

Kvalita života seniorů využívajících terénní pečovatelskou službu

Bc. Zuzana Mikulášková

Diplomová práce
2020



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Zuzana Mikulášková**
Osobní číslo: **H180234**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Kvalita života seniorů využívajících terénní pečovatelskou službu**

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti kvality života seniorů, problematiky seniorů v domácím prostředí a terénní pečovatelské služby.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření v terénní pečovatelské službě.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **Tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. Praha: Panorama, 1990. ISBN 978-80-7038-158-2.

CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1369-4.

KŘIVOHLAVÝ, J. Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3604-4.

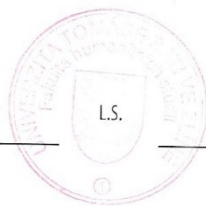
VAĐUROVÁ, H., MUHLPACHR, P. Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska. 1. vyd., Brno: MU, 2005, 145 s., ISBN 80-210-3754-7.

VENGLÁŘOVÁ, M. Problematické situace v péči o seniory. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Helena Skarupská, Ph.D.
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: 4. října 2019
Termín odevzdání diplomové práce: 24. dubna 2020



Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

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

Ve Zlíně dne 8. ledna 2020

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně

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

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

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

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

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

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

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

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

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

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

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

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá v teoretické části aspekty stáří, kvalitou života seniorů a pečovatelskou službou. V praktické části zkoumá kvalitu života seniorů, kteří využívají terénní pečovatelskou službu, pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF, na jehož vytvoření se podílela Dragomirecká. Získané výsledky jsou vyhodnoceny pomocí T-Testu a pomocí analýzy rozptylu ANOVA. Výzkumný soubor tvořilo 50 seniorů ve věkových kategoriích mladí senioři, staří senioři a velmi staří senioři ze Zlínského kraje. Bylo prokázáno, že mezi muži i ženami nejsou rozdíly v kvalitě života v jednotlivých dimenzích. Rozdíly v kvalitě života v závislosti na rodinném stavu byly významné v dimenzi prožívání, sociální vztahy a prostředí, naopak bylo zjištěno, že kvalita fyzického zdraví není závislá na rodinném stavu. Co se týče dimenze fyzického zdraví, tak bylo zjištěno, že rozdíly zde zjištěné v závislosti na věku jsou významné, a naopak kvalita prožívání, sociálních vztahů a prostředí není závislá na věku.

Klíčová slova: senioři, kvalita života, terénní pečovatelská služba, standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF, Likertova škála

ABSTRACT

Diploma thesis deals with aspects of old age, quality of life of seniors and home care service in the theoretical part. In the practical part, it examines the quality of life of seniors who are using the home care services. For examining was used a standardised questionnaire WHOQOL-BREF in which creating took part Dragomirecká. The obtained results are evaluated by T-Test and analysis of variance ANOVA. The research sample consisted of 50 seniors who were divided into groups of young seniors, old seniors and very old seniors. All of participants were currently living in Zlín region. It has been shown that there are no differences in the quality of life in individual dimensions between men and women. Differences in quality of life depending on marital status were significant in the dimension of experience, social relationships and environment. On the other hand, it was found that the quality of physical health does not depend on marital status. Regarding the dimension of physical health, it was found that the differences found here depending on age are significant and conversely the quality of experience, social relationships and environment is not dependent on age.

Key words: seniors, quality of life, home care, standardized questionnaire WHOQOL-BREF, Likert scale

Velmi děkuji své vedoucí diplomové práce PhDr. Heleně Skarupské, PhD. za její neskonalou vstřícnost, cenné rady a trpělivost, kterou prokázala při psaní diplomové práce. Rovněž nemohu opomenout poděkování své rodině, přátelům a všem, kdo mě podporovali a povzbuzovali. Všem patří můj vřelý dík.

