraví,
- mezilidské vztahy, vztahy v rodině,
- odchod do důchodu, odchod do ústavního zařízení,
- ztráta životního partnera – osamělost.

Dragomirecká, Prajsová (2005, s. 10) uvádí výsledky dublinské studie z r. 1994, ze které vyplývá, že senioři uvádějí jako nejpodstatnější oblasti pro kvalitu života sociální kontakty a činnosti ve volném čase, zdraví, rodinu, bydlení a náboženství.

Křivohlavý (http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kvalita.html) ve svých článcích uvádí konkrétní příklady životních cílů, hodnot, oblastí zájmů a životních témat, které ovlivňují kvalitu života. Tyto pojmy se staly východiskem při sestavování výzkumných otázek týkajících se kvality života pro svou významnou subjektivní hodnotu u oslovovaných lidí:

rodina – manželství - otázky dětí a vnuků, případně i širší rodiny, láska, porozumění, péče, starosti, soudržnost a pohoda v rodině,

zdraví (tělesné), jeho udržování, případně zlepšování, úspěšný boj se zdravotními těžkostmi, soběstačnost a samoobslužnost,

duševní pohoda - duševní zdraví, udržování paměti v dobrém stavu, péče o citlivé vnímání, myšlení, nálada, chuť do života, zachování si dobré mysli, deprese,

duchovní život – mít pro co žít, nacházet smysl života, nežít nesmyslně, ale naopak snažit se žít smysluplně, umět odlišovat důležité hodnoty od těch, které tak důležité pro život nejsou, hledat a poznávat to, co je v životě podstatné, prohlubovat modlitební i meditativní život, poznávat Boha a hlouběji chápat sebe, zachovávat si dobré svědomí,

vztahy mezi lidmi - ohled na druhé lidi - udržování přátelských vztahů, zlepšování vzájemných vztahů s druhými lidmi, zvětšování tolerance, rozvíjení altruismu - pomoci druhým lidem,

práce na sobě - sebevzdělávání – studium, čtení, získávání nových dovedností (např. naučit se pracovat s počítačem, hrát na některý hudební nástroj atp.),

kultura - návštěvy divadel, koncertů, výstav, četba beletrie, básní,

sport - tělesná cvičení, pohyb, turistika, jóga,

ruční práce - šití, vaření, úprava domova,

koníčky - hobby: zahrádka, hraní v amatérském orchestru, malování, kreslení, zpěv.

Křížová ve svém příspěvku „Kvalita života v kontextu všedního dne“ (In Payne 2005, s. 217-232) vychází ze svého průzkumu kvality života u seniorů, nemocných s melanomem a studentů, který byl založen na interpretaci volných odpovědí na otázku „Jaký život pokládáte osobně za kvalitní“. Uvádí následující domény, které byly nejčastěji vysloveny:

aktivita – možnost poznávání, osobní rozvoj, zaměstnání, pracovní úspěchy,

harmonie - život plný porozumění, vnitřně vyrovnaný, mír, spravedlnost, pohoda v rodině, příjemné životní prostředí,

propojenost – lidské vztahy, láska k ostatním, přátelství, milující rodina, sounáležitost, důvěra,

prostředí – čistý vzduch, příjemné bydlení, prostor pro pobyt v přírodě,

autonomie – soběstačnost, nezávislost, prostor pro realizaci vlastních potřeb a přání, čas na odpočinek a zájmy,

city – láska, upřímnost, vyrovnanost, důvěra, víra,

růst, vývoj – možnost rozvíjet se podle svých schopností, aktivní život,

morální hodnoty – důstojnost, úcta, ohleduplnost, obětavost, odpovědnost, poctivost, čestnost, užitečnost, pracovitost, vytrvalost,

řád – v celém životě,

kořeny – vlastenectví, pevné rodinné zázemí,

kontinuita – děti, vnoučata, dílo, majetek,

autenticita – seberealizace, nepromarnění života, pracovní příležitosti,

směřování – motivace, cíle,

fatalismus - najít štěstí, smysl života.

Klíčovými slovy kvalitního života se ukázaly vztahy, aktivita, přiměřené zdraví, uspokojené potřeby.

Výčet oblastí ovlivňujících kvalitu života je velmi široký. U jednotlivců se mění i pod tlakem životních okolností. Lidské charaktery, přání, povahy, zájmy a hodnoty jsou značně heterogenní a z toho plyne i mnohvrstevný vztah ke kvalitě života.

2.4. Nástroje a metody měření kvality života

Zjišťování a hodnocení kvality života je velmi složitý metodologický problém.

Jak vyplývá z výše uvedeného, neexistuje jednotný ucelený přístup k hodnocení kvality života, tento pojem není přesně definován. Liší se tedy i metody a přístupy k měření kvality života.

Byla vyvinuta celá řada instrumentů, většinou dotazníkového typu. Základním prostředkem měření je volba indikátorů rozhodujících o kvalitě života. Nejčastěji se vychází přímo z výpovědí respondentů.

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

1. metody, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba – objektivní,
2. metody, kde kvalitu života hodnotí samotná osoba – subjektivní,
3. metody smíšené, které jsou kombinací dvou předcházejících metod.

Jako příklad **objektivní metody** jsou nástroje APACHE, VAS, ILF, které uvádí Křivohlavý (2002, s. 165-168).

APACHE (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation Systém) – jde o hodnocení změn zdravotního stavu. Podstatou této metody je posouzení vážnosti onemocnění pacienta pomocí skóre – odchylek od normy, kde s přibývajícím skóre roste pravděpodobnost úmrtí pacienta.

VAS (Visual Analogue Scale) vychází z tzv. vizuálního škálování celkového stavu pacienta. Výsledky se zaznamenávají na úsečku s vyznačením extrémů – mimořádně špatný celkový zdravotní stav pacienta a velmi dobrý celkový zdravotní stav pacienta.

ILF – metoda Index kvality života zavádí slovně formulovaná kritéria, např. emoční stav, sociální opora, sebeobslužnost, zvládání těžkostí. Postupně se tato metoda rozvíjela zvyšováním počtu sledovaných dimenzí života. Kritéria kvality života určuje samotný hodnotitel, ale i psychologové, lékaři, apod.

Mezi **subjektivní metody** se zařazují např. SEIQoL, dotazník SQUALA.

SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life) – systém individuálního hodnocení kvality života – vychází z předpokladu, že myšlenky a činy lidí jsou výsledkem jejich osobních představ, tzv. mentálních konstruktů, které má každý uspořádan v podobě žebříčku. Pomocí těchto konstruktů byla vytvořena metoda k měření kvality života a zjišťování osobních cílů. Podstatou je strukturovaný rozhovor, ve kterém se zjišťují aspekty života důležité pro respondenta. (Křivohlavý. 2002. s 171-172).

Dotazník SQUALA (Subjective Quality of Life Analysis) je sebeposuzovací dotazník vycházející z teorie potřeb A. Maslowa. Vedle vnějších skutečností každodenního života obsahuje i vnitřní prožitky jedince, odráží se zde subjektivita názoru jedince. Respondent hodnotí položky na pětibodové škále (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s 63).

Ke smíšeným metodám měření kvality života patří např. MANSA a LSS.

MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life – krátký způsob hodnocení kvality života vytvořený vědci v Manchesteru) – hodnotí se celková spokojenost se životem a spokojenost s určitými dimenzemi jako je zdravotní stav, sociální vztahy, bezpečnostní situace, životní prostředí, atd. Cílem je určení kvality života u jedince v konkrétním okamžiku (Křivohlavý, 2002, s. 176).

LSS (Life Satisfactory Scale) – je obdobou metody MANSA, kde se pomocí škály životní spokojenosti hodnotí celková spokojenost se životem i jednotlivé dimenze. Škála s vyznačením extrémů podobně koncipována jako u metody VAS (Křivohlavý, 2002, s. 176/177).

