

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí diplomové práce:
prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.

Vypracovala:
Bc. Lenka Krumpolcová, DiS.

Brno 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Kvalita života seniorů“ zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této diplomové práce.

Elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné.

V Olomouci dne 30. 3. 2012

.....
Bc. Lenka Krumpolcová, DiS.

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala panu prof. PhDr. Pavlovi Mühlpachrovi, Ph.D. za užitečnou metodickou pomoc, ochotu, věnovaný čas a cenné rady, které mi poskytl při zpracování mé diplomové práce.

Touto cestou bych také chtěla poděkovat mému příteli, rodině i přátelům za jejich pomoc, morální podporu, pochopení a trpělivost, které si nesmírně vážím.

Bc. Lenka Krumpolcová, DiS.

Obsah

Úvod	2
1. Problematika stáří a stárnutí	3
1.1 Vymezení pojmu stáří	3
1.2 Charakteristika procesu stárnutí	6
1.3 Vědecké disciplíny zabývající se stárnutím a stářím	12
1.4 Choroby ve stáří	14
1.5 Umírání a smrt	17
2. Systém péče o seniory v ČR	19
2.1 Rodina, její možnosti a limity	21
2.2 Sociální služby pro seniory	22
2.3 Zdravotnické služby pro seniory	31
3. Kvalita života seniorů	36
3.1 Teoretické vymezení kvality života	37
3.2 Dimenze kvality života	40
3.3 Přístupy ke kvalitě života	41
3.4 Specifika kvality života seniorů	45
4. Vlastní empirický výzkum	52
4.1 Cíl výzkumu a formulace hypotéz	52
4.2 Organizace a charakteristika výběrového souboru	53
4.3 Použité metody	53
4.4 Univariační analýza	54
4.5 Bivariační analýza	74
4.6 Závěry výzkumu	78
Závěr	81
Resumé	83
Anotace	84
Seznam použité literatury	85
Seznam příloh	91

Úvod

Díky vyspělé moderní medicíně, lepším životním a pracovním podmínkám a propracovanější sociální ochraně se stále více lidí dožívá vyššího věku. V souvislosti se stárnutím populace se do popředí zájmu dostává otázka kvality života seniorů, která je v dnešní době velmi aktuálním a diskutovaným tématem.

Na stáří se často nahlíží jednostranně, mnoho lidí tuto životní etapu vnímá negativně, má ji spojenou se zdravotními problémy, snížením mentálních funkcí, osamělostí, ztrátou soběstačnosti a zvýšenou závislostí na pomoci ostatních. Tyto předsudky pramenící z neznalosti a vlastních obav jsou zažité u většiny lidí, kterých se stáří osobně nedotýká. Stáří přitom může být příjemným obdobím života, ve kterém jedinci vzniká dostatečný prostor k realizaci všeho, co doposud z různých důvodů nestihl. „Podzim života“ lze prožít smysluplně, radostně a aktivně, záleží jen na každém z nás, jak se na toto období připraví.

Stárnutí populace a s ním spojené problémy se dotýkají nejen samotného jedince, ale zároveň celé společnosti, která musí být schopná na tyto změny včas adekvátně reagovat. Zkvalitnění zdravotní a sociální péče, celoživotní příprava na stáří, podpora vzdělávání, zajištění autonomie a důstojnosti ve stáří, snaha o změnu negativního přístupu ke starým lidem, to je jen nepatrný výčet opatření, která mohou vést k zlepšení kvality života seniorů.

Problematika stáří a s ní související kvalita života seniorů je pro mě „tajemnou komnatou pečlivě ukryvajících svá tajemství“, která bych chtěla prostřednictvím této práce odhalit a blíže se s nimi seznámit. Věřím, že práce bude zajímavá a poučná i pro případné čtenáře. Cílem mé diplomové práce je zjistit a porovnat kvalitu života a celkovou spokojenost se životem u seniorů žijících v přirozeném domácím prostředí a seniorů žijících v ústavním prostředí. Dále porovnat míru důležitosti a míru spokojenosti s jednotlivými oblastmi jejich života.

Práce je rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola se podrobně věnuje problematice stáří a stárnutí. Druhá kapitola se zabývá komplexním systémem péče o seniory v ČR. Třetí kapitola se zaměřuje na kvalitu života seniorů, přináší teoretické vymezení tohoto pojmu a upozorňuje na faktory, které kvalitu života ovlivňují. V poslední kapitole uvádím vlastní výzkum, který zjišťuje úroveň kvality života seniorů a jejich spokojenost se životem.

1. Problematika stáří a stárnutí

Proces stárnutí a s ním související stáří je nevyhnutelnou perspektivou každého člověka. Všichni stárneme, jen projevy se u každého z nás liší, jsou značně individuální. Stáří lze chápat jako zakončení procesu stárnutí jedince, v rámci ontogenetického vývoje člověka se jedná se o poslední přirozenou fázi života, která bývá označovaná jako postvývojová (Vágnerová, 1997).

„Stárnutí a stáří je specifický biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nakódován, je nevratný, neopakuje se, jeho povaha je různá, zanechává trvalé stopy. Jeho rozvoj se řídí druhově specifickým časovým zákonem. Podléhá formativním vlivům prostředí“ (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 57).

Ne všichni se stáří dožijeme, jak tedy poznáme, že člověk završil proces stárnutí a dospěl do fáze stáří? V naší společnosti je hranice stáří stanovena dosažením určitého věku, avšak názory odborníků na výši této hranice se liší, odpověď na tuto otázku není jednoznačná, což jasně vyplyne v následujících dvou podkapitolách mé diplomové práce.

1.1 Vymezení pojmu stáří

Existuje řada definic, které se snaží vymežit pojem stáří a stárnutí, ale žádná z nich není absolutní a definitivní.

Stáří je podle Kalvacha a kol. (1997, s. 18) *„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 sociálních změn (osamostatnění dětí, penzionování a jiné změny sociálních rolí). Všechny změny příčinné a následné se vzájemně prolínají, mnohé jsou protichůdné a jednotné vymezení i periodizace stáří se tak stávají velmi obtížnými.“*

V psychologickém slovníku je stáří definováno jako *„konečná etapa geneticky vyměřeného trvání života“* (Hartl, Hartlová, 2010, s. 549).

Jak jsem již dříve uvedla, názory na to, kdy nastává stáří, se různí. Pro přehlednost uvádím klasifikaci stáří z několika různých pohledů.

- **Biologické stáří**

Stuart-Hamilton (1999) uvádí, že tento pojem se může užívat obecně k vyjádření celkového stavu lidského organismu. Podle Kalvacha a kol. (1997, s. 18) je biologické stáří „*hypotetické označení konkrétní míry změn involučních (atrofie, pokles funkční zdatnosti, změny regulačních a adaptačních mechanismů), obvykle těsně propojených se změnami způsobenými těmi chorobami, které se vyskytují s vysokou frekvencí převážně ve vyšším věku (např. ateroskleróza)*“.

Hayflick (1997) přirovnává lidské tělo k hodinářství, kdy každá z našich tkání, každý orgán, který připomíná jedny hodinky, si tikají jen tak pro sebe různým tempem, nezávisle na ostatních. Proto také jedinec, který dosáhl určitého chronologického věku, může být podstatně starší nebo také mladší biologicky, což je dáno tím, jak rychle nebo pomalu tikají všechny jeho hodinky ve smyslu aritmetického průměru.

Doposud se nepodařilo najít vhodnou metodu, která by dokázala spolehlivě určit biologický věk, jehož stanovení by bylo zajisté přínosnější než znalost věku chronologického, proto se v dnešní době tato klasifikace nevyužívá.

- **Sociální stáří**

Sociální stáří lze charakterizovat jako období, ve kterém dochází ke kombinaci několika sociálních změn či splnění určitého kritéria (nejčastěji penzionování), popřípadě dosažení určitého věku, ve kterém jedinci vzniká nárok na odchod do starobního důchodu. Sociální stáří je dáno změnou sociálních rolí, způsobu života i ekonomického zajištění. V tomto smyslu je stáří chápáno jako sociální událost (Kalvach a kol., 1997).

Lidský život můžeme v souvislosti se sociálním stářím zjednodušeně rozčlenit do 4 velkých období, tzv. věků:

První věk (předproduktivní) – období dětství a mládí, který je charakterizován vývojem, vzděláváním, přípravou na budoucí povolání, získáváním nejrůznějších znalostí a zkušeností.

Druhý věk (produktivní) – je obdobím dospělosti, pracovní produktivity, sociální i biologické (založení rodiny).

Třetí věk (postproduktivní) – jde o období odpočinku, poklesu zdatnosti, které je produktivně nepřínosné. Toto vysvětlení naráží na vážné úskalí, které přeceňuje pracovní roli jedince a naopak potlačuje hledisko osobnostního rozvoje jako celoživotního procesu, který trvá i v nejvyšším stáří – až do smrti.

Čtvrtý věk se někdy používá k označení **fáze závislosti**, což odporuje konceptu úspěšného stárnutí a představě, že zdravé stáří může zůstat až do nejpokročilejšího věku samostatné. Proto je takové označení zcela nevhodné (Kalvach a kol., 1997).

- **Kalendářní (chronologické) stáří**

Kalendářní neboli chronologické stáří je dáno datem narození., můžeme ho také nazvat věkem matričním. Na rozdíl od biologického stáří, z pohledu chronologického věku stárneme všichni stejně.

Podle Mühlpachra (2009, s. 20) je kalendářní stáří „*vymezeno dosažením určitého, arbitrárně stanoveného věku, od něhož se empiricky obvykle nápadněji projevují involuční změny*“.

V minulosti jsme si zvykli používat členění dle Světové zdravotnické organizace:

- 60 – 74 let **počínající stáří**
- 75 - 89 let **vlastní stáří**
- 90 let a více **dlohověkost**

V současné době je hodně rozšířené a užívané následující členění:

- 65 – 74 let **mladí senioři**
- 75 – 84 let **staří senioři**
- 85 a více let **velmi staří senioři**

Posunutí hranice stáří až k věku 65 let můžeme přičíst hospodářsky vyspělým zemím, ve kterých došlo k prodloužení života ve stáří, poklesu kardiovaskulární úmrtnosti ve středním věku a zlepšení funkční zdatnosti seniorů (Mühlpachr, 2009).

V odborných publikacích je možné setkat se s pojmem „**funkční věk**“, který odpovídá skutečnému funkčnímu potenciálu člověka (skutečný věk), a který velmi často není totožný s věkem kalendářním.

- **Dlouhověkost**

Za dlouhověké jsou považováni lidé starší 90 let. Není jich mnoho, ale jejich počet stoupá na základě zvyšování životní úrovně, zkvalitnění zdravotní péče a pokroku v oblasti zjednodušení životního stylu, který již neklade tak vysoké nároky na fyzickou zdatnost jako tomu bylo dříve.

V souvislosti s dlouhověkostí můžeme uvažovat i o maximální možné délce života, která se v současné době udává okolo 125 let. Ve vědeckých kruzích se objevují úvahy, že na základě různých mechanismů, genetického inženýrství apod. by mohlo být možné dožít se cca 150-200 let. Dostupné výsledky výzkumů tuto možnost však pro blízkou budoucnost nepotvrzují (Mühlpachr, 2009).

Existuje také kategorie **extrémní dlouhověkost**, kdy se lidé dožívají 110 a více let. Ve světě je registrováno okolo 80 takto starých lidí s převahou žen 8:1 (Kalvach a kol., 2008).

1.2 Charakteristika procesu stárnutí

Stárnutí jedince je nevyhnutelným dějem, který je součástí přirozeného průběhu života člověka. Někteří lidé berou stárnutí jako nutnost, jako normální důsledek plynutí času, ale jsou i tací, kteří se nemohou se stárnutím smířit a snaží se ho všemi dostupnými prostředky a činnostmi oddálit nebo dokonce úplně zastavit. Stárnutí můžeme označit za individuální proces, který má významné sociální důsledky, avšak každý z nás může svým životním stylem významně ovlivnit jeho průběh.

Hayflick (1997) považuje stárnutí za všudypřítomnou součást naší živé i neživé přírody, ve své knize se vyjadřuje o stárnutí jako o jediné fatální nutnosti, které se nikdo z nás nemůže vyhnout, neboť souvisí s trváním objektu (tedy i člověka) v čase.

Mühlpachr (in Mühlpachr, 2005, s. 19) uvádí, že stárnutí je „*zákonitý, druhově specifický celoživotní proces, jehož involuční procesy se stávají zřejmější ve 4. deceniu, event. na přelomu 4. a 5. decenia*“.

Pro stárnutí je charakteristické, že každý člověk stárne do určité míry svým vlastním tempem, jde o individuální proces, který je ovlivněn různou genetickou výbavou, interakcí s prostředím, životními podmínkami, odlišným zdravotním stavem, ale i životním stylem.

Současně ho můžeme označit za proces asynchronní (heterochronní), který nerovnoměrně postihuje různé struktury a funkce organismu, což souvisí s jejich zatěžováním, stimulováním či poškozováním (Kalvach a kol, 1997).

Psychologický slovník definuje stárnutí jako „*proces negativních změn, k nimž dochází po dosažení dospělosti*“ (Hartl, Hartlová, 2010, s. 549). Podle této definice by se většina z nás musela stárnutí obávat již po dosažení dospělosti a snažit se mu všemožně zabránit či dokonce usilovat o nesmrtelnost, což jak víme, je i v dnešní vyspělé době stále nemožné. Myslím si, že obětovat období dospělosti přemýšlením, jak zabránit stárnutí je nesmyslné, naopak člověk by se měl na toto období spíše připravit a seznámit se s úskalími, které ho v budoucnosti čekají.

Stárnutí s sebou přináší změny, které zajisté ovlivní život jedince, ale neměli bychom na toto období nahlížet jen negativním způsobem, ale snažit se hledat i stránky pozitivní. Je potřeba naučit se na určité změny reagovat a kompenzovat je, popřípadě se přizpůsobit novým skutečnostem, adaptovat se na nové podmínky. Vždyť i lidé, kterým již není 50 ani 60 let, ale více, mohou svůj život považovat za kvalitní, spokojený a plnohodnotný.

I v dnešní době se najdou lidé, kteří stárnutí vnímají pouze jako jev negativní či dokonce chorobný. Myslím si, že tento názor je zcela zastaralý, stárnutí není nemoc, i když nemůžeme popřít, že choroby tento proces často doprovázejí a znepríjemňují starším lidem život.

Jak jsem již výše uvedla, stárnutí je celoživotní proces doprovázený řadou involučních změn, které zasahují do všech stránek života jedince, jde o komplexní jev, který postihuje oblast biologickou, psychickou i sociální. Nyní se blíže seznámíme s nejdůležitějšími involučními změnami, které doprovází proces stárnutí a stáří.

- **Biologické změny**

Biologické změny jsou nejčastěji spojovány se stárnutím, protože jde o jevy okem viditelné nebo rozpoznatelné v komunikaci. Jednotlivé systémy a funkce organismu stárnou nerovnoměrně, výraznější tělesné změny můžeme pozorovat zhruba po šedesátém roce života.

Holmerová, Jurášková, Zikmundová a kol. (2007) uvádějí nejčastější somatické změny a jejich důsledky:

Srdce a cévní systém – dochází ke snížení elasticity (pružnosti) tepen a snížení průtoku krve všemi orgány. Snižuje se poddajnost myokardu (vlivem zániku svalových buněk). Dochází k poklesu vnitřní srdeční frekvence a k snížení tepové frekvence při zátěži.

Respirační systém – výraznou změnou je pokles inspiračního a expiračního tlaku, poklesu vitální kapacity plic a zhoršení samočisticí schopnosti dýchacího ústrojí.

Gastrointestinální trakt – charakteristické je opotřebením a ztráta dentice (chrupu), což způsobuje poruchu rozměňování potravy. Se zvyšujícím se věkem se snižuje množství slin, což může vést k poruše polykání. Dochází ke snížení motility (hybnosti) gastrointestinálních orgánů a sekrece žaludečních šťáv, zvyšuje se pH žaludku, což ovlivňuje vstřebávání řady léků. Běžné je snížení tonu svěrače. Žlučník a žlučovody ztrácejí svou elasticitu.

Hormonální změny – jsou rozdílné u mužů a žen. U mužů nedochází k náhlému hormonálnímu poklesu jako u žen, ale pozvolně klesají androgeny (např. testosteron u mužů ve věku 30-70 let klesá o 1,2 % za rok). Typické je snížení celkové výkonnosti, síly, snížení výkonnosti centrálního nervového systému, kardiovaskulárního systému a imunitního systému (díky snížení produkce růstového hormonu). U žen dochází po menopauze k snížení produkce estrogenu, naopak se zvyšuje hladina testosteronu, což způsobuje osteoporózy skeletu, velmi častá je také inkontinence způsobená snížením uretrálního tlaku, povolením dna pánevního a poklesem dělohy.

Pohybový systém – charakteristický je úbytek svalové hmoty (sarkopenie) a úbytek kostní denzity, což může vést ke vzniku osteoporózy. Časté jsou zlomeniny, přibývá tuková tkáň, svaly rychleji ochabují.

Nervový systém – vznikají senzorické poruchy, myšlení může být pomalejší, častá je stařecká zapomnětlivost vlivem involuce centrálního nervového systému.

Smyslové poruchy – zhoršení smyslového vnímání. Zrak: presbyopie (člověk není schopen zaostřit obraz nablízko), katarakta – zákal čočky, zhoršení adaptace na šero i osvit. Sluch: presbycusis (stařecký sluch), zhoršení sluchové ostrosti pro vysoké tóny. Čich a chuť: oslabení čichu a chuti. Zhoršeno je také vnímání vlastního těla (propriocepce), proto u seniorů dochází častěji k pádům a úrazům.

Vylučování – je snižená funkce ledvin (filtrační i koncentrační schopnost), poruchy funkce močového měchýře.

Kožní změny – ztráta vlhkosti, přirozené obnovy buněk, postupný úbytek buněk. Dochází k degeneraci kolagenních a elastických vláken, úbytku podkožního tuku a k ubývání potních žláz.

Změny hemokoagulace - dochází k úbytku kostní dřevě, snížení aktivity leukocytů a fagocytózy, zpomalení tvorby červených krvinek v kostní dřevě, snížení bohatosti krevních elementů.

- **Psychické změny**

Stárnutí jedince se neprojevuje jen biologickými změnami, ale je doprovázeno také změnami v psychické oblasti jedince.

Podle Vágnerové (1997) jsou některé změny podmíněny biologicky, zatímco jiné jsou důsledkem psychosociálních vlivů. Obě podmíněnosti se vzájemně ovlivňují, působí celkově a společně. Individuální rozdílnosti pak nacházíme v době, kdy se jednotlivé změny začínají projevovat, v jejich dynamice i způsobu, jakým na ně starší lidé reagují.

Biologicky podmíněné změny jsou buď projevem stárnutí a z tohoto pohledu je považujeme za normální (např. celkové zpomalení, problémy v zapamatování a vybavování informací atd.) nebo může jít i o příznaky chorobných procesů – např. Alzheimerova demence.

Psychosociálně podmíněné změny mohou vznikat v důsledku tzv. kohortového efektu (lidé téže generace mají obdobnou sociální zkušenost, vzdělání, působí na ně podobné sociokulturní vlivy), dále na základě životního stylu, určitého postoje či modelu chování, jež daná společnost preferuje.

Mühlpachr (2009) zdůrazňuje, že je těžké odlišit přirozené involuční změny dané věkem od změn, které vznikají následkem duševní poruchy. Mezi projevy duševní involuce řadí např. zpomalení duševní činnosti (důsledkem menší motivace nebo vlivem zvýšené opatrnosti), špatné snášení změn (čím je člověk starší, tím hůře se vyrovnává s životními změnami-např. stěhování) a změny v osobnosti člověka, které se projevují ztrátou vztahu k určitým osobám, hodnotám, zálibám apod.

Je důležité si uvědomit, že při stárnutí se kvalitativně nemění **struktura osobnosti**, spíše se akcentují původní rysy osobnosti, jako jsou např. egocentrismus, dominance, laskavost, dobrota, atd. Např. u člověka, který byl v mládí dominantní, se dá předpokládat, že ve stáří bude ještě více prosazovat svoje zájmy a dominantnost bude u něj více patrná, než tomu bylo dříve. Dochází také ke změnám v hierarchii hodnot, kdy na důležitosti nabývají hodnoty zdraví, klidu, soukromí a bezpečí.

Stuart-Hamilton (1999) uvádí, že charakterové rysy osobnosti jsou převážně formovány již v rané dospělosti a podle něj neexistuje žádný typ osobnosti typický pro stáří. Dále se domnívá, že ke kvalitnímu a spokojenému životu může přispět vhodně zvolený životní styl, který zahrnuje řádné stravovací návyky, pravidelné cvičení a zákaz kouření.

Ve stáří zaznamenáváme změny i v **intelektové oblasti**. V této souvislosti je nezbytné rozlišit inteligenci na tzv. fluidní a krystalickou. **Fluidní inteligencí** rozumíme schopnost řešit nové problémy, které se nedají řešit na základě formálního vzdělání či zkušeností dané kultury. Fluidní inteligence dosahuje svého vrcholu v době raného mládí a slábne u člověka již po 30. roce života. **Krystalická inteligence** je soubor vědomostí, znalostí a zkušeností, které člověk získal v průběhu svého života. Krystalická inteligence s věkem neklesá, zůstává téměř nedotčena (Holmerová, Jurášková, Zikmundová a kol., 2007).

Ke změnám dochází i v oblasti **uvažování a jednání** starších lidí. Zvyšují se tendence k dogmatismu a rigiditě, senioři myslí a jednají ve známých a osvědčených schématech, dávají přednost rutině a stereotypu a odmítají vše nové.

V pokročilém věku slábne **paměť**, což je jeden z nejčastěji uváděných příznaků stárnoucích lidí. Při krátkodobé paměti má člověk problém zejména s fází vstřípivosti, ale i s fází vybavnosti. Zdá se, že největší potíže činí seniorům názvy a jména, která si mají zapamatovat nebo vybavit. Dlouhodobá paměť bývá dlouho zachována, senioři rádi vzpomínají na minulé události, které mají v paměti „živě“ uloženy.

S věkem se snižuje také **pozornost**, je čím dál obtížnější soustředit se na konkrétní úkoly. Pokles koncentrace je způsoben zejména zvýšenou únavností starších lidí. S pozorností souvisí **schopnost učení**, která s přibývajícím věkem klesá. Učení je pro stárnoucí lidi ve srovnání s mladšími lidmi náročnější, dá jim více práce a trvá jim déle. Obecně platí, že čím složitější úkol dostanou, tím větší těžkosti jim způsobí. U jednoduchých úkolů se rozdíl mezi mladšími a staršími lidmi ztrácí (Křivohlavý, 2002).

Změny nastávají také v oblasti **citového života** člověka, ve stáří se snižuje zejména intenzita emocí. Je mnohem těžší nadchnout se pro něco nového, stárnoucí lidé jsou spíše neteční. Typická je emoční labilita, která se projevuje střídáním nálad, sklonem k lítosti a smutku, což může vést až k některým psychickým onemocněním (úzkosti, deprese atd.). Starší lidé své emoční projevy hůře zvládají, jsou citově zranitelnější, snižuje se jejich odolnost vůči zátěži a krizím, což vysvětluje jejich zvýšenou potřebu ohledů, projevů náklonnosti a porozumění od svého okolí.

- **Sociální změny**

V sociální oblasti je pro stáří typický úbytek a proměna sociálních rolí. Změny sociálních rolí symbolizují ztrátu sociální prestiže a potvrzují zvýšenou závislost člověka na společnosti a jiných lidech. Za důležitý sociální mezník můžeme označit **odchod do starobního důchodu**, kdy člověk ztrácí nejen svou profesní roli, ale i s ní spojenou společenskou prestiž a uznání (Vágnerová, 2007).