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

OBSAH

ÚVOD.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 STÁŘÍ.....	11
1.1 KATEGORIZACE STÁŘÍ.....	12
1.1.1 Strategie přijetí stáří.....	14
1.1.2 Teorie stárnutí.....	16
1.2 ZMĚNY VE STÁŘÍ.....	17
1.2.1 Gerontologie.....	17
1.2.2 Gerontopsychologie.....	18
1.2.3 Psychické změny ve stáří.....	19
1.2.4 Fyzické změny ve stáří.....	20
1.2.5 Sociální změny ve stáří.....	20
2 KVALITA ŽIVOTA.....	22
2.1 DEFINICE KVALITY ŽIVOTA.....	23
2.2 DETERMINANTY KVALITY ŽIVOTA.....	24
2.3 POTŘEBY SENIORŮ.....	26
2.3.1 Maslowova pyramida.....	28
2.3.2 Dům potřeb podle Chloubové.....	29
2.3.3 Kruhový model potřeb podle Kopsova.....	31
3 PÉČE O SENIORY V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ.....	33
3.1 AKTIVNÍ STÁRNUTÍ.....	34
3.2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY.....	36
3.2.1 Příspěvek na mobilitu.....	37
3.2.2 Příspěvek na zvláštní pomůcku.....	37
3.2.3 Průkaz osoby se zdravotním postižením.....	38
3.2.4 Příspěvek na péči.....	39
3.2.5 Příspěvek na bydlení.....	40
3.2.6 Starobní důchod.....	41
3.3 TERÉNNÍ PEČOVATELSKÁ SLUŽBA.....	42
3.3.1 Komunitní sociální práce se seniory.....	45
3.3.2 Komunikace se seniory.....	47
3.4 RIZIKOVÉ SITUACE SPOJENÉ SE STÁŘÍM.....	48
3.4.1 Ageismus.....	49
3.4.2 Ekonomická situace seniorů.....	50
3.4.3 Domácí násilí páchané na seniorech.....	50
3.5 SHRUTÍ.....	52
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	54
4 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	55
4.1 CÍLE VÝZKUMU.....	56
4.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	57
4.3 VÝZKUMNÁ METODA A TECHNIKA.....	59
5 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT.....	60

JAKÁ JE KVALITA ŽIVOTA V CELKOVÝCH I JEDNOTLIVÝCH DIMENZÍCH	60
5.1.1 Dílčí výzkumný cíl 1: Zjistit, zda existují rozdíly v míře kvality života v závislosti na pohlaví.	61
5.1.2 Dílčí výzkumný cíl 2: Zjistit, zda existuje souvislost mezi mírou sociálních vztahů a rodinným stavem.	63
5.1.3 Dílčí výzkumný cíl 3: Zjistit, zda existují rozdíly v míře kvality života seniorů v závislosti na věku.	67
5.2 ZÁVĚRY VÝZKUMU.....	69
5.3 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	72
ZÁVĚR	74
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	76
SEZNAM OBRÁZKŮ	80
SEZNAM GRAFŮ	81
SEZNAM TABULEK.....	82
PŘÍLOHA P I: OBJEDNÁVKOVÝ FORMULÁŘ ČESKÉ VERZE.....	84
PŘÍLOHA P II. DOTAZNÍK	85
PŘÍLOHA P III: TABULKY ZOBRAZENÍ VÝSLEDKŮ Z JEDNOTLIVÝCH DOMÉN (FYZICKÉ ZDRAVÍ, PROŽÍVÁNÍ, SOCIÁLNÍ VZTAHY, PROSTŘEDÍ)	89
PŘÍLOHA P IV: TABULKY ODPOVĚDÍ Z DOTAZNÍKU 1-26.....	91

ÚVOD

Stárnutí člověka patří k přirozeným jevům každého lidského života. V současné době se lidé dožívají vysokého věku. Demografické údaje, a to nejen v České republice, ale i v celé Evropě ukazují, že populace stárne. Můžeme hovořit o nástupu dlouhověkosti ve společnosti, kdy senioři představují významnou část populace. Toto stárnutí je charakterizováno svými specifiky a změnami. Může se jednat o změny psychiky, zdraví a někdy i o změny prostředí, ve kterém senioři žijí.

Předkládaná diplomová práce se zabývá kvalitou života seniorů, kteří využívají terénní pečovatelskou službu. Téma života seniorů je velmi poplatné dnešní době, neboť úroveň každé společnosti se pozná podle toho, jak pečuje o své nejslabší články. Kvalita života seniorů je přímo úměrná tomu, jak jsou uspokojovány jejich životní potřeby. Přitom průběh stáří se odvíjí od zdravotního stavu a sociálních okolností každého jedince. Snad každý člověk, který má stárnoucí rodiče, se zamýšlí nad tím, jak se postará o potřeby rodičů v momentě, kdy už nebudou schopni se o sebe sami postarat, jak jim zabezpečí kvalitní život. Často musí řešit dilema, zda tuto péči zabezpečí pomocí svých vlastních sil, anebo využijí některé nabízené formy pomoci, převážně pomoci sociálních služeb, ať už terénních, ambulantních, či pobytových.

Cílem diplomové práce je zjistit, do jaké míry prožívají kvalitní život senioři ve svém domácím prostředí, kdy jim vypomáhá terénní pečovatelská služba.