Vaďurová, Mühlpachr (2005, s. 52) cituje rozdělení metod měření kvality života dle Martíneze a Martina (1998):

1. obecné nástroje měření kvality života – zahrnují široké spektrum oblastí, aplikují se na osoby s různým zdravotním stavem a různými nemocemi. Měří se pomocí dotazníků schopnosti v jednotlivých oblastech života, zjišťují se profily zdraví, preferované aspekty kvality života u jednotlivců. Využívají se pro průzkumy zdravotního stavu, při porovnávání jednotlivých nemocí,
2. specifické nástroje měření kvality života – jsou zaměřeny na konkrétní aspekt, stěžejní pro danou oblast měření. Jedná se o specifika pro určité nemoci, schopnosti, populaci, podmínky. Předností je úzká specializace na určitou oblast, možnost jejího podrobnějšího zhodnocení.

Světová zdravotnická organizace vyvíjí od r. 1991 nový instrument s názvem WHOQOL (World Health Organization Quality of Life Assessment), který měl naplnit čtyři principy, které se v průběhu několikaletého vývoje ukázaly jako nezbytné, a to komplexnost (vyplývající z definice zdraví WHO), subjektivnost (vlastní pohled respondenta), subjektivní důležitost (ve smyslu jednotlivých aspektů života pro respondenta) a kulturní relevanci (použitelnost v různém jazykovém a kulturním prostředí).

Pracovní skupina tvořená ze zástupců 15 výzkumných center z celého světa vytvořila instrument obsahující 6 oblastí (fyzické zdraví, prožívání, nezávislost, mezilidské vztahy, prostředí a spiritualita), dále členěných na 24 podoblastí. Dotazník má celkem 100 položek a označuje se zkratkou WHOQOL – 100. Pro potřeby klinické praxe byla

vytvořena zkrácená verze dotazníku s názvem WHOQOL-BREF, který obsahuje 26 položek vycházející ze 4 domén (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí). V současné době je přeložen do padesáti jazyků (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 11).

V České republice se měřením kvality života a validizací dotazníků WHOQOL zabývá Psychiatrické centrum v Praze pod vedením E. Dragomirecké.

III. PRAKTICKÁ ČÁST

1. VYMEZENÍ CÍLE PRŮZKUMU, FORMULACE HYPOTÉZ, POUŽITÉ TECHNIKY PRŮZKUMU, PRŮZKUMNÝ SOUBOR.

V praktické části práce jsme provedli průzkum hodnocení kvality života u seniorů. Zajímalo nás osobní hodnocení jednotlivců, t.j. subjektivní názor na konkrétní kvalitativní stránky života. Osloveni byli senioři žijící ve svém původním domácím prostředí a senioři žijící v domovech pro seniory – seniorcentrech.

Pro průzkum byly stanoveny následující hypotézy:

H1: Většina seniorů hodnotí kvalitu svého života jako dobrou.

H2: Senioři žijící ve svém původním domácím prostředí hodnotí kvalitu svého života příznivěji než senioři žijící v domově pro seniory.

H3: Senioři, kteří se považují za zdravé, hodnotí kvalitu svého života příznivěji, než senioři nemocní.

Pro sběr dat byl jako výzkumná metoda použit dotazník Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF, který je zkrácenou a pro klinickou praxi přehlednější formou dotazníků kvality života WHOQOL - 100. Pro účely této práce bylo jeho použití konzultováno a doporučeno E. Dragomireckou z Psychiatrického centra v Praze, která je hlavní koordinátorkou projektu WHOQOL pro Českou republiku. Použití dotazníku bylo tímto centrem řádně zaregistrováno.

Dotazník obsahuje celkem 26 položek, které jsou rozděleny do 4 domén - fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí a dvou samostatných položek hodnotících celkovou kvalitu života – kvalita života a spokojenost se zdravím – viz příloha č. 1.

Položky dotazníku WHOQOL – BREF reflektují, jak již bylo uvedeno v předešlé kapitole, čtyři principy nezbytné pro posouzení kvality života, a to komplexnost vyplývající z definice zdraví WHO, subjektivní důležitost jednotlivých aspektů života pro respondenta, subjektivnost ve smyslu vlastního pohledu respondenta a kulturní relevanci, tj. použitelnost dotazníku v různém kulturním a jazykovém prostředí. (Dragomirecká, 2009, s. 11).

Průzkumný soubor tvoří lidé ve věku 60 a více let žijící v okrese Blansko. Jedna část průzkumu byla prováděna v seniorcentrech, a to Blansku a v Letovicích. Obě zařízení jsou nová, moderně vybavená, umístěná ve velmi pěkném klidném prostředí.

Pro druhou část byli osloveni lidé žijící ve svém původním domácím prostředí v různých obcích a městech okresu. Výběr těchto osob byl proveden náhodně. Zastoupení respondentů neodpovídá základnímu souboru populace seniorů žijících ve vybraném okrese.

Respondenti žijící ve svém původním domácím prostředí vyplňovali dotazník samostatně. Při předání dotazníku jim byl účel průzkumu a způsob vyplňování osobně vysvětlen.

Pro získání odpovědí od seniorů žijících v domově pro seniory byla použita metoda řízeného strukturovaného rozhovoru. Se všemi respondenty byl navázán osobní kontakt a veden rozhovor. Při vyplňování dotazníku se vycházelo z vlastních výpovědí seniorů, kterým byly jednotlivé otázky vysvětleny. V rámci vedení rozhovorů byly získány velmi cenné informace pro kvalitativní vyhodnocení kvality života seniorů. Průzkum probíhal v měsících srpen až listopad 2010.

Do průzkumu byly zahrnuty pouze osoby, které jsou schopny samostatného úsudku. Žádný z oslovených nebyl upoután na lůžko nebo zcela odkázán na pomoc druhých.

Celkový počet respondentů je 161 (z toho 110 žen). V seniorcentrech byly získány odpovědi celkem od 64 respondentů (z toho 53 žen), v souboru osob samostatně žijících vyplnilo dotazník 97 respondentů (z toho 57 žen).

Z celkového počtu respondentů 40% žije v domově pro seniory, 60% v domácím prostředí. 36 % je ve věkové kategorii 60-69 let, 32 % ve věku 70-79 let, 32% je starší 80-ti let - viz tab. č. 1.

V souboru respondentů žijících v seniorcentru převažuje starší populace – ve věkové kategorii 55-69 let je pouze 6 %, ve věkové kategorii 70-79 let je 28%, nad 80 let je 66 % - viz tab. č. 2.

Skupinu samostatně žijících respondentů tvoří z 56% lidé ve věku 55-69 let, 35 % ve věku 70-79 let a 9 % nad 80 let – tab. č. 2, graf č. 1.

V seniorcentrech hodnotilo svůj zdravotní stav jako „nemocný“ 89 % oslovených osob, v domácím prostředí 39 % osob. Celkově s 64% převažují osoby označující svůj zdravotní stav jako „nemocný“ – tab. č. 3, graf č. 2.

Co se týče rodinného stavu, u mužů převažuje 71 % stav ženatý, u žen naopak převažuje 68 % stav vdova či rozvedený – tab. č. 4

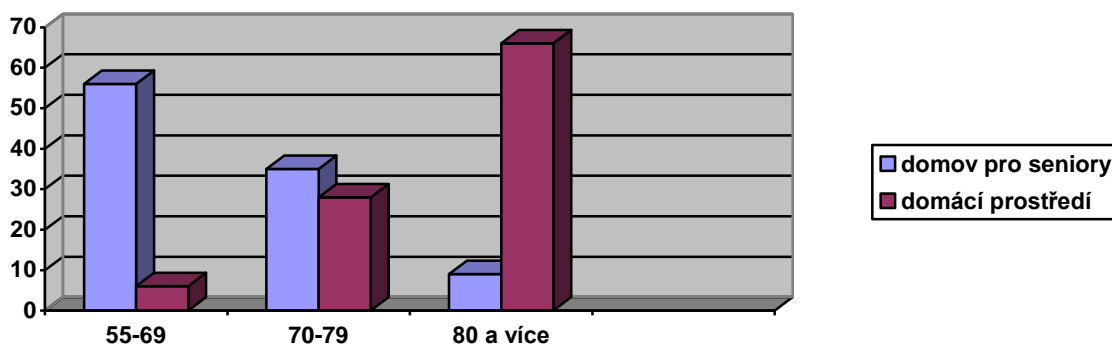
Tab. č. 1 Pohlaví podle bydlení

	Domov pro seniory		Domácí prostředí		Senioři celkem	
	Počet	% z celku	Počet	% z celku	Počet	% z celku
Ženy	53	33%	57	35%	110	68 %
Muži	11	7%	40	25%	51	32 %
Celkem	64	40%	97	60%	161	100 %

