

**Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Institut mezioborových studií Brno**

Kvalita života seniorů

DIPLOMOVÁ PRÁCE

**Vedoucí diplomové práce:
PhDr. Mgr. Zdeněk Šigut, Ph.D.**

**Vypracoval:
Bc. Martina Kohoutová**

Brno 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma: „Kvalita života seniorů“ zpracovala samostatně a použila jsem pouze literaturu uvedenou v seznamu literatury.

Elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné.

Humpolec 18.03.2012

.....
Bc. Martina Kohoutová

Poděkování

Děkuji vedoucímu práce panu PhDr. Mgr. Zdeňku Šigutovi, Ph.D. za velmi užitečnou metodickou pomoc a trpělivost, kterou mi poskytl při zpracování mé diplomové práce. Dále děkuji svému příteli, dětem a rodině za podporu.

.....

Bc. Martina Kohoutová

OBSAH

ÚVOD	2
TEORETICKÁ ČÁST	4
1. Pojem stáří	4
1.1 Stárnutí a vývojové etapy	7
1.2 Biologické, sociální a psychické změny stárnutí	11
1.3 Vysvětlení pojmu gerontologie, geriatrie	15
2. Kvalita života	18
2.1 Vymezení pojmu kvality života	20
2.2 Kvalita života seniorů	23
2.3 Možnosti trávení volného času seniorů v domácím prostředí	25
2.4 Možnosti trávení volného času v pobytovém zařízení	29
2.5 Sociální služby poskytované seniorům	31
3. Onemocnění provázející seniorský věk	37
3.1 Nejčastější diagnózy ve stáří	38
3.2 Zdravotnická péče o seniory	41
3.3 Sociální péče	43
PRAKTICKÁ ČÁST	47
4. Základní popis, použité metody a cíle průzkumu	47
4.1 Formulace hypotéz, průzkum názorů	48
4.2 Průzkum názorů seniorů pobývajících v domácím prostředí	53
4.3 Průzkum názorů seniorů pobývajících v ústavním zařízení	59
4.4 Výsledky průzkumu	65
ZÁVĚR	67
Resumé	69
Anotace	70
Klíčová slova	70
Seznam použité literatury	72
Seznam příloh	77

Úvod

Stáří – období, o kterém se hodně píše, slychává a diskutuje. Pravdou je, že čeká každého z nás a tak je nutné, abychom se nebránili a dokázali přijmout záporné stránky, které toto období přináší, ale také se dokázali radovat z radostí, které nás provázejí.

Jsou lidé, kteří o stáří mluvit nedokážou, brání se myšlence na toto období a snaží se co nejdéle oddálit dobu, kdy stáří přichází. Zajisté je v pořádku, když se lidé snaží být aktivní, pracují, udržují vazby nejen rodinné, ale i se svými přáteli. Udržují svoji tělesnou schránku, cvičí, zdravě se stravují, nadále se věnují svým zálibám a koníčkům. Starají se o svoji psychickou pohodu, dokáží relaxovat, číst, studovat. Toto vše svědčí o kvalitě života seniorů, o které tato diplomová práce pojednává.

Jednotlivé životní etapy, do kterých lze stáří zařadit jsou značně neurčité a je velmi těžké označit, kdy stařecký věk nastává. Dnešní senioři jsou velmi aktivní a tak si myslím, že by bylo možné toto období i posunout o několik let dozadu. Biologické, sociální i psychické změny organismu, pokud nejsou způsobeny onemocněním, skutečně nastávají déle než tomu bylo dříve. Vše je dáno životním stylem člověka. Dnešní obory jako geriatric a gerontologie jsou obory, které se stářím zabývají a v této práci jsou také jejich zásluhy objasněny.

Samotná kvalita života člověka nezávisí pouze na jednotlivci, ale celé společnosti, ve které senior žije. To, co je společnost schopna nabídnout, dopřát seniorům slouží jako motivace k tomu, aby se staří lidé snažili být co nejaktivnější a ve stáří si svoji životní etapu dokázali užívat. Společnost také vytváří podmínky k využívání volného času seniorů jak v domácím prostředí kdy velký podíl má samozřejmě rodina, tak také v prostředí, které rodinné zázemí nahrazuje. Ústavní zařízení, která dnes fungují a nabízejí své služby, už nejsou o udržování lidského života, ale o nabídce prožití příjemného stáří. Zajištěna je také zdravotnická péče o seniory a aktivizační programy.

Stáří provázejí onemocnění, která kvalitu života seniorů narušují. Je potřebné, aby lidé měli oporu i po stránce psychologické, aby dokázali své strádání zvládnout. Zdravotnická péče v současné době nabízí mnoho možností jak pečovat o své zdraví

a nemocem předcházet a pokud k nim dochází tak jejich dopad co nejvíce minimalizovat.

Tato diplomová práce je zaměřena na kvalitu života seniorů žijících v domácím prostředí a kvalitu života seniorů žijících v zařízeních, která jsou pro seniory vytvářena. Porovnává, které životní hodnoty jsou pro seniory důležité a které méně, co je důležitější a hodnotnější.

Teoretická část

1. Pojem stáří

Je velmi těžké definovat pojem stáří a ještě těžší je stáří počítat od určitého věku. Tak jako každý jedinec se různým způsobem vyvíjí, tak také různým způsobem stárne. Jde o pocity subjektivní, tedy tak jak se každý jedinec cítí, jak je schopen zvládat jednotlivé úkony a pečovat sám o sebe. Objektivní skutečnosti je možné měřit a dle nich určovat a definovat stáří jako např. paměť, motorika či vnímání. Proces stárnutí je ovlivněn nejen genetickou výbavou, ale také různými životními podmínkami, zdravotním stavem a životosprávou.

Pod pojmem stáří se zpravidla rozumí soubor změn ve struktuře a funkcích organismu, které způsobují jeho zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince, a které vrcholí v terminálním stádiu a ve smrti (Langmajer, 2006).

„Odchodem ze zaměstnání ze dne na den člověk přestává být člověkem určité neformální skupiny lidí. Sníží se intenzita tlaku na plnění sociálních očekávání a norem, což může vést k izolaci, nebo k výstřednímu chování. Jsou zaznamenány i úmrtí z důchodu, kdy se lidé pod vlivem nečinnosti hroubí a umírají, ačkoliv biologicky ještě nezestárli“ (Styx, 2003, s. 139).

„Ve vysokém věku už člověku nezáleží tolik na délce života, jako spíše na jeho náplni. Správně se zdůrazňuje, že nejde o to, přidávat léta životu, ale život létům. To je úkolem individuální životosprávy, ale také důležitým závazkem společnosti“ (Kuric, 1986, s. 261).

Stáří je sociální konstrukcí, ať už jde o určení jeho počátku – mezního věku, očekávání vztahených k lidem označených za staré, nebo o způsoby zacházení s nimi. Sociálním měřítkem stáří je obligatorně stanovený věk odchodu do starobního důchodu, jakkoliv se chronologický věk jeví být ke klasifikaci lidí jako „starých“ problematický i z biologického a psychologického hlediska (Sýkorová, 2007).

„V posledním údobí života je velmi důležité nalézt vztah k lidem jako celku. Důležitý je v tomto údobí moudrý nadhled pomocí kterého integrovaný člověk s uspokojením hodnotí svoji životní dráhu, svůj životní styl. To pak umožňuje kladný vztah ke všem lidem, spojený s pocitem, že vlastní konec životní cesty není tragický, protože existují vztahy a činy, které člověka přesahují“ (Styx, 2003, s. 14).

„Velmi však záleží na povahových typech a osobnosti. Říká se, že stáří karikuje svou vlastní povahu. Jednotlivé rysy osobnosti se stářím prohlubují“ (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 81).

Stáří je jen další etapou života, i když možná o něco těžší, ve které to budeme stále my, budeme mít své starosti i radosti, stále se můžeme strachovat i radovat z toho, co nám přinese každý další den. Důležité je, abychom byli na toto období připraveni. Pro mnoho osob znamená stáří riziko a hrozbu. Obávají se nemoci, sociální nouze, nesoběstačnosti, osamocení, smrti. Výhodou stáří je svobodnější život, možnost dalšího vzdělávání, věnování se koníčkům a zálibám, možnost cestovat. Senioři dnešní doby jsou jistě vzdělanější a aktivnější než tomu bylo v dřívější době. Je nezbytné poskytovat lidem informace o sociální a zdravotnické problematice stáří, seznamovat je s typickými projevy stáří a naučit je stáří spokojeně a aktivně prožívat (Novotná, Hrochová, Miňhová, 2004).

Kvalita života seniorů je bezesporu závislá na povaze jedince, na jeho způsobu celého předešlého života. V podstatě se na své stáří každý připravuje tím jak žije, jaké podmínky si vytváří pro svůj další život, kdy nastávají okolnosti, které se stářím souvisí. Ať jde o budování svého profesního života, svých zájmů a koníčků, na které se především přenáší aktivita v seniorském věku. Dále je velmi důležitá situace rodinná, zda se má člověk kam a za kým vracet. Zda je spokojený v manželství, partnerství či si zvykl být sám. Nelze opomenout svoji životosprávu, stravování, dostatek pohybu, umět se odreagovat od starostí a problémů.

Bragg (kolektiv 2006, s. 191) ve své koncepci úspěšného a aktivního stárnutí uvádí 12 činností, které jsou nezbytné pro plnohodnotné, aktivní a zdravé prožití podzimu života:

- pracovat, protože to je cena úspěchu,

- myslet, protože to je zdroj moci,
- hrát si, protože to je tajemství mládí,
- číst, protože to je základ vědomostí,
- respektovat, protože to je úcta ke správným věcem a lidem,
- pomáhat ostatním a těšit se ze společnosti přátel, protože to je pramen štěstí,
- milovat, protože to je jediná svátost života,
- snít, protože to duši pomáhá vzlétnout ke hvězdám,
- smát se, protože veselí ulehčuje všechny těžkosti života,
- všímat si krásy, protože je v přírodě všude kolem nás,
- starat se o zdraví, protože to je skutečné bohatství a poklad života,
- plánovat, protože je to záruka, že si najdete čas na jedenáct výše uvedených činností.

Stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze. Je přirozenou fází v průběhu života. Je důsledkem involučních procesů v organismu, které souvisejí s mnoha dalšími faktory (choroby, životní styl, životní podmínky). Znaky stárnutí se nemusejí u každého člověka projevovat stejným způsobem. Někdo si může zachovat tělesnou i duševní svěžest do pozdního věku, u jiného se mohou omezující příznaky objevit mnohem dříve než může usuzovat podle kalendářního věku (Vágnerová,2007).

Každý jedinec je jiný, i ve svém přístupu k životu, někdo je rád sám a samotu vyhledává, jiný má rád společnost a pokud je sám je to pro něho stresující. Ve stáří je výhodou, že každý ví, co právě jemu vyhovuje a podle toho si svůj život může zařídit. Pravdou je, že ne každý má možnost prožívat své stáří tak jak by si přál, přesto je důležité zachovat si své koníčky a mít snahu žít dle svých potřeb a možností.

Jak je možné se se stářím vyrovnat ukazuje několik následujících směrů:

- Konstruktivní strategie - aktivní přístup k realitě vyššího věku,
- Strategie závislosti - sklon k pasivitě a závislosti na druhých,
- Strategie obranná - přehnaná aktivita, sebekontrola a konvenčnost,
- Strategie hostility - nepřátelství a hněvivost vůči druhým, agresivita,
- Strategie sebenenávisti - nadměrná sebekritičnost z důvodu neuspokojivě prožitého života a pocitu selhání (Langmeier, 1998).

Ve stati nazvané Starý strom T.G. Masaryk popisuje stáří takto: „Podívej se na ten starý dub, je prý mu 900 let, ale jak je silný, kolik je v něm života! Ta velikost ani to stáří mu nebrání vyrážet v nové listí a kvést. Člověk by měl stárnout podobně...růst na zdravém vzduchu a v sluníčku, rozumně jíst a pít, žít mravně, pracovat svaly, srdcem, mozkem, mít starosti, mít cíl-to je celý recept makrobiotiky. A neztratit živý zájem. Protože zájem, to je právě život sám, bez zájmu a bez lásky není života...Je dobře, že hledíme život člověka prodloužit, ale nad to jej máme zhodnotit...Někdy se mi vracívá sen, nevím, odkud se mi vzal, snad z nějakého obrazu: na moři loď a nad ní se naklání anděl s hodinami. Čas po čase zkáne z těch hodin krůpěj do moře a anděl praví: „Za jedna minuta uplynula.“ Ten sen si vždycky uvědomuji jako výstrahu: „Dělej, pracuj, dokud tvé minuty plynou.“ Mnoho lidí stárne z pohodlnosti, už nechtějí nic dělat. Nestárnout, to není jen udržet se, ale pořád růst, pořád získávat“(Masaryk:In Burková, 2004, s. 5).

1. 1 Stárnutí a jeho vývojové etapy

Stárnutím organismu prochází každý z nás, na každém záležití, jak se vyrovná s touto skutečností. Není jednoduché vzdát se aktivit, které bylo možné provádět a není jednoduché nalézt ty aktivity, které možno provádět lze. Existuje mnoho činností, které pro jedince mohou být potěšením, nelze se ztotožnit se stářím a nic neděláním, ale jde o žití plně aktivní, které vede ke spokojenosti.

„Stárnutí: celoživotní proces, jehož involuční projevy se stávají zřetelnějšími zhruba od přelomu 4. a 5. decennia, a to v závislosti na náročnosti prostředí“(Mühlpachr, 2004, s. 18).

„Stáří nemusí být vetché, říkají odborníci, ale dá to práci udržet si trochu živosti. Zabránit stárnutí nelze, ale je možno je zpomalovat. Stárnout tedy opravdu není snadné, ale člověk se může v každém věku rozhodnout, jak bude žít, jak si život uspořádá, jak ho změnit nebo vylepší“(Simajchl, 2004, s. 14).

Žije-li člověk celý život činorodě, stává se takový styl života velmi účinnou a nenásilnou přípravou na aktivní stáří. Týká se to bez výjimky každého z nás. Často se píše, nebo mluví o starších lidech jako „o nich“, rádi zapomínáme, že každý rok přibližuje chvíli, kdy se změní slůvko „oni“ ve slůvko „já“ (Gregor, 1990, s. 136-137).

Významnou roli v období stáří sehrávají sociální změny. Odchod do důchodu je zlomovým mezníkem v životě. Mění se zaběhnutý životní rytmus, denní režim. Člověk má najednou mnoho volného času, nemá denní povinnost odcházet do zaměstnání a plnit vytyčené úkoly. Pro mnoho jedinců jsou tyto změny v životě velkou psychickou zátěží a důsledkem vzniku psychických i jiných nemocí. Důležitou roli v tomto období sehrává zázemí v rodině, přátelé a plnohodnotné vyplnění vzniklého volného času. Člověk by měl i nadále dodržovat určitý denní režim (Vágnerová, 2007).

Podle Mühlpachra, Staníčka (2001, s. 9) je stáří chápáno jako obecné označení pozdních fází ontogenetického vývoje, tedy přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů, které jsou spojené s dalšími faktory, především s chorobami, životním stylem a životními podmínkami. Stáří je spojeno i se změnami v sociální oblasti (osamostatnění dětí, penzionování aj.).

„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).

Zda se lze připravit na stáří a stárnutí zcela jistě není možné říci. Stárnutí organismu pocítujeme, přestože nejsme staří. Některé činnosti nemůžeme vykonávat už jako mladší např. po úraze, nemoci a s těmito záležitostmi je třeba počítat a naučit se je přijímat. Potom i přijetí stáří a nemožnosti se věnovat všemu na co jsme byli zvyklí, bude pro nás snadnější.

Podle teorie psychosociálního vývoje Ericsona je hlavním vývojovým úkolem stáří dosáhnout integrity v pojetí vlastního života. Dosažení integrity se projevuje přijetím svého života, jeho pojetím jako celku, který měl určitý smysl. Dosažení

integrity je podmíněno i harmonizací všech rolí, které člověk v jednotlivých vývojových fázích získal (Vágnerová, 2007).

Stárnutí je proces deteriorace, proces řady změn, kdy dochází k narušení činnosti organismu, snížení adaptačních schopností a odolnosti vůči nepříznivým vlivům. Je to všeobecný biologický jev probíhající zhruba tři čtvrtiny života (Novotná, Hrochová, Miňhová, 2004).

Stárnutí je velmi individuální záležitost, kterou ovlivňují aspekty biologické, genetické, výchovné i sebevýchovné a vzájemné lidské vztahy v konkrétním sociálním prostředí (Klevetová, Dlabáčová, 2008).

Příčinou stárnutí je pravděpodobně charakter genetické informace v buněčných jádrech a limitované schopnosti dělení buněk i schopnosti odstraňovat chyby vzniklé při výstavbě a autoregulaci organismu, dále působení vnějšího prostředí, např. genové mutace, změny makromolekul. K projevům stárnutí patří rovněž projevy a důsledky různých chorob (Vágnerová, 2007).

Příčinou předčasného stárnutí mohou být biologické vývojové poruchy, nadměrná, dlouhodobá zátěž organismu, stres, nezdravý životní styl (Pacovský, 1990).

Nejčastěji se setkáváme s tímto členěním seniorů:

65 - 74 mladí senioři (dominuje problematika adaptace na penzionování, volného času, seberealizace, aktivit),

75 - 84 staří senioři (specifická medicínská problematika, změna funkční zdatnosti, atypický průběh chorob),

85 a více velmi staří senioři (na významu nabývá sledování soběstačnosti a zabezpečení)

(Mühlpachr, 2004, s. 21).

Proces stárnutí je vždy diskontinuitní, tzn., že v některých obdobích života člověk stárne rychleji než v jiných. Tento přirozený děj může být také modifikován v podobě tzv. předčasného stárnutí. Přesto se experti Světové zdravotnické organizace shodli na základní klasifikaci vyššího věku, podle které je:

- 45 - 49 let střední, nebo též zralý věk,
- 60 - 74 let vyšší věk, nebo také rané stáří,
- 75 - 89 let stařecký věk, nebo také senium (vlastní stáří),
- 90 let a více dlouhověkost (Haškovcová, 2004).

Dlouhověkost je označením pro pokročilý věk, obvykle to bývá nad 90 let, ale někdy je možné setkat se s tímto označením i u seniorů starších 85 let. Mezi dlouhověké seniory patří jen nepatrný zlomek populace, třebaže se zvyšováním životní úrovně, medicínským pokrokem aj. se jejich počet zvyšuje.

Periodizace lidského věku může být také vymezena dle sociálních událostí, které lidský život provázejí a to na:

- První věk - předproduktivní – období dětství a mládí, charakterizované růstem, vývojem, vzděláváním, profesní přípravou, získáváním zkušeností a znalostí.
- Druhý věk - produktivní – období dospělosti, životní produktivity biologické, sociální a především pracovní.
- Třetí věk - postproduktivní – období poklesu zdatnosti a odpočinku, ale především jako představa fáze za zenitem a bez produktivního přínosu. To je však zavádějící předpoklad k podceňování, diskriminování, minimalizaci potřeb. Takovéto pojetí třetího věku potlačuje osobnostní rozvoj jako celoživotního procesu trvajících až do smrti v nejvyšším stáří.
- Čtvrtý věk - fáze závislosti. Odporuje konceptu zdravého stárnutí a představě, že stáří zůstává i ve velmi pokročilém věku samostatné. Zdravé stáří však může zůstat až do nejpokročilejšího věku samostatné. Zdravé stáří však může zůstat až do nejpokročilejšího věku soběstačné (Mühlpachr, Staníček, 2001, s. 10).

Komise expertů Světové zdravotnické organizace se v 60. letech ve svém doporučení přiklonila k patnáctileté periodizaci lidského života a jako hranici stáří označila věk 60 let. V roce 1980 byl tento věk přijat Organizací spojených národů. Ve státech hospodářsky vyspělých v souvislosti se stárnutím populace, prodlužováním života ve stáří, zlepšováním zdatnosti seniorů a poklesem kardiovaskulární morbidity ve středním věku se hranice stáří posouvá na 65 let.