Odchod do důchodu s sebou přináší změny ve způsobu trávení volného času, vede k zúžení aktivit a snížení sociálního kontaktu s jinými lidmi, zvýšení závislosti starého člověka na okolí a také k zhoršení ekonomické situace (Bumbálek in Mühlpachr, 2005). Obecně se s odchodem do důchodu hůře vyrovnávají muži. Ženy se oproti mužům i v důchodovém věku nadále realizují v péči o domácnost, více volného času také věnují svým vnoučatům, což jim pomáhá v přijetí nové sociální role (Bursová, 2010).

Adaptace na novou roli důchodce není jednoduchá také proto, že společnost často označuje důchodce za neproduktivní a neužitečné, přičemž se zapomíná na to, co dokázali a vykonali dříve. Není výjimkou, že člověk pod vlivem těchto okolností může lehce dospět do fáze, kdy se cítí nepotřebný, izolovaný nebo dokonce vyloučený ze společnosti. Ztrácí smysl života, život se najednou zdá „tak prázdný“ a objevují se obavy z další budoucnosti. Proto je důležité, aby se lidé o období stárnutí a stáří začali zajímat mnohem dříve, než se v této životní fázi sami ocitnou. Mám na mysli **aktivní přípravu na stáří**, o které dnes slyšíme čím dál tím častěji.

Határ (2011) považuje proces adaptace na důchodový věk a problémy s ním spojené za výrazný andragogický problém 21. století. Upozorňuje, že neadekvátní adaptace dospělého člověka na období stáří bývá způsobena převážně nedostatečnou, případně absentující přípravou dospělých v produktivním věku na vstup do důchodu.

Příprava na stáří zmírňuje negativní dopady přechodu z aktivního pracovního života do důchodu, jejím hlavním cílem je naučit dospělé aktivně prožívat „podzim svého života“. Rozlišujeme **dlouhodobou, střednědobou a krátkodobou** přípravu na stáří.

Dlouhodobá – jde o celoživotní proces. Opírá se o skutečnost, že stáří je neoddelitelnou součástí života, jejíž kvalitu si člověk do jisté míry sám určuje, a to ve všech ontogenetických etapách. Důležité je celoživotní výchovné, vzdělávací a zdravotně-osvětové působení na celou populaci. Důraz by měl být kladen na výchovu k harmonickému a smysluplnému životu, k manželství a rodičovství, k rozvoji vzdělání, společenské aktivitě, k tvořivé činnosti, dále na správnou životosprávu, odstranění negativních návyků a především na úctu ke starším.

Střednědobá – cca kolem 45. roku věku. Důležité je osvojení zásad správného životního způsobu (kvalitní výživa, dostatek pohybu, aktivní odpočinek, snížení nebo odstranění škodlivých návyků), dále zásad duševní hygieny (akceptace stáří jako přirozené součásti života, postupné přijetí role, která člověka čeká) a v sociální oblasti jde především o navazování mimopracovních aktivit, vytváření a udržování personálních vztahů, pěstování koníčků a rozvíjení zájmů, které nesouvisí pouze s výkonem zaměstnání. Stárnoucí člověk si tak postupně a cílevědomě připravuje náhradní program pro období, kdy už nebude moci dělat to, co dosud.

Krátkodobá (bezprostřední příprava na odchod do důchodu) – cca 3-5 let před předpokládaným odchodem do důchodu. Stárnoucí člověk by se měl snažit získat kvalitní informace o dalších možnostech aktivního způsobu života, dále by měl stabilizovat svůj zdravotní stav, zamyslet se nad dalšími plány a uvést je do reálného vztahu se skutečným fyzickým i psychickým stavem. Důležitá je také psychická příprava (akceptace budoucí role důchodce), organizační - např. příprava dokumentů, vytvoření úspor, úprava bydlení atd. (Pacovský, 1990).

1.3 Vědecké disciplíny zabývající se stárnutím a stářím

Problematika stáří a stárnutí je natolik široká a metodologicky roztržštěná, že nelze vytvořit „obecnou vědu o stárnutí a stářím“, není možné, aby ji jeden člověk dokázal pojmovit. Stárnutím a stářím se zabývá řada vědních oborů a disciplín. V budoucnu je důležitá zejména spolupráce různě zaměřených odborníků, kteří budou identifikovat klíčové problémy, definovat pojmy, sjednocovat terminologii a zpřístupňovat poznatky každého dílčího oboru všem ostatním.

Gerontologie – je obecný pojem pro nauku o stárnutí a stáří. Nejedná se o samostatnou vědní disciplínu, ale o multidisciplinární souhrn poznatků o stárnutí a stáří. Tento pojem je odvozen z řeckého *gerón* = starý člověk a *logos* = nauka.

Gerontologie se člení do tří okruhů:

- **gerontologie experimentální** – snaží se najít odpovědi na otázky proč, a jak živé organismy stárnou, v současné době se rozvíjí především na molekulární úrovni;
- **gerontologie klinická (neboli geriatrie)** – zabývá se komplexním posuzováním zdravotního stavu starých lidí, zaměřuje se na zvláštnosti chorob ve stáří, jejich diagnostiku a léčení;
- **gerontologie sociální** - orientuje se na vzájemné vztahy mezi starým člověkem a společností jako celkem. Má sociologické, demografické, psychologické, pedagogické, ekonomické a další aspekty. Zkoumá např., jak stárnutí populace ovlivňuje společnost a její rozvoj, co staří lidé od společnosti potřebují atd. (Mühlpachr, 2004).

Geriatricie – je v širším slova smyslu klinická gerontologie (viz výše), v užším slova smyslu pak existuje v některých státech (např. Česká republika, Slovensko, Velká Británie) jako samostatný lékařský obor interdisciplinárního charakteru, který poskytuje specializovanou zdravotní péči nemocným vyššího věku. Geriatricie plní nejen specifické úkoly léčebně preventivní, ale také integrační a metodické při vytváření uceleného systému zdravotních a zdravotně sociálních služeb pro stárnoucí lidi. Tato role je umožněna především propojením geriatrie jako klinické gerontologie s gerontologií sociální a experimentální (Holmerová, Jurášková, Zikmundová a kol., 2007).

Cílem geriatrie je optimalizace zdravotního a funkčního stavu stárnoucích a starých lidí, snižování chronické disability a zejména zachování soběstačnosti a nezávislosti až do nejvyššího věku. Geriatricie cílevědomě rozvíjí koncept úspěšného stárnutí, prohlubuje znalosti o zvláštnostech chorob ve stáří, rozvíjí specifický geriatrický režim a pozornost je věnována také rozvoji a kvalitě následné a dlouhodobé péče včetně rehabilitačního ošetřovatelství (Holmerová, Jurášková, Zikmundová a kol., 2007).

Gerontopedagogika (gerontagogika) – je v užším slova smyslu pedagogická disciplína, která se zabývá výchovou a vzděláváním seniorů, jde o vzdělávání ve stáří a ke stáří. V širším slova smyslu je chápána jako teoreticko empirická disciplína, která zabezpečuje komplexní péči, pomoc a podporu seniorům při uspokojování jejich potřeb (včetně potřeb vzdělávacích) v nemedicínské dimenzi, ale souběžně s ní. Jedná se o multioborovou disciplínu, ve které se prolínají poznatky z lékařství, sociální práce, andragogiky, sociologie, psychologie a práva (Mühlpachr, 2009a).

Disciplín a oborů, které se zabývají stárnutím a stářím, je mnohem více, než jsem výše uvedla, mezi další patří například **gerontopsychologie, gerontopsychiatrie, gerontosociologie, gerontoergonomie**, aj.

1.4 Choroby ve stáří

Zdraví je důležitou hodnotou, která ovlivňuje všechny aspekty života ve vyšším věku, spoluurčuje kvalitu života a postavení starých lidí v rodině i ve společnosti. Jak jsem již dříve zdůraznila, stáří není nemoc, ale nemůžeme opomenout fakt, že s přibývajícím věkem dochází k zvýšenému nárůstu určitých problémů a onemocnění spojených ať přímo či nepřímo s věkem. Zvláštnostmi chorob ve stáří se zabývá lékařský obor geriatric. Hodnocení zdravotního stavu ve vyšším věku je obtížné, často dochází k rozporu mezi subjektivním a objektivním posuzováním, některá onemocnění jsou nedostatečně nebo chybně diagnostikována.

Choroby ve stáří mají některé obecně platné zvláštnosti, mezi které patří **multiborbidita**, tj. přítomnost několika onemocnění najednou. Nezřídka dochází k tomu, že jedna choroba má za následek řetězovitý vznik dalších chorob. Častým důsledkem multimorbidity je užívání mnoha léků najednou.

Další zvláštnosti můžeme objevit v **klinickém obraze** chorob ve stáří, pro geriatrického pacienta je typické, že řada chorob probíhá odlišně. Charakteristická je tzv. **mikrosymptomatologie**, kdy chorobné příznaky jsou jen minimálně vyjádřeny (orgány jsou nemocné, ale příznaky jsou minimální). Časté jsou **nespecifické příznaky** (únava, nechutenství, aj.), které se objevují u mnoha různých onemocnění a **netypické příznaky**, jejichž přítomnost u pacienta lékař neočekával. Lékař by proto neměl být překvapen žádným klinickým obrazem, i když by se mu zdál sebevíc podivný (Pacovský, 1994).

Vyšší věk s sebou přináší kumulaci **chronických nemocí**, téměř 80 % osob nad 65 let trpí jednou či více chronickými chorobami. Nemoci mají sklon k **protahovanému průběhu**, akutní onemocnění trvá ve stáří déle, než tomu bylo v mládí. Velmi časté jsou **řetězce komplikací**, kdy jedna nemoc podmiňuje vznik dalších (Minibergová, Dušek, 2006).

Ve stáří hraje velkou roli vzájemná **zdravotní a sociální podmíněnost**. Nemocnost a soběstačnost je ovlivňována sociálními faktory (např. nevhodné bydlení, nízký důchod, úmrtí partnera, umístění do reziduálního zařízení, apod.). Závažná změna sociální situace může vyvolat nejen zhoršení zdravotního stavu, ale v některých případech může dokonce vést až ke smrti. Je tedy zřejmé, že komplexní péče o staré nemocné lidi musí zahrnovat obě složky - jak zdravotní, tak i sociální (Haškovcová, 2002).

Kalvach a kol. (1997) uvádí 7 hlavních okruhů chorobných poruch funkčního stavu u současných seniorů, mezi které řadí: aterosklerózu a její orgánové projevy, osteoartrózu, osteoporózu, obstrukční chorobu bronchopulmonální, Alzheimerovu nemoc, poruchy zraku a poruchy sluchu.

Ateroskleróza (kornatění tepen) je degenerativní onemocnění cévní stěny. Jedná se o dlouhodobý proces, při kterém dochází k tunutí cévní stěny a zužování jejího průsvitu, což vede k nedostatečnému prokrvení orgánu, ke kterému daná céva míří. Příčinou aterosklerózy je ukládání tukových látek (především cholesterolu) do stěny našich cév. Prevencí je eliminovat rizikové faktory vzniku aterosklerózy, mezi které patří zejména: obezita, nedostatek pohybu, kouření, vysoký krevní tlak, vysoký krevní cholesterol, aj. (www.angiobrno.cz).

Mezi orgánové projevy aterosklerózy patří: **ischemická choroba srdeční** (angina pectoris, infarkt myokardu), **postižení mozkových tepen** (mozkové mrtvice, nevratná ochrnutí, tzv. multiinfarktová demence neboli mozková skleróza, cévně podmíněné závratě nebo poruchy svalového napětí projevující se ztuhlostí či třesem - tzv. parkinsonský syndrom), **postižení tepen dolních končetin**, které mohou vést k invalidizujícím bolestem, ale také k amputaci (Kalvach a kol., 1997).

Osteoartróza je onemocnění kloubní chrupavky, při kterém dochází ke změně jejich mechanických vlastností a následně k její destrukci. Příčinou jsou systémové predispozice (genetika, věk, obezita, pohlaví – častěji ženy, aj.) a biomechanické rizikové faktory (např. přetěžování kloubů, nestejná délka končetin, atd.). Prevencí je zejména nepřetěžování kloubů a včasná korekce ortopedických abnormalit.

Osteoporóza je metabolické onemocnění kostní tkáně, které se projevuje úbytkem kostní hmoty a poruchami mikroarchitektury kostní tkáně, což vede k oslabení pevnosti kostí a tím k jejich zvýšené lámavosti. Za jednu z nejvíce nebezpečných zlomenin je považována zlomenina krčku stehenní kosti. Osteoporóza postihuje zejména staré osoby a ženy v klimakteriu. Prevencí je dostatečný příjem vápníku, vitamínu D, nekuřáctví, omezení příjmu většího množství alkoholu, pravidelná fyzická aktivita a prevence pádů.

Obstrukční choroba bronchopulmonální je charakterizována omezením průtoku vzduchu v dýchacích cestách. Projevuje se kašlem (často spojeným s vykašláváním hlenu), dušností a respiračními infekty. Prevencí je nekouřit, provádět dechovou rehabilitaci a pravidelnou fyzickou aktivitu (Topinková, 2005).

Alzheimerova nemoc je chronicko-progresivní onemocnění nervové soustavy, při kterém dochází k degenerativnímu zániku mozkových buněk (neuronů) s tvorbou charakteristických histopatologických změn. Alzheimerova nemoc je nejčastější příčinou demence ve středním a vyšším věku, projevuje se poruchou paměti a dalších kognitivních funkcí (myšlení, orientace, chápání, uvažování, schopnosti učení, řeči a úsudku). Mezi další projevy patří emoční labilita, podrážděnost či apatie a změny sociálního chování. Postupně dochází k výrazné degradaci osobnosti, konečné stádium Alzheimerovy nemoci se vyznačuje úplnou ztrátou soběstačnosti (Růžička, Jiráček, 2001).

Poruchy zraku jsou pro stáří typické. Mezi závažné poruchy, které mohou vést až ke slepotě, patří např. **katarakta** (ztráta průhlednosti čočky), **glaukom neboli zelený zákal** (příčinou je zvýšený nitrooční tlak, který způsobuje degeneraci očního nervu a tzv. tubicové vidění) a **makulární degenerace** (poškození centrální části oční sítnice, tzv. žluté skvrny, kdy postižený vidí ve středu svého vidění šedé stíny nebo černé skvrny). Vzhledem k četnosti zrakových poruch jsou důležité pravidelné preventivní kontroly u očního lékaře.

Poruchy sluchu a hluchotu řadíme ke čtvrtým nejčastějším chronickým onemocněním ve vyšším věku. U stárnoucích osob je častým problémem nedoslýchavost, která nesouvisí jen s věkem, ale i s nadměrnou expozicí hluku ve středních letech a v mládí (koncerty, doprava, hlučné pracovní prostředí, atd.). Sluchové poruchy většinou negativně ovlivňují společenský život jedince, vedou k omezení komunikace, ztrátě kontaktu s okolím, sociální izolaci a osamělosti (Topinková, 2005).

1.5 Umírání a smrt

„Zemřít je právě tak přirozené jako narodit se, snad je to dokonce i stejně bolestné“.

(Francis Bacon)

Smrt je přirozenou a nevyhnutelnou součástí lidského života. Lidé ve vysokém věku si mnohdy uvědomují, že se jejich konec blíží, ale není snadné se s touto skutečností smířit a vyrovnat. Umírající se ohlížejí za svým životem, vzpomínají na dobré i špatné chvíle, hodnotí, bilancují, srovnávají, snaží se odejít s „čistým štítem“, s myšlenkou, že vše je tak, jak má být. Umírání je označováno jako tzv. terminální stádium, období, které bezprostředně předchází smrti.

Téma umírání a smrti je v dnešní společnosti tabuizováno, dokonce více než sexualita. Lidé se bojí o smrti mluvit, smrt přestala být součástí a běžnou zkušeností lidského života. Většina lidí při rozhovoru umírající ujišťuje, že jim zbývá ještě mnoho let života, i když tomu nevěří ani oni sami, ani utěšovaní. U některých umírajících sice mohou vyvolat falešné naděje, avšak většina starých lidí si je dobře vědoma svého stavu a jediné, po čem opravdu touží, je otevřená a pravdivá komunikace (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Dříve bylo umírání (stejně tak jako rození) považováno za přirozený proces, za zcela běžnou záležitost. Smrt byla totiž na denním pořádku – umírali mladí lidé, děti a matky při porodu. Každý viděl umírat své příbuzné, přátele a každý se připravoval na svou smrt. Členové rodiny doprovázeli umírajícího na jeho posledním úseku životní cesty.

Dnes je situace jiná, smrt se stala doménou zejména starých lidí, umírání je často vytlačováno do neosobního ústavního prostředí (především nemocnice), mimo okruh rodiny. Smrt není přijímána, jen malé procento lidí umírá doma. Odmítání smrti, její neustálé oddalování často doprovázené bolestí a utrpením nemocného a jeho nejbližších, jistě stálo u zrodu moderních hnutí pro eutanazii (dobrou smrt), směřujících proti násilnému prodlužování života tam, kde je léčba již zbytečná a nadměrně zatěžující (Munzarová, 2002).

Většina umírajících lidí má větší strach z bolesti, odloučení od blízkých, ztráty soběstačnosti a důstojnosti než ze samotné smrti. Pro nemocné, kteří trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu je vhodná **paliativní péče**. V terminálním stádiu je důležité zajistit nemocnému, aby netrpěl zbytečnou bolestí a jinými nepříjemnými pocity, stejně tak jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů. Podpora rodinných příslušníků, blízkých přátel, církevních společenství atd. je pro nemocného v terminálním stádiu velkým přínosem. Nejvýznamnější sociální oporu poskytuje pacientovi v terminálním stádiu právě jeho rodina (Langr in Mühlpachr, 2006).

V posledních letech se setkáváme s novým pohledem na potřeby umírajících a na jejich osobní lidskou hodnotu, celkově se změnil přístup ke smrti a umírání. Úcta k životu, k člověku jako jedinečné bytosti je základem **hospicových hnutí**, která bojují za skutečně dobrou a důstojnou smrt. Hospic není primárně určen seniorům, ale termálně nemocným, u kterých lze předpokládat, že jejich nemoc povede v brzké době ke smrti. Jejich cílem je pomoci nejen nemocným, ale i jejich rodinám. Snaží se všemožnými způsoby usnadnit umírání, zbavit umírajícího nesnesitelných bolestí, přijmout smrt a vyrovnat se s bolestnou ztrátou blízkého člověka (Munzarová, 2002).

Komplexní péči o stárnoucí osoby se budu blíže zabývat v následující kapitole mé diplomové práce.

První kapitola diplomové práce je věnována uvedení do problematiky stáří a stárnutí, vysvětlení základních pojmů, klasifikaci stáří a charakteristice procesu stárnutí. Jsou zde popsány nejdůležitější disciplíny, které se zabývají stářím a stárnutím a typické choroby, které se u stárnoucích osob nejčastěji vyskytují. V závěru se krátce zmiňuji o terminální fázi lidského života. Stárnutí je přirozenou součástí lidského života, jde o značně individuální proces, který není možné zastavit, avšak každý z nás ho může významně ovlivnit vhodně zvoleným životním stylem. Během procesu stárnutí dochází ke změnám ve všech oblastech života, proto je velmi důležité, aby se lidé o problematiku stáří a stárnutí začali zajímat mnohem dříve, než se v této životní fázi sami ocitnou. Nezbytná je aktivní příprava na stáří, která zmírňuje negativní dopady přechodu z aktivního pracovního života do důchodu, pomáhá s rychlejší adaptací na novou sociální roli a vede člověka k zamyšlení nad vlastním budoucím životem, dalšími plány a perspektivami.

2. Systém péče o seniory v ČR

Současné formy péče o staré lidi se realizují především v rodině, dále v resortu ministerstva zdravotnictví, resortu ministerstva práce a sociálních věcí a v neposlední řadě také v nestátním sektoru (občanská sdružení, církevní organizace, svépomocné skupiny, dobrovolníci, atd.).

Péče o staré osoby je péčí týmovou, multidisciplinární a multiresortní, můžeme ji označit za celospolečenskou otázku. Cílem je zachovat v co největší míře zdraví a soběstačnost seniorů a umožnit jim žít plnohodnotný a nezávislý život pokud možno co nejdéle v přirozeném domácím prostředí (Jarošová, 2006).

Zdravotní a sociální péči o seniory nemůžeme striktně oddělovat, protože zdravotní problémy často doprovázejí problémy sociální a naopak. V posledních letech bohužel dochází spíše k oddálení než sblížení v organizaci zdravotních a sociálních služeb, což narušuje komplexní přístup k stárnoucím osobám. Abychom mohli označit péči o seniory za kvalitní, je potřeba usilovat o návaznost a propojenost sociálních a zdravotních služeb (Holmerová, Jurášková, Zikmundová a kol., 2007).

Haškovcová (2010) uvádí, že v současné době se v péči o seniory uplatňuje strategie, která bývá označována jako **4xD**, což znamená, že zdravotní i sociální péči je třeba **deinstitutionalizovat**, **demedicinalizovat**, **deprofesionalizovat** a **deresortizovat**. Většina seniorů si přeje zůstat doma i v případě nemoci, proto je potřeba podporovat vznik a rozvoj různých ambulantních a komunitních způsobů péče a pomoci.

Deinstitutionalizace – péče o nemocné seniory nemůže být realizována výhradně nebo převážně na lůžku (tedy v zdravotních či sociálních institucích), proto je důležité podpořit starající se rodinu, rozvíjet domácí péči a všechny formy komunitní péče.

Demedicinalizace znamená, že medicína a lékaři nemohou vyřešit všechny problémy nemocných seniorů ani zaručit jejich spokojenost a štěstí. Hlavní povinností lékařů je léčit a v případě dlouhodobé nemoci mít na paměti především kvalitu života seniorů. V rámci možností se jim snaží navrátit

soběstačnost, která je důležitým faktorem pro zachování sociálních rolí, ať již v domácím nebo ústavním prostředí. Péče o nemocné seniory musí být značnou měrou přenesena do ambulantního režimu zdravotnických a sociálních služeb.

Deprofesionalizace upozorňuje na obrovské rezervy, které má v péči o staré lidi rodina, přátelé, sousedé, ale také dobrovolníci. O seniory se může v podstatě postarat každý, proto ten, kdo je ochotný a schopný se podílet na péči, má být přizván ke spolupráci a nikomu by se nemělo bránit v účasti na ní. Angažování laikové by měli být určitým způsobem poučeni, co a jakým způsobem mohou dělat pro seniory a pro jejich starající se rodinné příslušníky. V této souvislosti je třeba zajistit koordinaci, které se musí ujmout někdo z odborníků.

Deresortizace znamená, že představitelé každého resortu mohou něco udělat pro současnou i budoucí seniorskou populaci. Zdraví a ekonomicky aktivní lidé by měli alespoň rámcově znát potřeby stárnoucích a starých spoluobčanů. Hovoříme o celospolečenské propojenosti seniorské problematiky. Je nezbytné systematicky bořit bariéry mezi resorty zdravotnictví a sociálních služeb, ale i mezi dalšími resorty, které mají zatím nevyužitou kapacitu v pomoci zdravým i nemocným seniorům.

V literatuře se stále častěji setkáváme s termínem komplexní služby, který jak uvádí Finková et al. (2007, s. 71) „v *posledních letech vytlačuje z našich slovníků dříve hojně užívaný termín komplexní péče*“. S pojmem „péče“ je spojováno spíše jen pasivní přijímání služeb, často bez možnosti si je vybrat nebo dokonce odmítnout, zatímco v dnešní moderní společnosti se prosazuje spíše termín „*komplexní služby*“, se kterým je spojován aktivní přístup jedince, který si služby sám vybírá a podílí se na jejich tvorbě (Ludíková, 2006).