Tab. č. 2 - Věkové kategorie

Věková kategorie	Domov pro seniory		Domácí prostředí		Senioři celkem	
	Počet osob	%	Počet osob	%	Počet osob	%
55-69	5	6 %	54	56 %	59	36 %
70-79	17	28 %	34	35 %	51	32 %
80 a více	42	35 %	9	9 %	51	32 %

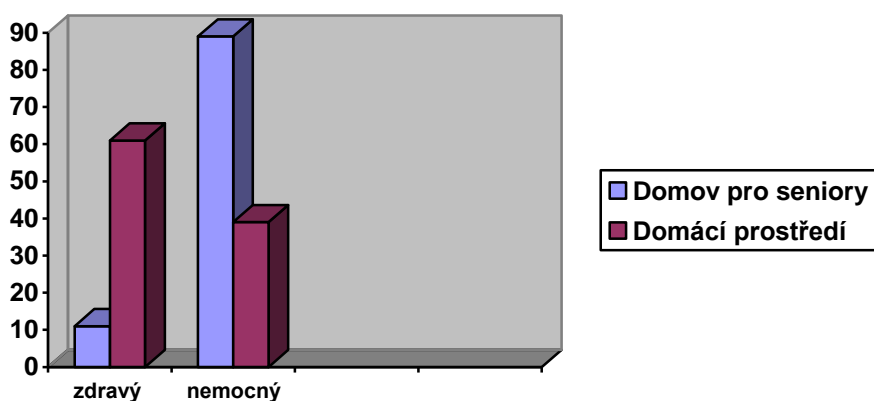
Graf č. 1 – Věkové kategorie



Tab. č. 3 - Zdravotní stav

	zdravý	nemocný
Domov pro seniory	11%	89%
Domácí prostředí	61%	39%
Senioři celkem	36%	64%

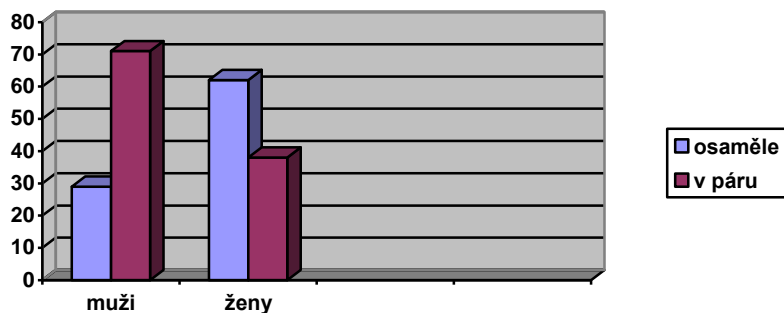
Graf č. 2 – Zdravotní stav



Tab. č. 4 - Rodinný stav

	muži	ženy
vdaná, ženatý	71 %	38%
vdovec, rozvedený	29%	62%

Graf č. 3 – Rodinný stav



Vzhledem k zastoupení osob v jednotlivých věkových kategoriích jsou soubory osob žijících v domácím prostředí a v domovech pro seniory značně nesourodé. Při výběru respondentů se nepodařilo získat ke spolupráci odpovídající počet seniorů žijících

v domácím prostředí ve věkové kategorii 80 a více let, v domovech pro seniory naopak běžně nepobývají senioři v nižších věkových kategoriích.

Celkový počet osob v jednotlivých věkových kategoriích bez ohledu na bydlení je vyvážený a tento soubor jako celek si dovoluujeme považovat za validní pro hodnocení vybrané skupiny seniorů jako průzkumného celku.

Výsledky průzkumu platí pouze pro testovanou skupinu.

2. VÝSLEDKY PRŮZKUMU A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

2.1. Ověřování hypotéz

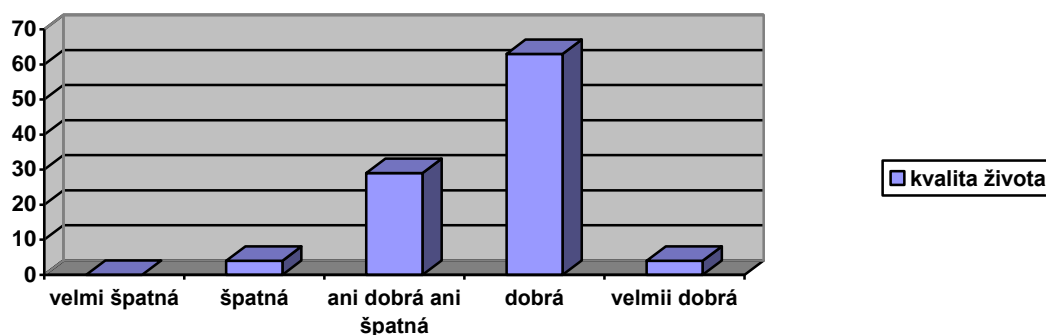
Ověřování hypotéz bylo provedeno na základě kvantitativního vyhodnocení odpovědí na otázku č. 1 z dotazníku WHOQOL - BREF: „Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?“

Odpovědi jsou shrnuty v následující tabulce č. 5 a grafu č. 4. Grafy č. 5 a č. 6 znázorňují hodnocení kvality života u respondentů žijících samostatně a v seniorcentrech. Graf č. 7 ukazuje závislost zdravotního stavu a kvality života.

Tabulka č. 5 – odpověď na otázku: „Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?“ (hodnocení kvality života - H1).

hodnocení kvality života	velmi špatná	špatná	ani dobrá ani špatná	dobrá	velmi dobrá
senioři celkem	0 %	4 %	29 %	63 %	4 %
senioři domov	1%	6 %	34 %	56 %	3%
senioři domácí prostředí	0 %	2 %	25 %	69 %	4 %
nemocní senioři	1%	7 %	39 %	52 %	1 %
zdraví senioři	0	1 %	12 %	83 %	4 %

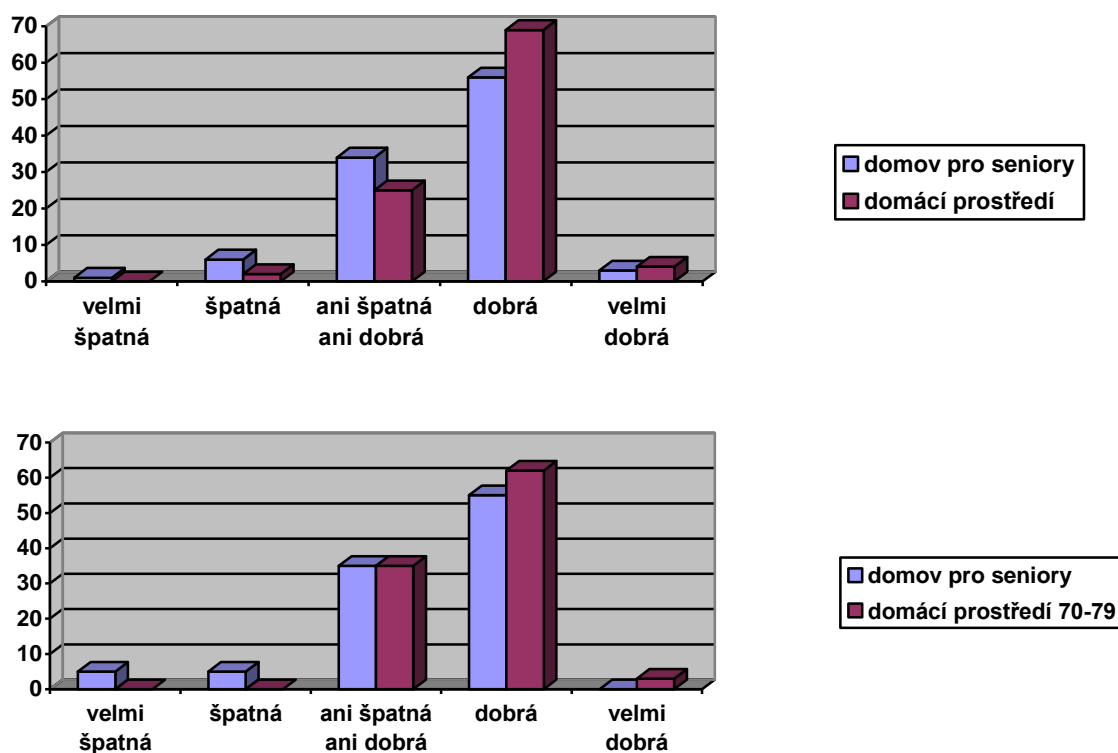
Graf č. 4 Grafické znázornění hodnocení kvality života u všech seniorů (H1)



Většina seniorů hodnotí kvalitu svého života jako dobrou nebo velmi dobrou (celkem 67 %) . Neutrální stanovisko zaujímá 29 % seniorů, nespokojenost s kvalitou života vyjádřily pouze 4% dotazovaných.