Dle Příhody (1974, s. 62) pátnáctileté členění dospělosti:

15 - 29	postbubescence a mecítma,
30 - 44	adultium,
45 - 59	interevium, střední věk,
60 - 74	senescence, počínající, časné stáří,
75 - 89	kmetství, senium, vlastní stáří,
90 a více	patriarchum, dlouhověkost,

Kalendářní stáří – lze jej také nazvat věkem matričním či chronologickým. Je určeno počtem let, které uplynuly od doby narození. Výhodou kalendářního vymezení stáří je jednoduchost, jednoznačnost a snadná porovnatelnost.

„Starý člověk je každý, kdo má o deset let víc než ty.“

(O. Henry)

„Ačkoliv je stáří, tak jako adolescence, charakterizováno výraznými změnami, logické pokračování, které by zahrnovalo celý životní cyklus, včetně pozdního stáří, ve vývojové psychologii chybí“ (Styx, 2003, s. 135).

1.2 Biologické, sociální a psychické změny stárnutí

Stáří je sociální konstrukcí, ať jde o určení jeho počátku – mezního věku, očekávání vztažených k lidem označených za staré, nebo o způsoby zacházení s nimi. Sociálním měřítkem stáří je obligatorně stanovený věk odchodu do starobního důchodu, jakkoliv se chronologický věk jeví být ke klasifikaci lidí jako „starých“ problematický i z biologického a psychologického hlediska (Sýkorová, 2007).

Dnešní člověk chápe stáří spíše jako nutné zlo. Je to zřejmé, protože naše doba oslavuje spíše mládí, krásu, zdatnost, ale hlavně výkon. Nevidíme ve stáří zkušenost, moudrost a vyrovnanost jako naši předkové, kteří ho umělecky ztvárňovali. Rozpačitě se ptáme, co má být obsahem a stylem této životní etapy. Neuvědomujeme si, že obsah i forma našeho stáří je dána obsahem a stylem celého dosavadního života, že stáří je pouze vyvrcholením individuálního přístupu, naší jedinečnosti (Štilec, 2004, s. 14).

V průběhu stáří se mění mnohé potřeby, psychické i biologické. Mění se jejich osobní význam, zaměření či preferovaný způsob uspokojování. Prožívání stárnutí a adaptace na toto období je spojena s větší koncentrací na sebe sama, na uspokojení vlastních potřeb (Vágnerová,2007).

V průběhu stáří pocítujeme změny ve všech oblastech našeho žití. Nepřipadáme si tak hezcí jako dříve, dá nám větší práci se „vylepšit“. Především ženy zažívají okamžiky stresu spojené s biologickými změnami. S těmito změnami souvisí především změny psychické. Dle povahy jednotlivce záleží na přijetí změn ve vzhledu postavy, tváře, kůže apod. Sociální změny jsou také velice znatelné. Mnoho vrstevníků seniorů mění své návyky a zvyky. Pro seniory vyššího věku je obtížné se dostat mezi své přátele či přijmout jejich společnost.

Biologické stáří je hypotetické označení konkrétní míry involučních změn (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 (Mühlpachr, Staníček, 2001, s. 9).

Biologické změny postihují tělesné tkáně a orgány neprobíhají u každého jedince stejně. Jsou určovány genetickými předpoklady a životním stylem. Jednotlivé systémy v těle zaznamenávají zpomalení a oslabení dřívějších funkcí a pokles biologických adaptačních mechanismů. Kůže ztrácí flexibilitu a ztenčuje se. Tvoří se vrásky, vlasy šedivějí a řídnou. Kožní napětí je snižené. Objevuje se snížená pigmentace, kožní barvivo se ukládá do určitých okrsků kůže a způsobuje zhnědnutí nebo naopak pigmentace v určitých částech těla chybí. Výška těla se snižuje, meziobratlové ploténky se oplošťují a vysychají, ubývá kostní hmoty. Vazivo se stává méně pružné, chrupavky tuhnu, ubývá svalové hmoty a dochází k poklesu svalové síly. V cévách dochází k ukládání tukových látek a vápníku, postupně dochází k jejich zužování s následnou nedokrevností (ischemií) příslušné části organismu (Klvetová, Dlabačová, 2008).

Biologické projevy stárnutí jsou zjevné, lze je pozorovat ve všech tkáních a jejich buňkách, nejzávažnější jsou však v nervové a endokrinní soustavě, které

zajišťují neurohumorální regulaci všech tělesných a duševních pochodů. Relativně přibývá vaziva místo funkčních tkání (Langmajer, Krejčířová, 2006).

Biologické stáří je v mnohém určeno genetickými předpoklady. U každého jednotlivce má jiný počátek, tempo i průběh. Dosud nebyla vynalezena odpovídající metoda pro přesné určení biologického věku (Kozáková, Miller, 2006).

„Sociální stáří je dáno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění“ (Mühlpachr, Staníček, 2001, s. 9).

Slovo „sociální“ v názvu biopsychosociálního modelu zdůrazňuje, že na zdravotní stav člověka mají vliv nejen biologické a psychologické faktory, ale i oblast sociální. Jde především o vzájemné vztahy mezi lidmi, o nasycení nebo frustraci sociálních potřeb, o sociální harmonii či disharmonii, o evaluaci nebo devaluaci v mezilidské komunikaci (Hošek in Štílec, 2004, s. 19).

V posledním údobí života je velmi důležité nalézt vztah k lidem jako celku. Důležitý je v tomto údobí moudrý nadhled pomocí kterého integrovaný člověk s uspokojením hodnotí svoji životní dráhu, svůj životní styl. To pak umožňuje kladný vztah ke všem lidem, spojený s pocitem, že vlastní konec cesty není tragický, protože existují vztahy a činy, které člověka přesahují (Styx, 2003 s. 14).

Dnešní vnímání stáří se hodnotí dle výše penze, dle zdravotního stavu seniorů a především dle aktivity seniorů. Naše generace byla vychovávána k úctě ke starým lidem, pouštět je v tramvaji si sednout a mít snahu jim pomáhat. Otázkou je zda o to staří lidé stojí, poněvadž v dnešní době je trendem být soběstačný, aktivní a dilema je zajisté v tom jestli staršího člověka spíše snaha mu pomoci neuráží jeho snahu o samostatnost.

Vnímání současné společnosti stáří a starých lidí je spíše negativní, odmítavý a podceňující. Senium je chápáno jako období, kdy může člověk pouze chátrat, v nejlepším případě si zachovává část toho, co získal dříve. Jeho kompetence i zkušenosti ztrácejí svůj význam a z pragmatického pohledu není takový člověk ničím přínosný. Stáří je typické redukcí četnosti sociálních rolí. Symbolizují ztrátu sociální prestiže a potvrzují vyšší závislosti staršího člověka na společnosti a jiných lidech. Zcela

běžnou ztrátou ve stáří je úmrtí partnera, které člověku vnutí roli vdovy/vdovce (Vágnerová, 2007).

V průběhu stáří narůstá počet seniorů, kteří nepřekračují hranici rodiny, respektive teritoria bytu a jeho nejbližšího okolí. Domov přispívá k pocitu kontinuity života a je místem, kde se starý člověk cítí být bezpečný (Vágnerová, 2007).

Psychické stárnutí

Ve stáří je charakteristický pokles duševních funkcí. Mají na něj vliv biologické změny související se zhoršením motoriky, zpomalením duševních pochodů, změnami percepce a všech složek psychické činnosti. Nastává snížení odolnosti vůči nepříznivým vlivům. Starý člověk nezískává ze svého okolí již tolik informací a může dojít až k izolovanosti.

Vše je ovlivněno zdravotním stavem, genetickými předpoklady, různými okolnostmi v životě člověka a jeho osobností. S psychickým stářím souvisí i to jak se člověk cítí, jaké je jeho sebevědomí, názory, postoje a činy (Kozáková, Miller).

V souvislosti s psychickým stářím se mění vnímání, rozumové schopnosti, paměť, myšlení, citové prožívání i změna osobnosti.

V pozdějším věku, zvláště po 80. roce, se u některých seniorů objevují poruchy paměti, rozhodovacích schopností a poruchy osobnosti. Přibývá duševních onemocnění a také je zaznamenán nárůst demencí (Klevetová, Dlabačová, 2008).

Demence je tvořena třemi základními skupinami symptomů. Jde o narušení kognitivních funkcí, dále narušení aktivit denního života a poruchy chování (Pidrman, Kolibáš, 2005).

Ve stáří dochází k nerovnoměrné proměně dílčích schopností a celkové struktury poznávacích procesů. Kognitivní plasticita, tj. schopnost využít svůj potenciál, není po 60. roce života už příliš velká a postupně klesá. Závažnější pokles účinnosti a přesnosti kognitivních kompetencí může mít významný dopad na kvalitu života, zejména pokud by omezoval schopnost žít nezávisle na cizí pomoci (Vágnerová, 2007).

1. 3 Gerontologie, geriatrie

Gerontologie je lékařský vědní obor zabývající se problematikou lidského stárnutí a stáří. Je oborem interdisciplinárním, shrnujícím poznatky různých vědních disciplín. Gerontologie zkoumá vše, co se týká starého člověka ve zdraví i v nemoci. Dělí se do tří částí:

Gerontologie teoretická – vytváří teoretický základ pro praktickou činnost kolem starého člověka, zabývá se příčinami stárnutí, usiluje o vysvětlení příčin stárnutí a jevů s ním spojených, soustřeďuje poznatky o stáří a stárnutí, umožňuje předvídání. Její nejvýznamnější součástí je experimentální gerontologie.

Gerontologie sociální – zabývá se vzájemným vztahem starého člověka a společnosti, tím, co staří lidé od společnosti potřebují, jak stárnutí populace ovlivňuje společnost a její rozvoj. Zahrnuje problematiku sociologie, demografie, pedagogiky, ekonomie, antropologie atd.

Gerontologie klinická – se zabývá zvláštnostmi chorob a zdravotního stavu ve stáří, jejich etiologií a patogenezi. Zkoumá specifické aspekty jejich výskytu, klinického obrazu, léčení a sociálních souvislostí. Respektuje biologické, psychologické a sociální zvláštnosti stáří (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 13).

Stáří je jen další etapou života, i když možná o něco těžší, ve které to budeme stále my, budeme mít své starosti i radosti, stále se můžeme strachovat i radovat z toho, co nám přinese každý další den. Důležité je, abychom byli na tohle období připraveni. Pro mnoho osob znamená stáří riziko a hrozbu. Obávají se nemoci, sociální nouze, nesoběstačnosti, osamocení, smrti. Výhodou stáří je svobodnější život, možnost dalšího vzdělávání, věnování se koníčkům a zálibám, možnost cestovat. Senioři dnešní doby jsou jistě vzdělanější a aktivnější než tomu bylo v dřívější době. Je nezbytné poskytovat lidem informace o sociální a zdravotnické problematice stáří, seznamovat je s typickými projevy stáří a naučit je stáří spokojeně a aktivně prožívat (Novotná, Hrochová, Miňhová, 2004).

Dnešní senioři mají přístup k internetu a dalším médiím, mají tedy možnost seznamovat se, navazovat nové vztahy, přijímat nové informace. Jen na nich však záleží jak s těmito možnostmi naloží a pracují. Přínosné je ovšem to, že člověka udržují stále

v aktivitě. I v menších městech vznikají kluby, jazykové kurzy, pohybové aktivity pro seniory, plavání, cvičení jógy, apod.

Zájem odborníků o vzdělávání stárnoucích a starých lidí je doprovázen i konstituováním nové hraniční vědní disciplíny, která studuje tyto speciální otázky. Někteří odborníci ji nazývají gerontopedagogikou (teorií výchovy člověka ke stáří a ve stáří), jiní vzdělávací gerontologií (teorie a praxe vzdělávání starší a staré populace). V anglosaské literatuře nacházíme i termín eldergogy (rozpracování systematického přístupu k vyučování starších lidí (Mühlpachr, 2001, s. 21).

Vzdělávání seniorů je důležitou součástí procesu celoživotního vzdělávání. Na území České republiky má dlouholetou tradici, kdy jejími propagátory byli hlavně učitelé. Již v roce 1986 byla u nás založena Univerzita třetího věku. V dnešní době má celoživotní vzdělávání nové formy a možnosti. Význam tohoto vzdělávání je zřejmý. Pomáhá seniorovi se začleněním do okolní společnosti a velmi významně přispívá k zachování jeho duševního zdraví (Vostrovská in: Junková, 2010, s. 29).

Funkce vzdělávání v postproduktivním věku:

- prevenční - prevenční funkce je naplňována různými opatřeními, která za předpokladu, že jsou prováděna v určitém předstihu, pozitivně ovlivňují stárnutí a stáří,
- anticipační - anticipační funkce přispívá k pozitivní připravenosti na změny ve stylu života, k nimž dochází zejména ve spojení s odchodem do důchodu,
- rehabilitační - rehabilitační funkce je spojena se znovuobnovováním a udržováním fyzických a duševních sil a s přípravou činnosti pro další existenci jedince,
- posilovací - posilovací funkce přispívá k rozvoji zájmů, potřeb a schopností lidí v postproduktivním věku, k podpoře jejich aktivity, ke kultivaci jejich zájmů a potřeb (Livečková: In Mühlpachr, 2001, s. 28).

Pojem geriatricie je etymologicky odvozen z řeckých slov gerón (stařec) a iatró (léčím) analogicky pojmu pediatrie. Poprvé použit pravděpodobně roku 1909 I. L. Nascherem (1863 - 1944, americký lékař vídeňského původu).

Jakákoliv věda zabývající se procesem stárnutí nemůže vyvrátit fakt, že starých lidí přibývá. Celkově statistiky dokazují, že tomu tak bude i nadále. Důležité je tedy zabývat se systémem jak se společnost má postavit k přibývání seniorů a zajistit péči o ně. Jak docílit toho, aby společnost umožnila seniorům pobývat co nejdéle v jejich přirozeném prostředí a pokud toto není možné, zajistit dostatečnou a kvalitní péči v zařízeních.

V užším slova smyslu v některých státech (např. Česká republika, Slovensko, Španělsko, Velká Británie, Irsko) samostatný specializační lékařský obor vycházející z vnitřního lékařství a zabývající se kromě všeobecné interní problematiky i problémy rehabilitačními, neurologickými, psychiatrickými, ošetrovatelskými a propojením s primární péčí (praktický lékař, domácí ošetrovatelská péče) i sociálními službami. Jádrem oboru není dlouhodobé ošetrovatelství, nýbrž zachování a obnova soběstačnosti a rozvoj specifického geriatrického režimu.

Koncept úspěšného stárnutí je dán několika okruhy faktorů, z nichž jsou některé velmi dobře ovlivnitelné. Jsou to nemoci, životní styl, podmínky a způsob života, zákonitá biologická involuce a vlastní prožívání a přístup k životu (Mühlpachr, Staníček, 2001, s. 23).

2. Kvalita života

V současnosti se kvalita života stala velmi diskutovaným tématem. „O kvalitě života se hovoří v různých souvislostech a v různých vědních disciplínách. Jsou to především psychologie, sociologie, kulturní antropologie, ekologie, medicína. Sociologové sledují kvalitu života u různých sociálních skupin a srovnávají ji, a to nejenom v rámci určité populace, ale i v různých kulturách a hledají faktory, které ji nejvíce determinují. Psychologové se zaměřují především na subjektivní pohodu jednotlivců a pokouší se ji pomocí různých metod měřit. Ve zdravotnictví se z hlediska kvality života hodnotí poskytovaná péče či jednotlivé zdravotnické programy. Obecně řečeno, studium kvality života v současné době znamená hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu štěstí. Nejdůležitějším cílem je podporovat a rozvíjet takové životní prostředí a takové životní podmínky, které by lidem umožňovaly žít způsobem, který je pro ně nejlepší, ve kterém nacházejí smysl a který si dovedou a mohou užít“ (Hnilicová, 2005, s. 207).

Kategorie kvality života je multidimenzionálního charakteru, není tudíž postavena na jednoznačném teoretickém základu. Na její teoretické vymezení má vliv mnoho tendencí a směrů, což má za následek rozmanitost definování (Dragomirecká, Škoda, 1997, s. 103).

Aby byl život kteréhokoliv člověka kvalitní, je nutné uspokojit jeho životní potřeby. U starých lidí jsou těmito potřebami většinou základní potřeby – strava, pitný režim, mezilidský kontakt, zajištění vylučování a léčebná péče. U mladších seniorů však k těmto potřebám patří bezesporu udržování jejich zájmů a koníčků. U lidí s paliativní péčí jde o udržování základních tělesných funkcí. Za kvalitní život můžeme označit život, kdy jsou jedincovy potřeby kvalitně zajištěny a člověk je spokojen.

Na nejobecnější úrovni je kvalita života vnímána jako dopad spolupůsobení mnoha různých faktorů. Jsou to sociální, zdravotní, ekonomické a enviromentální podmínky, které kumulativně a velmi často neznámým způsobem vzájemně působí, a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností. Subjektivní kvalita života se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem.

Objektivní kvalita života znamená splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví (Payne,2005).

Pojem kvality života je v západních zemích používán v souvislosti s celkovými důsledky rozvoje společnosti. První vymezil oblasti ovlivňující kvalitu života W. Forrester. Tyto byly v roce 1961 upřesněny a rozšířeny OSN. Vymezila 12 faktorů, které byly označeny „podmínkami života“.

V roce 1974 Evropská komise OSN systematizovala sociální indikátory do 8 skupin:

- zdraví,
- kvalita pracovního prostředí,
- nákup zboží a služeb,
- možnosti trávení volného času,
- pocit sociální jistoty,
- možnosti rozvoje osobnosti,
- fyzikální kvalita životního prostředí,
- možnost účasti na společenském životě (Halečka, 2001, s.65-81).

V případě kvality života je tím měřítkem život sám ve své jedinečnosti a individuálnosti. Každý člověk hodnotí kvalitu svého života jinak, proto nelze vypracovat obecně platnou škálu pro měření kvality u všech jednotlivců. Kvalitu života chápeme ze dvou hledisek, ze strany fyzické a ze strany duševní. Jedno nelze oddělit od druhého. Člověk je celistvá bytost ve všech svých souvislostech. Určitě ale můžeme zdůraznit, že oblast zdraví má na kvalitu života zásadní vliv. Čím hůře je na tom člověk po zdravotní stránce, o to víc je snižena kvalita života (Prokop, 2006).

Jaká je kvalita života člověka v určité společnosti, závisí na tom jak stát z hrubého domácího produktu přispívá na péči o seniory. Měřítkem však není pouze tato skutečnost, přestože je velice významná. Jaká je kvalita života starých lidí, závisí také na úrovni společnosti - jak se dokáží chovat lidé mezi sebou, na mezigeneračních vazbách, rodinných vazbách, na tom zda je společnost schopna se o staré lidi postarat v domácím prostředí či je dána přednost profesionální péči.

Při měření kvality života se nemusíme vždy zaměřovat pouze na jednotlivce. Na kvalitu života můžeme pohlížet z více rovin.

1. Makro-rovina

Se zamýšlí a zkoumá kvality života v rámci zemí, kontinentů, velkých společenských skupin – řeší se problematika epidemií, boj s terorismem, přírodní katastrofy aj.

2. Mezo-rovina

Řeší měření kvality života v malých sociálních skupinách – školy, nemocnice, podniky. Zaměřuje se na vztahy mezi lidmi, spokojenost, nespokojenost ve skupině.

3. Personální rovina

Objektem zájmu se stává jedinec. Hodnotí se zdravotní stav, spokojenost, očekávání, přesvědčení, naděje aj.

4. Rovina fyzické existence

Tato rovina se zabývá tělesnou existencí, pozorovatelným chováním lidí, které lze objektivně měřit a porovnat – např. hybnost končetin pacienta před rehabilitací a po ní (Vaďurová, Mühlpachr,2005).

2. 1 Vymezení pojmu kvality života

WHO definuje kvalitu života jako jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí (Mühlpachr, 2005, s. 11).

Dodnes není vyřešena definice a měření kvality života. Tato otázka totiž zahrnuje mnoho aspektů: samotnou koncepci lidského života, koncepci zdraví, zvažování závažnosti chorob, stupně nezávislosti... (Prokop,2006, s. 25).

Koncept kvality života má málo všeobecně akceptovaných poznatků. Základním je poznání, že blahobyť (prosperita, bohatství) sám o sobě nepřináší uspokojení všech lidských potřeb. S jistým zjednodušením lze konstatovat, že v rámci všech přístupů má koncept v zásadě dvě dimenze, a to objektivní a subjektivní. Subjektivní kvalita života se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. Objektivní kvalita života znamená splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálních statutů a fyzického zdraví (Hnilicová, 2005, s. 207).