Důležité je zajistit, aby zdravotní a sociální služby byly dostupné všem osobám, které je potřebují. Senioři často nevědí o existenci neinstitucionální a komunitní péče, která by jim umožnila déle setrvat v rodinném prostředí, proto často volí klasické formy péče, i když jsou pro ně nevyhovující. Mělo by se proto dbát na zvýšení informovanosti starých lidí a jejich rodin o spektru nabízených služeb a o všech možných řešeních, která v jejich případě připadají v úvahu. Koncepce zdravotní a sociální péče se musí opírat o konkrétní potřeby starého člověka, jeho individualitu, důstojnost a jeho právo na soukromí a autonomii (Zavázalová a kol., 2001).

2.1 Rodina, její možnosti a limity

Spolu s přibývajícím věkem roste i pravděpodobnost, že starý člověk bude vzhledem ke svým zdravotním potížím dříve či později potřebovat pomoc svého okolí. Práním většiny seniorů je setrvat co nejdéle v domácnosti, což je možné jen za současné podpory a péče ze strany vlastní rodiny. Rodinné zázemí je považováno za jednu z nejdůležitějších sociálních jistot člověka ve stáří a za hlavní zdroj očekávané pomoci. Domácí prostředí a přítomnost blízkých osob má bezprostřední vliv na psychickou pohodu člověka.

Tradiční rodinná péče o staré občany doznala výrazných změn a tento osvědčený model péče již není možné kvůli různým okolnostem realizovat. Hlavním z důvodů je proměna moderní rodiny.

Moderní rodina je velmi **křehká**, lidé se berou z lásky, vztahy jsou založeny na citových vazbách, ekonomické důvody nejsou rozhodující. Společné soužití více generací je dnes spíše výjimečné (udržuje se převážně na malých vesnicích), převažují **nukleární rodiny** (rodiče a jejich děti). Drtivá většina seniorů preferuje oddělené bydlení, které má své výhody, ale i nevýhody. Výhodou je nezávislost, nevýhody se přihlásí ke slovu ve chvíli, kdy senioři potřebují výraznější pomoc. Oddělené bydlení neohrožuje mezigenerační vztahy, vznikla tzv. **intimita na dálku**. Pověstně silné a široké citové pouto vzniká mezi prarodiči a vnoučaty. Prarodiče mají čas, který jim scházel při výchově vlastních dětí, a náležitě si ho užívají. Je to období zlatého babičkovského a dědečkovského věku (Haškovcová, 2010).

Intermitentní (občasná) péče o starého člověka většinou nepůsobí rodinám potíže, problémy se objevují až při **dlouhodobé péči** o starého nemocného člověka. Platí, že **rodina musí chtít, umět a mít možnost se o starého člověka starat**. Překážky mohou být různé, např. nevyhovující bydlení (malý byt, který neposkytuje dostatek soukromí), pracovní vytíženost, povinnosti ke členům vlastní rodiny, ekonomické důvody, rodinné neshody a jiné. Za těchto okolností je trvalá péče pro rodinné příslušníky stále obtížnější a mnohdy na ni nestačí (Haškovcová, 2002).

Péče o rodinného příslušníka je náročná a vyčerpávající, zejména pokud trpí chronicky se zhoršujícím onemocněním. Je to období, kdy se stupňují psychické i fyzické nároky na pečujícího. To může způsobit zhoršení vztahů v rodině, vést ke ztrátě přátel, omezení sociálních vztahů, k izolaci a také k rozvoji zdravotních, psychických a ekonomických problémů pečovatele (Jarošová, 2006).

Rodině, která je ochotná starat se a pečovat o starého člověka, je třeba pomoci a podpořit ji ekonomicky, legislativně i morálně, včetně odborné pomoci institucí, které poskytují zdravotní a sociální služby.

Při dlouhodobé péči o starého nemocného člověka je nejcennější formou pomoci a podpory tzv. **respitní** (oddechová, úlevová) **péče**. Jedná se o převzetí péče o nemocného, aby si pečující osoba mohla na určitou dobu odpočinout, zařídit si své záležitosti a mít přitom pocit, že o nemocného je dobře a odborně postaráno (Holmerová, Jurášková, Zikmundová a kol., 2007).

V posledních letech se u nás rozvíjejí různé typy **seniorské sousedské výpomoci** (např. seniorská centra) a **systémy domácí péče** (home care), které pomáhají pečující rodině a umožňují, aby nemocný senior mohl zůstat co možná nejdéle v domácím prostředí (Haškovcová, 2002).

2.2 Sociální služby pro seniory

Pojem **sociální služba** definuje Molek (2009, s. 10) jako „*činnost (soubor činností), jejímž cílem je pomoci člověku řešit jeho nepříznivou sociální situaci*“. Příčiny vedoucí ke vzniku nepříznivé sociální situace jsou různé (např. věk, sociálně znevýhodňující prostředí, nepříznivý zdravotní stav, atd.) a pomoc člověku při jejich řešení vyžaduje existenci specifických sociálních služeb (Molek, 2009).

Sociální služby zaujímají v celém systému sociálního zabezpečení nezastupitelnou roli, protože se dotýkají každého jedince a mají podstatný vliv na jeho ekonomickou i společenskou roli včetně jeho začleňování do společenských vztahů (Pikola, Říha, 2010).

Systém sociálních služeb je upraven **zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách** a prováděcí právní normou, kterou je **vyhláška MPSV č. 505/2006 Sb.**, kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Hlavním cílem právní úpravy výše zmíněného zákona je „*vytvoření podmínek pro uspokojování přirozených potřeb lidí, a to formou podpory a pomoci při zvládnutí péče o vlastní osobu, v soběstačnosti nezbytné pro plnohodnotný život a v životních situacích, které mohou člověka vyřazovat z běžného života společnosti*“. Rozsah a forma pomoci musí vždy zachovávat lidskou důstojnost osob, vycházet z jejich individuálních potřeb a aktivně podporovat jejich samostatnost. (www.mpsv.cz).

Zákon nabyl účinnosti 1. 1. 2007 a přinesl mnoho změn pro uživatele i poskytovatele sociálních služeb. K hlavním zásadám současného pojetí sociálních služeb patří bezplatné poskytování základního sociálního poradenství. Další důležitou změnou je zavedení **příspěvku na péči**, který nahradil bývalé příspěvky: zvýšení důchodu pro bezmocnost a příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu. Náklady na příspěvek jsou hrazeny ze státního rozpočtu (Píkola, Říha, 2010).

Příspěvek na péči je určen těm lidem, kteří z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné osoby při zvládnání běžných životních úkonů. Schopnost být soběstačný a zvládnout péči o vlastní osobu je u každého člověka různá, proto zákon o sociálních službách rozeznává čtyři stupně závislosti na pomoci jiné osoby, a to od mírné závislosti až po závislost úplnou. O příspěvek na péči lze zažádat na obecním úřadě obce s rozšířenou působností. Výše příspěvku se určuje podle stupně závislosti a podle věku (Matoušek a kol, 2007).

Sociální služby se podle zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách dělí na:

- **sociální poradenství**, které je nedílnou součástí všech sociálních služeb;
- **služby sociální péče**, jejichž cílem je zabezpečení základních životních potřeb lidí, které nemohou být zajištěny bez péče jiné osoby;
- **služby sociální prevence**, které se snaží předcházet a zabraňovat sociálnímu vyloučení osob ohrožených sociálně negativními jevy (www.mpsv.cz).

Podle místa poskytování se sociální služby dle § 33 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách člení na:

- **ambulantní služby** - jsou poskytovány v zařízeních, do kterých musí člověk sám dojít nebo se nechat doprovodit či dopravit - např. denní stacionáře, poradny;
- **terénní služby** - jsou poskytovány tam, kde člověk žije (v jeho přirozeném sociálním prostředí) - např. osobní asistence, pečovatelská služba;
- **pobytové služby** - jsou spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb, např. domovy pro seniory, týdenní stacionář.

Sociální služby lze poskytovat jen na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb, přičemž toto oprávnění vzniká **rozhodnutím o registraci**, kterou může vydat jen příslušný krajský úřad. Pouze v případě, že zřizovatelem poskytovatele je přímo ministerstvo, rozhoduje o jeho registraci toto ministerstvo. Zavedení registru poskytovatelů sociálních služeb a vytvoření veřejného informačního systému přispívá k lepší orientaci v systému sociálních služeb (www.mpsv.cz).

Velkým přínosem v novém pojetí sociálních služeb je možnost uživatele svobodně si zvolit „od koho“ a „za kolik“ si službu, kterou potřebuje, koupí. Tento krok vede k posilování pozice uživatele sociálních služeb, který se tak stává zajímavým partnerem pro jejich poskytovatele. Uživatel je povinen s poskytovatelem služby uzavřít smlouvu. Sociální služby je možné navzájem kombinovat tak, aby co nejvíce vyhovovaly individuálním potřebám uživatele (Molek, 2009).

V posledních letech se do popředí zájmu dostává otázka kvality poskytovaných sociálních služeb. V roce 2002 byly Ministerstvem práce a sociálních věcí vytvořeny **Standardy kvality sociálních služeb** (dále jen standardy kvality), které se staly právním předpisem závazným od 1. 1. 2007. Znění kritérií standardů kvality nalezneme v příloze č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Standardy kvality obsahují 15 měřitelných kritérií, na základě kterých zjišťujeme, jestli služba splňuje stanovená kritéria kvality, zda je vše v pořádku nebo je potřeba něco vylepšit, popřípadě změnit. Standardy kvality jsou rozděleny do 3 částí:

1) procedurální standardy jsou nejdůležitější, stanovují, jak má poskytovaná služba vypadat. Upozorňují, na co je potřeba si dát pozor při jednání se zájemcem o službu, jak službu přizpůsobit individuálním potřebám každého člověka. Velká část textu se zaměřuje na ochranu práv uživatelů služeb a vytváření ochranných mechanismů (např. postupy stížnosti, pravidla proti střetu zájmu apod.);

2) personální standardy se zabývají personálním zajištěním služeb. Kvalita služeb je přímo závislá na jednotlivých pracovnících a jejich vzdělání, dovednostech, vedení a podpoře a na pracovních podmínkách;

3) provozní standardy stanovují podmínky pro poskytování sociálních služeb. Soustřeďují se na prostory, ve kterých jsou služby poskytovány, na ekonomické zajištění služeb, jejich dostupnost a rozvoj kvality (Pikola, Říha, 2010).

• POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Domovy pro seniory

Domovy pro seniory jsou určeny seniorům se sníženou soběstačností, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služby jsou poskytovány za úhradu (Pikola, Říha, 2010).

Podle § 15 vyhl. č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, zajišťují domovy pro seniory tyto základní činnosti a úkony:

a) poskytnutí ubytování:

1. ubytování,
2. úklid, praní a žehlení, drobné opravy ložního a osobního prádla,

b) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy:

zajištění celodenní stravy (minimálně 3 hlavní jídla), která odpovídá věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování,

c) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu:

1. pomoc při oblékání a svlékání (včetně speciálních pomůcek),
2. pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík,
3. pomoc při vstávání z lůžka, ulehání, polohování,
4. pomoc při podávání jídla a pití,
5. pomoc při prostorové orientaci a samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru,

d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:

1. pomoc při úkonech, které se týkají osobní hygieny,
2. pomoc při základní péči o vlasy a nehty,
3. pomoc při použití WC,

e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:

1. pomoc s využíváním běžně dostupných služeb a informačních zdrojů,
2. pomoc při aktivitách podporujících sociální začleňování osob, pomoc při obnově nebo upevnění kontaktu s rodinou,

f) sociálně terapeutické činnosti:

sociálně terapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k udržení nebo rozvoji osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování,

g) aktivizační činnosti:

1. zájmové a volnočasové aktivity,
2. pomoc při obnově nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím,
3. nácvik a upevňování psychických, motorických a sociálních schopností a dovedností

h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:

pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů.

V dnešní době se v péči o seniory upřednostňuje a podporuje deinstitucionalizace, je patrná snaha o maximální zapojení rodiny, a z tohoto důvodu není umístění seniora v domově ideálním řešením. Přesto je nutné zdůraznit, že mnohdy neexistuje jiné vhodnější řešení. Řada seniorů se na pobyt v domově těžce adaptuje, proto je velká zodpovědnost kladena zejména na pracovníky daného zařízení, kteří by se měli snažit kvalifikovaným způsobem seniorovi pomoci zvyknout si na nové prostředí a zajistit mu, aby mohl nadále žít důstojným, kvalitním a plnohodnotným životem. Je důležité, aby se služby nesoustředily jen na fyzické potřeby seniorů, ale aby byly naplňovány i potřeby psychické, sociální a duchovní.

Domovy se zvláštním režimem

Domovy se zvláštním režimem poskytují pobytové sociální služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách a osobám, které trpí Alzheimerovou demencí, popřípadě jiným typem demence. V těchto zařízeních jsou prováděny stejné činnosti jako v domovech pro seniory, jen je zde navíc uplatňován specifický režim, který je přizpůsoben individuálním potřebám jednotlivých klientů (www.mpsv.cz).

Posláním domova se zvláštním režimem je poskytovat kvalitní sociální služby zaměřené na podporu schopností ubytovaných klientů se zřetelem na jejich individuální potřeby a respektování jejich důstojnosti. Mezi cíle patří schopnost co nejdéle udržet soběstačnost uživatelů, podporovat je ve styku s rodinou, napomáhat aktivizaci seniorů se sníženou soběstačností a zapojit je do společenského dění (www.klidne-stari.cz).

Týdenní stacionáře

Týdenní stacionáře nabízí pobytové služby seniorům se sníženou soběstačností, dále zdravotně postiženým a osobám s chronickým duševním onemocněním. Týdenní stacionáře zajišťují ubytování, stravování, pomoc při osobní hygieně, pomoc při péči o vlastní osobu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a právníkou pomoc. Služba je poskytována za úhradu (www.mpsv.cz).

Týdenní stacionář je vhodný zejména pro klienty, kteří mají problém s dojížděním nebo těm, kteří potřebují získat dovednosti, které by jim umožnily žít co možná nejvíce samostatným životem. Seniori jsou v zařízení ubytováni přes týden, na víkendy jezdí domů nebo k pečující osobě. Výhodou této služby je, že není přerušen kontakt s rodinou.

Pobytové odlehčovací služby

Pobytové odlehčovací služby jsou určeny seniorům a osobám se zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek a samotným uživatelům služby nabídnout klidné, plnohodnotné a důstojné prožití stáří, zachování a podporu nezávislosti a soběstačnosti v rámci jejich zdravotních možností. Služba je poskytována na přechodnou dobu, za úplatu.

Služba zahrnuje poskytnutí ubytování, zajištění stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (www.diakonievetin.cz).

• NEPOBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Centra denních služeb

Centra denních služeb poskytují ambulantní služby ve specializovaném zařízení s cílem posílit soběstačnost a samostatnost osob se zdravotním postižením a seniorů v nepříznivé sociální situaci, která může vést až k sociálnímu vyloučení. Služba obsahuje pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při poskytnutí stravy nebo zajištění stravy, výchovné, vzdělávací

a aktivizační činnosti, sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při prosazování práv a oprávněných zájmů a pomoc při obstarávání osobních záležitostí. Služba je poskytována za úplatu (Pikola, Říha, 2010).

Jedná se o dříve nazývané „domovinky“. Posláním těchto center je poskytnout seniorům komplexní služby, které si dávají za cíl zmírnit negativní vlivy stárnutí v oblasti soběstačnosti a samostatnosti, podpořit fyzickou i psychickou kondici formou různých aktivizačních a terapeutických programů, pomoci s integrací klientů do společnosti a s udržení stávajících a navazováním nových kontaktů s vrstevníky.

Denní stacionáře

Denní stacionáře poskytují ambulantní služby ve specializovaném zařízení seniorům a osobám se zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu (např. pomoc při oblékání a svlékání, při přesunu na vozík nebo lůžko, při podávání jídla a pití, atd.), pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu (koupání, pomoc při využití WC, atd.), pomoc při poskytnutí stravy nebo zajištění stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti (upevňování a rozvíjení motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností, přiměřené vzdělávání, apod.), sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při prosazování práv a oprávněných zájmů a pomoc při obstarávání osobních záležitostí (Vyhláška č. 505/2006 Sb.).

Denní stacionáře jsou určeny převážně seniorům, kteří trpí nedostatkem sociálních kontaktů a mají problém s naplněním volného času. Senioři docházejí do specializovaného zařízení, které jim nabízí širokou škálu činností a především jim zprostředkuje kontakt s vrstevníky, což zamezuje sociálnímu vyloučení.

Osobní asistence

Osobní asistence je terénní služba určená především seniorům a osobám se zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním. Služba je poskytována v přirozeném domácím prostředí uživatele a není časově omezena. Zahrnuje pomoc při péči o vlastní osobu, při osobní hygieně, při zajištění stravy, pomoc s úklidem,

zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv a obstarávání osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je poskytována seniorům, dále osobám se zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

„Posláním pečovatelské služby je zajištění komplexní a kvalitní péče o občana, o jeho výživu a domácnost. Pečovatelskou službou je do jisté míry kompenzována snížená soběstačnost starých i zdravotně postižených lidí, prodlužováno období jejich relativně nezávislého života v přirozeném prostředí a oddalována nutnost ústavního zabezpečení“ (Javorská in Mühlpachr, 2006, s. 64).

Pečovatelská služba je poskytována seniorům se sníženou soběstačností jak terénní, tak ambulantní formou. To znamená, že pečovatelky buď docházejí do domácnosti klienta, nebo je tato služba poskytována v zařízeních sociálních služeb.

Pečovatelská služba poskytovaná v domácnosti seniora zpravidla zahrnuje následující činnosti a úkony: pomoc při zajištění chodu domácnosti (úklid domácnosti, nakupování, praní a žehlení, drobné úpravy ložního a osobního prádla atd.), poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při osobní hygieně (při sprchování, koupání, základní péči o vlasy a nehty, používání WC, atd.), pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu (např. pomoc s přesunem na vozík nebo lůžko, oblékání, svlékání), doprovod k lékaři, na úřady a zpět a další činnosti (www.sedesatka.cz).

Tísňová péče

Tísňová péče je terénní služba určená osobám vystaveným stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností. Služba je poskytována na dálku, prostřednictvím hlasové nebo elektronické komunikace a je poskytována nepřetržitě (www.sedesatka.cz).

Jedná se o kontakt mezi osobou v tísni a pracovníkem tísňové linky, který je v případě potřeby oprávněn poskytnout okamžitou pomoc (např. zavolání záchranné služby, policie, atd.).

Nepobytové odlehčovací služby

Nepobytové odlehčovací služby jsou poskytovány seniorům a osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění a o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Odlehčovací služby tvoří kombinaci několika činností, jejichž cílem je vytvoření prostoru pro nezbytný odpočinek pečujícím osobám, nejčastěji rodinným příslušníkům. Pracovníci na předem dohodnutou dobu převzou v domácím prostředí péči o seniora a rodina si tak může odpočinout, načerpat nové síly a zařadit si své neodkladné záležitosti (Malíková, 2011).

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

Sociálně aktivizační služby jsou ambulantní nebo terénní služby poskytované seniorům nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením (Malíková, 2011).

Služba zahrnuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (zájmové, vzdělávací a volnočasové aktivity), pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí a sociálně terapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k udržení a rozvoji osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob (Vyhláška č. 505/2006 Sb.).

Průvodcovská, předčitatelská a tlumočnická služba

Průvodcovská, předčitatelská a tlumočnická služba je poskytována seniorům a osobám se zdravotním postižením, jejichž schopnosti jsou sníženy v oblasti komunikace nebo orientace, a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Služba obsahuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a oprávněných zájmů. Služba je poskytována za úplatu (Píkola, Říha, 2010).

Tyto služby jsou zaměřeny především na seniory se zrakovým postižením, kterým kvalifikovaní pracovníci pomáhají s obstaráváním osobních záležitostí.

2.3 Zdravotnické služby pro seniory

Staří lidé jsou největšími spotřebiteli zdravotní péče, zaplňují ordinace praktických lékařů i odborníků, spotřebovávají stále větší podíl nemocničních služeb. Zdravotní péče je v ČR poskytována na základě povinného zdravotního pojištění, které za důchodce platí stát. Každý občan ČR má právo si svobodně zvolit zdravotní pojišťovnu, svého ošetřujícího lékaře a zdravotnická zařízení, která bude navštěvovat.

V ČR je zdravotní péče poskytována formou ambulantní nebo formou ústavní péče.

- **AMBULANTNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE**

Primární zdravotní péče

Klíčovou úlohu v péči o staré občany zaujímá praktický lékař pro dospělé, jehož hlavním úkolem je stanovit diagnózu a doporučit další odbornou léčbu. Praktický lékař zná své klienty delší dobu, pomáhá jim řešit nejen zdravotní obtíže, ale také starosti a problémy v sociální oblasti. Praktický lékař by proto měl kromě odborných znalostí disponovat také dovednostmi sociálními a snažit se ve své praxi upřednostňovat porozumění, empatii a citlivý přístup k pacientům. Praktický lékař se mimo jiné zaměřuje i na prevenci a vyhledává rizikové staré osoby s cílem předejít komplikacím nemocí a ztrátě jejich soběstačnosti (Zavázalová a kol., 2001)

Součástí primární péče je tzv. **domácí péče** (Home Care), jejichž cílem je umožnit starému člověku zůstat co nejdéle v domácím prostředí bez nutnosti hospitalizace. Domácí péče představuje propojenou formu zdravotní (Home Care) a sociální péče (Home Help), včetně péče laické, poskytované potřebnému klientovi na základě doporučení ošetřujícího lékaře (praktický lékař pro dospělé, odborný nebo ústavní lékař) v jeho vlastním sociálním prostředí.

Při poskytování domácí péče je aplikován celostní (holistický) přístup, kdy je každý člověk vnímán jako bio - psycho – sociální jednotka. Domácí péče tak plně respektuje integritu klienta s jeho vlastním sociálním prostředím a individuální vnímání kvality života (Javorská in Mühlpachr, 2006).

Specializovaná ambulantní zdravotní péče

Starým osobám poskytují v případě potřeby odbornou zdravotní péči ambulantní specialisté. Děje se tak na základě doporučení praktického lékaře pro dospělé. Osoby nad 65 let jsou častou klientelou ambulantních specialistů, nejvíce jsou navštěvovány ordinace urologů, ortopedů, internistů, očních lékařů a dermatologů (Zavázalová a kol., 2001).

Zvláštní ambulantní péče

Zvláštní ambulantní péče je poskytována osobám s akutním nebo chronickým onemocněním, osobám s postižením (tělesné, smyslové, mentální) a závislým na cizí pomoci a paliativní péče poskytovaná osobám v terminálním stádiu. Zvláštní ambulantní péče se poskytuje jako:

- a) domácí zdravotní péče (na základě doporučení praktického nebo ošetřujícího lékaře), pokud se jedná o paliativní péči o klienta v terminálním stádiu;
- b) zdravotní péče ve stacionářích (na základě doporučení ošetřujícího lékaře);
- c) zdravotní péče poskytovaná v ústavních zdravotnických zařízeních, do kterých jsou osoby umístěny z jiných než zdravotních důvodů;
- d) zdravotní péče v zařízeních sociálních služeb;
- e) ošetrovatelská a rehabilitační zdravotní péče, která je poskytovaná osobám umístěným v zařízeních sociálních služeb (odborně způsobilými zaměstnanci) (www.vzp.cz).

• ÚSTAVNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Stárnoucí člověk využívá služeb ústavní zdravotní péče většinou až v okamžiku, kdy ze zdravotních či jiných důvodů není schopen déle setrvat v přirozeném domácím prostředí (zhoršený akutní zdravotní stav, nesoběstačnost, atd.). Ústavní zdravotní péče zahrnuje péči v **nemocnicích** a v **odborných léčebných ústavech**.

Nemocniční péče

Nemocnice poskytují seniorům akutní lůžkovou a specializovanou diagnostickou a léčebnou péči. Dlouhodobým problémem je nedostatek míst v zařízeních dlouhodobé péče, což má za následek blokování akutních lůžek v nemocnicích i přesto, že stav seniora již nevyžaduje odbornou, ale ošetrovatelskou péči.

Mezi nejčastější příčiny vedoucí k hospitalizaci starých osob patří kardiovaskulární onemocnění, nemoci kožní, onemocnění dýchací soustavy a nádorová onemocnění (Zavázalová, 2011).

Léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN)

Léčebny pro dlouhodobě nemocné poskytují specializovanou ústavní péči převážně starším osobám s chronickými chorobami a dále následnou léčbu těm pacientům, kteří již nevyžadují pobyt na akutním lůžkovém oddělení, ale jejich zdravotní stav ještě nedovoluje propuštění nebo naopak vyžaduje intenzivní rehabilitaci (www.nemocnicekutnahora.cz).

Hospice

Hospic je specializované zdravotnické zařízení poskytující paliativní péči terminálně nemocným (bez ohledu na věk), u kterých byly vyčerpány všechny ostatní možnosti léčby, ale pokračuje léčba symptomatická s cílem minimalizovat bolest a zmírnit všechny obtíže, které vyplývají ze základní diagnózy i jejich komplikací.

Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti, nemocnému je garantováno, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, že budou respektována jeho lidská práva a důstojnost a že v posledních chvílích nezůstane sám (www.hospice.cz).

Důraz je kladen na kvalitu života nemocného až do konce života, tj. do posledního vydechnutí. Jde o doprovázení nejen nemocného, ale také jeho blízkých, kteří trpí současně s ním.

Většina hospiců poskytuje také **péči respitní** (úlevovou), což v praxi znamená, že zdravotnické nebo sociální zařízení převezme na určitou dobu (v rozmezí několika hodin až několika dní) péči o nemocného starého člověka, aby si rodina mohla odpočinout a nabrat nové síly.

Psychiatrické léčebny

Staří lidé (nad 65 let) trpící duševním onemocněním (např. demence, deprese, psychotické stavy provázené neklidem, zmateností, atd.) jsou umístováni na **gerontopsychiatrické oddělení** psychiatrické léčebny. K léčbě je využívána zejména psychoterapie a farmakoterapie, ergoterapie, muzikoterapie a další rehabilitační a aktivizační programy.

- **GERIATRICKÁ PÉČE**

Geriatrická péče je určena především pacientům starším 70 let, u kterých můžeme pozorovat změny typické pro stáří a kteří potřebují specifický přístup – tzv. geriatrický režim. Holmerová, Jurášková, Zikmundová a kol. (2007) uvádí následující strukturu geriatrické péče:

Lůžková péče

Geriatrická nemocniční oddělení se specializují na posouzení funkčního stavu, diagnostiku a individuální léčbu akutních stavů osob vyššího věku. Mezi další činnosti těchto oddělení patří včasné plánování propouštění, stanovení dalšího postupu a posouzení potřebnosti dalších služeb.

Návratná péče je poskytována na geriatrických postakutních odděleních a slouží k doléčení, rehabilitaci a zlepšení soběstačnosti starých osob.

Zdravotně sociální péče převážně ošetrovatelského typu je určena starým osobám s trvalou potřebou zdravotnického dohledu a dopomoci v základních sebeobslužných aktivitách.

Semimurální péče

Oddělení denních hospitalizací je zřizováno při geriatrickém nemocničním oddělení. Je určeno seniorům, kteří potřebují vyšetření nebo terapii, kdy není nutná dlouhodobější hospitalizace, ale situaci nelze řešit pouhým ambulantním ošetřením nebo vyšetřením.

Zdravotně sociální denní centra slouží starým osobám s omezenou soběstačností a specifickými zdravotními potřebami (např. demence). Je zde zajištěna péče léčebná, ošetrovatelská, rehabilitační, paliativní, fyzioterapie, atd. Důraz je kladen především na zachování kvality a důstojnosti života seniorů s výraznou nesoběstačností.

Ambulantní péče

Geriatrická ambulance svou činností navazuje na lůžkové geriatrické oddělení, poskytuje především léčebně preventivní a konziliární péči seniorům. Geriatrická ambulance spolupracuje s týmem odborníků v geriatrické péči, do kterého patří geriatr, sestry, sociální pracovník, fyzioterapeut, ergoterapeut, atd.

Komunitní služby pro seniory

Jedná se o účelné propojení a koordinaci zdravotnických a sociálních služeb, o spolupráci praktického lékaře s geriatrickou ambulancí a jejími týmy.

Druhá kapitola diplomové práce se zabývá otázkou komplexní péče o seniory v České republice, popisuje možnosti a limity současné rodiny a nabízí přehled sociálních a zdravotnických služeb pro seniory. V dnešní době se upouští od ústavní péče, zdůrazňuje se deinstitucionalizace a návrat k péči o starého člověka v rodinném kruhu. Tato snaha musí být podpořena nejen ekonomicky, legislativně a morálně, ale i fungujícím systémem komplexních služeb. Zdravotnické a sociální služby nemůžeme od sebe oddělovat, naopak je žádoucí usilovat o jejich propojení, návaznost a spolupráci. Cílem komplexní péče o seniory by měla být snaha udržet starého člověka co nejdéle v jeho přirozeném domácím prostředí, zachovat v co největší míře jeho zdraví, soběstačnost a umožnit mu vést kvalitní a plnohodnotný život. Není výjimkou, že i v současnosti senioři často nevědí o existenci neinstitucionální a komunitní péče, která by jim umožnila zůstat déle v přirozeném rodinném prostředí, proto je důležité usilovat o zvýšení informovanosti starých lidí a jejich rodin o spektru nabízených služeb a všech variantách řešení jejich nepříznivé životní situace.

3. Kvalita života seniorů

Kvalita života je velmi široký, složitý a frekventovaný pojem. O kvalitě života bylo napsáno mnoho tuzemských i zahraničních publikací, hovoří se o ní v různých souvislostech, existuje řada organizací a institutů, které se touto problematikou zabývají. „*Charakter pojmu se v laickém povědomí jeví jako multidimenzionální, dlouhodobě a složitě se utvářející, značně relativistický, idealizovaný a nedosažitelný*“ (Křížová in Payne a kol., 2005, s. 217).

Otázkou kvality života (Quality of Life, dále též QOL) se lidé zabývali již od pradávna, i když to, co nazýváme nyní QOL, nazývali odlišně. První koncepce vznikaly již v antice. Někteří lidé se zaměřili na duchovní život a řešili otázky „dobrého“ či „moudrého“ života v protikladu s životem řízeným chytrostí či vychytralostí. Jiní se zabývali QOL z pohledu filozofického (speciálně pak etického a antropologického) a řešili otázky „dobrého“ života v protikladu k životu „špatnému“. V antickém Řecku vznikl směr hedonismus, podle kterého platilo, že šťastně a dobře žije jen ten, kdo si v bohaté míře užívá slastí přicházejících smyslovými cestami. Tomuto směru byla blízká i škola Epikurova, která také zdůrazňovala pocit slasti, ale slast jinou - pramenící z klidu (Křivohlavý in Hnilicová (ed.), 2004).

Termín „kvalita života“ byl poprvé použit v roce 1920 anglickým ekonomem A. C. Pigou v práci zabývající se ekonomikou a sociálním zabezpečením (*The Economics of Welfare*), přesněji vlivem státních dotací na kvalitu života chudších lidí a na celkový vývoj státních financí. Pojem se však neujal a byl znovu objeven až po druhé světové válce. V této době byl pojem kvalita života zaveden do politiky americkými prezidenty J. F. Kennedym a L. B. Johnsonem v souvislosti se změnou image USA, která měla být oproštěna od určité nekulturnosti, všeobecné nejistoty a vykořisťovatelských tendencí. L. B. Johnson označil v jednom ze svých projevů zlepšování kvality života Američanů za cíl své domácí politiky, jeho programy „The Great Society“ a „The Beautiful America“ se zaměřovaly zejména na eliminaci chudoby a rasové nespravedlnosti. Zdůrazňoval, že společenské blaho není možné posuzovat podle prosté kvantity spotřebovaného zboží, ale podle toho, jak dobře se lidem za určitých podmínek žije (Gillernová, Kebza, Rymeš a kol., 2011)

V Evropě se s pojmem QOL setkáváme v programu Římského klubu, který byl založen v Římě v roce 1968. Hlavním cílem této nevládní organizace bylo zvyšování životní úrovně lidí a jejich kvality života a řešení globálních problémů (Gillernová, Kebza, Rymeš a kol., 2011)

Pojem QOL brzy zdomácněl v sociologii. V 70. letech 20. stol. vyšlo velké množství publikací zabývajících se definováním pojmu QOL a snahou o stanovení indikátorů skutečné kvality života. Tyto pokusy vyústily v založení časopisu „Zkoumání sociálních indikátorů“ (Social Indicators Research), který v USA a Nizozemí vycházel od roku 1974. Nejednotnost ve stanovení indikátorů pro měření QOL se promítá až do současnosti, odborníci se shodují, že vymezení pojmu kvalita života a volba měřicího nástroje závisí na účelu měření QOL. Výsledkem je existence velkého množství definic QOL a měřicích nástrojů (Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

V současné době je kvalita života nedílnou součástí mnoha vědních oborů (medicínské obory, sociologie, sociální pedagogika, psychologie, aj.). V České republice je pojem QOL spojován zejména s J. Křivohlavým (I. Lékařská fakulta UK v Praze) a E. Dragomireckou (Psychiatrické centrum v Praze).

3.1 Teoretické vymezení kvality života

Při vymezování pojmu kvality života panuje nejednotnost a nejednoznačnost. Můžeme najít nespočet definic, které se snaží postihnout kvalitu života, od těch nejobecnějších, jako např. „schopnost vést normální život“, „schopnost seberealizace“, až po komplexnější definice, které se soustřeďují na určitý aspekt života (Vaďurová, Mühlpachr, 2005). „*Neexistuje však ani jedna, které by byla v průběhu třiceti let všeobecně akceptována*“ (Hnilicová in Payne a kol., 2005, s. 207).

Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, dále jen WHO) definuje kvalitu života (Zemská in Mühlpachr, 2009b, s. 149) jako „*jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu kulturního a hodnotového systému, ve kterém žije a který má vliv na jeho cíle, očekávání, normy a starosti. Jde o poměrně široký koncept multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, stupněm nezávislosti, sociálními vztahy, osobním vyznáním a vztahem k hlavním znakům jeho životního prostředí*“.

Mühlpachr a Vaďurová (in Bartoňov, Pipekov, Vtkov, 2005) upozorňují na zvyšen zájem o zkoumání kvality ůivota u osob s postiženm, chronicky nemocných, závislých, seniorů, ale i u běžné populace. Tento trend můžeme zaznamenat ve vsch vědních oborech, pričemž kaůd věda chápe a definuje kvalitu ůivota odlišnm způsobem.

Dříve byla pozornost věnována predvším odstraňování a zmírňování útrap nemocných, chudých, později byla zkoumána míra spokojenosti s prací a ůivotem člověka. V současn době se studium kvality ůivota zaměřuje na „*hledání a identifikaci faktorů, které prspívj k dobrému a smysluplnému ůivotu a k pocitu lidského štěstí*“ (Hnilicová in Payne a kol., 2005, s. 206).

Kvalitu ůivota ovlivňují různ ůivotn události. Rozdíl mezi tím, co si člověk v ůivot přeje, očekává a situaci, ve které se skutečně nachází, se můůe zvtřšovt například vlivem nemoci, věku, postižen, ůivotnch podmínek apod.

Vymezení kvality ůivota z pohledu sociln pedagogiky

Kvalitu ůivota lze z pohledu sociln pedagogiky chápat jako soulad mezi potřebami jedince a potřebami společnosti. Pri zjiřtřovn QOL se sociln pedagogika zaměřuje na celou populaci, predvším na děti, mldeů a dospel jedince ohroůen rizikovými jevy.

Sociln pedagogika chápe pojem QOL ve dvou rovinách, kterými jsou:

- **QOL jedince,**
- **QOL společnosti** (Kula, 2006)

„Ve vztahu ke QOL jedince se edukan úsilí zaměřuje na rozvoj vnitřního potenciálu a individuality jedince, jeho sociln kreativity a kultivace zdravého způsobu ůivota tak, aby docházelo k minimalizaci rozporů mezi jedincem a společenskými podmínkami.

Ve vztahu ke QOL cel společnosti se v rámci primrn, sekundrn prevence zaměřuje na vyhledávání potencionln sociln patologicky jednjcch lid, na zmírňování a odstraňování sociln tůivch stavů, činnostmi poradenskými, asistenčními, reedukanmi a resocializanmi (včetně penitenciární a postpenitenciln pe) se snaů predchzet problémům, které mohou tito jedinci společnosti působiť“ (Kula, 2006, s. 24-25).

Rozsah pojetí kvality života

Měření QOL se neomezuje pouze na jednotlivého člověka, Engel a Bergsma (In Křivohlavý, J., 2002, s. 163-164) rozlišují 3 hierarchicky odlišné sféry:

- **makro-rovina**

Na této úrovni jde o otázky kvality života velkých společenských celků (např. dané země, kontinentu). Podle Bergsmy jde o nejhlubší zamyšlení se nad problematikou QOL – o absolutní smysl života. Život je v tomto pojetí považován za absolutní morální hodnotu. Problematika QOL se stává součástí základních politických úvah (např. problematika boje s terorismem, hladomorem, chudobou, otázka investic do zdravotnictví, stanovení obsahu základní výuky, apod.).

- **mezo-rovina**

Na této úrovni se jedná o měření QOL v malých sociálních skupinách (např. v domově pro seniory, v podniku, nemocnici, škole, atd.). Kromě respektu k morální hodnotě života člověka vystupují do popředí také otázky sociálního klimatu a vzájemných vztahů mezi lidmi, sdílení hodnot, uspokojování nebo neuspokojování základních potřeb každého člena dané skupiny.

- **personální (osobní) rovina**

Jde o vlastní život individua, tato rovina se týká každého z nás jednotlivě. Při stanovení QOL každý z nás subjektivně hodnotí svůj zdravotní stav, spokojenost, bolest, naději atp. Do hry vstupují také osobní hodnoty jednotlivce (např. očekávání, představy, přesvědčení, atp.), které mohou vnímání QOL značně ovlivnit.

- **rovina fyzické existence**

Engel a Bergsma přidávají ještě čtvrtou rovinu, ve které je možné hovořit o kvalitě života. Tou je pozorovatelné chování druhých lidí, které je objektivně měřitelné a srovnatelné (např. chůze před a po ortopedické operaci). I když jsou tyto údaje objektivně měřitelné, přece jen tato rovina postrádá něco, co je pro hlubší pojetí QOL nezbytné.

3.2 Dimenze kvality života

Subjektivní a objektivní dimenze kvality života

Dimenze kvality života (stránky, životní kvality) můžeme posuzovat z hlediska objektivního a subjektivního. Většina odborníků se v současnosti přiklání spíše k subjektivnímu hodnocení kvality života, které považují za zásadní.

Objektivní pojetí kvality života sleduje fyzické zdraví, životní úroveň, materiální zabezpečení, sociální podmínky a sociální status. Jedná se tedy o souhrn zdravotních, ekonomických, enviromentálních a sociálních podmínek (Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

Subjektivní pojetí kvality života v sobě zahrnuje lidskou emocionalitu a všeobecnou spokojenost se životem. Míra spokojenosti jednotlivce je ovlivněna vlastním systémem hodnot, závisí na osobních cílech, zájmech a očekáváních jednotlivce (Zemská in Mühlpachr, 2009b). Jde tedy o subjektivní hodnocení kvality vlastního života podle toho, co daná osoba ve svém životě považuje za důležité a žádoucí, jakou má představu o sobě samém a svém životě.

Rozdělení dimenzí kvality života za účelem měření

Vaďurová, Mühlpachr (2005) uvádějí **klasifikaci jednotlivých oblastí kvality života podle Světové zdravotnické organizace (WHO)**. Ta rozlišuje 4 základní oblasti, které vymezují dimenze lidského života (bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum nebo postižení):

- **fyzické zdraví a úroveň samostatnosti** – mobilita, závislost na lékařské pomoci, energie a únava, bolest, schopnost pracovat, apod.
- **psychické zdraví a duchovní stránka** – sebehodnocení, sebepojetí, pozitivní a negativní pocity, emoce, myšlení, paměť, koncentrace, učení, vyznání, víra, apod.;
- **sociální vztahy** – sociální podpora, interpersonální vztahy, partnerské a sexuální vztahy, apod.;

- **prostředí** – rodinné prostředí, dostupnost zdravotnické a sociální péče, příležitost a dostupnost pro celoživotní vzdělávání, finanční zabezpečení, svoboda, bezpečí, apod.

Vnitřní a vnější činitele kvality života

Kvalitu života ovlivňují různí činitelé, kteří handicapovanému jedinci umožňují žít ve společnosti. Tento pohled je možné zobecnit na celou populaci (nejen na osoby s handicapem). Rozlišujeme:

- **Vnitřní činitele** – somatické a psychické vybavení ovlivněné nemocí, poruchou, defektem nebo defektivitami. Mezi vnitřní činitele řadíme všechny aspekty ovlivňující rozvoj a integritu osobnosti handicapovaného.
- **Vnější činitele** – jedná se o společensko-kulturní, výchovně vzdělávací, ekologické, pracovní, ekonomické a materiálně technické faktory. Tato oblast se obsahově překrývá s objektivní dimenzí kvality života (Jesenský, 2000).

3.3 Přístupy ke kvalitě života

Kvalitou života a jejím měřením se zabývá řada odborníků z různých oblastí, kteří na pojem kvalita života pohlížejí různě, z perspektivy svého oboru. Mezi nejvýznamnější přístupy řadíme přístup medicínský, psychologický a sociologický.

Medicínský přístup ke kvalitě života

Důležitými pojmy v medicínském přístupu jsou „**kvalita života**“ a „**zdraví**“. Zdraví je právem považováno za jednu z nejvýznamnějších lidských hodnot. WHO definuje **zdraví jako stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, ne pouze jako nepřítomnost nemoci nebo vady** („*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*“) (www.who.int/en/). Toto pojetí zdraví vyvolalo diskuze odborné veřejnosti o jeho měřitelnosti.

Kvalita života není v pojetí WHO součtem podmínek a zdravotního stavu, ale spíše vypovídá o vlivu zdravotního stavu a podmínek na jedince. *"Kvalitou života je potom to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a to ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu"* (Hnilicová in Payne a kol, 2005).

V medicínském pojetí se nejčastěji setkáváme s pojmem „**health related quality of life**“ (HRQOL), tj. **kvalita života ovlivněná zdravím**.

Hnilicová (In Payne a kol., 2005, s. 212-212) tento pojem definuje jako *„subjektivní pocit životní pohody, který je asociován s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky. Konkrétně to znamená, že vedle klinických ukazatelů úspěchu či neúspěchu nasazené terapie se sledují subjektivní i objektivní údaje o fyzickém a psychickém stavu pacienta, jako jsou přítomnost bolesti, zvládnutí chůze do schodů, intenzita únavy, schopnost sebeobsluhy, převažující typ emocí či prožívaná míra úzkosti a napětí“*.

K měření HRQOL se používá nejčastěji dotazník, popřípadě strukturovaný rozhovor.

Z hlediska výzkumného medicínského přístupu ke kvalitě života nabízí **WHO projekt WHOQOL**, který předpokládá, že se na kvalitě života podílí šest oblastí (domén) s různým počtem indikátorů. Jedná se o tyto domény a indikátory:

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

Psychologický přístup ke kvalitě života

Psychologické pojetí kvality života se snaží postihnout subjektivně prožívanou osobní pohodu a spokojenost s vlastním životem jako takovým.

Spokojenost se životem – jde o zjišťování životní spokojenosti. Hledají se odpovědi na otázky, co činí lidi spokojenými, jaké faktory přispívají ke spokojenosti, a také to, jak ovlivňují spokojenost lidí jednotlivé společenské instituce (Hnilicová in Payne a kol, 2005).

Osobní pohoda (well-being) - je dlouhodobý emoční stav, ve kterém se odráží spokojenost daného jedince se životem, kdy důraz je kladen na subjektivní všeobecné hodnocení kvality života jako celku. Osobní pohoda musí být chápána a měřena prostřednictvím svých kognitivních (životní spokojenost, morálka ve smyslu mravních zásad, atd.) a emočních (pozitivní a negativní emoce) komponent. Osobní pohoda se vyznačuje konzistencí v různých situacích a také stabilitou v čase (Šolcová, Kebza in Hnilicová (ed.), 2004).

K příbuzným pojmům, kterými je osobní pohoda často vymežována patří např. prožitek blaha („welfare“), štěstí („happiness“), spokojenost („satisfaction“), úspěch („success“), atd. (Paulík, 2010).

Sociologický přístup ke kvalitě života

V sociologickém pojetí QOL jsou zdůrazňovány atributy sociální úspěšnosti, mezi které můžeme zařadit např. status, rodinný stav, vzdělání, majetek, vybavení domácnosti apod. Je zkoumán vztah těchto atributů ke kvalitě života, která je ovšem rovněž definována jako subjektivní životní pocit. Sociologický charakter mají také studie, které sledují dopad jednotlivých sociálních či sociálně-zdravotních programů na QOL obyvatel určité oblasti (Hnilicová in Payne a kol., 2005).

Velký sociologický slovník (1996) uvádí, že v obecné rovině je QOL určena především protikladem k objemovým, ekonomickým a se ziskem souvisejícím kritériím výkonnosti a úspěšnosti společenského systému. Na úrovni života jednotlivce bývá QOL postavena proti konzumnímu životnímu stylu preferujícímu vlastnictví spotřebních předmětů, které samo o sobě nemůže člověka uspokojit a kompenzovat mu nedostatek či absenci uspokojování jiných potřeb, zejména duchovního charakteru (Maříková, Petrušek, Vodáková a kol., 1996, s. 557).

Kvalita života bývá často zaměňována se sociologickými pojmy, kterými jsou **životní úroveň, způsob života a životní styl**. Tyto pojmy spolu souvisí, ale nemohou být s kvalitou života ztotožňovány.

Životní úroveň je chápána jako materiální blahobyť, který se týká především úrovně spotřeby, materiálního vybavení a obecně věcí, které lze koupit a které má člověk k dispozici. Životní úroveň se odvozuje od reálných příjmů lidí a od materiálního vybavení domácností (Kubátová, 2010).

Způsob života je možné charakterizovat jako „*system významných činností a vztahů, životních projevů a zvyklostí typických pro určitý subjekt – jedince či skupinu*“ (www.janaduff.estranky.cz)

Podle Nakonečného (In: Kubátová, 2010, s. 28) můžeme životní způsob člověka chápat jako „*způsob realizace jeho hodnotové orientace, jako strukturu jeho postojů a jako způsoby jeho chování*“.