Diplomová práce se člení do dvou hlavních částí, teoretické a praktické. Teoretická část diplomové práce je rozdělena do tří kapitol. První kapitola se zabývá vymezením pojmů kvalita života, životní potřeby a vymezením pojmů spojených s kvalitou života. Druhá kapitola se zabývá vymezením pojmů, které se týkají seniorů, projevům stárnutím a změnám, které stáří doprovázejí ať už psychické, tak i fyzické. Třetí kapitola se zabývá terénní pečovatelskou službou, její definicí a fungování.

Praktická část diplomové práce je realizována formou kvantitativního výzkumu pomocí standardizovaného dotazníku zaměřeného na kvalitu života podle Dragomirecké WHOQOL OLTD.

Doufám, že výsledky diplomové práce budou jako podněty sloužit ke zkvalitnění péče o seniory a k zamyšlení, jak pomoci seniorům prožít svůj život důstojně s ohledem na uspokojování jejich potřeb v domácím prostředí za pomoci terénní pečovatelské služby.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁŘÍ

„Stupeň úcty ke stáří udává stupeň ušlechtilosti a pravé ceny u všech národů a kultur.“

Ladislav Klíma

Stáří a stárnutí je součástí každodenního života člověk od nepaměti. Provází ho již od okamžiku zrození, někteří autoři dokonce uvádí, že člověk jde vstříc svému stáří okamžikem zplození.

„Každý stárne. I ten, kdo si myslí, že se ho stáří netýká, se pomalu a jistě blíží k obávané hranici, kdy „oficiálně“ začíná stáří. A protože existuje odklon od osobní problematiky stáří, stává se, že se zvyšuje past mezi mládím a stářím. Člověk moderní doby prostě nechce vidět, nechce slyšet, nechce být starý. Nechce být starý fakticky, ale ani si nepřeje, aby se o stáří mluvilo“ (Haškovcová, 2010, s. 9).

„Senioři se stávají významnou cílovou skupinou mnoha vědních disciplín, tedy i sociální práce. Jejich cílová skupina má řadu charakteristických znaků, které je třeba v kontextu teorie a praxe sociální práce analyzovat“ (Mühlpachr, 2017, s. 22).

"Starší člověk se musí neustále přizpůsobovat novým problémům a nepříznivým změnám a musí tak činit v době, kdy jsou jeho kompetence vlivem stáří (nebo i chorob) více či méně limitovány. (Takovou ztrátou může být odchod do důchodu, smrt partnera, umístění do nemocnice, ztráta soukromí vlastního bytu apod.). Minulé zkušenosti nebývají pro řešení takových situací použitelné, jde o něco zcela nového, přinejmenším svou definitivností a neodvolatelností“ (Vágnerová, 2007, s. 305).

Janiš se Skopalovou (2016, s. 41) udávají, že, *„stáří je proces, který je charakterizován několika obecně pozorovatelnými změnami“*. Autoři (tamtéž) dále charakterizují změny podle Petříkové a Čornaničové (2004), jako *„nezvratné a postupně oslabují a omezují funkci organismu. Jak již bylo zmíněno, lidé nestárnou stejně, stárnutí je proces individuální, podmíněný genetikou a ovlivněný životosprávou, proto ne všechny poznatky stáří se vyskytují u všech lidí stejně, ve stejné věkové kategorii“*.

1.1 Kategorizace stáří

V této podkapitole se budeme zabývat kategorizací stáří, které si vymežíme podle Müllera, který zvolil kategorizaci podle Jesenského, a dále kategorizaci stáří podle Haškovcové. Rovněž zde zmíníme názor na věkovou kategorizaci některých seniorů.

„Vzhledem k neoddiskutovatelnému faktu, že stáří je značně variabilním a proměnlivým fenoménem, nelze ho ani zcela jednoznačně vymežit, klasifikovat, popsat. Nejběžnějším a nejpraktičtějším měřítkem je kalendářní (chronologický) věk, avšak existují i jiná měřítka“ (Müller, 2013, s. 17).