Kvalita života může být pojímána obecněji, komplexněji a na druhé straně se zaměřovat jen na určité aspekty, např.

- naplnění osobních cílů,
- pocit štěstí a spokojenosti,
- oblast důležitosti,
- zdraví atd. (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 12-14).

Dragomirecká a Škoda vymezují kvalitu života jako stupeň, v němž prožívání života uspokojuje individuální psychologická a fyzická přání a potřeby. QOL je výsledkem osobních hodnot a životního stylu, skrze něž se je jedinec snaží naplnit.

Definice QOL výčtem.

Tato definice řeší a posuzuje jednotlivé dimenze kvality života.

Např. oblasti spokojenosti života:

- fyzická pohoda,
 - materiální pohoda,
 - kognitivní pohoda (pocit spokojenosti),
 - sociální pohoda (sounáležitost ke společnosti),
- (Dragomirecká, Škoda, 1997, s. 104)

Dragomirecká a Škoda vymezují kvalitu života jako stupeň, v němž prožívání života uspokojuje individuální psychologická a fyzická přání a potřeby. QOL je výsledkem osobních hodnot a životního stylu, skrze něž se je jedinec snaží naplnit.

Kováč vymezuje kvalitu života ve třech rovinách:

1. Bazální (existenční, všelidskou) – zahrnuje stav somatický, psychický, oblast rodiny, materiálně – sociální zabezpečení, životní prostředí a způsobilost pro život.
2. Mezo – úroveň (individuálně specifickou).
3. Meta – úroveň (kulturně duchovní).

Tyto oblasti na sebe vzájemně působí a prolínají se. Kováč předpokládá, že je možné dosáhnout meta – úrovně bez naplnění úrovní nižších (Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

Činitelů, kteří ovlivňují kvalitu života je jistě široká škála. Jesenský je rozděluje do dvou skupin:

Vnitřní činitelé – somatické a psychické vybavení ovlivněné onemocněním, poruchou, defektem či efektivitami, mezi vnitřní činitele patří všechny aspekty ovlivňující rozvoj a integritu osobnosti handicapovaného.

Vnější činitelé - představují podmínky jejich existence. Jedná se o ekologické, společensko – kulturní, výchovně – vzdělávací, pracovní, ekonomické a materiálně technické faktory. Tato oblast obsahově koresponduje s objektivní dimenzí kvality života (Jesenský, 2000, s. 81).

Kvalitu života lze rozdělit i dle stránky objektivní a subjektivní:

Objektivní kvalita života sleduje materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. Lze ji tedy vymezit jako souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které ovlivňují život člověka.

Subjektivní kvalita života se týká jedincova vnímání svého postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému. Výsledná spokojenost je závislá na jeho osobních cílech, očekáváních a zájmech (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 17).

Vymezení čtyř základních oblastí dimenzí kvality lidského života dle Světové zdravotnické organizace:

1. *Fyzické zdraví a úroveň samostatnosti* – energie a únava, bolest, odpočinek, mobilita, každodenní život, závislost na lékařské pomoci, schopnost pracovat atp.

2. *Psychické zdraví a duchovní stránka* – sebezpojetí, negativní a pozitivní pocity, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, koncentrace, víra, spiritualita, vyznání atp.
3. *Sociální vztahy* – osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita atp.
4. *Prostředí* – finanční zdroje, svoboda, bezpečí, dostupnost zdravotnické a sociální péče, domácí prostředí, příležitosti pro získání nových vědomostí a dovedností, fyzikální prostředí (znečištění, hluk, provoz, klima) atp. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 18-19).

Kvalitu života můžeme my, kteří se o staré lidi staráme, zachovat přiměřenému způsobu jejich života. Často se setkáváme s názory, kdy člověk žil v blahobytu a nyní např. v domě pro seniory či v domácím prostředí tomu tak již není, protože to např. z finančních důvodů není možné. Na druhé straně se setkáváme s lidmi, kteří žili v chudobě na vesnici a dostanou se do domova pro seniory a jejich životní úroveň se v tomto případě „zvýší“ o pravidelnou a kvalitnější stravu než měli možnost mít doposud. Je tedy obtížné kvalitu života seniorů sledovat i po stránce materiální.

2. 2 Kvalita života seniorů

Většina odborníků, zabývajících se stárnutím, stářím a problémy starých lidí, se sice rozcházejí v názorech, ale shodují se v tom, že dnešní postoje ke stáří a ke starým lidem jsou spíše negativní, že přístup k hodnocení je podmíněný převládající orientací společnosti zejména na výkon a práci jednotlivce. Mládí zaujímá v hierarchii hodnot velmi vysokou pozici především proto, že představuje vysokou výkonnost, adaptabilitu, pružnost v myšlení a jednání, schopnost rychlé reakce na změny v pracovním i osobním životě. Právě toto vědomí vysoké pozice mládí je jednou z determinant obecných obav ze stáří jako z poslední etapy života, ale ze stáří jako z etapy, která člověka sociálně znevýhodňuje. Ve stáří postoje společnosti ke stáří a ke starým lidem posilují obavy ze stáří vlastního (Wolf, 1982, s. 211-219).

Na světě je zpracováno mnoho projektů zabývajících se kvalitou života seniorů, zpracovány jsou mnoha organizacemi, univerzitami, ministerstvy. Organizace

spojených národů např. v Kontextu aktivního stárnutí obsahuje také problematiku kvality života seniorů. „Cílem jejich snažení je nejen maximální zkvalitnění péče a zajištění důstojnosti života seniorů, ale také jejich zapojení do veřejného života, ekonomická prospěšnost a uznání ve společnosti“ (Vaňurová, Mühlpachr,2005,s. 6).

Senioři této doby se snaží být aktivní, chodí na jazykové kurzy, sledují politickou situaci v zemi, snaží se být mladším po boku. Důležité je tento fakt přijmout a brát seniory takové jací si oni přejí být. Diskutovat s nimi, řešit problémy, nedistancovat je od dění ve společnosti či doma. I tyto skutečnosti zkvalitňují jejich život. Necítí se být na okraji společnosti, ale jsou její součástí. Není vhodné se usmívat nad tím, když si senior vybírá nový počítač či si podává přihlášku do tanečních.

Vzdělávání a učení je stimulující pro lidi v pokročilejším věku. „Výzkumy potvrzují, že vzdělávací aktivity v postproduktivním věku přispívají k pocitu důstojnosti a životního uspokojení, k začlenění do společnosti i k fyzickému a duševnímu zdraví. Vzdělávání může usnadnit zvládnání vývojových úkolů v průběhu života a může pomoci zajistit úspěšný přechod a adaptaci v pozdějších stádiích. Může také zlepšit orientaci v nových životních situacích a schopnost samostatně se rozhodnout. Vzdělávání ve starším věku se stává nutnou podmínkou pochopení života ve stále měnícím se světě. Prostřednictvím nových informací poskytuje seniorům možnost volby jak uspořádat svůj vlastní život, jak být psychicky vyrovnanější a spokojenější.“ (Mühlpachr, 2004, s.138).

Mnoho lidí se domnívá, že zestárnou a zemřou nemohoucí a závislí na ostatních a tak jim na kvalitě života ve stáří již nezáleží. Je to hluboký omyl a pro plánování života je to nebezpečný výchozí bod. Biologické procesy stárnutí jsou neměnné, ale záleží pouze na jednotlivci, jak k tomuto procesu přistoupí. Vypadat staře je nevyhnutelné. Ale cítit se staře a případně se tak i chovat, to záleží na přístupu k životu a k životnímu stylu. Stárnutí může být pomalý a překvapivě elegantní proces. Pokud jde o vzhled, je patrný rozdíl mezi skvěle vypadajícím starším člověkem a tím, kdo o sebe nedbá a je bez zájmu. Podstatou aktivního stárnutí je pozitivní přístup k celkovému bytí, radost ze života a chuť žít, pěstovat pozitivní emoční vazby, denně cvičit a rozumně se stravovat (Crowley, Lodge, 2008).

Předpokladem aktivního života ve stáří je také pravidelné a dlouhodobé pěstování různých činností, které člověku přinášejí radost a postupem života se stávají nepostradatelnými. Pro fyzickou činnost platí čtyři níže uvedené zásady:

- přiměřenost – veškerá činnost ve vyšším věku nás musí těšit,
- obezřetnost – rozumně dodržovat bezpečnostní pravidla,
- ohled na zdravotní stav – dbát pokynů lékaře,
- aktivita – pravidelně cvičit, být aktivní a pozitivně naladěný (Kalvach, 1986).

Mühlpachr vidí vzdělávání jedinců v postproduktivním věku jako jeden ze základních požadavků celoživotního vzdělávání a tím je možnost dát příležitost vzdělávat se všem bez výjimky. „Význam vzdělávacích aktivit tkví v tom, že naznačují stárnoucím a starým občanům novou životní perspektivu. Vzdělávání pro ně představuje životní pomoc v tom, že jim kromě informací a vědění nabízí životní orientaci na rozvoj a osobní růst v etapě života, která byla dříve považována za deficitní.“ (Mühlpachr, 2004, s. 130).

2. 3 Možnosti trávení volného času seniorů v domácím prostředí

„Začni dnes, zítřku nevěř. Žádný sic není tak starý, aby zítřka dočkati nemohl, ale žádný není tak mladý, aby dnes umřítí nemohl. Nevíš pak, toli bude s tebou či onono, jistého tedy bráti hled', a přítomného se drž, budoucí nejisté jest“ (Komenský, 1956-Wolf, 1982, s. 55).

Vhodnou volbou v přípravě na stáří je tzv. pozvolný odchod do důchodu, který znamená plánování v posledních 2 až 4 letech před odchodem do důchodu delší dovolené, lázeňské léčby, práce na zkrácený úvazek. Příprava na stáří rozhodně nekončí odchodem do důchodu. Zde začíná období, ve kterém hrají hlavní roli sami seniori. Svou vlastní aktivitou si mohou finančně vypomoci, vítána je i pomoc vlastní rodině, je možno vykonávat funkce v různých společenských organizacích a spolcích a aktivně se podílet na organizaci společenského a kulturního života v místě bydliště. Největší pozornost je nutné věnovat těm seniorům, kteří jsou fixováni výhradně na svou profesi

a odchodem do důchodu ztrácejí smysl života, přátele, sociální vazby. (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 294-296).

Za úspěšné lze považovat pouze stáří aktivní. Také ve vysokém věku se doporučuje cvičit každý den, rozšiřovat si obzory četbou, sledováním mediálních informací, či rozhovory s přáteli. Neméně důležité je udržování kontaktu s jinými lidmi, nebyt osamělý a v izolaci. Samota vede k úpadku a k degradaci osobnosti. Po odchodu ze zaměstnání by se měl brát zřetel na prohlubování citových vazeb s rodinou, pravidelně se setkávat se svými dětmi. Kontakt s rodinou je pro většinu starých lidí tím nejvýznamnějším činitelem pro předcházení pocitu osamění. Dodržovat zásady zdravé výživy a péče o své vlastní zdraví patří do přípravy pro aktivní život ve stáří. Každý člověk je zodpovědný za své zdraví. Nelze také zanedbávat osobní hygienu. Ta posiluje sebevědomí a pocit důstojnosti starého člověka. Na stáří se nemá šetřit, to platí pro udržení samostatnosti a soběstačnosti seniorů. Neméně důležité je i ve vyšším věku získávat nové vědomosti a vzdělávat se (Šipr, 1997, s. 112-113).

Právě v oblasti vzdělávání jsou velké rezervy v metodikách, které jsou využívány v oblasti vzdělávání seniorů a které by měli počítat se změnami organismu jako je vštěpování, myšlení, paměť a vybavování paměti. „Je třeba se více zabývat výběrem témat, přípravou pomůcek, tempem přednášky i zpětným vyhodnocením a pedagogickým auditem. Zde by mělo platit důsledné sledování vytýčeného cíle a využívání zpětné vazby“ (Mühlpachr, 2004, s. 142).

Nejlepší strategií pro seniory je zůstat co nejdéle aktivní. Životní spokojenost seniorů je nejvyšší tehdy, pokud se aktivně zapojují do společenských aktivit. Aktivní společenský život nabízejí např. Kluby aktivního stáří, Kluby důchodců, University třetího věku apod. Životní spokojenost závisí na řadě faktorů, k nimž patří především zdraví, životní styl, životní náplň, bydlení, společenské vazby, pohlavní život, pracovní aktivita, kvalita zdravotní péče, sociální služby, možnosti vzdělávání, apod. Důležitým faktorem spokojenosti jsou naspořené finanční prostředky, které poskytují seniorům jistotu a pocit nezávislosti na rodině, možnost rozhodovat o základních životních potřebách samostatně a nekonzultovat výdaje na cokoli s ostatními. Sociální prostředí má velký vliv na kvalitu života seniorů. Zdravé rodinné vztahy jsou pro starého člověka tím pravým balzámem na duši, radost z úspěchů vlastních dětí a vnoučat, možnost být

rodině užitečný a zúročit svou moudrost získanou životními zkušenostmi. Cílevědomým programem, vedoucím ke spokojenosti seniorů, je již od středního věku příprava na aktivní stáří (Wolf, 1982, s. 172-179).

Pohyb také přispívá ke spokojenosti seniorů se svým vlastním životem a udržuje stárnoucí tělo v kondici. Pravidelné kondiční cvičení zpomaluje stárnutí. Radost z pohybu zvyšuje psychickou pohodu a pravidelné cvičení napomáhá pocitu sebejistoty a přispívá k vědomí, že pro své zdraví a pro svou budoucí soběstačnost děláme vše potřebné. Nejpřirozenějším pohybem je chůze. Každodenní procházky na čerstvém vzduchu, pokud možno za každého počasí, jsou velmi důležité. Také lehké kondiční cvičení by mělo být součástí každodenního programu seniorů.

Ve výchově by se měl brát ohled na veškeré poznatky o člověku a vše by mělo být v souladu, aby člověk uměl žít život, který naplní trvalými hodnotami. Výsledkem procesu by měla být citlivost člověka k necitlivosti vůči jiným, soucítění se starými, bezmocnými, nemocnými lidmi a těmi, kteří prošli v životě náročnou životní situací. Výchova by měla být výchovou k pomoci (Bakošová, 2008, s. 51-52).

Akademie třetího věku jsou zřizovány pod záštitou institucí Červený kříž či Akademie J. Á. Komenského, Domy kultury apod. Jedná se o zájmové semestrální studium určené starým lidem v postproduktivním věku, kteří se chtějí ve svém volném čase vzdělávat. Jsou zde realizovány nejrůznější výukové programy, které umožní dozvědět se něco nového nebo porovnat své dosavadní vědomosti a zkušenosti s novými poznatky a diskutovat o nich (Mühlpachr, 2001).

Význam vzdělávacích aktivit spočívá v tom, že nenásilnou formou ukazují stárnoucím a starým lidem nový životní směr a perspektivu. Vzdělávání představuje pro seniory životní pomoc v tom, že jim kromě podaných informací nabízí orientaci na rozvoj a osobní růst v životní etapě, která byla ještě nedávno považována za etapu konečnou. Přehodnocení názorů na úlohu seniorů v současné společnosti dokumentuje názorně Charta práv a svobod starších lidí, ve které je zdůrazněno, že generace starších lidí nepatří na odpočinek. Společně s ostatními lidmi se učí, objevuje a zlepšuje tak, aby nežil jako nemohoucí člověk, ale byl schopen pomoci ostatním (Mühlpachr, 2001, s. 109).

Vzdělávací aktivity v postproduktivním věku přispívají k pocitu životního uspokojení, sebedůvěry k začlenění se do společnosti, k fyzickému a duševnímu zdraví, k pocitu důstojnosti a potřebnosti. Zlepšují orientaci v nových životních situacích, v moderní technice, přispívají k pochopení života ve stále se měnícím světě, ve světě vědy a techniky. Nové a zajímavé informace pomáhají seniorům zjednodušit a uspořádat si život dle moderních trendů, být psychicky vyrovnanější a v lepší duševní a i ve fyzické kondici (Mühlpachr, Staniček, 2001, s. 28).

Funkce vzdělávání a výchovy ve stáří:

- preventivní,
- anticipační,
- rehabilitační,
- posilovací,

Preventivní funkce je splněna za předpokladu, že výchovná a vzdělávací opatření byla prováděna s předstihem, měla pozitivní formativní účinky a tak pozitivně ovlivnila průběh stárnutí.

Anticipační funkce přispívá k pozitivní připravenosti na budoucí změny ve struktuře života, ke kterým dochází zejména ve spojení s odchodem do důchodu. Je nutné určit znalosti, názory a dovednosti, které je zapotřebí si osvojit pro budoucí úspěšné a plnější prožití stáří.

Rehabilitační funkce je spojena s obnovou a udržováním duševních a fyzických sil, stanovení si priorit pro období stáří.

Posilovací funkce je pokládána za funkci nejvýznamnější, která přispívá k rozvoji, realizaci a kultivaci zájmů, potřeb a schopností lidí v postproduktivním věku, jejím úkolem je posilovat kognitivní a tělesný výcvik a podporovat celou aktivní komunikaci seniorů s okolím (Livečka, 1982, s. 294-295).

2.4 Možnosti trávení volného času v ústavním zařízení

V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc druhé osoby. Služba podle zákona 108/2006 Sb., §49, odstavce 1 zahrnuje tyto činnosti:

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Zákon o sociálních službách).

Penzionování představuje vysoké nároky při adaptaci na změněný životní styl s převahou volného času a často vede k poklesu životní úrovně (Kalvach, Onderková, 2006).

Nejčastějším důvodem rozhodnutí odejít do domova pro seniory je zhoršení zdravotního stavu a z toho vyplývajících neovladnutelných domácích prací a sebeobsluhy. Umístění do domova pro seniory příp. jiné instituce je důležitým mezníkem v životě seniora. Život v domově pro seniory je spojen se ztrátou osobního zázemí, známého teritoria a s ním spojené identity. Umístění do instituce symbolicky potvrzuje ztrátu autonomie a soběstačnosti starého člověka. Přesun do ústavního zařízení je také vnímán jako známka blížícího se konce života. Odchod do cizího prostředí automaticky posiluje úzkost a pocity nejistoty. Většina starých lidí je ztrátou svého zázemí stresována. V ústavním zařízení mohou senioři snadněji ztrácet své kompetence, protože je přestávají používat (Vágnerová, 2009).

Při poskytování pobytových služeb v domovech pro seniory jsou poskytovatelé povinni zajistit zdravotní péči. Důvodem je fakt, že v domovech pro seniory jsou poskytovány i služby osobám s dlouhodobě zhoršeným zdravotním stavem. Tuto

povinnost plní poskytovatel formou zvláštní ambulantní péče prostřednictvím zdravotnického zařízení nebo v rozsahu ošetrovatelské zdravotní péče sám poskytovatel sociálních služeb prostřednictvím svých zaměstnanců (Sokol, Treflová, 2008).

Pro život starých lidí je velmi důležitý společenský kontakt, pokud možno se všemi věkovými skupinami, od dětí až po seniory. Pokud mají možnost setkávat se pouze se svými vrstevníky, připomíná tato situace „ghetto“. A zejména proto je žádoucí umožnit v zařízeních pro seniory víceúčelové funkce (kavárna, kadeřnictví,...), které jsou přístupné návštěvníkům různých věkových kategorií (Kovalčíková, 2008).

Teritorium – prostor k bydlení, je jednou z nejmarkantnějších složek lidského života, které vedou člověka k pocitu bezpečí. Bydlení ve více lůžkových pokojích s sebou nese výrazné životní zneklidnění. To je vytvářené nejenom nuceným soužitím s cizími a často povahově odlišnými lidmi. Najednou je člověk nucen provádět metabolické úkony (které jsou považovány za přísně intimní a soukromé) před těmito novými „spolubydlícími“, což také může způsobovat nezanedbatelný stres (Glosová, 2006).

Pro zvýšení kvality služeb v rezidenčních zařízeních a zařízeních dlouhodobé zdravotní a sociální péče je nezbytná otevřenost těchto zařízení a jejich integrace do komunity. Rezidenční služby by měly poskytovat starším lidem chráněné a individualizované bydlení, asistenční služby, zdravotní služby a další služby. Služby se musí zaměřit na kvalitu života a smysluplný život.