Podle velkého sociologického slovníku způsob života označuje „*každodenní, ustálené, soukromé zvyklosti, obyčeje a sklony zakládající typické formy sociální interakce a podmiňující vzorce prostorového chování, výběr sociálního prostředí i strukturu využití času, příjmů a vydání*“ (Maříková, Petrušek, Vodáková a kol., 1996a, s. 1449-1450).

Způsob života úzce souvisí s podmínkami života. Na utváření způsobu života se tedy podílejí životní podmínky, sociální normy, tradice i hodnotová orientace.

Životní styl vyjadřuje míru a způsob zvnitřnění osvojených norem a zvyklostí ve způsobu života, jako i podíl vlivu osobnostních, fyzických a duševních dispozic, návyků, charakteru, temperamentu, osobních potřeb a zájmů a způsob činností nebo chování lidí (Balogová, in Mühlpachr, 2005).

Podle Machové (In Machová, Kubátová a kol., 2009, s. 16) životní styl „*zahrnuje formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru z různých možností. Životní styl je tedy charakterizován souhrou dobrovolného chování (výběrem) a životní situace (možností)*“.

V této podkapitole jsem se pokusila uvést přehled nejdůležitějších přístupů ke kvalitě života. Kromě výše zmíněných přístupů existují ještě další - např. **psychoterapeutický přístup, ekologické a environmentální pojetí** a jiné., ale pro účely mé diplomové práce nepovažuji za nutné se jimi blíže zabývat.

3.4 Specifika kvality života seniorů

V současné době je problematika kvality života seniorů velmi aktuálním a diskutovaným tématem. Vlivem pokroku v medicíně, lepších životních a pracovních podmínek a díky propracovanější sociální ochraně dnes méně lidí předčasně umírá a stárí se tak stává přímou zkušeností stále většího počtu lidí.

Stárnutí populace je celospolečenským fenoménem, nese sebou řadu důsledků, na které je potřeba se včas připravit. Podle střední varianty demografické prognózy zpracované Českým statistickým úřadem bude v roce 2050 žít v České republice přibližně půl milionu občanů ve věku 85 let a více a lidé starší 65 let by měli v roce 2050 tvořit 31,3 % populace, což představuje téměř 3 miliony osob (www.mpsv.cz). Z těchto údajů je patrné, že by se problematice stárí a s ní související otázce kvality života měla věnovat patřičná pozornost.

Především je potřeba změnit negativní přístup ke starým lidem, který je často spojen se stereotypním až ageistickým pohledem, což narušuje mezigenerační soudržnost a přispívá k věkové diskriminaci (MPSV, 2008). O seniorech existuje řada mýtů, například Haškovcová (2010) uvádí následující:

- **mýtus falešných představ** (vychází z předpokladu, že osobní spokojenost starých lidí spočívá výhradně nebo hlavně ve vyhovujících ekonomických a materiálních podmínkách),
- **mýtus zjednodušené demografie** (člověk je pokládán za starého v den odchodu do důchodu, tento mýtus ignoruje rozdíl mezi „mladými“ a „starými“ důchodci a popírá myšlenku, že i v penzi může žít člověk smysluplný život),
- **mýtus homogenity** (chybné pojetí stárí, které je vnímáno jako stejnorodé, „všichni senioři jsou stejní“),
- **mýtus neužitečného času** (senioři jsou pokládáni za neužitečné, protože nepracují, nejsou pro společnost přínosem, ale spíše přítěží, tudíž jsou „k ničemu“),
- **mýtus ignorance** (starý člověk je „odstaven na vedlejší kolej“, je přehlížen),
- **mýtus o úbytku sexu** (sexualita starých lidí je ve společnosti tabuizována).

Senioři by měli mít stejná práva jako ostatní občané, proto je nezbytné usilovat o vytvoření takových podmínek, které by jim umožnily žít plnohodnotným, důstojným, spokojeným a aktivním životem i ve vyšším věku.

Kvalita života je složitý, multidimenzionální jev, z pohledu jedince se jedná o velmi subjektivní a individuální pojem. Každý z nás totiž preferuje jiné **životní hodnoty** a **potřeby**, které se s přibývajícím věkem mění.

Hodnota označuje jev, který má pro existenci člověka a jeho jednání zásadní význam. Hodnoty vycházejí ze zájmů a potřeb, představují závažné cíle a ideály, které se vážou na smysl i normy lidského života. Hodnoty a hodnotové postoje jsou součástí osobnosti, o hodnoty se usiluje, hodnoty se požadují nebo zamítají (Jesenský, 2000).

Prokop (2006) zdůrazňuje, že **hodnota života** se na rozdíl od kvality života jeví jako konstanta, která je neměnná, i když člověk se sám mění a s ním se proměňuje i kvalita jeho života. *„Existují lidé, kteří mají jednu nohu, nebo nemají ruce, nejsou na tom mentálně nejlépe, nebo jsou staří nebo umírají. Přesto jejich podstata zůstává totožná, jako když byli mladí a krásní z hlediska populárních trendů. Zejména z toho důvodu je zcela neadekvátní úvaha o totožnosti kvality s hodnotou života. Nízká kvalita života není důvodem domnívat se, že i hodnota života je stejně nízká – ta je totiž neproměnná. Lidskost a úcta tak musí být zachována za všech okolností“* (Prokop, 2006, s. 83)

Potřeba je obecně definována jako nedostatek nebo naopak přebytek něčeho v oblasti biologické, psychické nebo sociální. Senioři potřebují ve svém životě uspokojovat všechny potřeby stejně jako každý z nás. Pichaud, Thareauová (1998) přizpůsobili Maslowovu teorii potřeb problematice starých osob:

- **Fyziologické potřeby** – jsou to základní potřeby, které musí být uspokojovány, aby byl zachován život jedince. Mezi fyziologické potřeby patří např. potřeba výživy, dýchání, vylučování, spánku, odpočinku, zdraví, atd. Neuspokojení byť jen jedné z nich se může odrazit na celkovém stavu seniora a na jeho zdraví. Příkladem může být např. dehydratace seniora, který subjektivně nepocítuje žízeň a zapomíná tak uspokojovat jednu z primárních potřeb, kterou je potřeba pít.

- **Potřeba bezpečí** – pocit jistoty potřebuje mít každý člověk. U starých lidí narůstá potřeba ochrany před fyzickým ohrožením, potřeba ekonomického zabezpečení (vědomí člověka, že má dost peněz na živobytí), potřeba fyzického bezpečí (eliminace pádů, využití vhodných kompenzačních pomůcek) a potřeba psychického bezpečí (necítit se ztracený, nemít strach).

- **Sociální potřeby** – člověk nemůže žít sám, potřebuje komunikovat, být v kontaktu s rodinou, vrstevníky, atd., neuspokojení sociálních potřeb může vést

až k psychickým problémům. Mezi hlavní sociální potřeby patří **potřeba informovanosti** (mít informace o světě, vědět, co se děje, bez těchto informací je senior odtržen od dění ve společnosti), **potřeba náležet k nějaké skupině** (patřit někam – rodina, přátelé, atd.), **potřeba lásky** (mít někoho rád, vědět, že se mnou někdo počítá), **potřeba autonomie** (být svobodný, rozhodovat se sám za sebe), **potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut** (mít možnost vyjádřit svůj názor, komunikovat s druhými).

- **Potřeba uznání, vážnosti** – je součástí potřeby autonomie, můžeme sem zařadit i potřebu pocitu užitečnosti. Společnost často považuje seniory za neužitečné, je to jeden z mýtů, který je potřeba vyvrátit. Uspokojení potřeby uznání vede k posílení sebedůvěry.

- **Potřeba seberealizace** – potřeba realizovat se, najít smysl svého života. Tato potřeba může být spojena s rodinou, s vírou, s prací apod. Dát svému životu smysl je problém v každém věku, v pokročilém věku je to ještě obtížnější. Proto je důležité, aby senior cítil, že na světě není zbytečný.

V souvislosti se snahou o zvyšování kvality života seniorů byl Usnesením vlády ČR ze dne 9. ledna 2008 přijat **Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 – „Kvalita života ve stáří“** (dále jen program), který navazuje na Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007.

Návrh tohoto programu vychází z iniciativy Organizace spojených národů (OSN), která v roce 1982 na Světovém shromáždění ve Vídni přijala „Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí“, dále ze „Zásad OSN pro seniory“ (1991) a je v souladu se závěry II. světového shromáždění OSN o stárnutí v Madridu (8. - 12. 4. 2002), kde byl přijat „Mezinárodní akční plán pro stárnutí a stáří 2002“ (Javorská in Mühlpachr, 2005).

Program (MPSV, 2008) vychází z předpokladu, že ke zvýšení kvality ve stáří a k úspěšnému řešení problémů spojených s demografickým stárnutím je nutné zaměřit se na následující strategické oblasti a priority:

- aktivní stárnutí,
- prostředí a komunita vstřícná ke stáří,
- zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří,
- podpora rodiny a pečovatелů,
- podpora participace na životě společnosti a ochrana lidských práv.

Aktivní stárnutí

V oblasti aktivního stárnutí se zdůrazňuje **podpora zaměstnávání starších osob**. Tato priorita je programem považována za klíčovou strategii vedoucí k řešení ekonomických výzev spojených se stárnutím populace. Lidé musí být především zdraví a spokojení, aby byli schopni a ochotni zůstat déle v zaměstnání, proto je potřeba usilovat o zlepšení kvality jejich pracovního života (lepší pracovní podmínky, podpora zdraví na pracovišti, atd.). **Vzdělávací politika** má zásadní roli v reakci na stárnutí populace, lidé by měli aktivně přistupovat k rozvoji svých dovedností, důležitá je včasná příprava na delší a flexibilnější profesní kariéru. Nezbytným krokem je probudit v lidech touhu po **celoživotním vzdělávání**, které u seniorů vyvolává pocit důležitosti, důstojnosti a životní spokojenosti.

Ekonomická aktivita seniorské populace je přínosem nejen pro společnost a zaměstnavatele, ale především pro samotného seniora a jeho rodinu (přispívá k vyšší životní úrovni ve stáří, je zdrojem spokojenosti, uznání, sociálního statusu, sebeúcty, atd.). V pracovním životě i v dalších oblastech jsou senioři často vnímáni stereotypně, výjimkou není ani věková diskriminace a vyloučení z trhu práce, které může vést až k vyloučení seniora ze společnosti. Žádoucí je změna postojů ke starým lidem jak ze strany zaměstnavatelů, tak ze strany celé společnosti.

Aktivní život ve stáří není možný bez dostatečného **hmotného zabezpečení**, proto je potřeba reformovat důchodový systém tak, aby poskytoval adekvátní příjem a umožňoval starým lidem i po odchodu do důchodů žít spokojeně a aktivně.

Prostředí a komunita vstřícná ke stáří

Prostředí a komunita vstřícná ke stáří má zásadní vliv pro zachování nezávislosti a pro kvalitu života starých lidí. Pro seniory jsou důležité nejen fungující sociální vztahy a kontakty, ale také pozitivní společenské klima, které zvyšuje participaci starých lidí ve společnosti.

Program zdůrazňuje **důležitost samosprávy**, která hraje zásadní roli při přijímání komplexních opatření vedoucích k vytvoření **obcí vstřícných ke stáří**, ve kterých je zajištěna dostupná veřejná doprava, kvalitní zdravotní péče, sociální služby a další podmínky a faktory, které podporují nezávislý, bezpečný a aktivní život ve stáří.

S přibývajícím věkem narůstá na důležitosti **otázka mobility**. Doprava je součástí denního života většiny starých lidí, proto je potřeba zajistit dostupnou a bezbariérovou hromadnou osobní dopravu, dále její kvalitu a bezpečnost. Zajištění mobility je základním předpokladem pro participaci seniorů na kulturních a sociálních aktivitách.

Další důležitou otázkou je **bydlení seniorů**. Vhodné bydlení oddaluje umístění seniora do institucionálního zařízení, umožňuje mu zůstat v domácím prostředí, což přispívá k jeho celkové spokojenosti. Bydlení by mělo odpovídat funkčnímu a zdravotnímu stavu seniora, s přibývajícím věkem a horší mobilitou je vhodné bezbariérové bydlení, které umožňuje žít starému člověku v přirozeném prostředí i v případě zdravotních či jiných omezení. Zvyšuje se počet seniorů se zdravotním postižením, proto je žádoucí věnovat se odstraňování bariér, zajištění dostupnosti služeb a v případě ústavní péče usilovat o efektivní propojení služeb s komunitní péčí.

Zdraví a zdravé stárnutí

Zdraví je právem považováno za jednu z nejdůležitějších hodnot v životě člověka. Cílem zdravotní péče je prodloužení délky zdravého života bez disability a ztráty soběstačnosti. Kvalitní zdravotní péče ve stáří vyžaduje **odbornou geriatrickou péči**, která respektuje rozdílné potřeby a rizika u starých pacientů. Ve stáří je důležitá také **prevence sociální izolace**, která může způsobit těžké psychické problémy.

Prioritou zdravotní politiky je **strategie rozvoje dlouhodobé péče**, která je určená zejména starším a chronicky nemocným osobám. Při dlouhodobé péči o starého nemocného člověka se zdůrazňují pojmy, kterými jsou **kvalita, důstojnost, možnost volby a rovnost přístupu**. Především v oblasti paliativní péče je nutné dbát na uspokojení sociálních a duchovních potřeb nemocných seniorů a na zachování důstojného života i v nemoci.

Zdravotní a sociální potřeby starých lidí jsou od sebe neoddelitelné, proto je důležité usilovat o **integraci zdravotních a sociálních služeb**. Komplexnost péče v současné době narušuje velké množství poskytovatelů i různých zdrojů financování, čímž se zvyšuje riziko nedostatečné koordinace a nepřehlednosti služeb. Tento problém by mohla vyřešit **komunitní centra**, která poskytují na jednom místě sociální i zdravotní služby a podporují komplexní péči.

K zachování a zlepšení zdraví u starých lidí je potřeba přijmout celoživotní přístup a vytvořit podmínky vhodné pro aktivní a zdravé stárnutí. Cílem společnosti by měla být **podpora zdravého životního stylu**, která může přispět ke zvýšení soběstačnosti ve stáří a oddálit pobyt v institucionálním zařízení.

Pro zdravé a pozitivní stáří je velmi důležité, jak na toto období pohlíží sám starý člověk, jak ho vidí, vnímá a také jak ho vnímá společnost. Pokud si člověk v průběhu života vytvoří negativní pohled na stárnutí a stáří, pak pro něj bude obtížné přijmout fakt, že sám stárne. Člověk by se měl zaměřit hlavně na hledání pozitivních stránek, které sebou stáří přináší a ne se zabývat jen jeho negativními dopady.

Rodina a péče

Péče o stárnoucí členy rodiny by měla být součástí mezigenerační soudržnosti a solidarity. Rodina zastává v péči o seniora významnou a nezastupitelnou roli, proto je nezbytné zaměřit se především na **komplexní opatření na podporu rodin a pečovatелů**. Péče o seniora je významná sociální událost, která sebou přináší značnou zátěž i změnu ve způsobu života jedince a celé jeho rodiny. Rodina a jedinec poskytující péči potřebuje nejen sociální ochranu a ekonomickou bezpečnost, ale i profesionální, odbornou a emoční podporu a možnost využití respitních služeb. Splnění těchto požadavků je předpokladem pro zajištění kvalitní péče.

Participace a lidská práva.

Pro pozitivní sebepojetí a životní spokojenost starého člověka je důležitá potřeba jistoty a bezpečí, důstojnosti, uznání, užitečnosti, ale také smysluplného využití volného času a zapojení se do života komunity a společnosti. Důležité je **podpoření participace seniorů** na vzdělávacích, kulturních a společenských aktivitách a na rozhodování o otázkách, které se jich významně dotýkají. Všichni lidé jsou si **rovni v právech a důstojnosti** bez ohledu na věk. Senioři často čelí diskriminaci a vyloučení ze společnosti, což má negativní zdravotní a ekonomické dopady nejen pro staré osoby, ale i pro celou společnost. Senioři jsou zranitelní a důvěřiví, lehce se mohou stát oběťmi majetkové nebo i násilné trestné činnosti. Důležitým nástrojem k zabránění zneužívání a zanedbávání je **prevence** zaměřující se na snížení rizikových faktorů, zvýšení bezpečnosti, poradenství, depistáž, apod. (MPSV, 2008).

Třetí kapitola diplomové práce se věnuje problematice kvality života, přináší teoretické vymezení tohoto pojmu, popisuje dimenze kvality života, přístupy ke kvalitě života a především se snaží upozornit na specifika související s kvalitou života seniorů. Pokud usilujeme o zkvalitnění života seniorů, o zefektivnění péče a zvýšení podpory a sociální pomoci, je nutné znát a brát v potaz jak potřeby, tak i přání a touhy seniorů. Do jaké míry bude mít stáří negativní dopad na kvalitu života, záleží nejen na zdravotním stavu seniora, na efektivní sociální ochraně a kvalitní péči, ale i na individuálním zájmu daného jedince a jeho aktivním přístupu k životu. Zůstat co nejdéle aktivní se jeví jako nejlepší strategie v boji proti předčasnému stárnutí. Kvalita života je ovlivněna různými faktory, kromě zdraví se jako velmi důležitá zdá být především participace seniorů na vzdělávacích, kulturních a společenských aktivitách, dále dobré rodinné a přátelské vztahy. Téma stárnutí a kvality života ve stáří se týká nás všech, proto je důležité se o tuto problematiku zajímat a snažit se včas připravit na proces stárnutí tak, abychom i ve vysokém věku mohli náš život označit za důstojný, plnohodnotný, aktivní a kvalitní.

4. Vlastní empirický výzkum

4.1 Cíl výzkumu a formulace hypotéz

Cílem empirické části mé diplomové práce je provést výzkum úrovně kvality života a spokojenosti seniorů žijících v přirozeném domácím prostředí a seniorů žijících v ústavním prostředí. Dále si kladu za cíl porovnat míru důležitosti a míru spokojenosti s jednotlivými oblastmi jejich života.

Pro výzkumnou část jsem si stanovila následující hypotézy:

H1: Seniori žijící v domácím prostředí jsou celkově spokojenější než seniori žijící v ústavním prostředí.

H2: Seniori žijící v domácím prostředí jsou se svým zdravím spokojenější než seniori žijící v ústavním prostředí.

H3: Seniori žijící v domácím prostředí jsou více spokojeni s pocitem bezpečí než seniori žijící v ústavním prostředí.

H4: V hodnocení spokojenosti s psychickou pohodou není velký rozdíl mezi seniory žijícími v ústavním prostředí a seniory žijícími v domácím prostředí.

H5: Seniori žijící v ústavním prostředí považují položku „svoboda“ za důležitější než seniori žijící v domácím prostředí.

H6: Seniori žijící v domácím prostředí považují položku „mít koníčky ve volném čase“ za více důležitou než seniori žijící v ústavním prostředí.

4.2 Organizace a charakteristika výběrového souboru

Jedná se o kvantitativní výzkum, který probíhal v období listopad - prosinec 2011 ve městě Olomouc a v přilehlých vesnicích. Dotazníkového šetření se zúčastnili klienti žijící v Domově pro seniory „Pohoda“, dále klienti pobývající v chráněném bydlení a senioři žijící samostatně nebo s rodinou. V ústavním prostředí bylo rozdáno celkem 55 dotazníků, 41 klientů jej vyplnilo. Mezi seniory žijící samostatně bylo rozdáno taktéž 55 dotazníků, většinou se jednalo o přátele mé babičky a známé mých členů rodiny, kteří mi s roznášením dotazníků pomáhali. Dotazník vyplnilo 51 seniorů žijících v domácím prostředí, jen čtyři respondenti jej nevrátili. Celkově bylo osloveno 110 respondentů, dotazník jich vyplnilo 92, návratnost tedy činí 84 %.

4.3 Použité metody

Při realizaci výzkumu jsem využila metodu dotazníku, která je výhodná především z hlediska získávání informací od vysokého počtu respondentů v relativně krátkém čase.

K vlastnímu šetření jsem si zvolila upravený dotazník subjektivní kvality života **SQUALA** (viz. Příloha č. 1), který byl vytvořen v roce 1992 kolektivem autorů v čele se Zannotim, českou verzi připravila Eva Dragomirecká a kol.

Jedná se o sebeposuzovací dotazník vytvořený podle jasných metodologických pravidel, který vychází z Maslowovy třístupňové teorie potřeb a zahrnuje v sobě i takové oblasti života a vnitřní hodnoty, jako je prožitek svobody, spravedlnosti nebo pravdy. Dotazník obsahuje demografickou část, kterou jsem si upravila pro své vlastní potřeby a dále zahrnuje 23 oblastí pokrývajících vnější i vnitřní aspekty kvality každodenního života, u nichž respondent určuje na pětibodové hodnotící škále subjektivní důležitost této oblasti a jak je s touto oblastí života spokojen (Dragomirecká a kol., 2006).

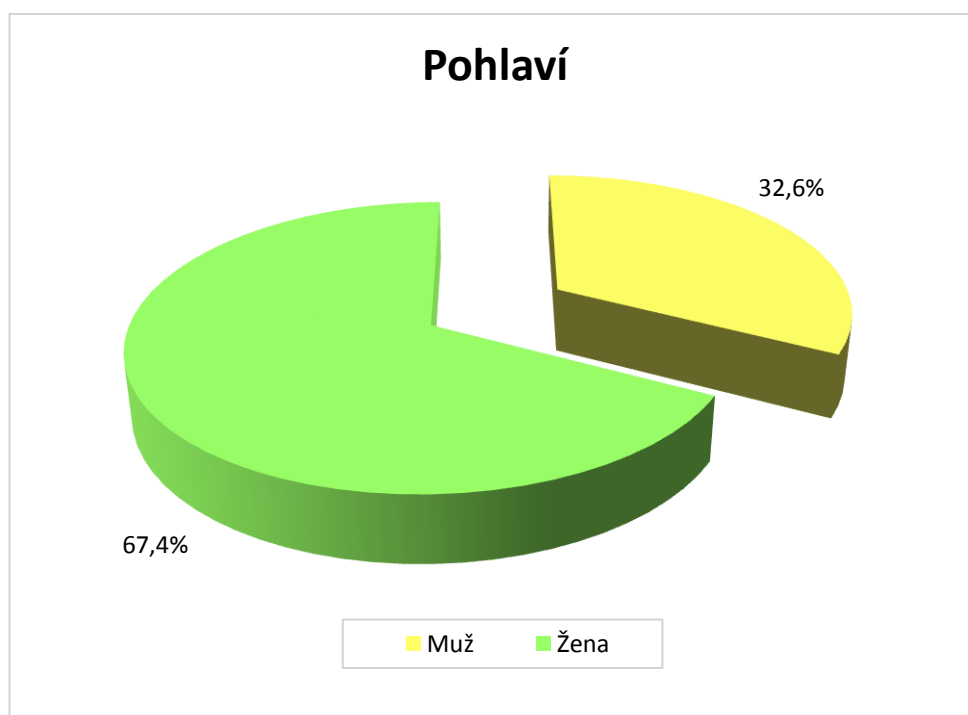
4.4 Univariační analýza

Pro vyhodnocení údajů shromážděných z dotazníkového šetření jsem zvolila univariační analýzu. Celkový počet respondentů je 92.