Müller (2013, s. 17) počátek chronologického stáří udává věk 65 let, kdy o vlastním stáří hovoří kolem 75 let. Jeho výhodou je, že jej lze jednoznačně vymežit, což je využitelné při vytyčení různých normativně stanovených kategorií, např. důchodového věku. Müller (2013, s. 17) člení stáří podle Jesenského (2000):

- *„65-74 let-mladí senioři (dominuje problematika penzionování, přebytku volného času, náhradních aktivit a seberealizace);*
- *75-84 let-staří senioři (dominuje problematika adaptace na snižování funkční zdatnosti, tolerance zátěže, specifického stonání, osamělosti);*
- *85 let a více: velmi staří senioři (dominuje problematika soběstačnosti a zabezpečení). Věk obvykle nad 90 let (někdy nad 85 let) je označován jako dlouhověkost a počet lidí, kteří se ho dožívají, stoupá“.*

Naopak někteří lidé s věkem nad 65 let se označení senior brání, protože dle nich je „označení „senior/senioři“ vágní, neurčité. Jde o početnou, velmi různorodou skupinu občanů zásadně se navzájem lišících věkem, zdravím, vzděláním, příjmy, zdatností, možnostmi, zájmy a řadou dalších charakteristik. Při vymezení věkem 65+ jde o dva miliony, tedy o 20 % obyvatel ČR. Podstatná část z nás se v tomto věku těší dobrému zdraví, pracuje, zastává významné funkce v byznysu, poskytuje zkušenost v organizacích, institucích, samosprávách, ale například i v lékařských ordinacích a jiných expertních pozicích. Nevytvářejme dojem „nemohoucích starců a stařen“. Jiní z nás, starších i mladších lidí, naopak trpíme chorobami, které zhoršují náš funkční stav, omezují naši soběstačnost i odolnost, a tak zvyšují naši zranitelnost všemi zátěžemi včetně infekcí. Především na tyto stavy a situace soustředíme svou pozornost. Směšování různorodých lidí do jedné, kalendářním věkem definované skupiny, vůči níž se přijímají stereotypní opatření, je

nebezpečné a nežádoucí. Hrozí nevyužití lidských schopností, ponižující stigmatizace a segregace na jedné straně a přehlédnutí, zanedbání péče, strádání a ohrožení života těch potřebných na straně druhé. Současně vede zmatení pojmů k neúčelnosti a neúčinnosti finančních výdajů i nesystémovému využívání kapacit zdravotních a sociálních služeb“ (ageimus©2020).

„Odborníci mají celou řadu důvodů, o kterou opírají své více či méně originální členění lidského života. V běžném životě je však vše zastíněno obvyklou praxí, kdy za starého člověka je považován každý, kdo dosáhl penzijního věku. I přes rozdíly penzijních systémů mezi jednotlivými státy je jím většinou 65letý občan. Jak se zvyšuje věková hranice pro odchod do penze, „posunuje“ se i věkové pásmo, které označujeme jako stáří. Proto se rané nebo začínající stáří datuje do věkového pásma 65-74 let, což dobře odpovídá představě „mladých seniorů“. V poslední době se v odborné literatuře právě pro mladé seniory vyskytuje také označení young old nebo jen old, zatímco termín old old je rezervován pro „staré staré“, tedy pro osoby starší 75 resp. 80 let“ (Haškovcová, 2010, s. 21).

Podle Haškovcové (2010, s. 21) „ti, kteří překročili 85. rok věku, jsou označováni jako very old old, tedy „velmi staří staří“, neboli dlouhověcí. Tato terminologická hra má dle autorky své opodstatnění. Zatímco u mladých seniorů je v popředí pozornosti problematika penzionování, možnosti dalších aktivit a seberealizace ve „volném čase, pro staré seniory jsou aktuální častější zdravotní obtíže i nemoc, případně osamělost“.

Hudáková, Majerníková (2013, s. 25) uvádějí, že Organizace spojených národů udává jako „vstup do stárnutí“ věk 65 let, kdy největší změny stáří se začínají vyskytovat u osob ve věku nad 75 let.

Evropa prochází v současné době silnou demografickou krizí, kdy postupně narůstá podíl obyvatel v postproduktivním věku. To vše může být spojeno s dlouhověkostí obyvatel, ke které může přispívat dobrá lékařská péče, lepší sociální i finanční stabilita a v neposlední řadě zvyšující se kvalita života.

1.1.1 Strategie přijetí stáří

V této podkapitole se budeme zabývat strategiemi přípravy na stáří. Je na každém, jakou strategii si kdo zvolí. Zde uvádíme mimo jiné i 5 P, se kterými přichází přední český psycholog Švancara a mohou posloužit jako kvalitní návod k této přípravě.

„Celý život potřebujeme dostatek vnitřní životní energie. Čerpáme ji především ze vztahů k druhým, k prostředí, ale i sobě samým. V každém věku, a ve stáří obzvláště, je nutné svůj pozitivní vztah opírat o drobné radosti. Měli bychom se naučit přijímat svá omezení, která přicházejí s věkem, a naučit se směřovat svoji energii k jiným životním hodnotám“ (Dvořáčková, 2012, s. 16).