Nejen svým životem, ale i svou smrtí nás staří lidé učí. Zármutkem a prožitou ztrátou přicházejí ti, co žijí dále, k poznání, že mrtví se dále podílejí na lidském společenství výsledky své práce, svými díly a zvyklostmi, které za sebou zanechali, vzpomínáme na jejich slova a činy. Může to být pro ostatní povzbuzením, abychom hleděli na svou vlastní smrt s větší vyrovnaností a postupně si plně uvědomili odpovědnost k příštím generacím (Mühlpachr, Staníček, 2001, s. 18-19).

Závěrem lze konstatovat, že proces adaptace na nové prostředí probíhá lépe, když je uskutečněná změna prováděna s plným vědomím seniora, na základě vlastního rozhodnutí a zvážení všech podmínek dalšího života ve stáří (Wolf, 1982, s. 272-285).

2. 5 Sociální služby poskytované seniorům

Sociální služby jsou upraveny zákonem 108/2006 Sb. O sociálních službách. Hlavním cílem právní úpravy výše zmiňovaného zákona je vytvoření podmínek pro uspokojování oprávněných potřeb. Tento zákon ošetřuje zajišťování podpory a pomoci v nepříznivé životní situaci. Touto podporou a pomocí se rozumí spektrum činností, které jsou nezbytné pro sociální začlenění osob a důstojné podmínky života, odpovídající úrovni rozvoje dané společnosti (Michalík, 2008, str. 9).

K hlavním zásadám současného pojetí sociálních služeb patří bezplatné poskytování základního sociálního poradenství. Rozsah a forma podpory a pomoci musí zachovávat lidskou důstojnost, zajišťovat lidská práva a základní svobody. Osoby žádající o podporu a pomoc jsou v tomto procesu aktivními činiteli. Pomoc vychází z jejich individuálních potřeb a zabraňuje sociálnímu vyloučení. Poskytované služby by měly být dostupné, bezpečné a kvalitní. Sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence (Michalík, 2008).

Nově se v zákoně objevuje příspěvek na péči, který je poskytován osobám závislým na pomoci jiné osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Náklady na příspěvek jsou hrazeny ze státního rozpočtu. Nárok na příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném stupněm závislosti. Stupeň závislosti je stanoven podle míry samostatnosti při péči o vlastní osobu a soběstačnost (Michalík, 2008).

Opravdovým předělem je uznání skutečnosti, že při plánování a poskytování sociálních služeb pro seniory je nutné přihlížet k jejich individuálním potřebám a stanovit nutnou míru péče a podpory ve chvíli, kdy ji tito uživatelé potřebují (nikoliv poskytovat ji paušálně každému). U osob starších 75let se zvyšuje poptávka po sociálních službách spojená s faktem zvyšující se závislosti na pomoci druhé osoby. Péče o seniora je dělena mezi rodiny a mezi formální organizace. O velké procento seniorů je pečováno v rezidenčních zařízeních sociální péče. Přetrvávajícím a také významným problémem jsou velká ústavní zařízení, ve kterých je obtížné realizovat

skutečnou individuální péči a podporu směřovat individuálně na konkrétního klienta. Cílem koncepce je: humanizace stávajících rezidenčních zařízení, jejich postupná přestavba směřující k malým bytovým jednotkám v běžné zástavbě a podpora takových služeb, které umožní seniorům zůstat co nejdéle v jejich přirozeném prostředí (Sokol, Treflová, 2008).

Mezi pobytové sociální služby řadíme:

- domovy pro seniory,
- domovy se zvláštním režimem,
- týdenní stacionáře,
- pobytové odlehčovací služby,
- hospic,

V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc druhé osoby. Služba podle zákona 108/2006 Sb., § 49 odstavce 1 zahrnuje tyto činnosti:

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (zákon O sociálních službách).

Domovy se zvláštním režimem zajišťují poskytování kvalitní pobytové služby, která je zaměřena na udržování a rozvoj schopnosti jejich obyvatel. Je zde snaha o podporu a udržení sociálních kontaktů, poskytnutí zázemí seniorům se všemi demencemi (stařecká, Alzheimerova a ostatní typy), osobám závislým na návykových látkách. Veškeré služby a jsou zajištěny s ohledem na individuální potřeby klientů, stejně jako denní režim.

Týdenní stacionáře zajišťují seniorům pravidelnou pomoc, pokud jejich zdravotní stav jim nedovoluje se o sebe postarat, důvodem je jejich snížená soběstačnost. Ve většině týdenních stacionářů mohou být senioři od pondělí do pátku, některé však umožňují pobyt i přes víkend. Týdenní stacionáře nabízejí ubytování, stravování, pomoc při hygieně, pomoc při péči o svou osobu. Zajišťují volnočasové aktivity, zapojení do společenského života. Příkladem je možnost vaření, keramické dílny, četba knih, cvičení paměti apod.

Pobytové odlehčovací služby mají za svůj cíl poskytovat podmínky pro seniory či zdravotně postižené osoby, které se podobají co nejvíce jejich domácímu prostředí. Posláním je také odlehčit rodinám, které pečují o seniory a zdravotně postižené osoby a pomohly jim v jejich nezbytném odpočinku. Snahou je vést seniory a zdravotně postižené osoby k opětovnému získání schopností pečovat o sebe a svou domácnost. Tato pomoc je zajišťována lidem, kteří nejsou schopni si zajistit potřebnou péči o svou osobu a jsou závislí na péči osoby jiné. Důvodem je převážně jejich zdravotní stav zapříčiněný chronickým onemocněním, sníženou pohyblivostí, zdravotním postižením či věkem. Odlehčovací služby jsou většinou v délce tří měsíců, ale vždy se bere ohled na potřebu seniorů, zdravotně postižených či pečujících osob.

Mezi nepobytové sociální služby zahrnujeme:

- osobní asistenci,
- pečovatelskou službu,
- nepobytovou odlehčovací službu,
- denní stacionář,
- centrum denních služeb,
- tísňovou péči,
- sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením,
- sociální lůžka.

Osobní asistence je komplex služeb, jejichž cílem je pomoci člověku zvládnout pomocí osobního asistenta úkony, které sám schopen zvládnout není. Patří sem osobní péče, hygiena, toaleta, pomoc při oblékání, dopravování, pomoc při stravování a dodržování pitného režimu, ošetrovatelská péče, zajišťování nákupů, vedení

domácnosti, pomoc při vyřizování osobních záležitostí, kontaktu se společenským prostředím, pomoc při aktivizačních činnostech.

Pečovatelská služba napomáhá seniorům a lidem se zdravotním postižením zvládat životní situace v jejich domácím prostředí. Jde především o služby typu donášení stravy, zvládání běžných úkonů péče o jejich osobu, pomoc při zajišťování chodu jejich domácnosti, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, vyřizování osobních záležitostí. Pečovatelská služba má snahu vést seniory a osoby se zdravotním postižením k samostatnosti, rozvíjení a udržování vlastních schopností při sebeobsluze, péči o svou domácnost apod.

Nepobytová odlehčovací služba je poskytována osobám, které jsou závislé na pomoci jiné osoby z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Cílem této služby je umožnit pečujícím osobám, aby si odpočinuly a vyřídily své osobní záležitosti. Tato služba nabízí pomoc při zvládání péče o jedince, pomoc při osobní hygieně, zajištění stravy případně poskytnutí stravy, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Denní stacionáře si kladou za cíl poskytnout pomoc a péči seniorům a osobám se zdravotním postižením během dne, kdy v odpoledních, nočních hodinách a ve dnech pracovního klidu tuto péči zajišťují rodinní příslušníci či jiné pečující osoby. Zde je jednou z priorit denních stacionářů pomoc rodinám, které o seniora či osobu zdravotně postiženou pečují. Tato služba nabízí pomoc při zvládání péče o vlastní osobu, zajišťování stravy nebo její poskytování, je zde snaha o kontakt jedince se sociálním prostředím, terapeutické činnosti, vzdělávací aktivity.

Centrum denních služeb poskytuje komplexní služby seniorům a lidem s chronickým onemocněním nebo zdravotním postižením, kteří potřebují pomoc jiné osoby. Snahou je podpořit psychickou a fyzickou kondici jedinců terapeutickými a aktivizačními programy. Snaží se o integraci klientů do společnosti, udržování dosavadních vztahů a navazování vztahů nových.

Tísňová péče je určena osobám, které jsou v ohrožení díky svému zdravotnímu postižení, věku nebo možnosti náhlého zhoršení svého zdravotního stavu. Služba je

poskytována na dálku, nepřetržitě prostřednictvím elektronické nebo hlasové komunikace. Tato služba zajišťuje neustálé napojení osob na dispečink a v případě jakéhokoliv problému je okamžitý kontakt mezi člověkem v tísní a dispečinkem a tedy zajištění potřebné a okamžité pomoci.

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením jsou určeny osobám v důchodovém věku nebo se zdravotním postižením, které jsou ohrožené sociálním vyloučením. Služba nabízí zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, sociálně terapeutické činnosti.

Hospic – pacienti jsou do lůžkového hospice přijímáni, když domácí péče není možná nebo nestačí. Většina pacientů v lůžkovém hospici vyžaduje péči srovnatelnou s péčí na akutním lůžku, někteří i zvýšenou péčí a observací JIP. Lůžkový hospic je ale vždy prostředím náhradním, nahrazujícím domov, proto musí být architektonicky uspořádán tak, aby nemocnému a jeho rodině co nejvíce připomínal domácí prostředí a zajišťoval jim maximální míru soukromí a uvolnění denního režimu. Toho v takovém rozsahu prakticky nikdy nelze dosáhnout v prostředí nemocnice (Svatošová, 2010, s. 27).

Sociální lůžka jsou jednou z dalších sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních ústavní péče. Jedná se o služby poskytované osobám nevyžadujícím již ústavní zdravotní péči, které se ale vzhledem k svému zdravotnímu stavu nejsou schopny obejít bez pomoci jiné fyzické osoby, a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní péče do doby, než je jim zabezpečena podpora osobou blízkou, nebo jinou fyzickou osobou, nebo zajištěno poskytování terénních, nebo ambulantních sociálních služeb, nebo pobytových služeb v zařízeních sociálních služeb.

Průvodcovské a předčitatelské služby – jde o terénní nebo ambulantní služby poskytované osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku nebo zdravotního postižení v oblasti orientace nebo komunikace a napomáhají jim osobně vyřídit vlastní záležitosti.

Pomoc poskytovaná prostřednictvím sociálních služeb v pojetí zákona je:

- dostupná – nejen z hlediska druhu a formy sociální služby, ale i z hlediska územního, informačního a ekonomického,
- efektivní – taková, která vyhovuje potřebám uživatele,
- bezpečná – neomezuje oprávněná práva a zájmy uživatelů sociálních služeb,
- hospodárná – v nejvyšší možné míře využívá všechny zdroje,
- kvalitní – co se týká způsobu a rozsahu uspokojení potřeb a zájmů nejen uživatelů ale i zadavatelů (Sokol, Treflová, 2008).

V mnoha případech přichází chvíle, kdy rodina už dál nemůže poskytovat potřebnou pomoc a jediná možnost, jež jim zůstává otevřená je připravit přijetí do domova pro seniory. Rodiny obvykle čekají, dokud situace není téměř neudržitelná a sami jsou na pokraji vyčerpání zoufalství, než se smíří s umístěním svého příbuzného do domova. Někdy jsou kostky vrženy až potom, co lékař vyvinul na pečujícího partnera nebo děti nezbytný tlak. Mnoho žen, které dlouhodobě pečovaly o jednoho ze svých rodičů, případně oba, přiznává, že by nikdy nedokázaly přijmout podobnou oběť od svých dětí. Neváhaly by se smířit s přijetím do domova, avšak pouze s nejvyšším úsilím dokážou překonat „bariéru viny“, aby připravily přijetí do domova pro svou matku, nebo otce. Často tento krok pokládají za „nejtěžší rozhodnutí svého života“ (Buijssen, 2006, s. 125).

3. Onemocnění provázející seniorský věk

„Jednou ze základních gerontologických otázek je, zda je zdravotní a funkční stav ve stáří pozitivně ovlivnitelný. Pokud by ovlivnitelný nebyl, musí zákonitě s prodlužováním střední délky života a obecným dožíváním vysokého věku ve společnosti dramaticky přibývat závislých osob, musí se zvyšovat počet let závislého života a musí se šířit obraz *senectus molesta* (bolestného stáří) s nízkou kvalitou života a vysokou potřebou zdravotně sociální péče. Jde o variantu expanze nemocnosti v souvislosti s prodlužováním střední délky života a období závislého, nemocného života. Proti této představě stojí varianta oddálení nemocnosti či dokonce komprese nemocnosti, která předpokládá nejen prodlužování, ale i především zkvalitňování života ve stáří, de facto prodlužování středního věku“ (Mühlpachr, 2004, s. 33).

Osobnost každého člověka se dotváří na počátku dospělosti, po celý další život se ale dále vyvíjí. Ve stáří se mohou projevit sklony a vlastnosti, které byly v dřívějším věku utlumeny – energičnost ve výbušnost, šetrnost v lakotu, pomalost v pasivitu, pořádkumilovnost v perfekcionalismus aj. Mezi vlastnosti, které se mohou projevovat ve větší míře, můžeme zařadit náladovost, vztahovačnost, ješitnost, popudlivost, panovačnost, ale i klid, rozvahu, vážnost, umírněnost (Kozáková, Miller, 2006).

Starší lidé, často s omezenou schopností pohybu se potýkají s překážkami a omezeními, o kterých ostatní - mladší populace, nemá ani potuchy. 18% lidí ve věku 60-ti let má obtíže při výstupu po řadě schodů nevybavených zábradlím, a pro dalších 12% lidí se zdravotním postižením představují problém již pouze tři schody za sebou. Tato skupina také není schopna ujít vzdálenost 350-450 m bez zastávky, což je nutné respektovat při návrhu přestupních tras v rámci řešení dopravního řetězce. Neboť starších lidí bude přibývat, je nutno připravovat takové podmínky v prostředí, které by jim umožňovalo svobodně a bezpečně se pohybovat prostřednictvím přístupných a ekologických dopravních systémů. Zároveň je potřeba zvýšit bezpečnost chodců (Schmeidler, s.29-32).

Podle Gaitze jsou nejčastější syndromy patologického senia tato:

Kognitivní – neschopnost soustředění, snížená pozornost, vážnoucí myšlenkové pochody, neobvyklý myšlenkový obsah, snížená mentální kapacita, dezorientace, halucinace, zapomnětlivost, zmatenost.

Emoční – emoční labilita, nechota ke spolupráci, nesociabilita, deprese, agitovanost, úzkost, strach, izolovanost, podrážděnost.

Somatické – bolesti a ztuhlost kloubů, snížená pohyblivost, senzorické poruchy – svalové křeče, závratě, nechutenství, nespavost, únava (Kozáková, Miller, 2006).

3.1 Nejčastější diagnózy ve stáří

Podle Kalvacha (In Mühlpachr,2001,s.24-25) lze identifikovat přibližně 7 hlavních okruhů chorobných poruch funkčního stavu u současných seniorů:

Osteoporóza – vystupňovaná atrofie kosti s úbytkem její hutnosti a zvýšením rizika zlomenin. Vede k typické změně postavy (snížení výšky, nahnbený postoj), bolesti v zádech, kompresím obratlů a obávanému zvýšenému výskytu zlomenin při pádech. Častá je především u žen v klimakteriu. Prevencí je především dosažení optimální hutnosti kosti v dětství a dospívání. Rizikem je deficitní strava, „podvýživa“, nejen z nedostatku, ale i v rámci účelových diet, dále kouření, nadměrná konzumace kávy či drastické dlouhodobé diety ve středním věku a předčasné vyhasnutí funkce vaječnicků. Účinnou prevencí je u rizikových žen dlouhodobá substituce estrogenu po klimakteriu, ve vlastním stáří pak dostatečný příjem vápníku a vitamínu D a především dostatek tělesného pohybu.

Ateroskleróza (kornatění tepen) a její orgánové projevy:

- Ischemická choroba srdeční (nejen akutní infarkt myokardu, ale také chronické těžké poruchy mechanické srdeční činnosti se závažnou dušností a nevykonností).
- Postižení mozkových tepen (nejen smrtící mozkové cévní příhody mozkové mrtvice, ale také nezvratná ochrnutí. A také cévně podmíněné závratě či poruchy svalového napětí projevující se ztuhlostí či stresem, tzv. parkinsonský syndrom, který je na rozdíl od Parkinsonovy choroby způsoben nikoliv nedostatkem

přenašečového působku (dopaminu) v mozku, ale chyběním cílových struktur. A konečně jedna ze dvou nejčastějších příčin chorobného úpadku duševních schopností (demence) ve stáří – tzv. multiinfarktová demence (MID), neboli mozková skleroza).

- Postižení tepen dolních končetin, které může vést k invalidizujícím bolestem, ale také k amputaci (nesprávně laicky označována jako tzv. Bürgerova choroba).

V současné době lze účinně ovlivňovat rizikové faktory aterosklerozy a tím oddalovat či eliminovat její projevy. Kromě samotného věku jsou hlavními rizikovými faktory poruchy metabolismu tuků (především vysoká hladina krevního cholesterolu), poruchy metabolismu cukrů (diabetes melitus), vysoký krevní tlak (hypertenze), kouření, obezita, nedostatek tělesného pohybu.

Osteoartroza – degenerativní postižení kloubní chrupavky a přilehlé kosti, které je odlišné od procesu stárnutí chrupavky. Příčinou bývá vrozená dispozice (nižší odolnost chrupavky), ale především přetěžování a drobná poranění kloubů. Závažná jsou zvláště postižení kloubů na dolních končetinách – kyčlí, kolen i drobných kloubů nohou. Prevencí je nepřetěžování kloubů, korekce ortopedických abnormalit (např. běžné drobné asymetrie končetin zvládnutelné i důslednou úpravou obuvi), optimalizace obuvi (kompenzace zcela nepřirozené chůze po civilizačně umělém tvrdém povrchu – beton, asfalt, dlažba, když je člověk, jako každý tvor, uzpůsoben k chůzi po převážně měkkém hlinitém a písčném podkladu).

Obstrukční choroba bronchopulmonální (laicky rozedma plicí) – vede k dušnosti, obvykle s vykašláváním hlenu, modrofialovým zbarvením pokožky a sliznic a s otoky zvláště dolních končetin. Příčinou je nejčastěji chronický zánět průdušek obvykle jako důsledek kouření. Prevencí je omezení kouření, zlepšení životního prostředí (pasivní kouření, ekologicky významné exhalace) a omezení opakovaných zánětů dýchacích cest hrožící alergizací.

Alzheimerova nemoc – je spolu s multiinfarktovou demencí cévního, aterosklerotického původu nejčastější příčinou demence (úpadek psychických, intelektových schopností) ve stáří. Její podstatou je vystupňovaná, často předčasná atrofie mozku se zánikem

mozkových buněk. Účinná prevence této obávané choroby ani její léčba nejsou dosud dostatečně přepracovány.

Rozlišují se dvě fáze a to ranná forma začínající ve věku do 60 let, která probíhá šest až osm let. Pozdní forma začíná ve věku nad 60 let, jejíž průběh je delší a to často více než deset let. U pacientů s Alzheimerovou chorobou dochází k úbytku mozkové tkáně, zánik buněk je selektivní, dochází k odumírání především nervových buněk, čímž dochází k poruchám paměti. Dochází také k poruchám sexuálních funkcí, motorické afázi (neschopnost tvorby srozumitelné řeči při neporušených mluvidlech), senzorické afázii (neschopnost porozumět slyšenému při zachovaném sluchu) atd. (Mühlpachr, Staníček,2001,s. 54-55).

Poruchy zraku vedoucí až ke slepotě. Úspěšně se podařilo ovlivnit postižení sítnice u cukrovky a zvláště šedý oční zákal. Kromě jiných chorob (např. zeleného zákalu) tak ohrožuje seniory především degenerativní postižení žluté skvrny, místa nejostřejšího vidění. Z rozvoje těchto změn jsou na tkáňové úrovni podezírány velmi reaktivní chemické látky – volné radikály. Prevence postižení není známa.