Demografické údaje

Tabulka č. 1 **Pohlaví**

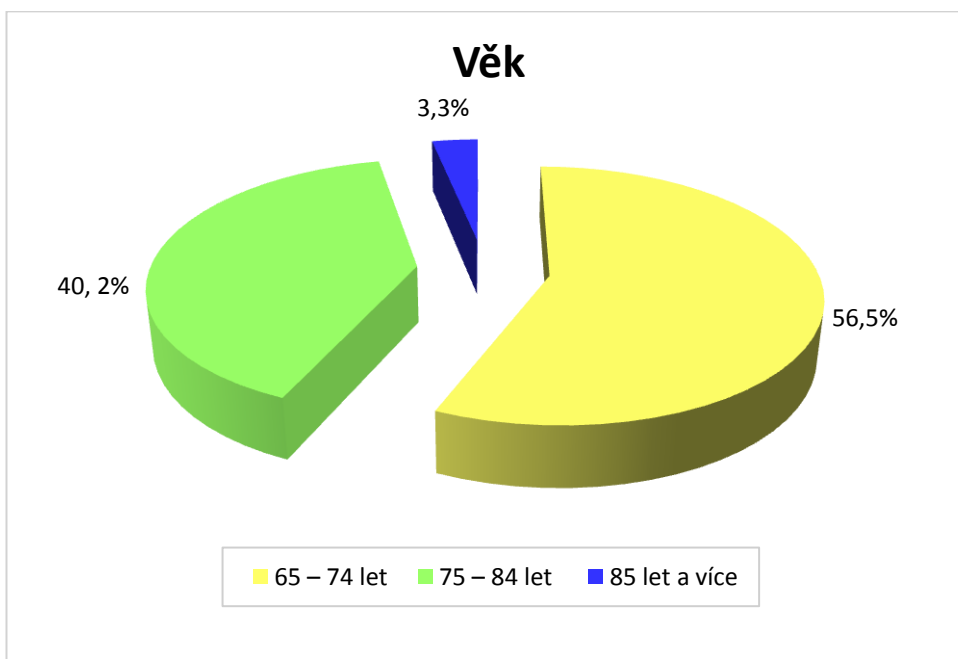
	Četnost	%
Muž	30	32,6
Žena	62	67,4
Celkem	92	100



Celkový počet respondentů je $n=92$ (tj. 100 %). V nadpoloviční většině odpovídaly ženy (67,4%). Převahu respondentů ženského pohlaví si vysvětlují tím, že ženy se obecně dožívají vyššího věku a jsou více ochotné spolupracovat při dotazování.

Tabulka č. 2 **Věk**

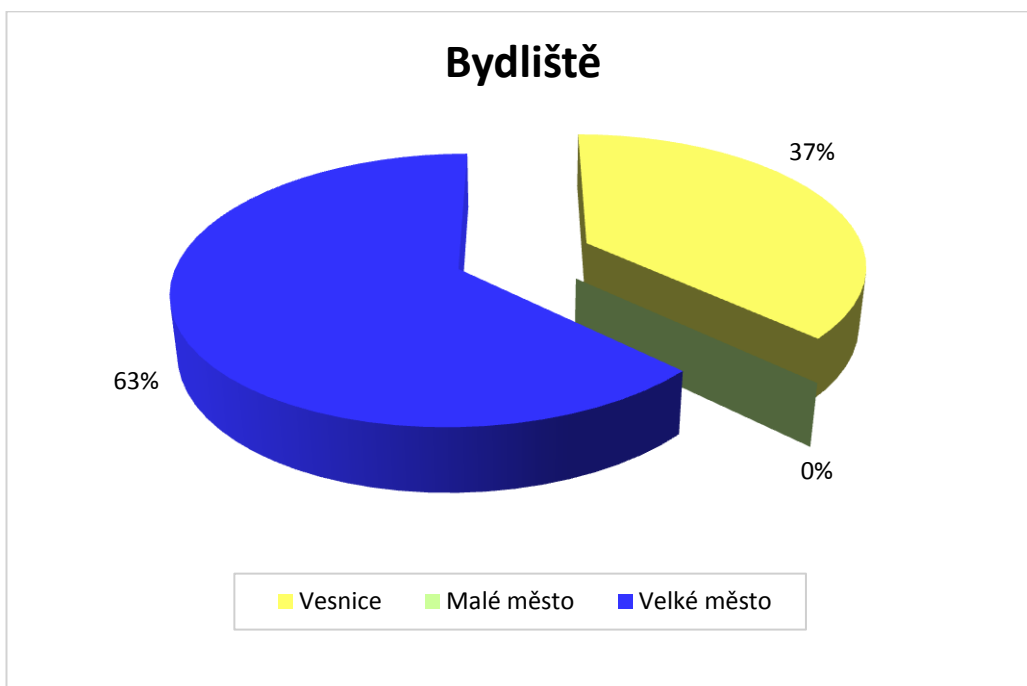
	Četnost	%
65 – 74 let	52	56,5
75 – 84 let	37	40,2
85 let a více	3	3,3



Věkové rozmezí zkoumaných osob je z větší poloviny zastoupeno mladými seniory (56,5 %), menší polovinu (40,2 %) tvoří senioři staří a 3 respondenti (3,3 %) spadají do skupiny velmi starých seniorů. Věkový průměr celého zkoumaného souboru činí 74,5 let, přičemž nejmladší respondent má 65 let, nejstarší 91 let.

Tabulka č. 3 **Bydliště**

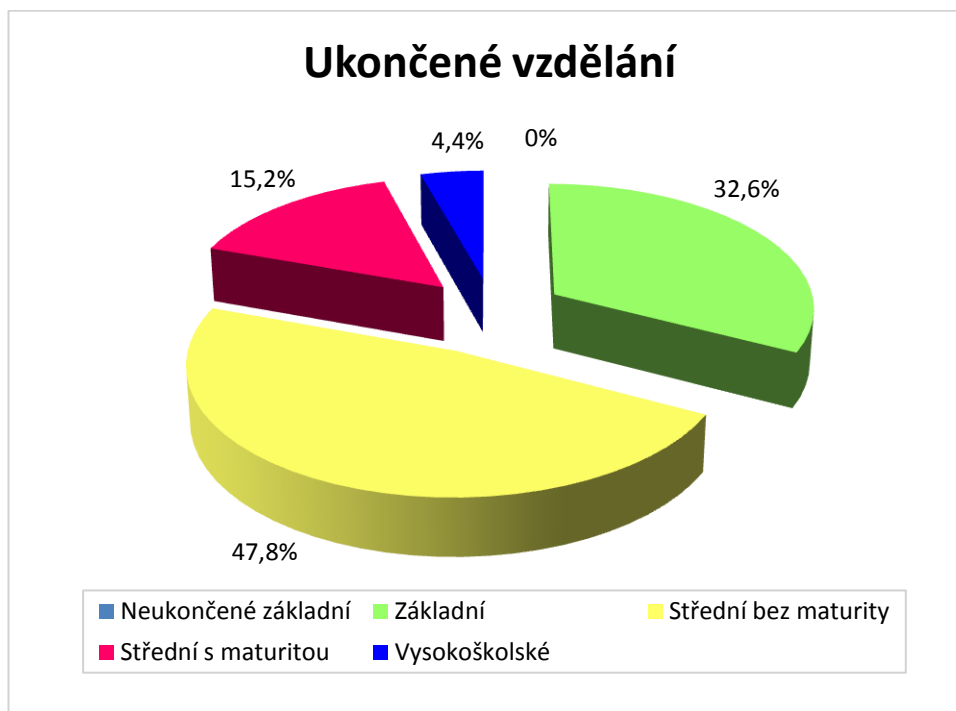
	Četnost	%
Vesnice	34	37
Malé město	0	0
Velké město	58	63



58 respondentů (63 %) udává, že bydlí ve velkém městě, 34 respondentů (37 %) pobývá na vesnici, zatímco žádný z respondentů nevedl jako místo svého bydliště malé město. Dotazníky vyplňovali pouze respondenti z města Olomouce a přilehlých vesnic, což vysvětluje, proč žádný z respondentů nebydlí v menším městě.

Tabulka č. 4 Ukončené vzdělání

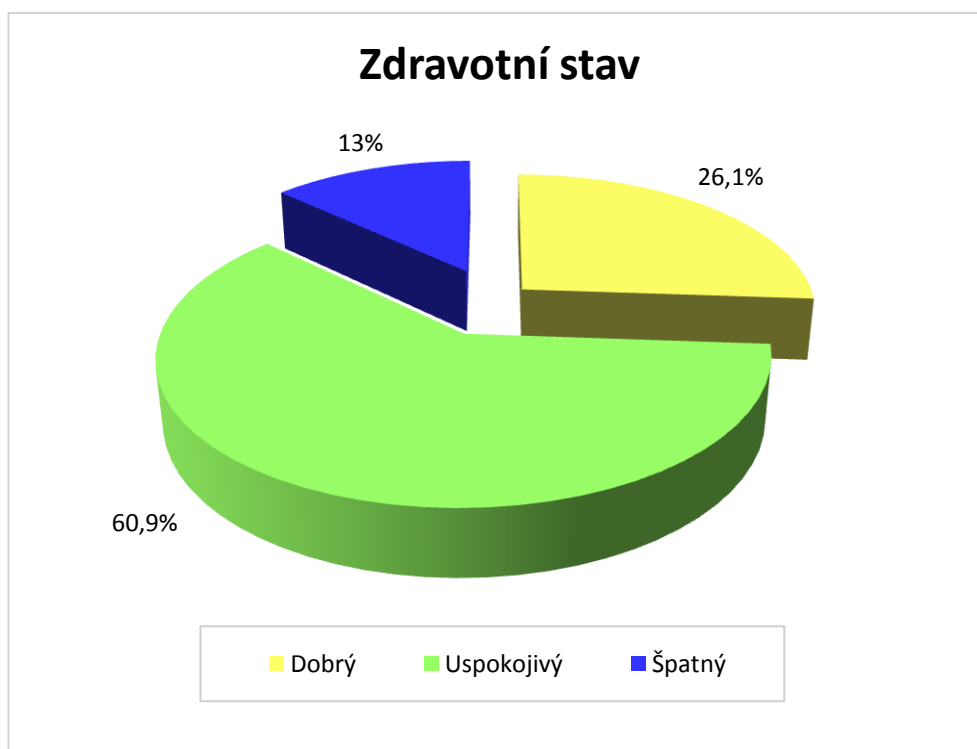
	Četnost	%
Neukončené základní	0	0
Základní	30	32,6
Střední bez maturity	44	47,8
Střední s maturitou	14	15,2
Vysokoškolské	4	4,4



Všichni oslovení respondenti mají ukončené vzdělání. Jak se dalo očekávat, současní senioři patří ještě do generace, ve které nebyl kladen tak silný důraz na vzdělání, jak je tomu dnes. Z tabulky je patrné, že 30 respondentů (32,6 %) má ukončenou pouze základní školu. Středního vzdělání dosáhlo 44 respondentů (47,8 %), odborného středního vzdělání zakončeného maturitou pak 14 respondentů (15,2 %) a vysokoškolské vzdělání uvádí pouze 4 respondenti.

Tabulka č. 5 **Zdravotní stav**

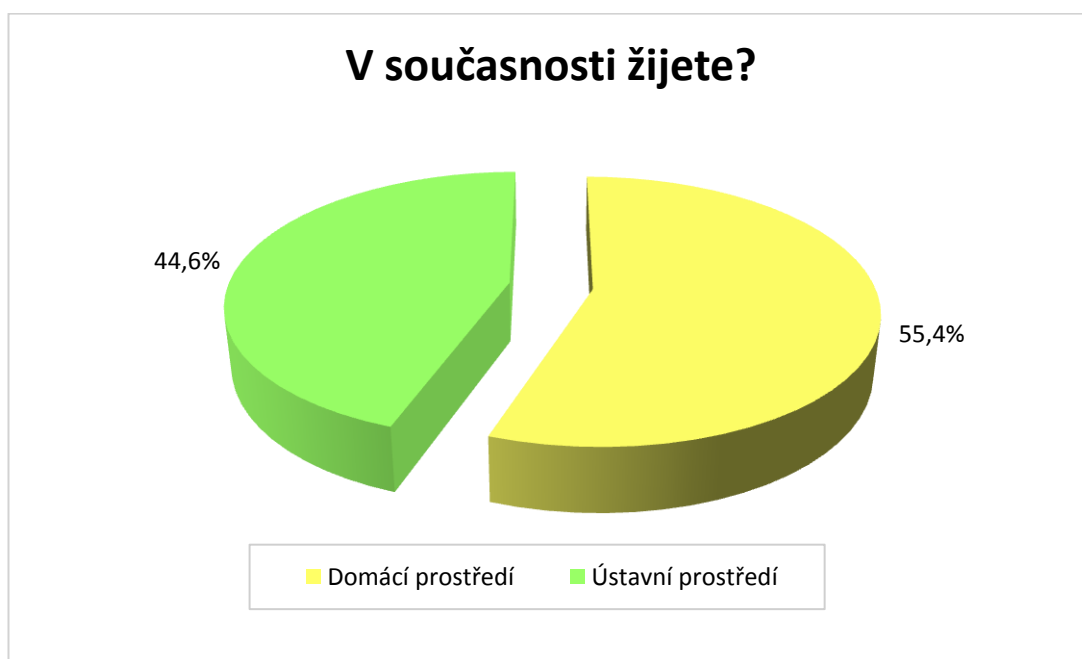
	Četnost	%
Dobry	24	26,1
Uspokojivý	56	60,9
Špatný	12	13



Většina oslovených seniorů hodnotí svůj zdravotní stav jako uspokojivý (60,9 %) anebo dokonce dobrý (26,1 %). V komparaci s vysokým průměrným věkem respondentů to považují za velice pozitivní zjištění. Vypadá to, že oslovení senioři mají pozitivní přístup k životu, protože pouze 12 dotázaných (13 %) považuje svůj zdravotní stav za špatný.

Tabulka č. 6 **V současnosti žijete?**

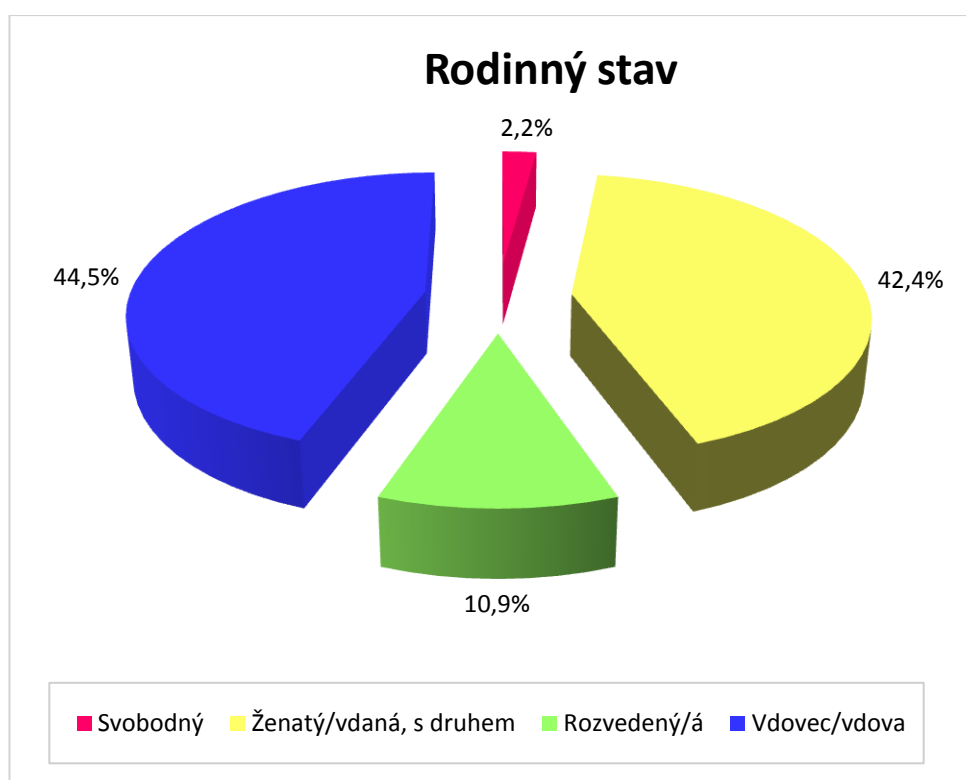
	Četnost	%
Domácí prostředí	51	55,4
Ústavní prostředí	41	44,6



V současné době žije 51 respondentů (55,4 %) buď samostatně, nebo s rodinou ve svém přirozeném domácím prostředí, zatímco zbylých 41 respondentů (44,6 %) žije v ústavním prostředí.

Tabulka č. 7 **Rodinný stav**

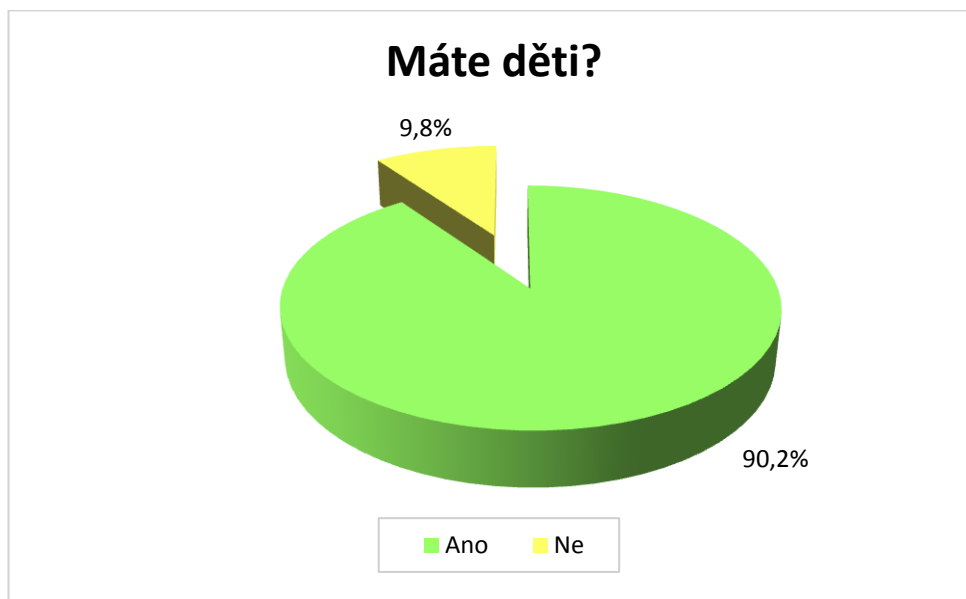
	Četnost	%
Svobodný	2	2,2
Ženatý/vdaná, s druhem	39	42,4
Rozvedený/á	10	10,9
Vdovec/vdova	41	44,5



Při zjišťování rodinného stavu jsem došla k zajímavým závěrům. Ačkoliv je v České republice považována rozvodovost za hodně vysokou, v našem případě je 39 respondentů (42,4 %) stále vdaných či ženatých a 41 respondentů (44,5 %) žije sama pouze z toho důvodu, že ovdověli. Pouze 2 respondenti zůstali svobodní a 10 respondentů se v průběhu života rozvedlo. To vypovídá o nižší rozvodovosti v dřívějších letech.

Tabulka č. 8 **Máte děti?**

	Četnost	%
Ano	83	90,2
Ne	9	9,8



Z celé skupiny respondentů jich 90,2 % označilo, že mají děti, naproti tomu pouze 9 respondentů (9,8 %) potvrdilo, že děti nemají.

V případě, že respondenti odpověděli na otázku ohledně dětí kladně, tak měli uvést ještě počet dětí žijících s nimi v jedné domácnosti.

	Četnost	%
1 dítě	19	22,9
2 děti	2	2,4
3 děti	3	3,6

Z 83 respondentů, kteří uvedli, že mají děti, jich celkem 24 sdílí společnou domácnost se svými dětmi.

Tabulka č. 9 **Zdraví**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	50	54,3
Velmi důležité	40	44,5
Středně důležité	2	2,2
Málo důležité	0	0
Bezvýznamné	0	0

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	12	13
Velmi spokojen	18	19,6
Spíše spokojen	46	50
Nespokojen	14	15,2
Velmi zklamán	2	2,2

Zdraví je jedna z položek, která se umístila v kategorii důležitosti na prvních místech. Většina respondentů uvedla, že zdraví je pro jejich život „nezbytné“ nebo „velmi důležité“. Tato skutečnost mě nepřekvapila, protože zdraví je obecně považováno za jednu z nejdůležitějších hodnot v životě člověka, o to víc je ceněno v seniorském věku. V hodnocení spokojenosti označila 1/2 respondentů odpověď „spíše spokojen“, a to pravděpodobně z toho důvodu, že ve starším věku se přidružuje více zdravotních problémů a nemocí.

Tabulka č. 10 **Fyzická soběstačnost**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	34	37
Velmi důležité	54	58,7
Středně důležité	4	4,3
Málo důležité	0	0
Bezvýznamné	0	0

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	23	25
Velmi spokojen	28	30,4
Spíše spokojen	36	39,2
Nespokojen	5	5,4
Velmi zklamán	0	0

34 respondentů (37 %) považuje tuto položku za „nezbytnou“ a 54 respondentů (58,7 %) za „velmi důležitou“. Senioři, kteří jsou fyzicky soběstační, se mohou spolehnout na své schopnosti a žít nezávislý a samostatný život. V hodnocení spokojenosti označilo nejvíce respondentů odpověď „spíše spokojen“, což může souviset s faktem, že lidé v pokročilém věku nejsou zvláště kvůli různým nemocem pohybového aparátu tak mobilní a soběstační, jak by si přáli.

Tabulka č. 11 **Psychická pohoda**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	35	38
Velmi důležité	53	57,6
Středně důležité	4	4,4
Málo důležité	0	0
Bezvýznamné	0	0

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	22	23,9
Velmi spokojen	35	38,1
Spíše spokojen	30	32,6
Nespokojen	5	5,4
Velmi zklamán	0	0

Psychickou pohodu považuje za velmi důležitou 35 dotázaných (38 %), za velmi důležitou ji označilo 53 respondentů (57,6 %). Psychická pohoda je pro spokojený a plnohodnotný život velmi důležitá, protože pokud se člověk cítí dobře po psychické stránce, tak se to pozitivně promítá i do jeho zdravotního stavu. V hodnocení spokojenosti se nejčastější objevovala odpověď „velmi spokojen“ a „spíše spokojen“. Nikdo z respondentů neuvedl položku „velmi zklamán“.

Tabulka č. 12 **Příjemné prostředí a bydlení**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	24	26,1
Velmi důležité	46	50
Středně důležité	22	23,9
Málo důležité	0	0
Bezvýznamné	0	0

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	29	31,5
Velmi spokojen	41	44,6
Spíše spokojen	21	22,8
Nespokojen	1	1,1
Velmi zklamán	0	0

Přesně $\frac{1}{2}$ respondentů považuje hodnotu „příjemné prostředí a bydlení“ za velmi důležitou. Položky „málo důležité“ a „bezvýznamné“ mají nulové hodnoty, což jen potvrzuje důležitost, kterou senioři přisuzují této hodnotě. Příjemné prostředí pozitivně působí na psychiku seniorů, vyvolává pocit příjemné atmosféru a pohody. V hodnocení spokojenosti uvedla téměř $\frac{1}{2}$ respondentů odpověď „velmi spokojen“.

Tabulka č. 13 **Dobry Spánek**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	21	22,8
Velmi důležité	53	57,6
Středně důležité	16	17,4
Málo důležité	2	2,2
Bezvýznamné	0	0

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	16	17,4
Velmi spokojen	20	21,7
Spíše spokojen	41	44,6
Nespokojen	13	14,1
Velmi zklamán	2	2,2

Většina respondentů (57,6 %) považuje hodnotu „dobry spánek“ v životě za „velmi důležitou“. Spánek je potřebný k načerpání nových sil a energie, přesto jen 16 respondentů (17,4 %) je s kvalitou spánku „zcela spokojena“ a 20 dotázaných (21,7 %) je „velmi spokojena“. Ve vyšším věku jsou častější poruchy spánku, stoupá počet probouzení se během noci, spánek je méně hluboký a doba spánku se zkracuje.