Graf č. 5 senioři celkem a graf č. 6 senioři ve věkové kategorii 70-79 let - znázornění hodnocení kvality života u seniorů v domově pro seniory a seniorů v domácím prostředí (H2).

Graf č. 5 – hodnocení kvality života- senioři celkem , graf č. 6 – senioři ve věkové kategorii 70-79 let

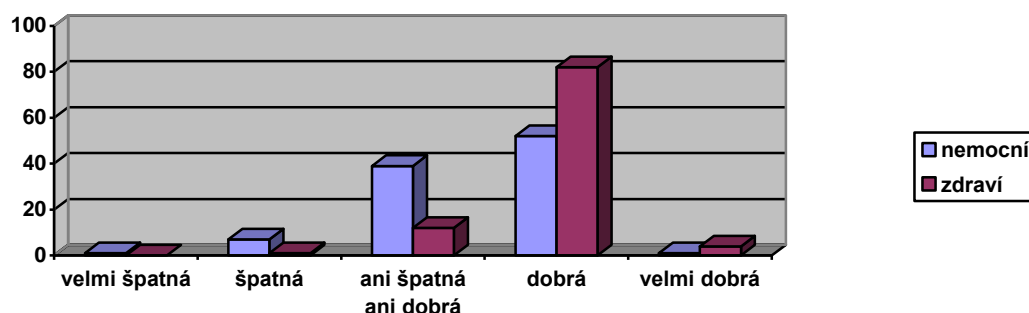


Rozdíl v hodnocení kvality života osobami žijícími v domácím prostředí a v domově pro seniory lze potvrdit. Převažuje, i když ne výrazně (rozdíl 13 % u označení dobrá), příznivější hodnocení u osob žijících ve svém původním domácím prostředí.

Vzhledem k poměrně rozdílnému počtu respondentů v jednotlivých věkových kategoriích dvou srovnávaných souborů jsme navíc provedli analýzu odpovědí pro věkovou kategorii 70-79 let, kde je počet osob oproti nižší a vyšší věkové kategorii

v obou souborech nejvíce srovnatelný. I z tohoto porovnávání vyplývá stejný závěr, tj., že senioři v domácím prostředí hodnotí kvalitu života příznivěji než bydlící v domově důchodců, ale i zde je rozdíl pouze 7 % u označení dobrá. Neutrální hodnocení (ani dobrá ani špatná) je naprosto identické .

Graf č. 7 - znázornění hodnocení kvality života u seniorů hodnotících svůj zdravotní stav jako „nemocný“ a „zdravý“ (H3).



Z hodnocení kvality života nemocnými a zdravými seniory vyplývá příznivější hodnocení ve prospěch zdravých. Tento poznatek potvrzuje známý fakt, že zdraví je velmi významným předpokladem pro kvalitní život. Na druhé straně lze vysledovat, že i ve skupině nemocných převažuje kladné hodnocení kvality života, tzn., že i nemocný člověk hodnotí kvalitu svého života jako dobrou a zdraví tedy není zcela rozhodující pro subjektivní vnímání kvality života.

2.2. Analýza výsledků dotazníku

Jak již bylo výše uvedeno, dotazník WHOQOL – BREF obsahuje položky, které byly týmem odborníků vyhodnoceny jako nezbytné pro subjektivní pojetí kvality života. Jednotlivé otázky dotazníku jsme pojali jako proměnné a jejich kvantitativní vyhodnocení uvádíme v následujících tabulkách č. 6 - 30. Na základě výsledků rozhovorů vedených se všemi seniory v domovech důchodců jsme se pokusili o kvalitativní vyhodnocení odpovědí.

Pro srovnání uvádíme výpovědi seniorů žijících v domácím prostředí (DP) a v domově pro seniory (DS) ve věkové kategorii 70-79 let (skupina s relativně srovnatelným počtem respondentů DS a DP – viz výše).

Tab. č. 6 - Otázka č. 2 - Jak jste spokojen/a se svým zdravím?

odpovědi	velmi nespokojen(%)	nespokojen(%)	ani spokojen ani nespokojen(%)	spokojen(%)	velmi spokojen(%)
senioři celkem	5	20	33	41	1
s. DP	0	15	35	50	0
s. DS	17	53	18	12	0

Otázka zdraví je pro seniory, stejně jako pro všechny lidi bez rozdílu věku, velmi důležitá a kvalitu života výrazně ovlivňuje. Stárí je se zhoršeným zdravotním stavem jednoznačně spojeno. Tabulka výpovědí odráží celkový zdravotní stav seniorů. Pro DS se drtivá většina seniorů rozhoduje ze zdravotních důvodů ve chvíli, kdy již získává pocit nejistoty a postupně ztrácí soběstačnost. Výrazně horší, téměř protipólné hodnocení zdravotního stavu oproti populaci žijící v domácím prostředí je zřetelné.

Tab. č. 7 - Otázka č. 3- Do jaké míry vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?

odpovědi	vůbec ne(%)	trochu(%)	středně(%)	hodně(%)	maximálně(%)
senioři celkem	11	25	40	23	1
DP	9	18	56	18	0
DS	5	6	41	47	1

Odpovědi na otázku bolesti korespondují s předešlou otázkou a potvrzují výraznou převahu negativních pocitů u osob v domově pro seniory. Většina seniorů obecně pociťuje bolest jako překážku bránící v běžných činnostech.

Tab. č. 8 - Otázka č. 4 - Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?

odpovědi	vůbec ne(%)	trochu(%)	středně(%)	hodně(%)	maximálně(%)
senioři celkem	7	28	32	20	13
DP	9	18	58	15	0
DS	0	29	36	35	0

Z odpovědí vyplývá, že potřeba lékařské péče je u všech seniorů zvýšená. Ve smyslu vůbec ne nebo trochu odpověděla cca třetina respondentů.

Tab. č. 9 - Otázka č. 5 – Jak moc Vás těší život?

odpovědi	vůbec ne(%)	trochu(%)	středně(%)	hodně(%)	maximálně(%)
senioři celkem	1	11	45	31	12
DP	0	0	35	50	15
DS	0	23	59	18	0

Těšení se ze života, což lze použít jako synonymum pro spokojenost se životem, vyjádřila obecně většina seniorů. U obyvatel DS je oproti lidem v DP patrná určitá skepse. Lidé si často stěžovali, že „už to není, co to bývalo“, okolnosti dané zejména změnou zdravotního stavu je dostaly do situace, kdy již není možné užívat obvyklé životní radosti. Přesto jednoznačně negativní postoj k životu zaujalo mizivé procento seniorů.

Tab. č. 10 - Otázka č. 6 – Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?

odpovědi	vůbec ne(%)	trochu(%)	středně(%)	hodně(%)	maximálně(%)
senioři celkem	1	13	37	40	9
DP	0	0	32	56	12
DS	0	24	35	35	6

Otázka smyslu života je hodnocena velmi podobně jako předchozí – těšení se ze života.