Poruchy sluchu – zvláště pokud nejsou ovlivněné naslouchadly. Je obava, že příští generace seniorů mohou mít závažnější problémy s nedoslýchavostí až hluchotou než dnešní senioři v důsledku nadměrné expozice hluku ve středním věku a v mládí (doprava, výroba, hudební produkce apod.).

Biologická involuce dává životní cestě všech lidí do jisté míry podobný ráz. Jak přirozené (tzv.fiziologické) stárnutí, tak chronické nemoci, jichž po šedesátce přibývá, nás všechny stavějí pod podobnou nejistotu, bolest a bezmocnost: a viditelné znaky stárnutí také určují, co od nás druzí očekávají a co nám jsou ochotni poskytnout. Avšak biologický (případně funkční) věk se nyní od jedince k jedinci velmi liší: někdo prostě stárne rychleji, někdo podstatně pomaleji. Individuální rozdíly jsou tedy zase jednou významnější než rozdíly dané chronologickým věkem. Pro psychický vývoj to platí dvojnásobně. Jsou muži i ženy, kteří ještě v osmdesáti vládou jako uznávaní vůdcové rodinnému klanu, ne-li dokonce vědecké nebo umělecké škole - a jsou takoví, kteří se přes slušné tělesné i duševní zdraví už před šedesátkou chovají jako příslovečný kus starého železa, myslí jen na své zdraví a pohodlí a ustrašeně někde v koutku přemítají,

co bude dál. Duševní růst – nebo úpadek: tyto možnosti zůstávají i po šedesátce (Říčan, 2004, s. 131-132).

Starého člověka postihují různé poruchy paměti a vnímání, ale zpravidla si sám upravuje svůj život tak, aby byl méně závislý na podnětech z okolí, jejichž smyslové hodnocení u něho vázne. Ve svém přirozeném prostředí žije často celá léta, aniž bychom pozorovali nějaké změny. Poruchy jsou zastíněny vzpomínkami, zkušenostmi, vytvořenými stereotypy, a tak bez nápadnosti lze ve stáří vykonávat i relativně složité činnosti, ačkoliv dynamika slábne, stereotypy jsou fixovány, což přispívá k fungující kompenzaci (Styx, 2003, s. 140).

3.2 Zdravotnická péče o seniory

Péče má sloužit pouze konkrétnímu nemocnému a jenom jeho prostřednictvím i veřejnému zájmu. Přednost má „zájem nemocného“. Péče má ústit do „označení člověka“. Má zaručovat jeho „normalitu“. Člověk sám má právo zvolit si vyhovující způsob péče, platí tu i „svoboda výběru“. Informace, které se vynořili v průběhu péče, jsou důvěrné a nesmí dojít k jejich zneužití např. tím, že jsou sdělovány rodině nemocného (chráníme jeho důvěru). Péče má také posilovat důvěru člověka ve svou soběstačnost. „Stimuluje jeho iniciativu“ a nakonec je nejdůležitější vytváření podmínek k životu mimo instituce. Tedy obecně má „přednost prevence“ (Styx, 2003, s.142).

Zařízení pro starší, ale i mladé lidi neschopné péče o sebe by mělo být dostatek, tak aby mohla být specializovaná na určitý druh obyvatel či pacientů. Měla by být vedena potřebami obyvatel a jejich nejvyššího dobra, a ne naopak. Lidé by neměli být do nich umísťováni jako zboží. Na jednom pokoji by se neměli mísit psychotici s obyvateli, kteří jsou mentálně zdraví. Lidé chodící a schopní by neměli sdílet pokoje s tzv. ležáky, pacienty, kteří jsou smrtelně nemocní a pouze očekávají svůj konec. Taková atmosféra není pro nikoho psychicky prospěšná a kvalitě života nepřidá (Rheinwaldová,1999, s. 10)

„Jedním z typických jevů v současném světě je stárnutí populace, jehož důsledkem je zvyšující se procento chronicky nemocných. Současné trendy v péči o nemocné lze charakterizovat jako odklon od sledování projevů nemoci k důrazu na pacienta, od prodloužení života ke zlepšení jeho kvality, od objektivních měřítek k subjektivním ukazatelům“ (Mühlpachr, 2005, s. 39).

Mezi zdravotnická zařízení patří léčebny dlouhodobě nemocných. Jde o zdravotnická zařízení, která poskytují lůžkovou, léčebnou, rehabilitační a ošetrovatelskou péči chronicky nemocným a dlouhodobě nemocným v rozsahu, který nelze zabezpečit ambulantně. U těchto osob je nezbytně nutné zajišťovat 24 hodin denně službu, protože jejich postižení jsou tak vážná, že bez druhé osoby není možné, aby jejich život byl i v těchto chvílích důstojným a ne, aby se stával pouze utrpením, které musí snášet. Staří lidé si uvědomují, že život v léčebně dlouhodobě nemocných je poslední fází, po níž může následovat jen smrt. Proto odchod, do tohoto zařízení je změna stresující a senioři ji často vnímají jako „poslední šanci“. Reakcí bývá zhoršení psychiky: deprese, apatie a vyhasnutí jakéhokoliv pozitivního očekávání, popřípadě ztráta smyslu existence. Umístění do cizího prostředí automaticky posiluje úzkost a pocity nejistoty. Starý člověk už nic příjemného neočekává, se situací se smířil, respektive pod tlakem okolností rezignoval, ale spokojen většinou není (Vágnerová in: Junková, 2010, s. 22).

Vystavět dostatek nových zařízení, po všech stránkách vyhovujících, kde by se obyvatelé cítili jako doma, s malými, privátními pokoji, společenskými místnostmi, dílnami atd. není pro vysoké náklady snadno dosažitelný cíl. Je proto třeba udělat alespoň ty změny, kterých jsme v dané situaci schopni. Tj. změny v myšlení všech zúčastněných na péči o staré lidi. Tyto změny v myšlení by měly znamenat odklon od čistě lékařského modelu k modelu holistickému a humanistickému, jak se tomu ve světě již děje. Musíme začít přemýšlet o člověku jako o biologicko-fyziologicko-sociopsychologickém celku a jako k takovému k němu přistupovat. Tento nový model bude pak určovat i nový obsah péče (Rheinwaldová, 1999, s. 11).

V dnešní době je zdravotnická péče o staré lidi oproti době před dvaceti lety odlišná. I zde je znát konkurenční schopnost. Senior či jeho rodina si mohou zdravotnické zařízení vybrat a pokud nejsou spokojeni nebo dané zařízení s sebou

nenese dobré jméno, mohou z tohoto zařízení odejít a vybrat si jiné. Důvodem těchto změn bývá především zdravotnická péče, vybavení zařízení, ale také lidský přístup personálu. V dnešní době není výjimkou, že pacient je umístěn v zařízení ne příliš blízkému jeho bydlišti či bydlišti rodiny.

Lidé, kteří získali pohybové postižení v pozdějším věku, bývají z důvodu této traumatizující zkušenosti citlivější, vnímavější, pozornější. Často musejí zvládat úzkost, strach, obavy a neklid. U každého pohybově postiženého dospělého nebo seniora je nutný vysoce individuální, empatický a tolerantní přístup. Nejvhodnější službou pro pohybově postižené, která částečně kompenzuje důsledky postižení je osobní asistence doplněná pečovatelskou službou (Renotierová,2006).

3.3 Sociální péče

Je třeba se zamyslet nad tím, jaké povahy a kvality by měly být služby poskytované starým lidem. Na trhu práce, při poskytování zdravotní péče, sociální a dalších služeb je žádoucí zásadní změna přístupu ke starým osobám. Stárnoucí společnost si nemůže dovolit vylučovat starší osoby z trhu práce a neposkytnout příležitost těm, kteří chtějí žít aktivně. Zdravotní péče o staré lidi musí předcházet vzniku dlouhodobé závislosti a institucionalizaci. Potřebujeme hlavně více možností pro aktivní a soběstačný život ve stáří, nejen více rezidenčních zařízení pro seniory. Potřebujeme komunitní centra poskytující starším spoluobčanům a rodinám podporu a flexibilní služby. Potřebujeme nabídku vhodného a důstojného bydlení, které podporuje sociální integraci a vyhovuje potřebám a omezením starých lidí. Téma stárnutí populace a kvality života se týká nás všech. Měli bychom si všichni společně položit otázku, jaké chceme stáří pro sebe a své rodiče a co je nezbytné k naplnění naší představy učinit (MPSV, 2008, s. 9-11).

Od roku 2007 platí nový zákon o Sociálních službách, dle něho se starým a potřebným lidem má dostat do rukou finanční částka, která se ve své podstatě má vrátit zpět státu použitím těchto peněz na sociální služby. Snad je to dáno tím, že naše společnost je stále šetřící a vyšší ročníky obzvláště. Staří lidé vzali tuto finanční částku

jako navýšení k důchodu a zpět státu se nevrací, na sociální služby není použita. Další představou bylo to, že ze zařízení pro seniory, kde jsou výdaje na pečovanou osobu velmi vysoké, se budou lidé vracet zpět do domácího prostředí a péče bude zajištěna rodinou. Tento okamžik však také nebyl častý. Snad je to dáno tím, že pokud rodina ctí tradici postarat se o rodinného příslušníka a je to také v jejich silách, tak to udělá. A pokud to z jakéhokoliv důvodu nelze, tak to nebude ani z důvodů finančních.

Sociální péče zahrnuje systém dávek a služeb, poskytovaných občanům, kteří nejsou schopni zabezpečit své životní potřeby v potřebném rozsahu, zejména z důvodu nedostatečného příjmu, nepříznivého zdravotního stavu a věku. Součástí systému sociální péče jsou i služby, poskytované v zařízeních sociální péče (Králová, Rážová, 2003).

Sociální služby pomáhají řešit obtížnou sociální situaci občanům rozsáhlým souborem aktivit, které mají především umožnit těmto občanům zůstat co nejdéle v jejich vlastním domácím prostředí a zajišťovat si své potřeby samostatně, případně prostřednictvím své rodiny. Pokud se postupem času zhorší zdravotní stav a soběstačnost občana natolik, že mu potřebnou péči nelze zajistit v dosavadním domácím prostředí, nastupuje pomoc formou sociální péče. Tato zařízení nabízejí celou škálu služeb od jednotlivých úkonů, za kterými si mohou občané do zařízení sami docházet, až po komplexní péči včetně bydlení a stálého dohledu.

Poskytovateli sociálních služeb jsou při splnění podmínek stanovených tímto zákonem územní samosprávné celky a jimi zřizované právnické osoby, další právnické osoby, fyzické osoby a ministerstvo a jím zřízené organizační složky státu.

Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob (Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách).

Zřizovateli zařízení sociální péče jsou obecní úřady obcí s rozšířenou působností, krajské úřady a Ministerstvo práce a sociálních věcí. Mezi poskytovatele sociálních služeb se vedle orgánů státní správy řadí také nestátní subjekty. Mezi ně patří zejména nestátní neziskové organizace a to občanská sdružení, humanitární organizace, obecně prospěšné společnosti a fyzické osoby. Služby poskytované nestátními subjekty jsou srovnatelné se službami ústavní sociální péče. Nad poskytováním sociálních služeb nestátními subjekty je vykonáván dozor ze strany ministerstva práce a sociálních věcí a krajskými úřady a v případě jakýchkoliv závad jsou oprávněni uložit opatření k jejich odstranění.

Dle Junkové staří lidé potřebují speciálně uzpůsobené prostředí s maximálním vybavením pro jejich pohodlí, které by kompenzovalo jejich nedostatky. Nemyslí se na to, že židle nebo pohovky jsou příliš nízké a měkké, takže se z nich starým lidem špatně vstává, že nejsou pohodlné, že nemají opěradla na ruce, podnožky na bolavé nohy apod. Starý člověk se těžko ohne k příliš nízkým skříním a zásuvkám nebo nedosáhne naopak na příliš vysoké. Nábytek přizpůsobený potřebám starých lidí se sice vyrábí, ale většina zařízení je cenově nedostupná. Různé informace a sdělení vyvěšené na informačních tabulích bývají napsány malým a pro slabý zrak těžko čitelným písmem. Kliky u oken, dveří, kohoutků na vodu jsou těžko manipulovatelné ztuhlými prsty. Příliš těžké dveře je nutné tlačit silou, aby se otevřely. Kolečková židle, která se dá špatně ovládat, nemá brzdy nebo není dostatečně prostorná, je spíše zdrojem stresu než úlevy. Řešení těchto problémů je třeba mít na mysli, když se navrhuje prostředí, kde budou staří lidé bydlet. Mělo by umožňovat nejen v něm žít, ale mělo by činit tento život hodnotným (Junková, 2010, s. 19).

Hlavním nástrojem k zajištění kvality, bezpečnosti i odbornosti poskytovaných služeb se staly standardy k zajištění kvality sociálních služeb, které jsou výstupem tříleté spolupráce odborníků na sociální služby a sociální práci, uživatelů i zástupců veřejné správy. Jejich rozšíření umožní porovnávat efektivitu jednotlivých druhů služeb i efektivitu jednotlivých zařízení, což má význam pro instituce, které tyto služby financují – místní samosprávy, stát, sponzory i pro samotné uživatele. Standardy využívají prvky profesionálních i komerčních systémů zajištění a zvyšování kvality a jsou plně kompatibilní s evropským sociálním modelem. Standardy obsahují znaky společné pro všechny typy služeb, které prokazují orientaci na uživatele a užívání

základních manažerských principů nezbytných pro kvalitní fungování organizace (Sýkorová, 2004, s. 9).

Praktická část

4. Základní popis, použité metody a cíle průzkumu

Pro průzkum a zjištění informací jsem si vybrala metodu Dotazníku kvality života (SQUALA). Tento dotazník se skládá ze tří částí. V první části je možnost se dozvědět sociodemografické údaje a to: pohlaví, věk, bydlení, ukončené vzdělání, zaměstnání, hmotné zabezpečení, rodinný stav a děti.

Druhá část je tvořena tabulkou, do které respondent zaznamenává údaje, ze kterých vyplývá hodnocení důležitosti. Zde je zahrnuto 23 oblastí, hodnot v životě, které jsou hodnoceny jako nezbytné, velmi důležité, středně důležité, málo důležité, bezvýznamné. V této oblasti jsou hodnoceny položky: být zdravý, fyzicky soběstačný, cítit se psychicky dobře, mít příjemné prostředí a bydlení, dobře spát, rodinné vztahy, vztahy s ostatními lidmi, mít a vychovávat děti, postarat se o sebe, milovat a být milován, mít sexuální život, zajímat se o politiku, mít víru, odpočívat ve volném čase, mít koníčky ve volném čase, být v bezpečí, práce, spravedlnost, svoboda, krása a umění, pravda, peníze, dobré jídlo.

Třetí část je tvořena tabulkou, do které respondent zaznamenává a hodnotí spokojenost taktéž ve 23 oblastech výše uvedených. Škála pro hodnocení je zcela spokojen, velmi spokojen, spíše spokojen, nespokojen, velmi zklamán.

Pro průzkum bylo rozdáno 100 dotazníků, z nichž 50 bylo vyplněno klienty, kteří žijí v zařízeních pro seniory a to: Domov důchodců v Humpolci a v Domově blahoslavené Bronislavy v Humpolci, dalších 50 dotazníků bylo vyplněno seniory žijících v domácím prostředí náhodně vybraných. Návratnost byla 100%.

Cílem průzkumu bylo zjištění kvality života seniorů pobývajících v zařízeních pro seniory a pobývajících v domácím prostředí. Dotazníková metoda měla pomoci při celkovém zhodnocení kvality života se zaměřením na vyjádření seniorů vzhledem k důležitosti a spokojenosti v jednotlivých oblastech, dále pak k verifikaci či falzifikaci určených hypotéz.

4.1 Formulace hypotéz, průzkum názorů

Pro zjištění kvality života seniorů žijících v domácím prostředí a žijících v zařízeních pro seniory jsem si vybrala následující hypotézy:

H 1 Pro seniory žijící v domácím prostředí je důležitější být fyzicky soběstačný.

H 2 Pro seniory žijící v pobytových zařízeních je důležitější mít koníčky ve volném čase.

H 3 Senioři žijící v pobytových zařízeních jsou spokojenější v položce zdraví.

H 4 Senioři žijící v pobytových zařízeních jsou méně spokojeni v oblasti vztahů s ostatními lidmi.

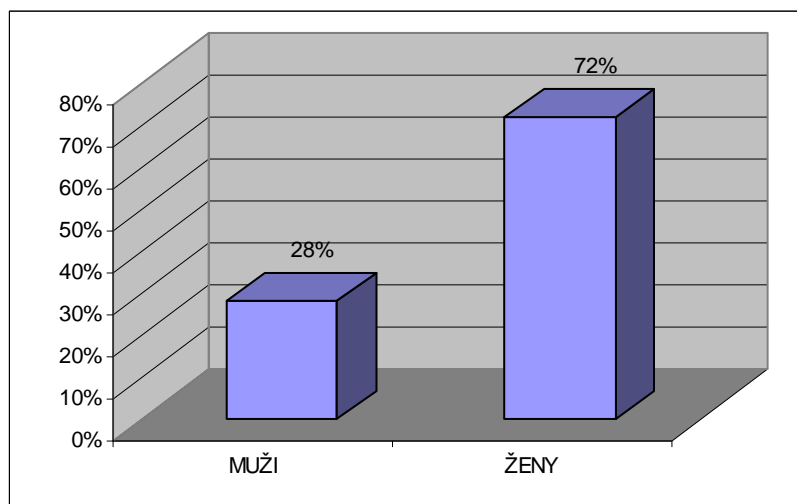
H 5 Senioři žijící v domácím prostředí jsou celkově spokojenější než senioři v pobytových zařízeních.

Senioři, kteří byli pro průzkum náhodně vybráni, byli seznámeni s účelem průzkumu, byla jim vysvětlena forma zapisování a u seniorů, kteří měli s vyplněním problémy, bylo možné jim při zapisování pomoci. Senioři spolupracovali bez potíží, byli ochotni a zajímali se o danou problematiku. Někteří projevili zájem o možnost si přečíst konečnou verzi diplomové práce, zajímal je výsledek průzkumu, kterého se sami účastnili.

SOCIODEMOGRAFICKÁ CHARAKTERISTIKA

1) POHLAVÍ:

MUŽI	28%
ŽENY	72%

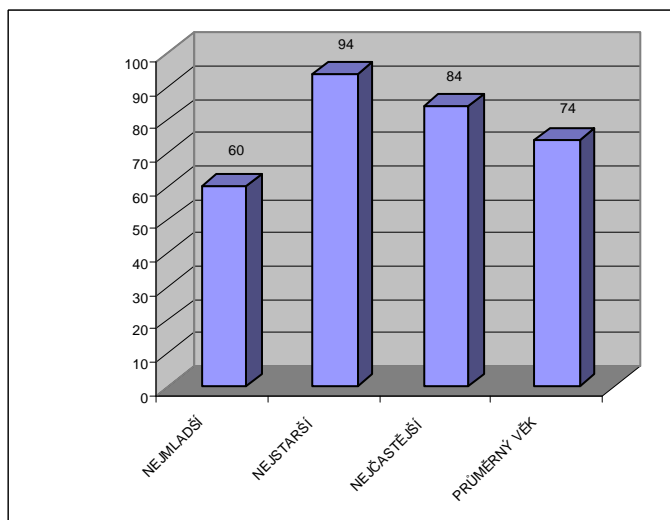


Zdroj: vlastní vypracování

Celkový soubor průzkumu byl tvořen z 28% muži a ze 72% žen.

2) VĚK:

NEJMLADŠÍ	60
NEJSTARŠÍ	94
NEJČASTĚJŠÍ	84
PRŮMĚRNÝ VĚK	74

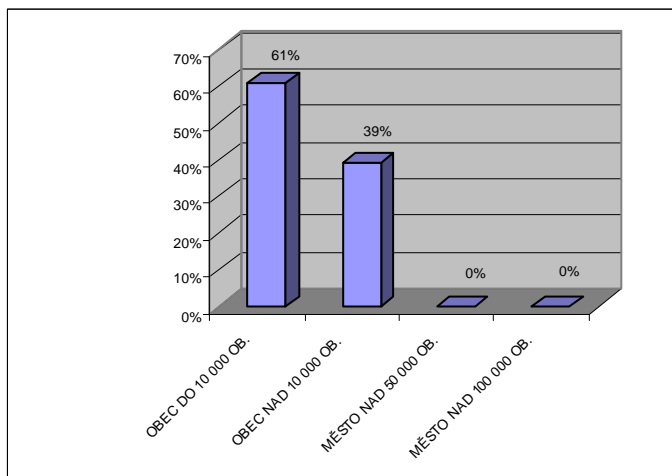


Zdroj: vlastní vypracování

Věk seniorů, kteří byli dotazováni, byl od 60-94 let. Průměrný věk dotazovaných byl 74 let. Nejstarší senior byl ve věku 94 let a nejmladší 60 let.