Tabulka č. 14 **Rodinné vztahy**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	31	33,7
Velmi důležité	57	62
Středně důležité	3	3,2
Málo důležité	0	0
Bezvýznamné	1	1,1

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	29	31,5
Velmi spokojen	41	44,6
Spíše spokojen	20	21,7
Nespokojen	2	2,2
Velmi zklamán	0	0

Téměř $\frac{2}{3}$ respondentů označili položku „rodinné vztahy“ za „velmi důležitou“. Kromě jednoho respondenta, který pro mě překvapivě považuje tuto hodnotu za bezvýznamnou, si dobrých rodinných vztahů vysoko cení většina dotázaných, z čehož usuzuji, že senioři potřebují mít pocit jistoty a vědět, že mají své blízké, kterým na nich záleží. V hodnocení spokojenosti je většina respondentů (44,6 %) „velmi spokojena“, „zcela spokojeno“ je 29 dotázaných (31,5 %).

Tabulka č. 15 **Vztahy s ostatními lidmi**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	21	22,8
Velmi důležité	41	44,6
Středně důležité	28	30,4
Málo důležité	1	1,1
Bezvýznamné	1	1,1

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	31	33,7
Velmi spokojen	26	28,3
Spíše spokojen	30	32,6
Nespokojen	3	3,2
Velmi zklamán	2	2,2

41 respondentů (44,6 %) považuje hodnotu „vztahy s ostatními lidmi“ za „velmi důležitou“, pro 28 dotázaných (30,4 %) je tato položka „středně důležitá“. Z tabulky je patrné, že většina seniorů upřednostňuje kontakt s druhými lidmi, který podle mého názoru může být účinnou prevencí v boji proti pocitům samoty a izolovanosti. V hodnocení spokojenosti jsou první tři odpovědi velmi podobné, variantu „spíše spokojen“ si zvolilo 30 respondentů (32,6 %).

Tabulka č. 16 **Děti**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	20	21,7
Velmi důležité	49	53,3
Středně důležité	5	5,4
Málo důležité	11	12
Bezvýznamné	7	7,6

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	32	34,8
Velmi spokojen	37	40,2
Spíše spokojen	18	19,6
Nespokojen	2	2,2
Velmi zklamán	3	3,2

Celé $\frac{3}{4}$ respondentů považují hodnotu „mít děti“ za „nezbytnou“ a „velmi důležitou“. Oproti tomu 7 dotázaných (7,6 %) nepřikládá této hodnotě žádný význam. Děti by měli být pro každého z nás radostí, povzbuzením a oporou ve stáří, ne vždy tomu tak bohužel je. V hodnocení spokojenosti jsou $\frac{3}{4}$ respondentů „zcela a velmi spokojeni“, což vypovídá o dobrých rodinných vztazích.

Tabulka č. 17 **Postarat se o sebe**

Důležitost

Spokojenost

	Četnost	%
Nezbytné	40	43,5
Velmi důležité	49	53,3
Středně důležité	3	3,2
Málo důležité	0	0
Bezvýznamné	0	0

	Četnost	%
Zcela spokojen	26	28,3
Velmi spokojen	35	38
Spíše spokojen	25	27,2
Nespokojen	5	5,4
Velmi zklamán	1	1,1

Více než $\frac{1}{2}$ respondentů považuje hodnotu „postarat se o sebe“ za velmi důležitou, 43,5 % dokonce za nezbytnou. Položky „málo důležité“ a „bezvýznamné“ mají nulové hodnoty, což jen zdůrazňuje, nakolik si této hodnoty senioři opravdu cení. Tato hodnota má blízko k fyzické soběstačnosti, v obou případech jde o získání pocitu samostatnosti a nezávislosti. V hodnocení spokojenosti je 38 % dotázaných „velmi spokojeno“ a 28,3 % „zcela spokojeno“.

Tabulka č. 18 **Láska**

Důležitost

Spokojenost

	Četnost	%
Nezbytné	28	30,4
Velmi důležité	41	44,6
Středně důležité	18	19,6
Málo důležité	4	4,4
Bezvýznamné	0	0

	Četnost	%
Zcela spokojen	26	28,3
Velmi spokojen	27	29,3
Spíše spokojen	24	26,1
Nespokojen	10	10,9
Velmi zklamán	5	5,4

„Láska“ je přirozenou lidskou potřebou, která sehrává v životě člověka významnou roli, což potvrzují i výsledky. Téměř 50 % respondentů ji považuje za „velmi důležitou“, ale z hodnocení spokojenosti vyplývá, že jen 28,3 % dotázaných je v této oblasti „zcela spokojeno“. Je třeba přihlídnout ke skutečnosti, že někteří senioři již ztratili své partnery, což se odráží i v hodnocení jejich spokojenosti.

Tabulka č. 19 **Sexuální život**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	4	4,3
Velmi důležité	16	17,4
Středně důležité	19	20,7
Málo důležité	21	22,8
Bezvýznamné	32	34,8

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	5	5,4
Velmi spokojen	9	9,8
Spíše spokojen	39	42,4
Nespokojen	24	26,1
Velmi zklamán	15	16,3

Nejvíce respondentů (34,5 %) označilo tuto položku jako „bezvýznamnou“, za „středně důležitou“ a „málo důležitou“ ji považuje zhruba stejný počet dotázaných (přibližně 20 %), což poukazuje na klesající sexuální aktivitu ve vyšším věku. V hodnocení spokojenosti je necelá polovina „spíše spokojena“. „Velmi zklamáno“ je 16,3 %, což může souviset se skutečností, že tyto osoby jsou již bez partnerů.

Tabulka č. 20 **Politika**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	9	9,8
Velmi důležité	18	19,5
Středně důležité	21	22,8
Málo důležité	33	35,9
Bezvýznamné	11	12

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	0	0
Velmi spokojen	1	1,1
Spíše spokojen	27	29,3
Nespokojen	40	43,5
Velmi zklamán	24	26,1

Politika je pro většinu respondentů „středně nebo málo důležitá“, pro 12 % je dokonce bezvýznamná. Téměř polovina dotázaných je s touto oblastí „nespokojena“, což může zrcadlit současnou úroveň na naší politické scéně. Starší lidé se většinou aktivně do politiky nezapojují, často ale kritizují aktuální politické dění.

Tabulka č. 21 **Víra**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	9	9,8
Velmi důležité	23	25
Středně důležité	32	34,8
Málo důležité	13	14,1
Bezvýznamné	15	16,3

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	18	19,6
Velmi spokojen	20	21,7
Spíše spokojen	33	35,9
Nespokojen	15	16,3
Velmi zklamán	6	6,5

Nejvíce respondentů (34,8 %) označilo tuto hodnota jako „středně důležitou“, 25 % dotázaných ji považuje za „velmi důležitou“. Z tabulky je patrné, že dotazník vyplňovali jak lidé věřící, tak i bez víry. V hodnocení spokojenosti je s vírou více než $\frac{1}{3}$ respondentů „spíše spokojena“, což může znamenat, že víra splňuje jejich požadavky a přináší jim to, co od ní očekávají.

Tabulka č. 22 **Odpočinek**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	17	18,5
Velmi důležité	41	44,5
Středně důležité	32	34,8
Málo důležité	2	2,2
Bezvýznamné	0	0

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	25	27,2
Velmi spokojen	35	38
Spíše spokojen	28	30,4
Nespokojen	3	3,3
Velmi zklamán	1	1,1

Téměř polovina dotázaných považuje odpočinek za „velmi důležitý“, což je pochopitelné. S přibývajícím věkem je člověk rychleji unavitelný, ubývají mu síly a odpočinek se tak pro něj stává více důležitý, než tomu bylo v minulosti. V hodnocení spokojenosti je 63 respondentů (68,4 %) „velmi spokojeno a spíše spokojeno“, tzn., že mají dostatek času na načerpání nových sil.

Tabulka č. 23 **Koníčky**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	17	18,5
Velmi důležité	35	38
Středně důležité	28	30,4
Málo důležité	10	10,9
Bezvýznamné	2	2,2

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	20	21,7
Velmi spokojen	29	31,5
Spíše spokojen	32	34,8
Nespokojen	9	9,8
Velmi zklamán	2	2,2

Mít koníčky považuje 35 respondentů (38%) za „velmi důležitou“ hodnotu a 28 dotázaných (30,4 %) za „středně důležitou“. V hodnocení spokojenosti jsou výsledky podobné v odpovědích „velmi spokojen“ (31,5 %) a „spíše spokojen“ (34,8 %). Jen 2 senioři uvádějí, že jsou v této oblasti „velmi zklamáni“, z čehož usuzují, že se zlepšila nabídka volnočasových aktivit určených pro seniory. Dále předpokládám, že ti, kteří označili odpověď „nespokojen nebo velmi zklamán“ se nemohou koníčkům věnovat ze zdravotních, finančních či jiných důvodů.

Tabulka č. 24 **Bezpečí**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	30	32,6
Velmi důležité	54	58,7
Středně důležité	7	7,6
Málo důležité	1	1,1
Bezvýznamné	0	0

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	26	28,3
Velmi spokojen	26	28,3
Spíše spokojen	21	22,8
Nespokojen	18	19,5
Velmi zklamán	1	1,1

Hodnota „bezpečí“ je „velmi důležitá“ pro více než 1/2 respondentů. Potřebu jistoty a bezpečí potřebuje mít každý člověk, přičemž s přibývajícím věkem tato potřeba ještě narůstá. V hodnocení spokojenosti vyšly totožné výsledky u odpovědi „zcela spokojen a velmi spokojen“.

Tabulka č. 25 **Práce**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	16	17,4
Velmi důležité	35	38
Středně důležité	18	19,6
Málo důležité	11	12
Bezvýznamné	12	13

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	15	16,3
Velmi spokojen	15	16,3
Spíše spokojen	47	51,1
Nespokojen	10	10,9
Velmi zklamán	5	5,4

Práce v životě člověka sehrává důležitou roli, díky ní člověk smysluplně využívá svůj čas, připadá si potřebný a užitečný. I v seniorském věku považuje práci za „velmi důležitou“ 38 % respondentů. Přibližně polovina dotázaných je v hodnocení spokojenosti „spíše spokojena“, jen 5,4 % vybralo možnost „velmi zklamán“. S přibývajícím věkem se objevuje více zdravotních problémů a komplikací, které omezují jejich pracovní možnosti.

Tabulka č. 26 **Spravedlnost**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	36	39,1
Velmi důležité	49	53,3
Středně důležité	7	7,6
Málo důležité	0	0
Bezvýznamné	0	0

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	3	3,3
Velmi spokojen	23	25
Spíše spokojen	28	30,4
Nespokojen	25	27,2
Velmi zklamán	13	14,1

Nadpoloviční většina označuje hodnotu „spravedlnost“ za „velmi důležitou“ a téměř 40 % respondentů ji vnímá jako „nezbytnou“. Odpovědi „málo důležité“ a „bezvýznamné“ jsou nulové, což jen potvrzuje důležitost této položky. V hodnocení spokojenosti je většina respondentů „spíše spokojena a nespokojena“, což vypovídá o negativním pohledu seniorů na aktuální atmosféru v naší společnosti.

Tabulka č. 27 **Svoboda**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	35	38
Velmi důležité	46	50
Středně důležité	11	12
Málo důležité	0	0
Bezvýznamné	0	0

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	13	14,1
Velmi spokojen	26	28,3
Spíše spokojen	33	35,9
Nespokojen	12	13
Velmi zklamán	8	8,7

Hodnotu „svoboda“ považuje ve svém životě $\frac{1}{2}$ respondentů za „velmi důležitou“, téměř 40 % ji vnímá jako „nezbytnou“. Pocit svobody je důležitý pro každého člověka bez rozdílu věku. V hodnocení spokojenosti je nejvíce respondentů (35,9 %) spíše spokojeno, možnost „velmi spokojen“ si vybralo 28,3 % dotazovaných.

Tabulka č. 28 **Krása a umění**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	9	9,8
Velmi důležité	30	32,6
Středně důležité	39	42,4
Málo důležité	14	15,2
Bezvýznamné	0	0

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	11	12
Velmi spokojen	26	28,2
Spíše spokojen	38	41,3
Nespokojen	11	12
Velmi zklamán	6	6,5

Hodnocení důležitosti „krásy a umění“ se pohybuje ve středových hodnotách, 30 respondentů (32,6 %) si zvolilo odpověď „středně důležité“. Krása a umění není v životě seniorů prvořadá, pokud člověk navíc trpí zdravotními obtížemi, tak zájem o tuto oblast ještě víc klesá. V hodnocení spokojenosti je 38 dotazovaných (41,3 %) „spíše spokojeno“.

Tabulka č. 29 **Pravda**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	39	42,4
Velmi důležité	50	54,3
Středně důležité	2	2,2
Málo důležité	1	1,1
Bezvýznamné	0	0

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	12	13
Velmi spokojen	17	18,5
Spíše spokojen	24	26,1
Nespokojen	23	25
Velmi zklamán	16	17,4

Pravdu považuje většina oslovených respondentů za „velmi důležitou až nezbytnou“, což vypovídá o jejich silně zakořeněných morálních hodnotách. Žádný z dotazovaných neoznačil tuto položku jako „bezvýznamnou“. V hodnocení spokojenosti je převaha respondentů „spíše spokojena“ až „nespokojena“, což může znamenat, že senioři mají s touto hodnotou negativní zkušenosti a tolik ji nevěří, i když by si jistě přáli, aby lidé mluvili pravdu a jednali čestně.

Tabulka č. 30 **Peníze**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	24	26,1
Velmi důležité	46	50
Středně důležité	17	1,5
Málo důležité	2	2,2
Bezvýznamné	3	3,2

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	11	12
Velmi spokojen	12	13
Spíše spokojen	48	52,2
Nespokojen	13	14,1
Velmi zklamán	8	8,7

Přesně $\frac{1}{2}$ respondentů považuje hodnotu „peníze“ za „velmi důležitou“, přičemž v hodnocení spokojenosti je více než polovina dotázaných s finanční situací „spíše spokojena“. Překvapilo mě, že jen 8,7 % respondentů si zvolilo odpověď „velmi zklamán“, předpokládala jsem, že tuto možnost označí více seniorů.

Tabulka č. 31 **Dobré jídlo**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	15	16,3
Velmi důležité	36	39,1
Středně důležité	28	30,4
Málo důležité	11	12
Bezvýznamné	2	2,2

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	26	28,3
Velmi spokojen	34	37
Spíše spokojen	27	29,3
Nespokojen	5	5,4
Velmi zklamán	0	0

36 respondentů (39,1%) považuje hodnotu „jídlo“ ve svém životě za „velmi důležitou“ a 28 respondentů (30,4 %) za „středně důležitou“. V hodnocení spokojenosti uvádí nejvíce dotazovaných (37 %) odpověď „velmi spokojen“, což vypovídá o skutečnosti, že s přibývajícím věkem již senioři nekladou na jídlo takové nároky.

4.5 Bivariační analýza

Bivariační analýza je použita k ověření platnosti stanovených hypotéz.

Tabulka č. 32 VYHODNOCENÍ SPOKOJENOSTI

Senioři žijící v domácím prostředí

	Zcela spokojen	Velmi spokojen	Spíše spokojen	Ne-spokojen	Velmi zklamán
1) zdraví	17,6 %	9,8 %	64,8 %	3,9 %	3,9 %
2) fyzická soběstačnost	33,3 %	23,5 %	41,2 %	2 %	0 %
3) psychická pohoda	27,4 %	23,5 %	43,2 %	5,9 %	0 %
4) prostředí bydlení	27,4 %	43,2 %	27,4 %	2 %	0 %
5) spánek	19,6 %	13,7 %	49,1 %	13,7 %	3,9 %
6) rodinné vztahy	27,4 %	45,2 %	27,4 %	0 %	0 %
7) vztahy s ostatními	31,4 %	19,6 %	45,1 %	3,9 %	0 %
8) děti	33,3 %	45,1 %	17,6 %	2 %	2 %
9) péče o sebe sama	35,3 %	27,4 %	35,3 %	2 %	0 %
10) láska	25,5 %	27,4 %	31,4 %	15,7 %	0 %
11) sexuální život	9,8 %	11,8 %	35,3 %	29,4 %	13,7 %
12) účast v politice	0 %	2 %	11,8 %	56,8 %	29,4 %
13) víra	17,6 %	13,7 %	45,1 %	21,6 %	2 %
14) odpočinek	27,4 %	29,4 %	37,3 %	3,9 %	2 %
15) koníčky	25,5 %	23,5 %	37,3 %	11,7 %	2 %
16) pocit bezpečí	27,4 %	15,7 %	23,5 %	31,4 %	2 %
17) práce	25,5 %	13,7 %	51 %	9,8 %	0 %
18) spravedlnost	3,9 %	23,5 %	25,5 %	33,4 %	13,7 %
19) svoboda	15,7 %	17,6 %	35,3 %	21,6 %	9,8 %
20) krása a umění	13,7 %	9,8 %	55 %	13,7 %	7,8 %
21) pravda	17,6 %	9,8 %	21,6 %	29,4 %	21,6 %
22) peníze	15,7 %	2 %	52,9 %	15,7 %	13,7 %
23) jídlo	29,4 %	31,4 %	33,3 %	5,9 %	0 %

Tabulka č. 33 VYHODNOCENÍ SPOKOJENOSTI

Senioři žijící v ústavním prostředí

	Zcela spokojen	Velmi spokojen	Spíše spokojen	Ne-spokojen	Velmi zklamán
1) zdraví	7,3 %	31,7 %	31,7 %	29,3 %	0 %
2) fyzická soběstačnost	14,6 %	39 %	36,6 %	9,8 %	0 %
3) psychická pohoda	19,5 %	56,1 %	19,5 %	4,9 %	0 %
4) prostředí bydlení	36,6 %	46,3 %	17,1 %	0 %	0 %
5) spánek	14,6 %	31,7 %	39,1 %	14,6 %	0 %
6) rodinné vztahy	36,6 %	43,9 %	14,6 %	4,9 %	0 %
7) vztahy s ostatními	36,6 %	39 %	17,1 %	2,4 %	4,9 %
8) děti	36,6 %	34,1 %	22 %	2,4 %	4,9 %
9) péče o sebe sama	19,5 %	51,2 %	17,1 %	9,8 %	2,4 %
10) láska	31,7 %	31,7 %	19,5 %	4,9 %	12,2 %
11) sexuální život	0 %	7,3 %	51,2 %	22 %	19,5 %
12) účast v politice	0 %	0 %	51,2 %	26,8 %	22 %
13) víra	22 %	31,7 %	24,3 %	9,8 %	12,2 %
14) odpočinek	26,8 %	48,8 %	22 %	2,4 %	0 %
15) koníčky	17,1 %	41,5 %	31,7 %	7,3 %	2,4 %
16) pocit bezpečí	29,2 %	43,9 %	22 %	4,9 %	0 %
17) práce	4,9 %	19,5 %	51,2 %	12,2 %	12,2 %
18) spravedlnost	2,4 %	26,8 %	36,7 %	19,5 %	14,6 %
19) svoboda	12,2 %	41,5 %	36,6 %	2,4 %	7,3 %
20) krása a umění	9,8 %	51,2 %	24,3 %	9,8 %	4,9 %
21) pravda	7,3 %	29,3 %	31,7 %	19,5 %	12,2 %
22) peníze	7,3 %	26,8 %	51,3 %	12,2 %	2,4 %
23) jídlo	26,8 %	43,9 %	24,4 %	4,9 %	0 %

Tabulka č. 34 VYHODNOCENÍ DŮLEŽITOSTI

Senioři žijící v domácím prostředí

	Nezbytné	Velmi důležité	Středně důležité	Málo důležité	Bez-významné
1) být zdravý	51 %	45,1 %	3,9 %	0 %	0 %
2) být fyzicky soběstačný	33,3 %	66,7 %	0 %	0 %	0 %
3) cítit se psychicky dobře	43,1 %	54,9 %	2 %	0 %	0 %
4) příjemné prostředí a bydlení	23,5 %	43,2 %	33,3 %	0 %	0 %
5) dobře spát	25,5 %	60,8 %	13,7 %	0 %	0 %
6) rodinné vztahy	25,5 %	72,5 %	2 %	0 %	0 %
7) vztahy s ostatními lidmi	17,6 %	41,2 %	39,2 %	2 %	0 %
8) mít a vychovávat děti	25,5 %	62,8 %	3,9 %	3,9 %	3,9 %
9) postarat se o sebe	47 %	51 %	2 %	0 %	0 %
10) milovat a být milován	37,3 %	33,3 %	23,5 %	5,9 %	0 %
11) mít sexuální život	7,8 %	23,5 %	21,6 %	25,5 %	21,6 %
12) zajímat se o politiku	11,8 %	19,6 %	23,5 %	41,2 %	3,9 %
13) mít víru (např. náboženství)	2 %	21,6 %	37,2 %	21,6 %	17,6 %
14) odpočívat ve volném čase	15,7 %	43,2 %	39,1 %	2 %	0 %
15) mít koníčky ve volném čase	11,8 %	31,3 %	43,1 %	11,8 %	2 %
16) být v bezpečí	31,4 %	60,8 %	7,8 %	0 %	0 %
17) práce	25,5 %	47,1 %	17,6 %	5,9 %	3,9 %
18) spravedlnost	35,3 %	54,9 %	9,8 %	0 %	0 %
19) svoboda	33,3 %	51 %	15,7 %	0 %	0 %
20) krása a umění	7,8 %	19,6 %	55 %	17,6 %	0 %
21) pravda	37,3 %	56,8 %	3,9 %	2 %	0 %
22) peníze	31,4 %	49 %	17,6 %	12 %	0 %
23) dobré jídlo	15,7 %	39,2 %	31,4 %	13,7 %	0 %

Tabulka č. 35 VYHODNOCENÍ DŮLEŽITOSTI

Senioři žijící v ústavním prostředí

	Nezbytné	Velmi důležité	Středně důležité	Málo důležité	Bez-významné
1) být zdravý	58,5 %	41,5 %	0 %	0 %	0 %
2) být fyzicky soběstačný	41,5 %	48,8 %	9,7 %	0 %	0 %
3) cítit se psychicky dobře	31,7 %	61 %	7,3 %	0 %	0 %
4) příjemné prostředí a bydlení	29,2 %	58,6 %	12,2 %	0 %	0 %
5) dobře spát	19,5 %	53,6 %	22 %	4,9 %	0 %
6) rodinné vztahy	43,9 %	48,8 %	4,9 %	0 %	2,4 %
7) vztahy s ostatními lidmi	29,3 %	48,8 %	19,5 %	0 %	2,4 %
8) mít a vychovávat děti	17 %	41,5%	7,3%	22%	12,2 %
9) postarat se o sebe	39 %	56,1 %	4,9 %	0 %	0 %
10) milovat a být milován	22%	58,6 %	14,6 %	2,4 %	2,4 %
11) mít sexuální život	0 %	9,7 %	19,5 %	19,5 %	51,3 %
12) zajímat se o politiku	7,3 %	19,5 %	22 %	29,3 %	22 %
13) mít víru (např. náboženství)	19,5 %	29,3 %	31,7 %	4,9 %	14,6 %
14) odpočívat ve volném čase	22 %	46,3 %	29,3 %	2,4 %	0 %
15) mít koníčky ve volném čase	26,8 %	46,5 %	14,6 %	9,7 %	2,4 %
16) být v bezpečí	34,2 %	56,1 %	7,3%	2,4 %	0 %
17) práce	7,3%	26,8 %	22 %	19,5 %	24,4 %
18) spravedlnost	43,9 %	51,2 %	4,9 %	0 %	0 %
19) svoboda	43,9 %	48,8 %	7,3%	0 %	0 %
20) krása a umění	12,2 %	48,8 %	26,8 %	12,2 %	0 %
21) pravda	48,8 %	51,2 %	0 %	0 %	0 %
22) peníze	19,5 %	51,3%	19,5 %	2,4 %	7,3%
23) dobré jídlo	17 %	39 %	29,4 %	9,7 %	4,9 %

4.6 Závěry výzkumu

K vyhodnocení spokojenosti se životem (vztahuje se k hypotéze č. 1 – č. 4) jsem použila výsledky z prvních 3 možností na škále – zcela spokojen, velmi spokojen a spíše spokojen.