Tab. č. 11 - Otázka č. 7 – Jak se dokážete soustředit?

odpovědi	vůbec ne(%)	trochu(%)	středně(%)	hodně(%)	maximálně(%)
senioři celkem	1	11	51	30	7
DP	0	9	56	24	11
DS	0	12	29	53	6

Se schopností soustředit se je většina seniorů spokojena. V DS je oproti DP převažující procento hodně spokojených. Tuto skutečnost lze vysvětlit tím, že schopnosti soustředění senioři v DS přikládají velký význam, neboť velkou většinu času vyplňují činnostmi spojenými se soustředěním (např. ruční práce, čtení, luštění křížovek, apod.).

Kdežto v domácím prostředí, kde je velká většina dne spojena s obstaráváním běžných záležitostí (vaření, úklid, nákupy, atd.) není již soustředění takovou prioritou a senioři této položce nepřikládají zvláštní význam.

Tab. č. 12 - Otázka č. 8 – Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?

odpovědi	vůbec ne(%)	trochu(%)	středně(%)	hodně(%)	maximálně(%)
senioři celkem	1	2	40	44	13
DP	0	12	76	12	0
DS	0	6	29	47	18

Bezpečně se cítí většina seniorů. Výrazně lepší hodnocení je u obyvatel DS. Bezpečnost chápou ve smyslu ohrožení zvenčí, ale i sama sebe v případě nějaké nehody nebo zdravotního problému. Senioři velmi často zmiňovali otázku svého bezpečí jako prioritní při rozhodování se k pobytu v seniorcentru. Neustálá přítomnost personálu je pro ně velmi důležitá a naplňuje je pocitem jistoty a bezpečí. Ve svém původním domácím prostředí se cítili ohroženi.

Tab. č. 13 - Otázka č. 9 – Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?

odpovědi	vůbec ne(%)	trochu(%)	středně(%)	hodně(%)	maximálně(%)
senioři celkem	1	2	35	48	14
DP	0	3	59	29	9
DS	0	0	12	71	17

Životní prostředí vnímá většina jako zdravé. Příznivější hodnocení u seniorů v DS zřejmě souvisí s tím, že obě seniorcentra, ze kterých byly odpovědi získány, jsou nová zařízení, ve velmi pěkném prostředí a obyvatelé se zde cítí dobře.

Tab. č. 14 - Otázka č. 10 – Máte dost energie pro každodenní život?

odpovědi	vůbec ne(%)	trochu(%)	středně(%)	hodně(%)	maximálně(%)
senioři celkem	2	13	36	43	6
DP	0	9	44	47	0
DS	0	18	41	41	0

Na nedostatek energie ve vztahu ke každodenní činnosti si většina seniorů výrazně nestěžuje. Vše, co potřebují, zvládají bez potíží. Rozdíl v DP a DS je nevýznamný.

Senioři v DS, kde je zcela jistě nižší mobilita a horší zdravotní stav, jsou stejně spokojení, jako ti v DP. Pro objem činností, které vykonávají jim energie dostačuje. Uvědomují si, že v domácím prostředí by už na většinu činností nestačili.

Tab. č. 15 - Otázka č. 11 – Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?

odpovědi	vůbec ne(%)	trochu(%)	středně(%)	hodně(%)	maximálně(%)
senioři celkem	2	4	30	53	11
DP	6	6	38	44	6
DS	0	0	12	71	17

Změny tělesného vzhledu přirozeně patří ke stáří a jejich přijetí je čistě individuální. Z tabulky vyplývá, že většina seniorů změny akceptuje, ale je i poměrně hodně osob, kteří nejsou s touto otázkou zcela vyrovnáni.

Tab. č. 16 - Otázka č. 12 – Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?

odpovědi	vůbec ne(%)	trochu(%)	středně(%)	hodně(%)	maximálně(%)
senioři celkem	1	25	39	26	9
DP	0	24	41	24	11
DS	0	52	24	24	0

Materiální zabezpečení je hodnoceno zhruba rovnocenným podílem těch, kteří mají dostatek peněz a těch, kterým se peněz nedostává. Většina je někde ve středním pásmu hodnocení. V DS je znatelná nespokojenost. Lidé si stěžují na stále se zvyšující náklady spojené s pobytem v seniorcentru, které už nejsou schopni sami hradit a pomáhat musí rodina. Několikanásobně stouply náklady na léky, s přijetím zákona o sociálních službách se změnil i úhradový systém na sociální služby ze strany státu v neprospěch „méně postižených“ seniorů. Je celá řada faktorů ovlivňující otázku materiálního zabezpečení seniorů. Její řešení je velmi aktuální a vzbuzuje velké obavy.

Tab. č. 17 - Otázka č. 13 – Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?

odpovědi	vůbec ne(%)	trochu(%)	středně(%)	hodně(%)	maximálně(%)
senioři celkem	1	2	16	55	26
DP	0	3	18	58	21
DS	0	0	18	47	29

Přístup k informacím není jednoznačně problém, který by seniory tížil. Velká většina má dobrý přístup k informacím a mezi seniory v DS a DP není podstatný rozdíl.

Tab. č. 18 - Otázka č. 14 – Máte možnost věnovat se svým zálibám?

odpovědi	vůbec ne(%)	trochu(%)	středně(%)	hodně(%)	maximálně(%)
senioři celkem	1	12	20	46	21
DP	0	6	15	53	26
DS	0	18	12	41	29

Možnost věnovat se svým zálibám je u většiny seniorů hodnocena v pozitivním smyslu, tj. hodně až maximálně. Mírně větší procento méně spokojených ve skupině DS oproti DP je dáno změnou podmínek bydlení. Lidé v seniorcentru ztratili návaznost na původní zájmy, některým nedovoluje věnovat se koníčkům zdravotní stav.

Tab. č. 19 - Otázka č. 15 – Jak se dokážete pohybovat?

odpovědi	vůbec ne(%)	trochu(%)	středně(%)	hodně(%)	maximálně(%)
senioři celkem	10	14	25	42	9
DP	6	3	29	50	2
DS	24	29	35	12	0

Hodnocení pohyblivosti u seniorů jako celku je vzhledem k nehomogenitě souboru více než u jiných otázek značně zkreslené. Pohyblivost je velmi úzce spjata se zdravotním stavem a jistě i věkem. V DS má většina obyvatel problémy s pohyblivostí a z toho vyplývá i převažující procento odpovědí v negativním smyslu.

Tab. č. 20 - Otázka č. 16 – Jak jste spokojen/a se svým spánkem?

odpovědi	vůbec ne(%)	trochu(%)	středně(%)	hodně(%)	maximálně(%)
senioři celkem	4	14	34	42	6
DP	0	11	58	31	0
DS	18	12	18	47	5

Hodnocení spánku je nevyrovnané, ukazuje větší míru nespokojených v DS, i když procentuální zastoupení spokojených i zde převažuje.

Tab. č. 21 - Otázka č. 17 – Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?

odpovědi	vůbec ne(%)	trochu(%)	středně(%)	hodně(%)	maximálně(%)
senioři celkem	2	11	31	48	8
DP	0	9	38	50	3
DS	0	29	29	42	0

Odpovědi na tuto otázku korespondují s výpověďmi k otázce č. 10 týkající se dostatku energie pro každodenní život. Pouze v odpovědi „trochu“ je znatelné vyšší procento u obyvatel DS. Řada lidí v DS již není schopna provádět každodenní činnosti jak byli zvyklí dříve a uvědomují si závislost na servisu DS.

Tab. č. 22 - Otázka č. 18 – Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?

odpovědi	vůbec ne(%)	trochu(%)	středně(%)	hodně(%)	maximálně(%)
senioři celkem	2	14	37	44	3
DP	3	6	42	49	0
DS	2	29	41	28	0

Většina seniorů je spokojena se svým pracovním výkonem středně až hodně. U seniorů DS je oproti DP větší procento méně spokojených.

Tab. č. 23 - Otázka č. 19 – Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?

odpovědi	vůbec ne(%)	trochu(%)	středně(%)	hodně(%)	maximálně(%)
senioři celkem	2	7	39	48	4
DP	3	3	24	62	8
DS	5	5	47	41	2

U hodnocení sama sebe převažuje pozitivní hodnocení. V DS je lehce dominantní neutrální postoj.