3) BYDLIŠTĚ :

OBEC DO 10 000 OB.	61%
OBEC NAD 10 000 OB.	39%
MĚSTO NAD 50 000 OB.	0%
MĚSTO NAD 100 000 OB.	0%

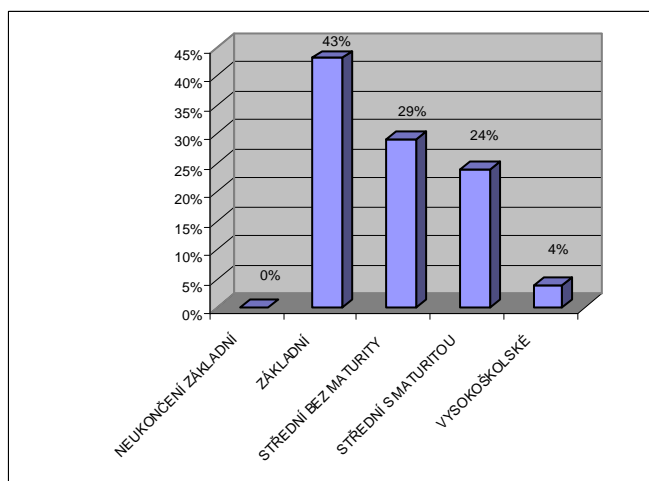


Zdroj: vlastní vypracování

Většina dotazovaných seniorů pochází z obce do 10 000 obyvatel, z toho vyplývá, že žijí převážně na vesnicích.

4) UKONČENÉ VZDĚLÁNÍ:

NEUKONČENÉ ZÁKLADNÍ	0%
ZÁKLADNÍ	43%
STŘEDNÍ BEZ MATURETY	29%
STŘEDNÍ S MATURETOU	24%
VYSOKOŠKOLSKÉ	4%

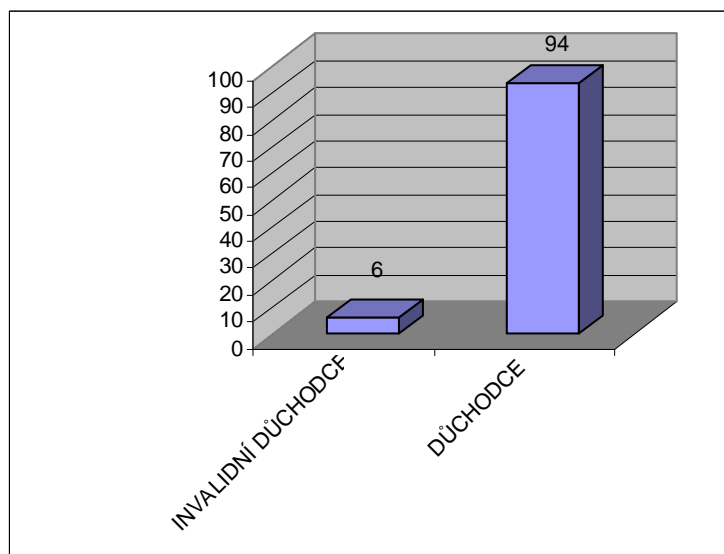


Zdroj: vlastní vypracování

Převážná většina dotazovaných má základní vzdělání, což odpovídá podmínkám, ve kterých nyní žije generace seniorů žila a také bydlištěm, kdy se lidé na vesnicích živilí především v zemědělství a vzdělání nebylo tolik důležité. Vzdělání střední bez maturity a střední s maturitou je téměř ve stejném zastoupení.

5) ZAMĚSTNÁNÍ:

INVALIDNÍ DŮCHODCE	6%
DŮCHODCE	94%

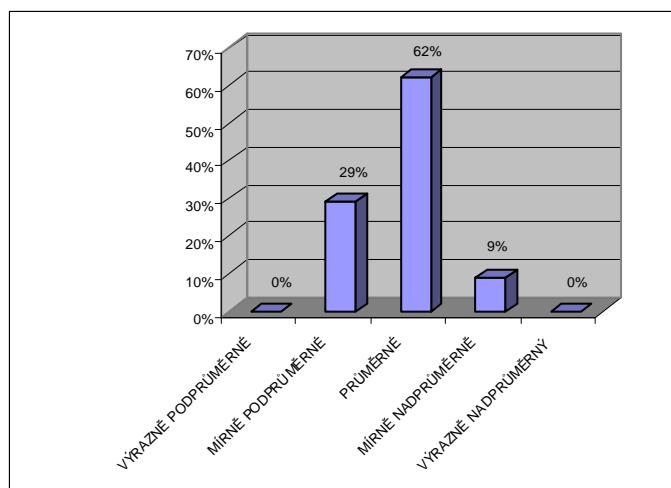


Zdroj: vlastní vypracování

Většina seniorů je v důchodovém věku, a to 94%, 6% seniorů je v invalidním důchodu.

6) HMOTNÉ ZABEZPEČENÍ:

VÝRAZNĚ PODPRŮMĚRNÉ	0%
MÍRNĚ PODPRŮMĚRNÉ	29%
PRŮMĚRNÉ	62%
MÍRNĚ NADPRŮMĚRNÉ	9%
VÝRAZNĚ NADPRŮMĚRNÝ	0%

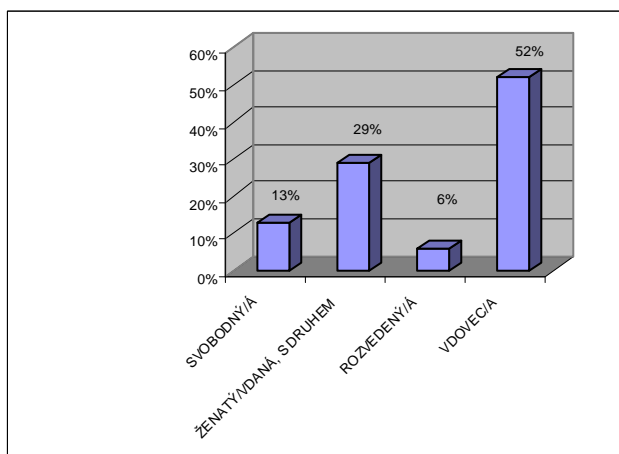


Zdroj: vlastní vypracování

Jako průměrné hmotné zabezpečení hodnotí nejvíce seniorů a to 62%. Mírně nadprůměrné hmotné zabezpečení hodnotí pouze 9% dotazovaných. Mírně podprůměrné hmotné zabezpečení bylo hodnoceno 29% respondenty.

7) RODINNÝ STAV:

SWOBODNÝ/Á	13%
ŽENATÝ/VDANÁ, S DRUHEM	29%
ROZVEDENÝ/Á	6%
VDOVEC/A	52%

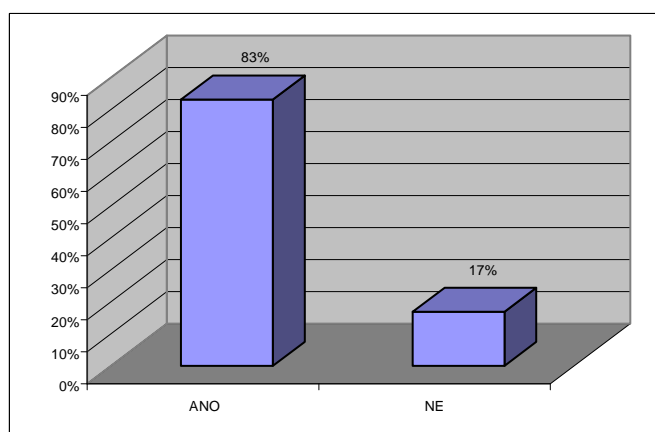


Zdroj: vlastní vypracování

Současní senioři jsou většinou ve vdovském či vdoveckém rodinném stavu, tedy žijící samostatně a to více než polovina dotazovaných – 52%. Ženatých, vdaných či žijící v partnerském svazku bylo 29%. Rozvedených je pouze 6% a k mému překvapení bylo 13% svobodných, což bylo dáno zřejmě tím, že polovina dotazovaných žije v domově pro seniory, a tak nemají možnost, aby rodina zajistila péči o ně.

8) DĚTI:

ANO	83%
NE	17%



Zdroj: vlastní vypracování

Z dotazovaných respondentů má většina děti a to 83%. U devíti respondentů s nimi žijí ve společné domácnosti. 17% respondentů je bezdětných.

4.2 Průzkum názorů seniorů pobývajících v domácím prostředí

Dotazováním důležitosti bylo zjišťováno zda pro seniory žijící v domácím prostředí je důležitější být fyzicky soběstační než pro seniory žijící v pobytových zařízeních. Dále zda pro seniory žijící v pobytových zařízeních je důležitější mít koníčky ve volném čase.

Tabulka č. 1 – hodnocení důležitosti u seniorů žijících v domácím prostředí

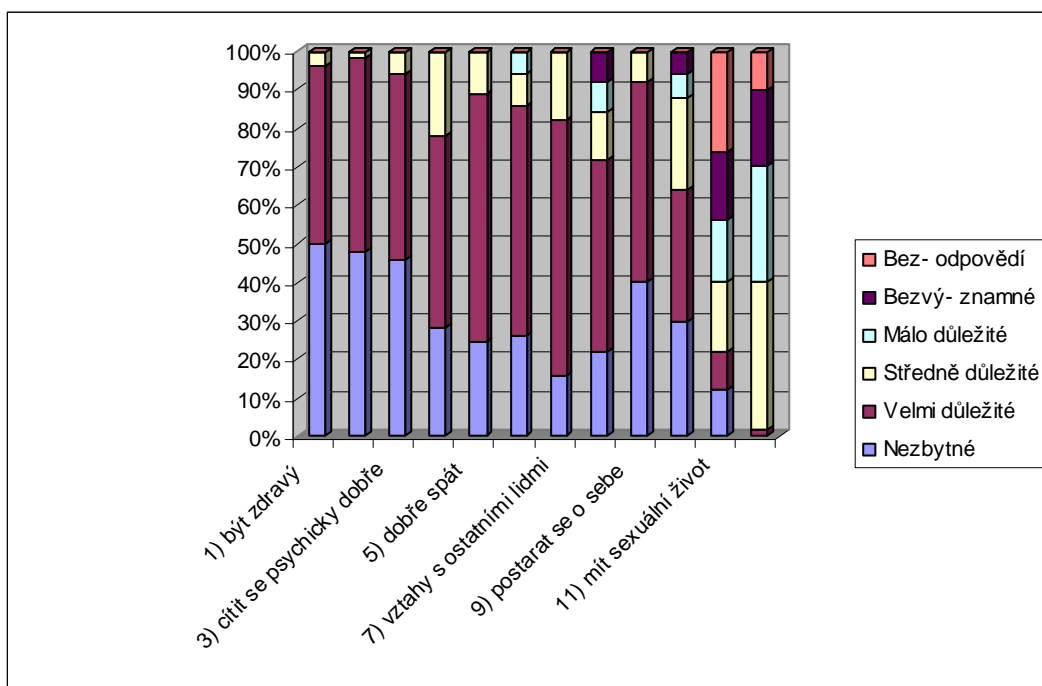
Hodnocené oblasti	Nezbytné	Velmi důležité	Středně důležité	Málo důležité	Bezvýznamné	Bezodpovědí
1) být zdravý	50%	46%	4%	0%	0%	0%
2) být fyzicky soběstačný	48%	50%	2%	0%	0%	0%
3) cítit se psychicky dobře	46%	48%	6%	0%	0%	0%
4) příjemné prostředí bydlení	28%	50%	22%	0%	0%	0%
5) dobře spát	22%	58%	10%	0%	0%	0%
6) rodinné vztahy	26%	60%	8%	6%	0%	0%
7) vztahy s ostatními lidmi	16%	66%	18%	0%	0%	0%
8) mít a vychovávat děti	22%	50%	12%	8%	8%	0%
9) postarat se o sebe	40%	52%	8%	0%	0%	0%
10) milovat a být milován	30%	34%	24%	6%	6%	0%
11) mít sexuální život	12%	10%	18%	16%	18%	26%
12) zajímat se o politiku	0%	2%	38%	30%	20%	10%
13) mít víru(např.náboženství)	30%	14%	32%	10%	14%	0%
14) odpočívat ve volném čase	16%	36%	42%	6%	0%	0%
15) mít koníčky ve volném čase	18%	38%	26%	12%	6%	0%
16) být v bezpečí	44%	40%	12%	4%	0%	0%
17) práce	28%	32%	24%	6%	10%	0%
18) spravedlnost	30%	44%	20%	2%	4%	0%
19) svoboda	34%	36%	22%	8%	0%	0%
20) krása a umění	16%	16%	32%	24%	12%	0%
21) pravda	34%	50%	12%	4%	0%	0%
22) peníze	34%	28%	28%	10%	0%	0%
23) dobré jídlo	18%	30%	46%	6%	0%	0%

Zdroj: vlastní vypracování

Z daného hodnocení vyplývá, že pro 48% seniorů je nezbytné být fyzicky soběstačnými, pro 50% je být soběstačnými velmi důležité a pro 2% je toto hodnocení středně důležité.

Pro 18% seniorů je nezbytné mít koníčky ve volném čase, pro 38% seniorů je toto velmi důležité, pro 26% je toto středně důležité, pro 12% málo důležité a pro 6% bezvýznamné.

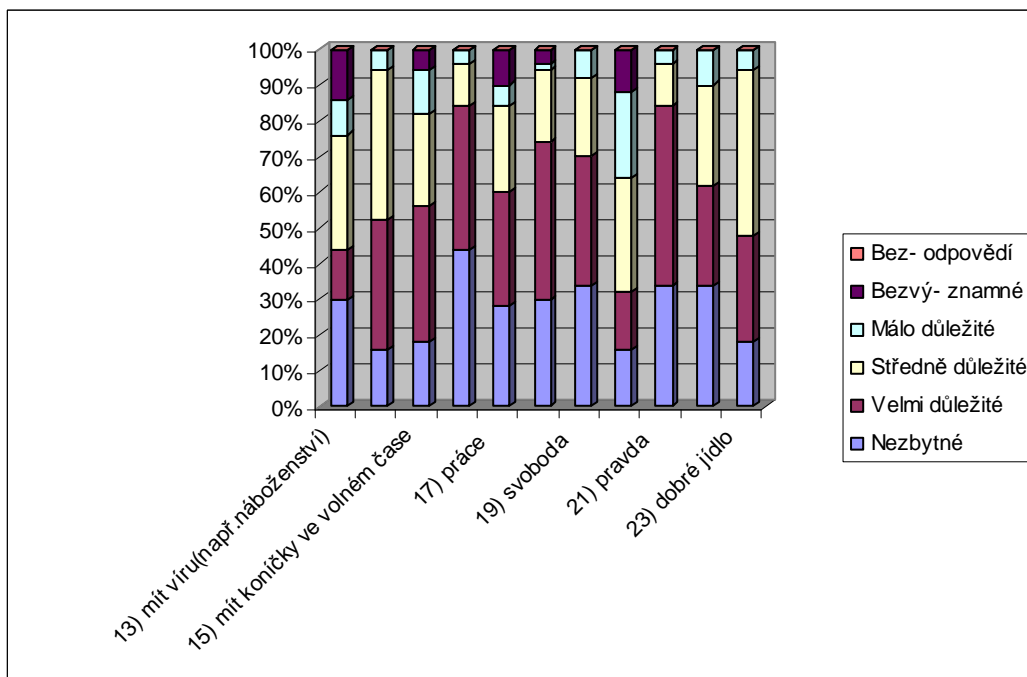
Graf č. 1 – hodnocení důležitosti v oblasti otázek 1 – 12



Zdroj: vlastní vypracování

Graf č. 1 znázorňuje hodnocení důležitosti jednotlivých položek u seniorů žijících v domácím prostředí. Zobrazeny jsou otázky č. 1-12. Tento graf udává hodnocení v položce „být fyzicky soběstačný“, která určovala hypotézu č. 1. Je zřejmé, že být soběstačný je pro seniory žijící v domácím prostředí nezbytné a to v počtu 48%, velmi důležité v počtu 50% a středně důležité v počtu 2%.

Graf č. 2 – hodnocení důležitosti v oblasti otázek 13 – 23



Zdroj: vlastní vypracování

Graf č. 2 znázorňuje hodnocení důležitosti jednotlivých položek u seniorů žijících v domácím prostředí. Zobrazeny jsou otázky č. 13-23. Tento graf udává hodnocení v položce „mít koníčky ve volném čase“, která určovala hypotézu č. 2. Je zřejmé, že mít koníčky ve volném čase je pro seniory žijící v domácím prostředí nezbytné a to v počtu 18%, velmi důležité v počtu 38%, středně důležité v počtu 26%, málo důležité v počtu 12% a bezvýznamné v počtu 6%.

Tabulka č. 2 – hodnocení spokojenosti u seniorů žijících v domácím prostředí

Hodnocením spokojenosti u seniorů žijících v domácím prostředí byla zjišťována míra spokojenosti v položce „zdraví“.

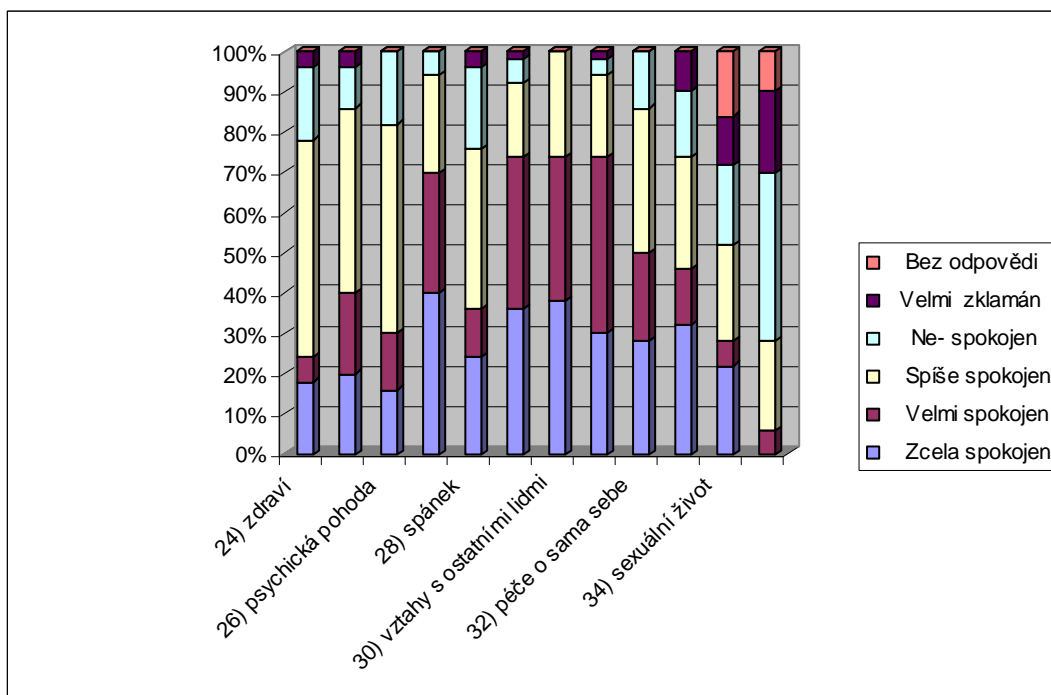
Hodnocené oblasti	Zcela spokojen	Velmi spokojen	Spíše spokojen	Ne-spokojen	Velmi zklamán	Bez odpovědi
24) zdraví	18%	6%	54%	18%	4%	0%
25) fyzická soběstačnost	20%	20%	46%	10%	4%	0%
26) psychická pohoda	16%	14%	52%	18%	0%	0%
27) prostředí bydlení	40%	30%	24%	6%	0%	0%
28) spánek	24%	12%	40%	20%	4%	0%
29) rodinné vztahy	36%	38%	18%	6%	2%	0%
30) vztahy s ostatními lidmi	38%	36%	26%	0%	0%	0%
31) děti	30%	44%	20%	4%	2%	0%
32) péče o sama sebe	28%	22%	36%	14%	0%	0%
33) láska	32%	14%	28%	16%	10%	0%
34) sexuální život	22%	6%	24%	20%	12%	16%
35) účast v politice	0%	6%	22%	42%	20%	10%
36) víra	22%	20%	38%	8%	12%	0%
37) odpočinek	34%	20%	40%	6%	0%	0%
38) koníčky	32%	20%	34%	14%	0%	0%
39) pocit bezpečí	24%	18%	32%	26%	0%	0%
40) práce	18%	14%	42%	10%	6%	10%
41) spravedlnost	16%	4%	32%	32%	16%	0%
42) svoboda	26%	16%	46%	8%	4%	0%
43) krása a umění	20%	16%	42%	18%	4%	0%
44) pravda	16%	10%	38%	16%	20%	0%
45) peníze	8%	10%	56%	18%	8%	0%
46) jídlo	22%	34%	40%	4%	0%	0%

Zdroj: vlastní vypracování

Z uvedených výsledků vyplývá, že senioři jsou v položce „zdraví“ zcela spokojeni v 18%, velmi spokojeni v 6%, spíše spokojeni v 54%, nespokojeni v 18% a velmi zklamáni v 4%.