Při vyhodnocení důležitosti (vztahuje se k hypotéze č. 5, č. 6) vybraných položek potřebných pro kvalitní život jsem použila výsledky z prvních dvou možností na škále – nezbytné a velmi důležité.

Hypotéza č. 1: Senioři žijící v domácím prostředí jsou celkově spokojenější než senioři žijící v ústavním prostředí.

Při porovnání tabulky č. 32 a 33 jsem nezjistila výrazně větší spokojenost u seniorů žijících v domácím prostředí, právě naopak. Senioři žijící v domácím prostředí jsou spokojenější jen v 7 položkách z celkových 23 zkoumaných. Z daného výsledku je možné usuzovat, že prostředí nemusí mít zásadní vliv na spokojenost seniorů.

Hypotéza č. 1 je **falzifikována**.

Hypotéza č. 2: Senioři žijící v domácím prostředí jsou se svým zdravím spokojenější než senioři žijící v ústavním prostředí.

Z tabulky č. 32 a 33 vyplývá, že senioři žijící v domácím prostředí uvádí o 21,5 % vyšší spokojenost se zdravím než senioři žijící v ústavním prostředí. Z daného výsledku můžeme usuzovat, že v domácím prostředí setrvává více soběstačných seniorů, zatímco ústavní zařízení využívají většinou osoby, jejichž zdravotní stav jim již nadále neumožňuje zůstat v domácím prostředí.

Hypotéza č. 2 je **verifikována**.

Hypotéza č. 3: Senioři žijící v domácím prostředí jsou více spokojeni s pocitem bezpečí než senioři žijící v ústavním prostředí.

Při porovnání tabulky č. 32 a 33 docházím k následujícímu zjištění: jen 66,6 % respondentů z domácího prostředí je spokojeno s pocitem bezpečí, oproti 95,1 % respondentů z ústavního prostředí. Tento výsledek jsem neočekávala, předpokládala jsem, že senioři žijící ve svém přirozeném domácím prostředí obklopeni rodinou a přáteli, se budou cítit bezpečněji. Při stanovení této hypotézy jsem nevzala v potaz, že velké procento seniorů již může žít samo, protože ovdověli, a také fakt, že senioři žijící v ústavním prostředí mají zabezpečen lékařský dohled a kvalifikovaný personál, který je jim schopen v případě náhlých a neočekávaných situací pomoci.

Hypotéza č. 3 je **falzifikována**.

Hypotéza č. 4: V hodnocení spokojenosti s psychickou pohodou není velký rozdíl mezi seniory žijícími v ústavním prostředí a seniory žijícími v domácím prostředí.

Z tabulky č. 32 a 33 vyplývá, že rozdíl v hodnocení důležitosti položky „psychická pohoda“ mezi seniory žijícími v ústavním prostředí a v domácím prostředí je jen 1 %.

Hypotéza č. 4 je **verifikována**.

Hypotéza č. 5: Senioři žijící v ústavním prostředí považují položku „svoboda za důležitější než senioři žijící v domácím prostředí.

Při porovnání tabulky č. 36 a 37 zjišťujeme, že svoboda je důležitější pro seniory žijící v ústavním prostředí, i když výsledek není tak přesvědčivý, jak jsem původně předpokládala. Svoboda je velmi důležitá až nezbytná pro 92,7 % seniorů žijících v ústavním prostředí a pro 84,3 % žijících v domácím prostředí. I když rozdíl mezi oběma skupinami není enormní, přesto se domnívám, že pro seniory žijící v ústavním prostředí je svoboda důležitá převážně z toho důvodu, že nemají takovou možnost svobodného jednání, jaké se dostává seniorům žijícím v domácím prostředí. V ústavním prostředí je nastaven režim, který je nutné dodržovat, což může být pro některé seniory omezující.

Hypotéza č. 5 je **verifikována**.

H6: Senioři žijící v domácím prostředí považují položku „mít koníčky ve volném čase“ za více důležitou než senioři žijící v ústavním prostředí.

Z tabulky č. 36 a 37 vyplývá, že senioři žijící v domácím prostředí přisuzují položce „mít koníčky ve volném čase“ o 30,2 % nižší důležitost než senioři žijící v ústavním prostředí. Mít koníčky ve volném čase je velmi důležité až nezbytné pro 43,1 % seniorů žijících v domácím prostředí a pro 73,3 % seniorů žijících v ústavním prostředí. Můžeme se domnívat, že pro seniory žijící v domácím prostředí tato položka není tak důležitá vzhledem k jejich větší vytíženosti a domácím povinnostem. Oproti tomu pobyt v ústavním prostředí zajišťuje seniorům více volného času, který mohou smysluplně využít v případě, že ústavní zařízení nabízí dostatek volnočasových aktivit.

Hypotéza č. 6 je **falzifikována**.

Závěr

„Stáří může být nešťastné a neradostné právě tak jako mládí. Srovnám-li, nezdá se mi stáří i se všemi slabostmi, které přináší, bez radostí, jen zabarvení a zdroje těchto radostí jsou jiné“.

(Wilhelm von Humboldt)

Proces stárnutí a s ním související stáří je nevyhnutelnou perspektivou každého člověka. Všichni stárneme, jen projevy se u každého z nás liší, jsou značně individuální. Někteří lidé berou stárnutí jako nutnost, jako normální důsledek plynutí času, ale jsou i tací, kteří se nemohou se stárnutím smířit a snaží se ho všemi dostupnými prostředky oddálit nebo zastavit. Jak ale všichni víme, stárnutí nezastavíme.

Lidé se díky novým vědeckým poznatkům a vyspělé moderní medicíně dožívají stále vyššího věku, avšak prodlužování lidského života by nemělo zůstat jediným cílem. Důležitou prioritou by měla být snaha o zlepšování kvality života seniorů a vytváření takových podmínek, které by stárnoucím lidem umožnily prožít „podzim života“ příjemně, aktivně a plnohodnotně.

Každý z nás pohlíží na kvalitu života jiným způsobem, záleží, jaké hodnoty a potřeby jsme si osvojili, co je pro nás důležité. Někdo je skromný a spokojí se s málem, jinému pro kvalitně prožitý život nestačí prakticky žádné hodnoty. Téma stárnutí a s ní související kvalita života ve stáří se dotýká nás všech, záleží jen na každém z nás, jak zodpovědně přistoupíme k vlastní přípravě na stáří.

Na kvalitu života má vliv nejenom samotný jedinec, ale také stát a celá společnost. Myslím si, že v posledních letech se péče o seniory zkvalitnila, k čemuž jistě přispělo i schválení zákona o sociálních službách a hodnocení dodržování standardů kvality sociálních služeb. Velkým přínosem je také vydání „Národního programu přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012“, který vláda vytvořila za účelem podpory důstojného stárnutí a zvyšování kvality života seniorů. Všechna úskalí související se stárnutím populace vyřešena nejsou a v nejbližší době ani nebudou. Hlavní problém spatřuji v negativním pohledu společnosti na staré lidi, kteří jsou často vnímáni jako nepotřební a neužiteční, a také v malé informovanosti dospělých lidí o potřebě včasné aktivní přípravy na stáří.

Cílem mé diplomové práce bylo zjistit a porovnat úroveň kvality života a celkovou spokojenost se životem u seniorů žijících v přirozeném domácím prostředí a seniorů žijících v ústavním prostředí. Dále porovnat míru důležitosti a míru spokojenosti s jednotlivými oblastmi jejich života. Cíl mé diplomové práce považuji za naplněný. Výsledky jsem uvedla a blíže popsala v univariační a bivariační analýze. Stanovila jsem si šest hypotéz, tři z nich na základě výzkumu považuji za verifikované, zbylé tři za falzifikované.

V úvodu práce jsem se zmínila, že hlavní roli při výběru tématu mé diplomové práce sehrála především touha dozvědět se více o období stáří, kvalitě života a problémech s nimi spojených. Snažila jsem se proniknout do této problematiky, blíže se s ní seznámit a získat informace, které se mi jistě budou hodit na budoucí cestě mým životem. Věřím, že informace obsažené v této práci budou užitečné i pro případné čtenáře a povedou tak ke zvýšení informovanosti o stáří a stárnutí, které zákonitě musí jednou nastat u každého z nás.

Resumé

Svou diplomovou práci jsem kromě úvodu a závěru tematicky rozdělila do čtyř kapitol. První tři kapitoly jsou čistě teoretické, poslední kapitola je zaměřena prakticky.

V první kapitole se věnuji problematice stárnutí a stáří, vysvětluji základní pojmy, uvádím klasifikaci stáří a charakteristiku procesu stárnutí, popisují nejdůležitější vědecké disciplíny zabývající se stářím a stárnutím, a také typické choroby, které se u stárnoucích osob vyskytují nejčastěji. V závěru se krátce zmiňuji o terminální fázi lidského života.

Komplexní systém péče o seniory v České republice je tématem mé druhé kapitoly. Popisují možnosti a limity současné rodiny, která v péči o seniory zaujímá výsadní postavení a uvádím přehled sociálních a zdravotnických služeb určených seniorům.

V třetí kapitole se snažím postihnout problematiku kvality života, přináším teoretické vymezení tohoto pojmu, popisují dimenze kvality života, přístupy ke kvalitě života a upozorňuji na specifika kvality života seniorů.

Poslední kapitola je zaměřena ryze prakticky. Zjišťuji a porovnávám úroveň kvality života a celkovou spokojenost se životem u seniorů žijících v přirozeném domácím prostředí a seniorů žijících v ústavním prostředí. Dále porovnávám míru důležitosti a míru spokojenosti s jednotlivými oblastmi jejich života.

Anotace

Bc. Lenka Krumpolcová. Kvalita života seniorů. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Institut mezioborových studií Brno, 2012, 91 s.

Diplomová práce se zabývá zjišťováním a hodnocením kvality života seniorů žijících v přirozeném domácím prostředí a seniorů žijících v ústavním prostředí. Teoretická část vychází z poznatků odborné literatury a informací čerpaných z internetových zdrojů, zabývá se stárnutím a stářím, popisuje komplexní systém péče o seniory a přibližuje problematiku kvality života seniorů. Praktická část je zaměřena na vlastní empirický výzkum a vyhodnocení kvality života seniorů žijících v Olomouci.

Klíčová slova

Stáří, stárnutí, senior, starý člověk, kvalita života, zdraví, nemoc, služby, péče o seniory, spokojenost, důležitost.

Annotation

Bc. Lenka Krumpolcová. The quality of life of seniors. The thesis. Tomas Bata University in Zlín. The Faculty of Humanities. The Institute of interdisciplinary studies Brno, 2012, 91 pages.

The thesis deals with identifying and evaluating the quality of life of seniors who are living in their natural home environment and seniors living in institutional environment. The theoretical part is based on the knowledge of professional literature and the information drawn from Internet sources, deals with aging and old age, describes a comprehensive system of care for the elderly and move closer the issue of quality of life of seniors. The practical part is focused on my own exploration and evaluation of quality of life of seniors living in Olomouc.

Keywords

Old age, ageing, senior, old person, the quality of life, health, illness, services, care for seniors, satisfaction, importance.

Seznam použité literatury

- [1] BALOGOVÁ, B. Kvalita života seniorov. In MÜHLPACHR, P. (ed.) *Schola Gerontologica*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 314 s. ISBN 80-210-3838-1.
- [2] BUMBÁLEK, M. Stáří a osamělost. In MÜHLPACHR, P. *Schola Gerontologica*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 314 s. ISBN 80-210-3838-1.
- [3] BURSOVÁ, J. *Social needs of seniors in both urban and rural*. Praha: Paulínky, 2010. 87 s. ISBN 978-80-86949-88-8.
- [4] DRAGOMIRECKÁ, E. a kol. *Příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. 68 s. ISBN 80-85121-47-6.
- [5] FINKOVÁ, D., LUDÍKOVÁ, L., RŮŽIČKOVÁ, V. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. Olomouc: UP, 2007. 158 s. ISBN 978-80-244-1857-5.
- [6] GILLERNOVÁ, I., KEBZA, V., RYMEŠ, M. *Psychologické aspekty změn v české společnosti. Člověk na přelomu tisíciletí*. Praha: Grada Publishing, 2011. 256 s. ISBN 978-80-247-2798-1.
- [7] HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010. 800 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
- [8] HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetřovatelství 10. Manuálek sociální gerontologie*. Brno: IDV PZ, 2002. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
- [9] HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
- [10] HATÁR, C. *Seniori v systéme rezidenciálnej sociálno-edukačnej starostlivosti*. Praha: Rozlet, 2011. 130 s. ISBN 978-80-904824-1-8.
- [11] HAYFLICK, L. *Jak a proč stárneme*. Praha: Columbus, 1997. 432 s. ISBN 80-85928-97-3.

- [12] HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In PAYNE J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 625 s. ISBN 80-7254-657-0.
- [13] JAVORSKÁ, M. Domácí péče jako forma sociální a zdravotní pomoci seniorům a zdravotně postiženým. In MÜHLPACHR, P. (ed.) *Sociální práce jako životní pomoc*. Brno: MSD, 2006. 228 s. ISBN 80-86633-62-4.
- [14] JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum, 2000. 354 s. ISBN: 80-7184-823-9
- [15] KALVACH, Z. a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
- [16] KALVACH, Z. a kol. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: Karolinum, 1997. 193 s. ISBN 80-7184-366-0.
- [17] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
- [18] KŘIVOHLAVÝ, J. Kvalita života. In HNILICOVÁ, H. (ed.) *Sborník příspěvků z konference „Kvalita života“*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. 120 s. ISBN 80-86625-20-6.
- [19] KŘÍŽOVÁ, E. Kvalita života v kontextu všedního dne. In PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
- [20] KUBÁTOVÁ, H. *Sociologie životního způsobu*. Praha: Grada Publishing, 2010. 272 s. ISBN 978-80-247-2456-0.
- [21] KULA, L. *Kvalita života mladistvých a mladých dospělých*. (Rigorózní práce) Praha: Masarykova univerzita, 2006. 188 s.
- [22] LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
- [23] LANGR, J. Paliativní péče. In MÜHLPACHR, P. (ed.) *Sociální práce jako životní pomoc*. Brno: MSD, 2006. 228 s. ISBN 80-86633-62-4.

- [24] LUDÍKOVÁ, L. *Tyflopedie-andragogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 45 s. ISBN 80-244-1191-1.
- [25] MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. a kol. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing, 2009. 291 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
- [26] MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- [27] MAŘÍKOVÁ, H., PETRUSEK M., VODÁKOVÁ, A. *Velký sociologický slovník. I. svazek A-O*. Praha: Karolinum, 1996. 747 s. ISBN 80-7184-164-1.
- [28] MAŘÍKOVÁ, H., PETRUSEK M., VODÁKOVÁ, A. *Velký sociologický slovník. II. Svazek P-Ž*. Praha: Karolinum, 1996a. 747-1627 s. ISBN 80-7184-310-5.
- [29] MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- [30] MINIBERGOVÁ, L., DUŠEK J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
- [31] MOLEK, J. *Marketing sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, 2009. 163 s. ISBN 978-80-7416-026-4.
- [32] MPSV. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří)*. Praha: MPSV, 2008. 55s. ISBN 978-80-86878-65-2.
- [33] MUNZAROVÁ, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky I. Smrt a umírání*. Brno:MU, 2002. ISBN 80-210-3017-8.
- [34] MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 203 s. ISBN 80-210-3345-2.
- [35] MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2009. 203 s. ISBN 978-80-210-5029-7.

- [36] MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Institut mezioborových studií, 2009a. 203 s.
- [37] MÜHLPACHR, P. Gerontologie-sociální nutnost postmoderní společnosti. In MÜHLPACHR, P. (ed.) *Schola Gerontologica*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 314 s. ISBN 80-210-3838-1.
- [38] MÜHLPACHR, P., VAĎUROVÁ H. Problematika kvality života-vymezení, dimenze, měření. In BARTOŇOVÁ, M., PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Integrace handicapovaných na trhu práce v mezinárodní dimenzi*. Brno: MSD, 2005. 201 s. ISBN 80-86633-31-4.
- [39] MÜHLPACHR, P. a kol. *Sociální pedagogika II*. Brno: IMS, 2011. 251 s.
- [40] PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990. 135 s. ISBN 80-201-0076-8.
- [41] PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. Praha: Scientia Medica. 152 s. ISBN 80-85526-32-8.
- [42] PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H. *Gerontologie*. Praha: Avicenum, 1981.
- [43] PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing, 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6.
- [44] PICHAUD, C., THAREAUOVÁ I. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998. 156 s. ISBN 80-7178-184-3.
- [45] PIKOLA, P., ŘÍHA, M. *Služby sociální péče v domovech pro seniory*. Praha: Námořní akademie ČR s.r.o., 2010. 147 s. ISBN 978-80-87103-29-6.
- [46] PROKOP, J. *Spiritualita umírajících pacientů*. Brno: Masarykova univerzita, 2006. 140 s. ISBN 80-210-4131-5.
- [47] RŮŽIČKA, E., JIRÁK, R. Alzheimerova nemoc a jiné demence. *Praktický lékař*, 2001, ročník 81, č. 6, 12 s.
- [48] STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. 320 s. ISBN 80-7178-274-2.

- [49] ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. *Osobní pohoda (well-being), její determinanty a predátory*. In HNILICOVÁ, H. (ed.) *Sborník příspěvků z konference „Kvalita života“*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. 120 s. ISBN 80-86625-20-6.
- [50] TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
- [51] VAŽUROVÁ H., MÜHLPACHR P. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 143 s. ISBN 80-210-3754-7.
- [52] ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001. 97 s. ISBN 80-246-0326-8.
- [53] ZEMSKÁ B. Kvalita života rodin pečujících o jedince s těžkým a kombinovaným postižením. In MÜHLPACHR, P. *Sociální inkluze v prostředí biodromální speciální pedagogiky*. Brno: Masarykova univerzita, 2009b. 188 s. ISBN 978-80-210-4951-2.

Použité internetové zdroje

- [54] *Ateroskleróza-projevy a příčiny* [online]. [cit. 12.02.2012] Dostupné na WWW: <<http://www.angiobrno.cz/nemoci-zily-cevy/ateroskleroz>>
- [55] *Constitution of the World health organization* [online]. [cit. 12.03.2012] Dostupné na WWW: <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>>
- [56] *Domov se zvláštním režimem* [online]. [cit. 07.03.2012] Dostupné na WWW: <http://www.klidne-stari.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=58>
- [57] Duffková, J. 2006. *Životní způsob/styl a jeho variantnost*. [online]. [cit. 15.03.2012] Dostupné na WWW: <http://www.janaduff.estranky.cz/clanky/sociologie-zivotniho-stylu/Duffkova_zivotni_zpusob_styl_variantnost.html>
- [58] *Léčebna dlouhodobě nemocných* [online]. [cit. 03.03.2012] Dostupné na WWW: <<http://www.nemocnicekutnahora.cz/ldn>>

- [59] *Otázky a odpovědi k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a k zákonu č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách* [online]. [cit. 28.02.2012] Dostupné na WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky_odpovedi_22-rev3.pdf>
- [60] *Pobytová odlehčovací služba* [online]. [cit. 07.03.2012] Dostupné na WWW: <<http://www.diakonievsetin.cz/sluzby-pro-seniory/odlehcovaci-sluzba/>>
- [61] *Příprava na stárnutí* [online]. [cit. 16.03.2012] Dostupné na WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/2856>>
- [62] *Slovník pojmů-hospic, hospicová péče* [online]. [cit. 03.03.2012] Dostupné na WWW: <<http://www.hospice.cz/slovník-pojmu/>>
- [63] *S péčí o blízkého člověka v domácím prostředí pomohou terénní sociální služby* [online]. [cit. 06.03.2012] Dostupné na WWW: <<http://sedesatka.cz/node/3858>>
- [64] *Stručný průvodce zákonem o sociálních službách* [online]. [cit. 28.02.2012] Dostupné na WWW: <<http://www.mpsv.cz/files/clanky/3222/zlom170x170web.pdf>>
- [65] *Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění* [online]. [cit. 03.03.2012] Dostupné na WWW: <http://archiv.vzp.cz/www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/legislativa/zakon_48_1997_sb.html#Par18>
- [66] *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách* [online]. [cit. 03.03.2012] Dostupné na WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf>

Použité legislativní zdroje

- [67] Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.
- [68] Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Dotazník kvality života (SQUALA)

Dotazník kvality života (SQUALA)

Vážená paní, vážený pane,

Prosím Vás tímto o účast na výzkumu, který je zaměřen na problematiku kvality života seniorů. Cílem tohoto dotazníku je Vaše hodnocení kvality života. Prosím Vás o vyplnění všech položek v tabulce, jen tak má dotazník a celý výzkum smysl.

Úvodní část dotazníku shromažďuje demografické údaje. V první části dotazníku prosím uveďte, jaké hodnoty považujete v životě za důležité, jak si jich ceníte. Ve druhé části zjišťuji, nakolik jste Vy osobně spokojeni v různých oblastech životních hodnot.

Odpovědi jsou anonymní a důvěrné. Získaná data budou sloužit pouze jako podklad pro vypracování mé diplomové práce, v žádném případě nebudou použita k jakýmkoli komerčním účelům.

Děkuji Vám za spolupráci na výzkumné práci a přeji Vám hodně zdraví, osobní spokojenosti a pohody.

Bc. Lenka Krumpolcová, DiS.

DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Na jednotlivé otázky odpovídejte vyznačením „X“, případně doplněním odpovědi na příslušný řádek:

1. POHLAVÍ:

muž
žena

2. VĚK: _____

3. BYDLÍTE:

- vesnice
malé město
velké město

4. UKONČENÉ VZDĚLÁNÍ:

- neukončené základní
základní
střední bez maturity
střední s maturitou
vysokoškolské

5. ZDRAVOTNÍ STAV:

- dobrý
uspokojivý
špatný

6. V SOUČASNOTI ŽIJETE:

- v domácím prostředí
v ústavním prostředí

7. RODINNÝ STAV:

- svobodný/á
ženatý/vdaná, s druhem
rozvedený/á
vdovec/vdova

8. MÁTE DĚTI?

- ano ne
pokud ano, uveďte počet dětí žijících s vámi _____

HODNOCENÍ DŮLEŽITOSTI

V této tabulce zaznamenejte důležitost, kterou ve svém životě přisuzujete zde uvedeným oblastem

	Nezbytné	Velmi důležité	Středně důležité	Málo důležité	Bez-významné
1) být zdravý					
2) být fyzicky soběstačný					
3) cítit se psychicky dobře					
4) příjemné prostředí a bydlení					
5) dobře spát					
6) rodinné vztahy					
7) vztahy s ostatními lidmi					
8) mít a vychovávat děti					
9) postarat se o sebe					
10) milovat a být milován					
11) mít sexuální život					
12) zajímat se o politiku					
13) mít víru (např. náboženství)					
14) odpočívat ve volném čase					
15) mít koníčky ve volném čase					
16) být v bezpečí					
17) práce					
18) spravedlnost					
19) svoboda					
20) krása a umění					
21) pravda					
22) peníze					
23) dobré jídlo					

HODNOCENÍ SPOKOJENOSTI

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

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