Tab. č. 24 - Otázka č. 20 – Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?

odpovědi	vůbec ne(%)	trochu(%)	středně(%)	hodně(%)	maximálně(%)
senioři celkem	0	4	22	68	6
DP	0	5	24	62	9
DS	0	5	41	54	0

S osobními vztahy je převážná většina seniorů spokojena. V DS je znatelné méně příznivé hodnocení. Osobní vztahy jsou zde centrem zájmu. Vztahy s rodinou a především frekvence návštěv jsou velmi rozmanité. Obyvatelé jsou ke konci života nuceni vytvářet v novém prostředí nové vztahy, které nemají minulost. Lidé se scházejí zcela nahodile, musí se podřídít režimu zařízení a koexistovat na „malém“ prostoru. Někdo vztahy vyhledává, někdo se lidem vyhýbá.

Tab. č. 25 - Otázka č. 21 – Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?

odpovědi	vůbec ne(%)	trochu(%)	středně(%)	hodně(%)	maximálně(%)
senioři celkem	6	12	39	39	4
DP	7	17	20	56	0
DS	-	-	-	-	-

Na tuto otázku odpovědělo pouze 99 ze 161 respondentů. Nespokojených seniorů je menšina. Senioři v DS se při osobních rozhovorech zdráhali tuto otázku rozebírat. Pro nízký počet respondentů v cílové skupině 70-79 nelze považovat kvantitativní vyhodnocení za validní.

Tab. č. 26 - Otázka č. 22 – Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?

odpovědi	vůbec ne(%)	trochu(%)	středně(%)	hodně(%)	maximálně(%)
senioři celkem	3	1	27	60	9
DP	6	3	25	59	7
DS	4	2	47	47	0

Tato otázka velmi úzce souvisí s otázkou č. 20 – spokojenost s osobními vztahy. U seniorů žijících v DP převažuje většina spokojených, v DS je hodnocení liknavější. Přátelství v DS nabývá jiné dimenze. Lidé jsou zde vděční za jakoukoliv návštěvu, podněty z okolí, ale kontakt s původními přáteli má už většina pouze výjimečně. Nová přátelství v DS všichni nenavazují. Pokud vzniknou, jsou pro seniory velkou radostí, společná setkání jsou každodenním rituálem a senioři si jich velmi cení.

Tab. č. 27 - Otázka č. 23 – Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?

odpovědi	vůbec ne(%)	trochu(%)	středně(%)	hodně(%)	maximálně(%)
senioři celkem	0	4	24	57	15
DP	0	3	26	62	9
DS	0	12	12	65	11

Velmi dobré hodnocení této otázky je patrné u naprosté většiny dotazovaných. Rozdíl mezi DP a DS není významný. U seniorů v DS opět zazněla spokojenost vzhledem ke komfortu, které jim toto zařízení poskytuje.

Tab. č. 28 - Otázka č. 24 – Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?

odpovědi	vůbec ne(%)	trochu(%)	středně(%)	hodně(%)	maximálně(%)
senioři celkem	0	6	24	61	9
DP	0	9	26	59	6
DS	0	6	25	63	6

V otázce dostupnosti zdravotní péče nejsou mezi seniory téměř žádné rozdíly. Většina je spokojena hodně až maximálně.

Tab. č. 29 - Otázka č. 25 – Jak jste spokojen/a s dopravou

odpovědi	vůbec ne(%)	trochu(%)	středně(%)	hodně(%)	maximálně(%)
senioři celkem	1	3	28	61	7
DP	0	0	29	59	12
DS	0	0	21	71	0

I v dostupnosti dopravy nevidí velká většina seniorů problém. Rozdíl v DP a DS prakticky není. V DS je s ohledem na sníženou mobilitu obyvatel vítáno umístění zastávky MHD v blízkosti seniorcenter. Pro ty, kteří nejsou schopni využívat prostředků hromadné dopravy, je v případě potřeby určena doprava seniorcentra. Většina těchto osob už omezuje cesty pouze k lékaři. Snížená pohyblivost a případné bolesti je naplňují nejistotou, a proto se raději zdržují v domově.

Tab. č. 30 - Otázka č. 26 – Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?

odpovědi	vůbec ne(%)	trochu(%)	středně(%)	hodně(%)	maximálně(%)
senioři celkem	11	50	29	7	0
DP	12	50	29	9	0
DS	6	43	44	7	0

Negativní pocity provázejí dotazované seniory spíše v menší míře. V DS je patrná vyšší zátěž těmito pocity. Problémy depresí a špatného psychického stavu u seniorů jsou předmětem častých výzkumů. Především v souvislosti se ztrátou autonomie. V DS jsou senioři konfrontováni s obyvateli jiných oddělení, kteří jsou těžce zdravotně hendikepováni, vč. závažných psychických onemocnění a jsou zcela odkázáni na péči druhých. Tyto stavy jsou pro naprostou většinu seniorů obrovskou hrozbou a „noční můrou“.

2.3. Skórování

Výsledky získané prostřednictvím odpovědí na otázky uvedené v dotazníku WHOQOL-BREF jsme podle vzoru uvedeného v příručce pro uživatele české verze dotazníku WHOQOL-OLD (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 23) vyjádřili pomocí skórování.

Odpovědi jsou rozděleny do 4 domén – fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Průměrné skóry jsou průměrné hodnoty vypočtené z odpovědí na jednotlivé otázky dotazníku, kterým je přisouzena hodnota 1-5. V tabulce jsou rozděleny dle příslušnosti ke konkrétní doméně.

Výsledky průměrných skóru našeho nereprezentativního průzkumu a výzkumu provedeného E. Dragomireckou (publikováno v příručce pro uživatele české verze dotazníku WHOQOL-OLD, s. 41) v pražské populaci ukazují velmi blízké, srovnatelné hodnoty viz tab. č. 31.

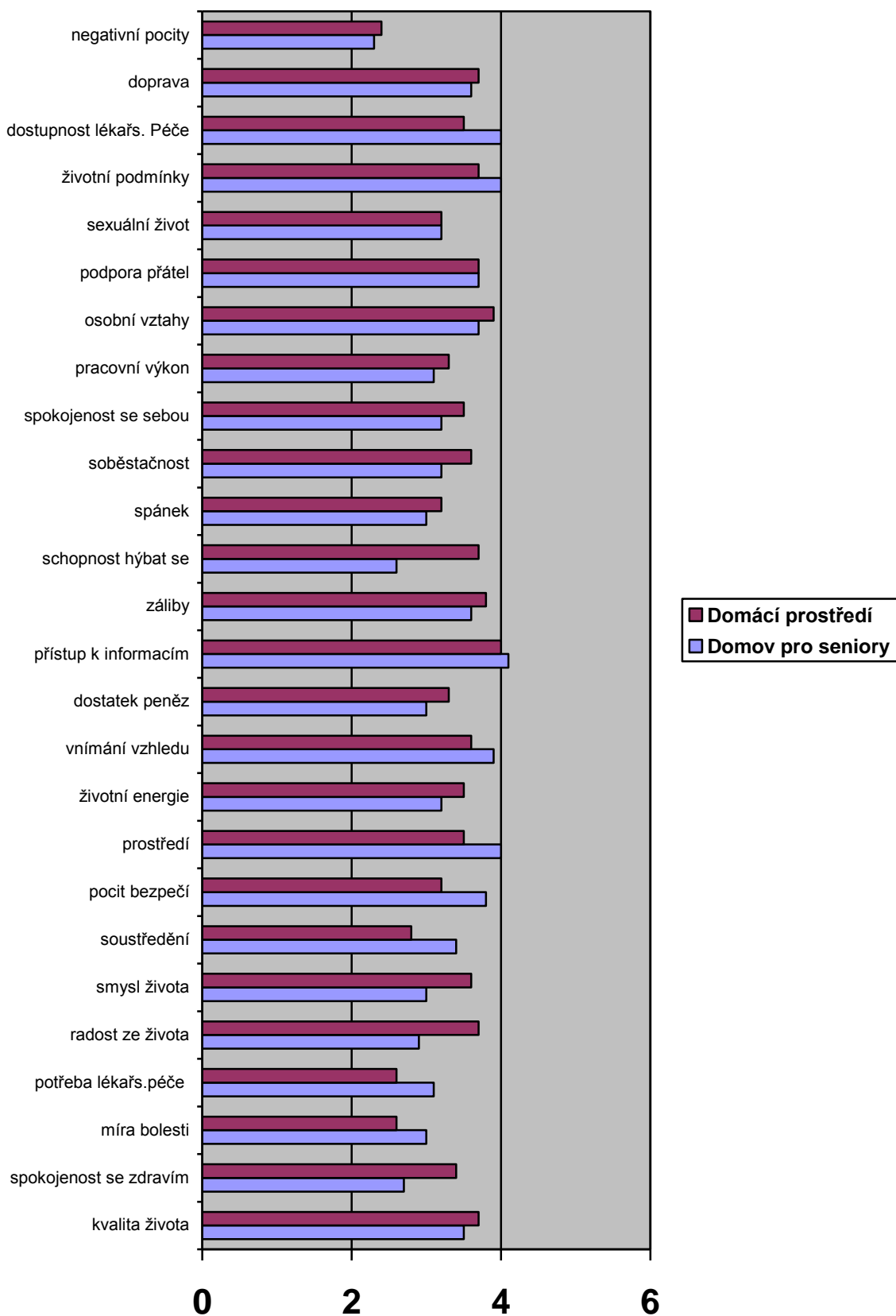
Největší rozdíly v hodnocení jsou patrné u položek domény prostředí – osobní bezpečí a životní prostředí. Zde je ve prospěch našeho souboru cca 19 % hrubého skóru.