Dále z tohoto hodnocení vyplývá, že senioři žijící v domácím prostředí jsou ve vztazích s ostatními lidmi zcela spokojeni ve 38%, velmi spokojeni ve 36% a spíše spokojeni ve 26%.

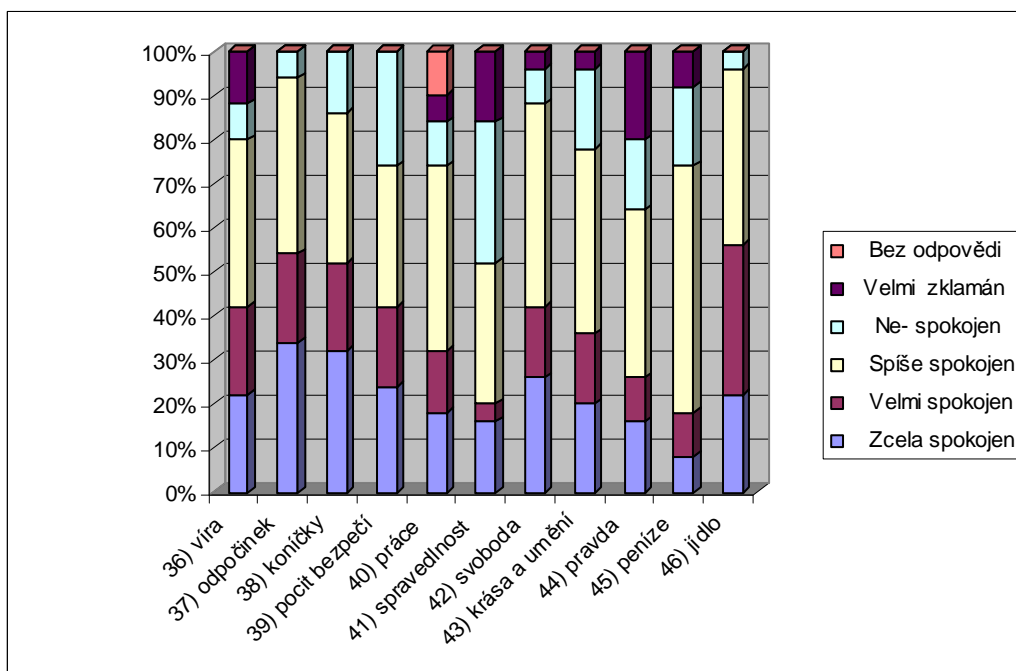
Graf č. 3 – hodnocení spokojenosti v oblasti otázek 24 – 35



Zdroj: vlastní vypracování

Graf č. 3 hodnotí spokojenost seniorů žijících v domácím prostředí v otázkách č. 24-35. Udává, že 18% seniorů je zcela spokojeno v položce „zdraví“, 6% velmi spokojeno, 54% spíše spokojeno, 18% nespokojeno a 4% velmi zklamáno. Dále je zde zhodnocena spokojenost v oblasti vztahů s ostatními lidmi. 38% seniorů žijících v domácím prostředí je zcela spokojeno, 36% velmi spokojeno a 26% spíše spokojeno.

Graf č. 4 – hodnocení spokojenosti v oblasti otázek 36 – 46



Zdroj: vlastní vypracování

Graf. č. 4 nám neudává žádný výsledek, který by se týkal stanovených hypotéz, hodnotí však spokojenost seniorů žijících v domácím prostředí v položkách víra, odpočinek, koníčky, pocit bezpečí, práce, spravedlnost, svoboda, krása a umění, pravda, peníze a jídlo.

4.3 Průzkum názorů seniorů pobývajících v pobytovém zařízení

Dotazováním důležitosti bylo zjišťováno, zda pro seniory žijící v domácím prostředí je důležitější být fyzicky soběstační než pro seniory žijící v pobytových zařízeních. Dále zda pro seniory žijící v pobytových zařízeních je důležitější mít koníčky ve volném čase.

Tabulka č. 3 – hodnocení důležitosti u seniorů žijících v pobytových zařízeních

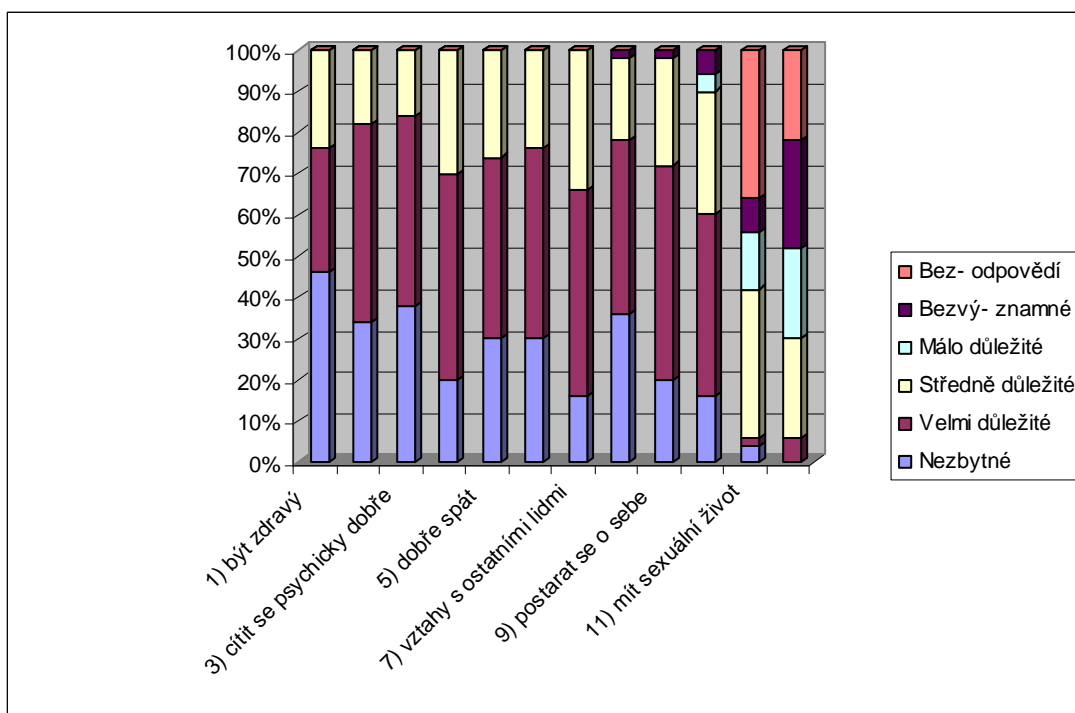
Hodnocené oblasti	Nezbytné	Velmi důležité	Středně důležité	Málo důležité	Bezvýznamné	Bezodpovědi
1) být zdravý	46%	30%	24%	0%	0%	0%
2) být fyzicky soběstačný	34%	48%	18%	0%	0%	0%
3) cítit se psychicky dobře	38%	46%	16%	0%	0%	0%
4) příjemné prostředí bydlení	20%	50%	30%	0%	0%	0%
5) dobře spát	30%	44%	26%	0%	0%	0%
6) rodinné vztahy	30%	46%	24%	0%	0%	0%
7) vztahy s ostatními lidmi	16%	50%	34%	0%	0%	0%
8) mít a vychovávat děti	36%	42%	20%	0%	2%	0%
9) postarat se o sebe	20%	52%	26%	0%	2%	0%
10) milovat a být milován	16%	44%	30%	4%	6%	0%
11) mít sexuální život	4%	2%	36%	14%	8%	36%
12) zajímat se o politiku	0%	6%	24%	22%	26%	22%
13) mít víru(např.náboženství)	18%	30%	22%	16%	14%	0%
14) odpočívat ve volném čase	12%	44%	30%	10%	4%	0%
15) mít koníčky ve volném čase	10%	34%	46%	6%	4%	0%
16) být v bezpečí	26%	58%	14%	0%	2%	0%
17) práce	18%	28%	36%	6%	12%	0%
18) spravedlnost	20%	52%	28%	0%	0%	0%
19) svoboda	26%	36%	34%	4%	0%	0%
20) krása a umění	6%	28%	54%	6%	6%	0%
21) pravda	28%	38%	32%	2%	0%	0%
22) peníze	12%	46%	42%	0%	0%	0%
23) dobré jídlo	12%	38%	50%	0%	0%	0%

Zdroj: vlastní vypracování

Z daného hodnocení vyplývá, že pro 34% seniorů je nezbytné být fyzicky soběstačnými, pro 48% je být soběstačnými velmi důležité a pro 18% je toto hodnocení středně důležité.

Pro 10% seniorů je nezbytné mít koníčky ve volném čase, pro 34% seniorů je toto velmi důležité, pro 46% je toto středně důležité, pro 6% málo důležité a pro 4% bezvýznamné.

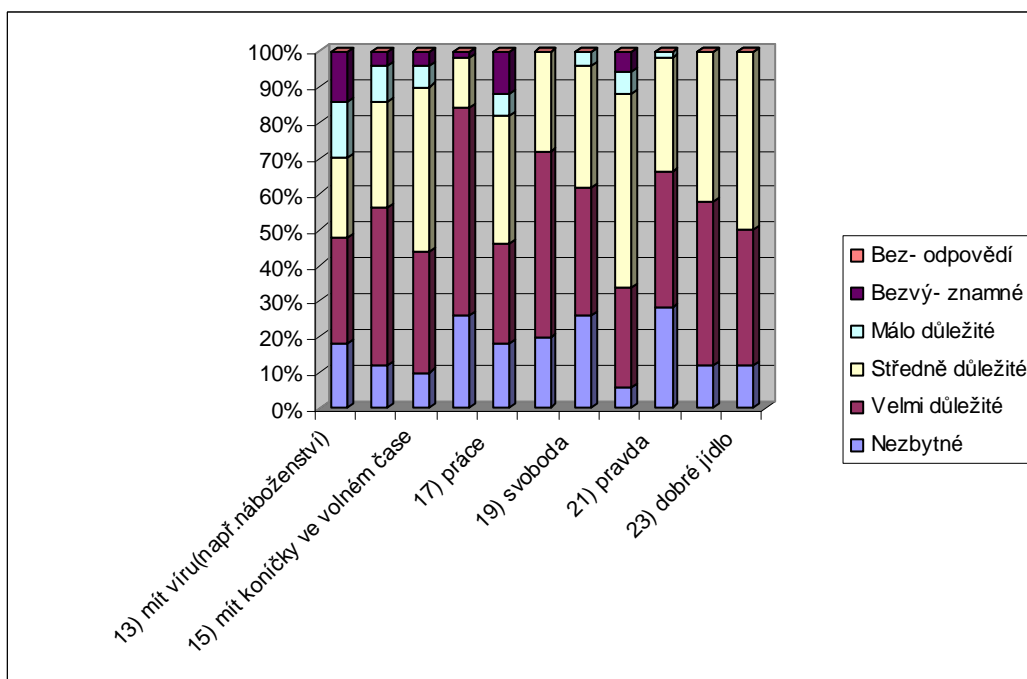
Graf č. 5 – hodnocení důležitosti v oblasti otázek 1 – 12



Zdroj: vlastní vypracování

Graf č. 5 znázorňuje hodnocení důležitosti jednotlivých položek u seniorů žijících v pobytových zařízeních. Zobrazeny jsou otázky č. 1-12. Tento graf udává hodnocení v položce „být fyzicky soběstačný“, která určovala hypotézu č. 1. Je zřejmé, že být soběstačný je pro seniory žijící v pobytových zařízeních nezbytné a to v počtu 34%, velmi důležité v počtu 48% a středně důležité v počtu 18%.

Graf č. 6 – hodnocení důležitosti v oblasti otázek 13 – 23



Zdroj: vlastní vypracování

Graf č. 6 znázorňuje hodnocení důležitosti jednotlivých položek u seniorů žijících v pobytových zařízeních. Zobrazeny jsou otázky č. 13-23. Tento graf udává hodnocení v položce „mít koníčky ve volném čase“, která určovala hypotézu č. 2. Je zřejmé, že mít koníčky ve volném čase je pro seniory žijící v pobytových zařízeních nezbytné a to v počtu 10%, velmi důležité v počtu 34%, středně důležité v počtu 46%, málo důležité v počtu 6% a bezvýznamné v počtu 4%.

Tabulka č. 4 – hodnocení spokojenosti u seniorů žijících v pobytových zařízeních

Hodnocením spokojenosti u seniorů žijících v pobytových zařízeních byla zjišťována míra spokojenosti v položce „zdraví“.

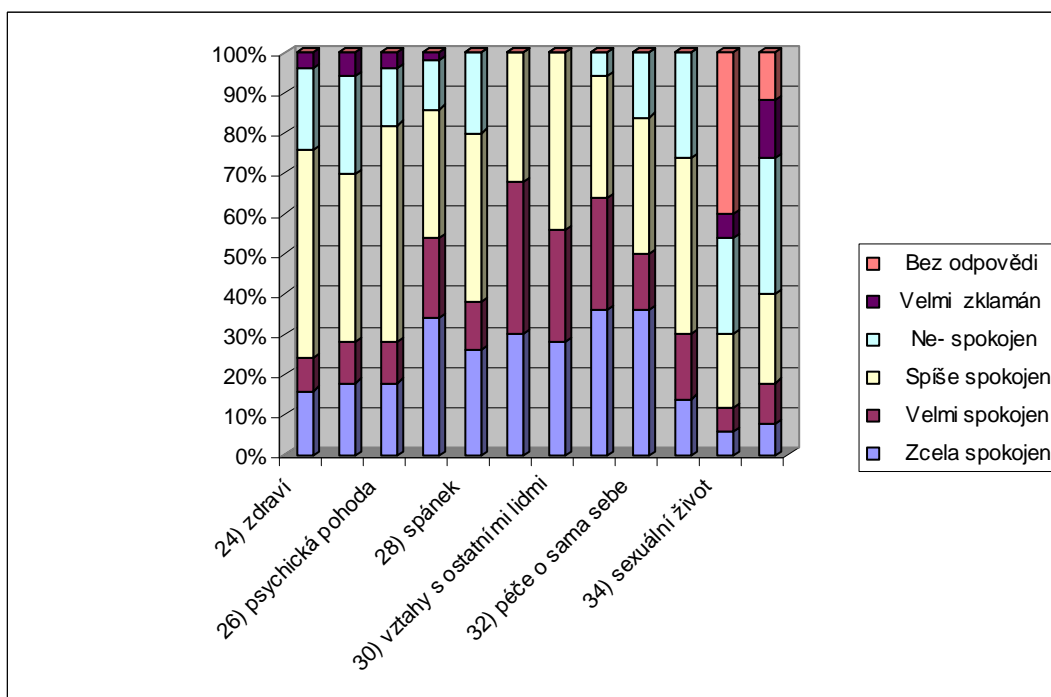
Hodnocené oblasti	Zcela spokojen	Velmi spokojen	Spíše spokojen	Ne-spokojen	Velmi zklamán	Bez odpovědi
24) zdraví	16%	8%	52%	20%	4%	0%
25) fyzická soběstačnost	18%	10%	42%	24%	6%	0%
26) psychická pohoda	18%	10%	54%	14%	4%	0%
27) prostředí bydlení	34%	20%	32%	12%	2%	0%
28) spánek	26%	12%	42%	20%	0%	0%
29) rodinné vztahy	30%	38%	32%	0%	0%	0%
30) vztahy s ostatními lidmi	28%	28%	44%	0%	0%	0%
31) děti	36%	28%	30%	6%	0%	0%
32) péče o sama sebe	36%	14%	34%	16%	0%	0%
33) láska	14%	16%	44%	26%	0%	0%
34) sexuální život	6%	6%	18%	24%	6%	40%
35) účast v politice	8%	10%	22%	34%	14%	12%
36) víra	36%	22%	24%	12%	6%	0%
37) odpočinek	36%	24%	32%	8%	0%	0%
38) koníčky	28%	18%	36%	14%	4%	0%
39) pocit bezpečí	32%	30%	32%	6%	0%	0%
40) práce	8%	10%	34%	24%	0%	24%
41) spravedlnost	10%	14%	46%	26%	4%	0%
42) svoboda	24%	24%	32%	16%	4%	0%
43) krása a umění	18%	28%	36%	12%	6%	0%
44) pravda	20%	26%	34%	16%	4%	0%
45) peníze	16%	10%	52%	20%	2%	0%
46) jídlo	24%	18%	46%	12%	0%	0%

Zdroj: vlastní vypracování

Z uvedených výsledků vyplývá, že senioři jsou v položce „zdraví“ zcela spokojeni v 16%, velmi spokojeni v 8%, spíše spokojeni v 52%, nespokojeni v 20% a velmi zklamáni v 4%.

Dále z tohoto hodnocení vyplývá, že senioři žijící v domácím prostředí jsou ve vztazích s ostatními lidmi zcela spokojeni ve 28%, velmi spokojeni ve 28% a spíše spokojeni ve 44%.

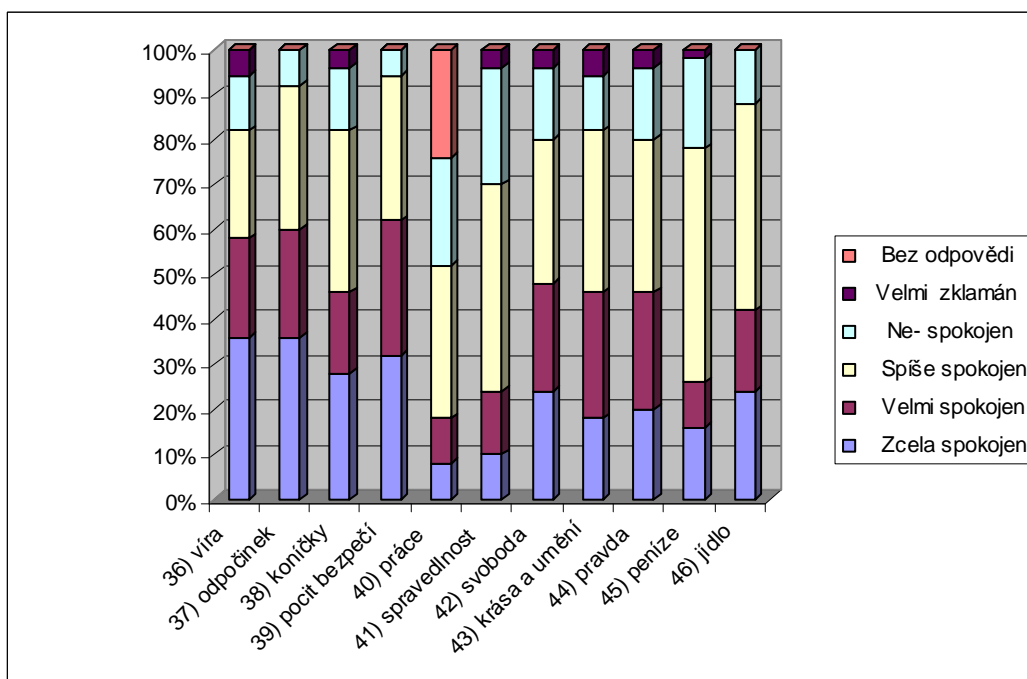
Graf č.7 – hodnocení spokojenosti v oblasti otázek 24 – 36



Zdroj: vlastní vypracování

Graf č. 7 hodnotí spokojenost seniorů žijících v domácím prostředí v otázkách č. 24-35. Udává, že 16% seniorů je zcela spokojeno v položce „zdraví“, 8% velmi spokojeno, 52% spíše spokojeno, 20% nespokojeno a 4% velmi zklamáno. Dále je zde zhodnocena spokojenost v oblasti vztahů s ostatními lidmi. 28% seniorů žijících v domácím prostředí je zcela spokojeno, 28% velmi spokojeno a 44% spíše spokojeno.

Graf č.8 – hodnocení spokojenosti v oblasti otázek 36 - 46



Zdroj: vlastní vypracování

Graf. č. 8 nám neudává žádný výsledek, který by se týkal stanovených hypotéz, hodnotí však spokojenost seniorů žijících v pobytových zařízeních v položkách víra, odpočinek, koníčky, pocit bezpečí, práce, spravedlnost, svoboda, krása a umění, pravda, peníze a jídlo.

4.4 Výsledky průzkumu

H1 Pro seniory žijící v domácím prostředí je důležitější být fyzicky soběstačný

Stanovená hypotéza byla potvrzena. Senioři žijící v domácím prostředí kladou vysokou důležitost být soběstační. Zřejmě je tento fakt dán především tím, že jejich co nejdéle trvalejší soběstačnost jim umožňuje setrávat v domácím prostředí. U seniorů v pobytových zařízeních je také důležitá, ale mnoho potřebných úkonů je jim uděláno ze strany pečujícího personálu.

H2 pro seniory žijící v pobytových zařízeních je důležitější mít koníčky ve volném čase.

Tato hypotéza potvrzena nebyla. Mít své koníčky preferuje více seniorů žijících v domácím prostředí. Předpokládala jsem, že klienti pobytových zařízení se na své záliby budou více upínat a věnovat se jim v rámci času tráveného v prostředí zařízení. Myslela jsem si, že senioři žijící doma svůj čas věnují spíše péči o domácnost a svou osobu. Výsledek mě překvapil.

H3 Senioři žijící v pobytových zařízeních jsou spokojenější v položce ZDRAVÍ.

Daná hypotéza se nepotvrdila. V položce zdraví jsou spokojenější lidé žijící v domácím prostředí, ale pouze s velmi malým rozdílem. Lze tedy předpokládat, že zdraví je důležité pro každého seniora bez rozdílu zda žije v domácím prostředí nebo v zařízení pro seniory.

H4 Senioři žijící v pobytových zařízeních jsou méně spokojeni v oblasti vztahů s ostatními lidmi.

Zde daná hypotéza byla potvrzena. Myslím si, že je přirozené, když lidé žijící v domácím prostředí jsou v mezilidských vztazích spokojenější, protože udržují dlouhodobé vztahy. Senioři žijící v pobytových zařízeních navazují vztahy nové a nejsou tedy tak pevné a naplňující.

H5 Senioři žijící v domácím prostředí jsou celkově spokojenější než senioři žijící v pobytových zařízeních.

Z daného průzkumu vyplývá, že opravdu senioři žijící v domácím prostředí jsou celkově spokojenější než senioři žijící v pobytových zařízeních, přestože rozdíl není tak velký. Hypotéza je tímto potvrzena. Dáno je to zřejmě tím, že pobytová zařízení jsou v dnešní době na vysoké úrovni a lidé si zde svůj život užívají a ne přežívají.

Závěr

Cílem této práce bylo zjištění kvality života seniorů žijících v domácím prostředí a seniorů žijících v pobytových zařízeních. Provedeným průzkumem jsem chtěla zjistit, pro které seniory je důležitější být fyzicky soběstačnými, pro které je důležitější mít koníčky ve volném čase, kteří senioři jsou spokojenější v položce zdraví, kteří jsou spokojeni v oblasti vztahů s ostatními lidmi a kteří senioři jsou celkově spokojenější.

Pro provedený průzkum jsem si zvolila dotazník kvality života SQUALA. Tento dotazník byl vytvořen v roce 1922 M. Zanottim. Jedná se o sebeposuzovací dotazník, konstruovaný podle jasných metodologických pravidel. SQUALA filozoficky vychází z Maslowovy třístupňové teorie potřeb, takže v sobě zahrnuje také oblasti života, jako jsou vnitřní hodnoty (Vaňurová, Mühlpachr, 2005,s.63).

Kvalitu života vnímáme každý jiným způsobem, hodnocení kvality života se v průběhu let také značně mění. Jak bylo dříve pohlíženo na pobytová zařízení pro seniory typu domovy důchodců, tak tomu v této době tak již není. Služby poskytované v těchto zařízeních jsou na velmi vysoké úrovni oproti minulým letům. Sama jsem byla zvědavá jak jednotlivá hodnocení spokojenosti a důležitosti dopadnou.

Musím říci, že v mnoha hodnoceních byly úrovně důležitosti a spokojenosti vyvážené, avšak pravda je, že senioři žijící v domácím prostředí jsou celkově spokojenější než senioři žijící v pobytových zařízeních. Potvrzeny byly i hypotézy, které určovaly spokojenost v mezilidských vztazích. Zajisté vazby, které člověka provázejí od útlého mládí či dětství a především vazby rodinné, člověka uspokojují více než vazby utvářené v seniorském věku. Dále bylo prokázáno, že v položce ZDRAVÍ jsou více spokojeni senioři žijící v domácím prostředí, ale pouze s malým rozdílem oproti seniorům žijícím v pobytových zařízeních. Lze předpokládat, že právě zdraví je jednou z nejdůležitějších hodnot pro každého člověka bez rozdílu kde žije. Koníčky ve volném čase preferují také senioři žijící v domácím prostředí, zřejmě je udržují v aktivitě. Senioři v pobytových zařízeních jsou aktivizováni, proto jim zřejmě nechybí potřeba se o své zájmy více zajímat. Pro seniory žijící v domácím prostředí je být soběstačný také důležitější než pro seniory žijící v pobytových zařízeních. Dáno je

toto nejspíš snahou být nezávislý na pomoci jiné osoby a zůstat tak co nejdéle v domácím prostředí.

Za velmi důležité a přínosné považuji zjištění, že v současné době se velmi zlepšuje kvalita života seniorů, kteří jsou v pobytových zařízeních. Z průzkumu však vyplývá, že senioři žijící v domácím prostředí jsou spokojenější a to je myslím, přirozené a správné.

Resumé

Diplomová práce je zaměřena na problematiku kvality života seniorů. Vychází z odborné literatury a zjištěných informací o dané problematice.

První kapitola této práce se zabývá stárnutím jako etapou ve vývoji lidského jedince. Vymezuje pojem stáří a stárnutí a zabývá se vývojovými etapami. Objasněny jsou biologické, sociální a psychické změny stárnutí. Jsou zde vymezeny pojmy gerontologie a geriatrie.

Druhá kapitola pojednává o kvalitě života. Termín kvalita života je zde vymezen stejně tak jako kvalita života seniorů. Ve druhé kapitole jsou zahrnuty a popsány možnosti trávení volného času seniorů, kteří pobývají v domácím prostředí a v pobytových zařízeních. Popsány jsou také sociální služby, které jsou poskytované seniorům.

Ve třetí kapitole jsou popsány nejčastější onemocnění a diagnózy, které seniorský věk provázejí. V této kapitole je také popsána zdravotnická a sociální péče poskytovaná seniorům.

V poslední kapitole jsou vysvětleny použité metody a cíle průzkumu. Jsou zde formulovány hypotézy, které jsou následně falzifikovány či verifikovány. V závěru práce je určen a objasněn cíl diplomové práce.

Anotace

Diplomová práce je zaměřena na kvalitu života seniorů a porovnání spokojenosti a důležitosti pro seniory žijící v domácím prostředí a seniory žijící v pobytových zařízeních.

Text tvoří část teoretická a empirická. Teoretická část je rozdělena do tří kapitol. První kapitola se zabývá stářím a vývojovými etapami. Dále biologickými, sociálními a psychickými změnami stárnutí. Vymezuje pojmy gerontologie a geriatrie. Druhá kapitola je věnována kvalitě života a vymezení tohoto pojmu. Zabývá se kvalitou života seniorů a možnostmi trávení volného času seniorů v domácím prostředí a seniorů žijících v pobytových zařízeních. Zmiňovány jsou i sociální služby poskytované seniorům. Ve třetí kapitole jsou zmíněny nejčastější onemocnění a diagnózy provázející seniorský věk a zdravotnická péče o seniory. Popsána je sociální péče o staré lidi.

Empirická část se zabývá úrovní spokojenosti a důležitosti seniorů žijících v domácím prostředí a v prostředí pobytových zařízení kdy jednotlivé hypotézy jsou verifikovány či falzifikovány.

Klíčová slova

Kvalita života, stáří, stárnutí, sociální stáří, biologické stáří, psychologie stárnutí, gerontologie, geriatrie, stařecké diagnózy, sociální služby.

Annotation

This thesis is focused on the quality of the life of seniors. It compares the feelings of the satisfaction and the importance of seniors living either at home or in retirement facilities.

The text consists of teoretical and empirical parts. The theoretical section is divided into three chapters. The first chapter deals with old age and developmental stages. Furthermore, there are specified the biological, social and psychological changes of aging. It also defines conceptions as gerontology or geriatrics. The second chapter deals with the quality of life and the definition of this concept. It presents the quality of life of seniors and the leisure time opportunities of those living at home or living in retirement facilities. Social services provided to seniors are mentioned, too. The third chapter describes the most common illnesses and diagnosis related to senior age and the medical care of seniors. Characterisation is also given about the social services to older people. The empirical part focuses on the level of satisfaction and the importance feelings of seniors living at home environment and in retirement facilities. The particular hypotheses are verified or falsified.

Key words

Quality of life, old age, aging, social age, biological age, psychology of aging, gerontology, geriatrics, senile diagnosis, social services

Seznam použité literatury:

1. BAKOŠOVÁ, Z. Sociální pedagogika jako životná pomoc. Bratislava: vydavatelstvo public promotion, s.r.o., 2008, 251 s., ISBN: 978-80-969944-0-3.
2. BUIJSSEN, H. Demence. Praha: Portál, 2006, přeložila: Hana Kašparovská. 1. vyd., 136 s., ISBN 80-7367-081-X.
3. CROWLEY, CH., LODGE, H. Příští rok o rok mladší. Praha: Columbus, 2008. ISBN 978-80-7249-179-7.
4. DRAGOMIRECKÁ, E., ŠKODA, C. Kvalita života. Vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii. ČS Psychiatrie, 1997.
5. GLOSOVÁ, D. a kol. Bydlení pro seniory. Brno: Eva, 2006, 179 s. ISBN 80-7366-057-1.
6. GREGOR, O. Stárnout je kumšt. 2. vyd. Praha: Olympia, 1990, 139 s. ISBN 80-7033-040-6.
7. HALEČKA, Z. Kvalita života jako pojem a problém sociální politiky a sociální práce: Práce a sociální politika, 2001, roč. 9, č. 12. ISSN 1210-5643.
8. HAŠKOVCOVÁ, H. České ošetřovatelství 10. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 1. vyd., 72 s.
9. HAŠKOVCOVÁ, H. Spoutaný život. Praha: 3. LF UK. 1991, 331 s.
10. HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. Zdravotnické noviny, příloha Lékařské listy. Praha: Mladá Fronta. ISSN 0011-1996, 203, roč. 52, č. 5 s. 27-29.

11. JANEČKOVÁ, H. Životní události a kvalita života. In Kvalita života a zdraví. Praha: Triton, 2005, 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
12. JESENSKÝ, J. Andragogika a gerontagogika handicapovaných. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7066-941-1.
13. JUNKOVÁ, J. Možnosti trávení volného času seniorů, Čelákovice, 2010 68 s.
14. KALVACH, Z. Co vás zajímá o stáří. 2. vyd. Praha: Ústav zdravotní výchovy, 1986.
15. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. Stáří. Praha: Galén, 2006, 44 s. ISBN 80-7262-455-5.
16. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, J. Motivační prvky při práci se seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
17. KOLEKTIV. Jak se dožít 120 let podle systému Paula Bragga. Bratislava: Arimes, 2006. ISBN 80-89227-41-4.
18. KOVALČÍKOVÁ, D. Bezbariérové řešení objektů pro seniory, Sociální péče, 2008. ISSN 1213-2330.
19. KOZÁKOVÁ, Z., MÜLLER, O. Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 54 s. ISBN 80-244-1552-6.
20. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany. Ostrava: Anag, 2003. ISBN 80-7263-168-3.
21. KURIC, J. a kolektiv Ontogenetická psychologie. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986, 264 s., Edice učebnice pro vysoké školy.

22. LANGMAJER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. Vývojová psychologie. Praha: Grada, 2006, 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
23. LIVEČKA, E. Výchova ke stáří a ve stáří. Praha: Svoboda, 1982.
24. MICHALÍK, J. Poradenství uživatelům sociálních služeb. 1.vyd. Olomouc: Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených–sekce vzdělávání, 2008, 142 s. ISBN 978-80-903658-2-7.
25. MÜHLPACHR, P. Gerontopedagogika. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2.
26. MÜHLPACHR, P. Schola gerontologica. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3838-1.
27. MÜHLPACHR, P. Vývoj ústavní péče (Filosoficko – historický pohled). Brno: Masarykova univerzita, 2001. ISBN 80-210-2512-3.
28. MÜHLPACHR, P., STANÍČEK, P. Geragogika pro speciální pedagogy. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-210-2510-7.
29. NOVOTNÁ, L., HROCHOVÁ, M., MIŇHOVÁ, J. Vývojová psychologie. 3. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita, 2004, 82 s. ISBN 80-7043-281-0.
30. PACOVSKÝ, V. O stárnutí a stáří. Praha. 1.vyd. Avicenum, 1990, 135 s. ISBN 80-201-0076-8.
31. PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H. Gerontologie. Praha: Avicenum, 1981. ISBN 08-044-81.
32. PAYNE, J. a kol. Kvalita života zdraví. Praha: Triton 2005, ISBN 80-7254-657-0.

33. PIDRMAN,V., KOLIBÁŠ,E. Změny v jednání seniorů. Praha: Galén, 2005. 1. vyd. 189 s. ISBN 80-7262-363-X.
34. PODMOLÍKOVÁ,H. Kvalita života osob seniorského věku, Diplomová práce, Olomouc, 2010, 112s.
35. PROKOP,J. Spiritualita umírajících pacientů. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita., 2006, 140 s. ISBN 80-210-4131-5.
36. RENOTIÉROVÁ,M. Somatopedie-Andragogika 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 37 s. ISBN 80-244-1203-9.
37. RHEINWALDOVÁ, E. Novodobá péče o seniory. Praha: Grada Publishing, 1999, 88 s., ISBN 80-7169-828-8.
38. ŘÍČAN, P. Cesta životem. Praha: Portál, 2004, 392 s. ISBN 80-7178-829-5.
39. SCHMEIDLER, K. Kvalita života starších spoluobčanů ve vztahu k jejich mobilitě. Urbanismus a územní rozvoj, ročník VIII, číslo 2/2005, s 29-32.
40. SIMAJCHL, L. Stáří. A.M.I.M.S., 2004.
41. SOKOL, R., TREFLOVÁ,V. Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb. Praha: ASPI, 2008, 1. vyd. 444 s. ISBN 978-735-316-4.
42. STYX, P. O psychiatrii. Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi. Brno: Computer press, 2003, 178 s. ISBN 80-7226-828-7.
43. SÝKOROVÁ, D. Autonomie ve stáří. Nakladatelství Praha: SLON, 2007. 1. vyd., 285 s. ISBN 978-80-86429-62-5.
44. SÝKOROVÁ, J. Standardy sociálních služeb. Praha: Český helsinský výbor, 2004. 1. vyd., 56 s. ISBN 80-86436-15-2.

45. SVATOŠOVÁ, M. Odborný časopis Sociální služby listopad 2010. Téma čísla „Týden sociálních služeb ČR.“
46. ŠIPR, K. Jak zdravě stárnout. 1. vyd. Rosice u Brna: Gloria, 1997. ISBN 80-901834-1-7.
47. ŠTILEC, M. Program aktivního stylu života pro seniory. Praha: Portál, 2004, 135 s. ISBN 80-7178-920-8.
48. VAĎUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska. 1. vyd., Brno: Masarykova univerzita, 2005, 145 s., ISBN 80-210-3754-7.
49. Vágnerová, M. Vývojová psychologie II dospělost a stáří. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
50. WOLF, J. a kol. Umění žít a stárnout. 1. vyd. Praha: Svoboda, 1982. ISBN 25-124-8.

Internetové zdroje:

51. <http://www.senio.cz/index.php?w>
BURKOVÁ, J. Stárnout na dobrý způsob, 2004

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 1: Dotazník

**Dotazník kvality života
(SQUALA)**

Pořadové číslo_____

ID. Číslo_____

Vožená paní, vážený pane,
cílem tohoto dotazníku je hodnocení kvality života.

V první části dotazníku vás prosíme, abyste odpověděli, jaké hodnoty považujete v životě za důležité, jak si jich ceníte. Ve druhé části zjišťujeme, nakolik jste Vy osobně spokojen(a) v různých oblastech života.

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

Děkuji za spolupráci na naší výzkumné práci.

DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Zaškrtněte, prosím, odpovídající položky

1) Pohlaví

Muž.....1

Žena.....2

2) Věk _____

3) Bydlíte v:

Obci do 10 000 obyvatel.....1

Měště nad 10 000 do 50 000 obyvatel.....2

Měště nad 50 000 do 100 000 obyvatel.....3

Velkoměště nad 100 000 obyvatel.....4

4) Ukončené vzdělání

Neukončené vzdělání.....	1
Základní.....	2
Střední bez maturity.....	3
Střední s maturitou.....	4
Vysokoškolské.....	5

5) Zaměstnání

- a) Jste soukromník?.....ano-ne
- b) Zaměstnáváte další osoby.....ano-ne
- c) Pokud pracujete, uveďte své hlavní zaměstnání:
- d) Pokud nepracujete, uveďte jeden z důvodů:
 - studující.....1
 - mateřská dovolená.....2
 - v domácnosti.....3
 - důchodce (neprac.).....4
 - v invalidním důchodu.....5
 - t.č. nezaměstnaný(á)
 - hledající práci.....6
 - voják zákl. služby.....7
 - jiné.....8

6) Hmotné zabezpečení

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

výrazně podprůměrné	mírně podprůměrné	průměrné	mírně nadprůměrné	výrazně nadprůměrné
------------------------	----------------------	----------	----------------------	------------------------

7) Rodinný stav

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

8) Máte děti?

- ano – ne
- pokud ano, pak počet dětí žijící s vámi.....

Hodnocení důležitosti

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

	nezbytné	velmi důležité	středně důležité	málo důležité	bezvýznamné
1)Být zdravý					
2)Být fyzicky soběstačný					
3)Cítit se psychice dobře					
4)Příjemné prostředí a bydlení					
5)Dobře spát					
6)Rodinné vztahy					
7)Vztah s ostatními lidmi					
8)Mít a vychovávat děti					
9)Postarat se o sobě					
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					
21)Pravda					
22)Peníze					
23)Dobré jídlo					

Je ještě něco, co považujete v životě za důležité?

Hodnocení spokojenosti

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

	zcela spokojen	velmi spokojen	spíše spokojen	nespokojen	velmi zklamán
24)Zdraví					
25)Fyzická soběstačnost					
26)Psychická pohoda					
27)Prostředí k bydlení					
28)Spánek					
29)Rodinné vztahy					
30)Vztah s ostatními lidmi					
31)Děti					
32)Péče o sebe sama					
33)Láska					
34)Sexuální život					
35)Účast v politice					
36)Víra					
37)Odpočinek					
38)Koníčky					
39)Pocit bezpečí					
40)Práce					
41)Spravedlnost					
42)Svoboda					
43)Krása a umění					
44)Pravda					
45)Peníze					
46)Jídlo					