Tab. č. 31 - Průměrné skóry jednotlivých položek dotazníku a jejich domény

Doména	Znění otázky	N	Průměr hodnocení	srovnávací výsledky Praha 2009, N=325 (E.Dragomirecká)
Fyzické zdraví	Bolest a nepříjemné pocity	161	2,80	2,55
	Závislost na lékařské péči	161	2,80	2,61
	Energie a únava	161	3,36	3,42
	Pohyblivost	161	3,25	3,59
	Spánek	161	3,25	3,18
	Každodenní činnosti	161	3,38	3,52
	Pracovní výkonnost	159	3,67	3,43
Prožívání	Potěšení ze života	161	3,40	3,59
	Smysl života	161	3,42	3,51
	Soustředění	161	3,32	3,38
	Přijetí tělesného vzhledu	161	3,70	3,70
	Spokojenost se sebou	160	3,42	3,40
	Negativní pocity	161	2,42	2,66
Sociální vztahy	Osobní vztahy	161	3,79	3,62
	Sexuální život	135	3,36	3,14
	Podpora přátel	161	3,67	3,71
Prostředí	Osobní bezpečí	161	3,54	3,09
	Životní prostředí	161	3,72	2,99
	Finanční situace	161	3,16	3,07
	Přístup k informacím	161	4,06	3,82
	Záliby	161	3,78	3,50
	Prostředí v okolí bydliště	161	3,83	3,60
	Dostupnost zdravotní péče	160	3,74	3,66
	Doprava	145	3,70	3,42

Pomocí průměrných skórů jsme se pokusili i o porovnání jednotlivých položek dotazníku u seniorů žijících v domově pro seniory a seniorů žijících v domácím prostředí. Grafické znázornění výsledků tohoto skórování považujeme za shrnutí výsledků našeho průzkumu uvedeného v tabulkách analýzy výsledku dotazníku – graf č. 8.

Graf č. 8 – Porovnání průměrných skóre



3. Závěry průzkumu

Hypotézu č. 1 - Většina seniorů hodnotí kvalitu svého života jako dobrou - považujeme za potvrzenou.

V 63 % seniori uvádějí, že kvalita jejich života je dobrá, 4% seniorů hodnotí kvalitu života jako velmi dobrou, 29 % vyjádřilo neutrální hodnocení (ani dobrá, ani špatná). Naprosto mizivé procento respondentů hodnotí kvalitu života v negativním smyslu, tj. jako špatnou nebo velmi špatnou.

Hypotézu č. 2 - Seniori žijící ve svém původním domácím prostředí hodnotí kvalitu svého života příznivěji než seniori žijící v domově pro seniory - považujeme za potvrzenou.

Jako dobrou hodnotí kvalitu života 69 % seniorů žijících v domácím prostředí a 56 % v domovech pro seniory, jako velmi dobrou 4% a 3%. Hodnocení ani dobrá ani špatná použilo 25 % osob v domácím prostředí a 34 % v domovech pro seniory.

Hypotézu č. 3 - Seniori, kteří se považují za zdravé, hodnotí kvalitu svého života příznivěji, než seniori nemocní považujeme za potvrzenou.

Ve skupině zdravých seniorů převažuje s 83 % hodnocení dobrá, pro 12 % respondentů je kvalita života ani dobrá ani špatná, pro 4 % velmi dobrá. Naproti tomu je u nemocných seniorů hodnocena kvalita života jako dobrá v 52 %, ve 39 % je hodnocení neutrálně, v 1 % velmi dobře.

Z analýzy položek dotazníku WHOQOL-BREF, které reprezentují jednotlivé domény kvality života, jednoznačně vyplývá, že nejčastěji uváděnou hodnotou je označení středně až hodně, s tendencí k pozitivnímu hodnocení. Pouze v položkách týkajících se zdraví oslovení seniori vyjádřili spíše nespokojenost.

U seniorů žijících ve svém domácím prostředí je procento „spokojenějších“ u většiny položek vyšší než u seniorů bydlících v domovech. Lépe hodnotí seniori v domovech položky dostupnost lékařské péče, životní podmínky, prostředí, pocit bezpečí, přístup k informacím a vnímání tělesného vzhledu.

Na základě zjištěných skutečností si dovoluujeme tvrdit, že kvalita života seniorů průzkumného souboru je dobrá. Toto tvrzení platí pro seniory, kteří nejsou upoutáni na lůžko nebo netrpí závažnější psychickou poruchou a ke kvalitě života jsou schopni se sami vyjádřit na základě vlastního úsudku. Velký vliv na kvalitu života má zdraví. Nemocní senioři hodnotí kvalitu života méně příznivě než senioři zdraví, ale nespokojenost s kvalitou života nebyla zjištěna ani v souboru nemocných. Zdravotní stav tedy není položkou, která by o kvalitě života rozhodovala dominantně. Z kvalitativního průzkumu na základě rozhovorů, ale i z literárních zdrojů vyplývá, že na kvalitě života se podílí celá řada faktorů jako jsou zejména osobní vztahy, prostředí, materiální zabezpečení, rodinný stav, dosavadní průběh života . Kvalita života je mnohostranný pojem, který každý jednotlivec vnímá individuálně.

ZÁVĚR

Cílem této práce bylo získat argumenty na podporu pozitivního náhledu na stáří, přesvědčit, že kvalita života seniorů je dobrá a stáří je plnohodnotnou etapou života. To vše v době, kdy ve společnosti probíhá zjitřená diskuse ohledně penzijního systému. Počet lidí v důchodovém věku narůstá a lidé v produktivním věku se cítí do budoucna ekonomicky ohroženi. Zdůrazňuje se osobní odpovědnost za kvalitu života, kterou je nutné budovat v rámci celoživotní dráhy. Samozřejmě, že člověk svým přístupem může velkou měrou ovlivnit kvalitu svého života. Velká část generace současných seniorů prožila v průběhu svého života dramatické životní i politické zvraty. Je to generace, která zažila války, utrpení, politické křivdy, apod. V našich dotaznících a osobních rozhovorech byli senioři tázáni na momentální kvalitu života, na současné pocity a spokojenost, do kterého se prožitky minulého životního období neopominutelně promítají. Přes všechno zlé i dobré, co je v životě potkalo, hodnotí většina z dotazovaných položky kvality života jako dobré. V tomto smyslu bychom mohli být spokojeni, že práce splnila svůj cíl, alespoň, co se týče zkoumaného souboru.

Nabízí se otázka, jak budou spokojeni se svým životem v penzi současníci, kteří většinou žijí v dostatku a bez strádání a určitá pokora před životem chybí. V otázce zabezpečení seniorů bude i do budoucna nezbytný podíl státu a stát by se této odpovědnosti neměl zříkat.

Zde je prostor pro sociální pedagogiku, která by mohla a měla působit na společnost, vychovávat k vytváření pozitivních vztahů ke starým lidem a posilovat pozitivní náhled na seniorský věk. V tomto smyslu může každý začít sám u sebe, ve svém okolí, ve své rodině. Na druhé straně je pro sociální pedagogiku, která je základem sociální práce, velmi široké uplatnění v samotné péči o seniory. Výsledky této práce ukázaly, že i senioři, které životní okolnosti donutili opustit své domácí prostředí a bydli v domově pro seniory, mohou být s kvalitou života spokojeni. Tento stav je jistě dán i díky obětavé práci personálu a celkové kvalitě a úrovni zařízení, ve kterých průzkum probíhal. Nabízí se diskuse, jakou měrou se právě prostředí podílí na kvalitě života a jak v budoucnu směřovat péči o seniory, kteří nejsou schopni trvale samostatně pobývat. Systematizace péče o seniory a její možnosti tato práce postrádá a mohla by být dalším předmětem zkoumání.

Resumé

Předmětem zájmu bakalářské práce je problematika kvality života u seniorů, její teoretické vymezení a subjektivní hodnocení samotnými seniory. Práce byla zpracována na základě vybraných titulů odborné literatury, zjištěných informací o dané problematice a průzkumu na základě dotazníků.

Práce je členěna na část teoretickou a část praktickou.

V první kapitole teoretické části práce je pozornost věnována vymezení pojmů stáří a stárnutí, jednotlivým aspektům, které tyto procesy provázejí, kategoriím stáří, nejčastějším chorobám spojeným se stářím. Ve druhé kapitole je řešena teoretická rovina pojmu kvalita života, přístupy k jejímu zkoumání, oblasti života, které jeho kvalitativní rozměr nejvíce ovlivňují.

Praktická část je zaměřena na zjišťování kvality života seniorů v průzkumném souboru, hledání rozdílů mezi kvalitou života seniorů žijících ve svém domácím prostředí a seniorů žijících v domovech pro seniory.

Výsledky průzkumu potvrdily platnost stanovených hypotéz. Většina seniorů hodnotí kvalitu života jako dobrou. Senioři žijící ve svém původním domácím prostředí hodnotí kvalitu života a její jednotlivé položky dle dotazníku pozitivněji než senioři žijící v domovech pro seniory.

Anotace

Bakalářská práce je zaměřena na hodnocení kvality života u seniorů. Práce teoreticky vymezuje pojmy stáří a stárnutí, aspekty ovlivňující tyto procesy, nejčastější choroby ve stáří, kvalita života, přístupy k jejímu zkoumání, oblasti života, které jeho kvalitu nejvíce ovlivňují.

Průzkumem pomocí dotazníku je v praktické části práce zjišťována a vyhodnocována kvalita života seniorů.

Klíčová slova

Kvalita života, životní spokojenost, stáří, stárnutí, nemoci ve stáří.

Annotation

The main focus of this thesis is the senior's quality of life. Theoretical part of thesis defines the concepts of ageing and old age, affecting aspects of these processes, the most common disease in old age, the concept quality of life, access to its research, aspects of life that most affect its quality.

The practical part of thesis is aimed at determining the quality of life of seniors in file exploration .

Key words

Quality of life, life satisfaction, age, ageing, illness in old age.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ALAN, J. Etapy života očima sociologie, Praha, Panorama, 1989, 440 s. ISBN 80-7038-034-6
2. DRAGOMIRECKÁ, E., PRAJSOVÁ, J., Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku, Praha, Psychiatrické centrum, 2009, 72 s., ISBN 978-80-87142-05-9
3. HAMILTON-STUART, I. Psychologie stárnutí, Portál, Praha, 1999, 319 s., ISBN 80-7178-274-2
4. HAŠKOVCOVÁ H., Fenomén stáří, Praha, Panorama, 1990, 407 s., ISBN 80-7038-158-2
5. HOCMAN, G. , Stárnutí, Avicenum, Praha, 1985, 104 s., ISBN 08-083-85
6. KALVACH, Z. a kol. Úvod do gerontologie a geriatrie. Praha: Karolinum 1997, 861 s., ISBN 80-7184-366-0
7. KRAUS, B. Základy sociální pedagogiky, Praha, Portál, 2008, 215 s., ISBN 978-80-7367-383-3
8. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví, Praha: Portál 2001, 278 s., ISBN 80-7178-551-2
9. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci, Praha: Grada 2002, 200 s., ISBN 80-247-0179-0
10. MÜHLPACHR, P. Gerontopedagogika, Brno, Masarykova univerzita v Brně, 2004, 204 s. ISBN 80-210-3345-2
11. MÜHLPACHR, P. Schola Gerontologica, Brno, Masarykova univerzita v Brně, 2005, 314 s., ISBN 80-210-3838-1
12. PACOVSKÝ, V., O stárnutí a stáří, Praha, Avicenum , 1990, 135 s., ISBN 80-201-0076-8
13. PAYNE, J. a kol. Kvalita života a zdraví, Praha, Triton, 2005, 629 s., ISBN 80-7254-657-0
14. PŘÍHODA, V. Ontogeneze lidské psychiky: IV. díl, Praha, SPN, 1974, Edice učebnice pro vysoké školy, 495 s.
15. RADVAN, E., VAVŘÍK, M. Metodika psaní odborného textu výzkum v sociálních vědách, IMS Brno, 2009, s. 57

16. SÝKOROVÁ, D. Autonomie ve stáří, Ostrava, Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2004, 323 s., ISBN 80-7326-026-3
17. VAĎUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. Kvalita života, Brno: MU 2005, 146 s., ISBN 80-210-3754-7
18. VÁGNEROVÁ, M.. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. UK v Praze, Karolinum 2007, s. 435, ISBN 978-80-246-1318-5
19. VIDOVIČOVÁ, L. Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti, MU, Mezinárodní politologický ústav, Brno 2008, 233 s. ISBN 978-80-210-4627-6

Elektronické zdroje:

www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kvalita.html/

www.lidovky.cz

www.kvalitazivota.vubp.cz

Časopisy:

Česká geriatrická revue 2009, č. 7

Vojenské zdravotnické listy, ročník LXXIII, 2004, č. 1

Příloha č. 1 - Dotazník

Kvalita života - dotazník světové zdravotnické organizace

Dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku, který vytvořila Světová zdravotnická organizace – WHOQOL-BREF za účelem zjišťování osobního vnímání kvality života. Dotazník je anonymní a bude využit výhradně pro zpracování bakalářské práce na téma: Hodnocení kvality života seniorů.

INSTRUKCE pro vyplnění:

Odovězte, prosím, na všechny otázky.

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

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptám se na Váš život za poslední dva týdny.

Např. otázka:

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	Vůbec ne 1	Trochu 2	Středně 3	Hodně 4	Maximálně 5
---------------------------------------------------------------	---------------	-------------	--------------	------------	----------------

Zakroužkujte číslo, které nejlépe odpovídá tomu, kolik pomoci se Vám od ostatních dostává v souvislosti s Vašimi potřebami, tak jak Vy to cítíte. Např. pokud se Vám dostává maximum pomoci, naprosto nic Vám nechybí, zakroužkujte č. 5 – maximálně.

Než vyplníte dotazník na následující listu (oboustranně), prosím, ještě o vyplnění následující tabulky, která je důležitá pro zpracování údajů z dotazníku. Zde zakroužkujte správný údaj.

Aktuální zdravotní stav, jak se cítíte?	Zdravý	Nemocný	
Pohlaví	Muž	žena	
Věková kategorie	55-69	70-79	80-89
Žijete	Osaměle	S partnerem/manželem	
Bydlení	Doma	V domově pro seniory	
Jste spokojeni s hmotným zabezpečením (dostatek peněz)	Ano	Ne	

Mnohokrát Vám děkuji za vstřícnost a spolupráci, bez které bych se při zpracování bakalářské práce neobešla.

Hana Blažková, studentka Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	1	2	3	4	5

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **v jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á nebo spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26. Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5