„Přední český psycholog Švancara doporučuje v duševní hygieně a pro dobrou adaptaci ve stáří usilovat o naplňování „5 P“, kterými jsou:

- **perspektiva** – zachovat, upřesňovat a pěstovat svůj životní program a pozitivní výhled do budoucna,
- **pružnost** – zůstat otevřený novým podnětům, usilovat o pochopení nových dějů i nových postupů, i ve stáří se vzdělávat, mít zájem o dění kolem,
- **prozíravost** – vidět věci v souvislostech, vybírat přiměřené cíle a činnosti, připravit se na různé ztráty a obtíže, které stáří často přináší, přemýšlet o jejich kompenzaci, včas zajistit vhodné bydlení i finanční prostředky pro klidný a aktivní život po penzionování,
- **porozumění** – usilovat o pochopení druhých, o dobré vztahy v rodině i mimo rodinu, snažit se pozitivně myslet, nepropadat úzkosti, vyčítání, poučování a hádavosti
- **potěšení** – pěstovat aktivně dobrou náladu, mít se na čem těšit, umět užívat drobných radostí všedního dne“ (Příbyl, 2015, s. 25).

Adaptací člověka na stáří se věnují mimo jiné i autoři Pacovský, nebo Šimíčková-Čížková. Dle Šimíčkové-Čížkové (2010, s. 157-158) záleží na mnoha faktorech. *„Rozhodující zůstává osobnost v kontinuitě celého dosavadního života. Bromley rozlišuje pět strategií adjustace na stáří:*

1. **Konstruktivnost.** *Je jednoznačně nejoptimálnější strategií. Geront je spokojený, má smysl pro humor, navazuje osobní vztahy s ostatními lidmi. Má optimistický postoj k životu, je soběstačný, tolerantní a přizpůsobivý. Má své zájmy, které stále rozvíjí a*

současně se smířil s faktorem stárnutí. Do minulosti hledí bez hořkosti a ničeho nelituje. Je smířený se smrtí, ale do budoucna hledí s perspektivou.

2. *Závislost. Geront je pasivní a nesoběstačný. Očekává, že jeho potřeby citové a materiální uspokojí druzí. Snadno se unaví a rád odpočívá. Ve vztahu k druhým lidem je opatrný a podezřívavý. Obává se o narušení své bezpečnosti a pohodlí. Žádná činnost jej neuspokojuje. Centrem jeho zájmu je vlastní osoba. Své problémy zveličuje, což mu umožňuje snadnější manipulaci s lidmi, kteří jsou v jeho blízkosti.*
3. *Obranný postoj. Předcházející život tohoto geronta byl plný aktivit a spíše profesionálně orientován. Z tohoto důvodu se geront obává jakékoliv závislosti a hrozící ztráty aktivního života. Není schopen smířit se se svým stárnutím a hledá neustále různé činnosti. Je soběstačný a odmítá jakoukoliv pomoc. Na udržování společenských kontaktů nemá čas.*
4. *Nepřátelství. Lidé, kteří patří do této kategorie, měli již v předcházejícím životě neustále meziosobní konflikty. Mají tendenci svalovat vinu na druhé., jsou agresivní, podezřívaví a kverulantští. Jsou dogmatictí a neústupní ve svých postojích a zvycích. Nejsou schopni konstruktivně reagovat na problémy stáří. Častokrát se velmi brání i ztrátě zaměstnání. Vůči lidem, hlavně mladým, se chovají nepřátelsky, protože jim závidí. Jejich zájmová činnost spočívá v psaní anonymů, stížností a udání. Žijí většinou osaměle, rodina i ostatní lidé se jim spíše vyhýbají. Nejsou a nikdy nebyli schopni tolerance, lásky, rozumu.*
5. *Sebenenávisť. Na rozdíl od předcházející skupiny tato skupina gerontů obrací svou nenávisť vůči sobě. Nejsou schopni zaujmout konstruktivní postoj ke stáří, i když jsou smířeni s faktem smrti. Smrt berou jako vysvobození ze svého promarněného života. Nemívají koníčky, spíš se vymlouvají na svou nemohoucnost. Jsou pesimističtí a považují se za oběti svého osudu cítí se osamělí, ale sociální kontakt nevyhledávají. V komunikaci jsou lítostiví a depresivní k narušení jejich sebepojetí došlo samozřejmě mnohem dříve. Tito jedinci jsou ze všech strategií nejvíce disponovaní k depresím a následným sebevraždám“.*

„Stárnutí a stáří přijímá člověk různě vzhledem ke svému aktuálnímu věku a zkušenosti se životem s člověkem různě vzhledem ke svému aktuálnímu věku a zkušenosti se životem s člověkem starší generace. Nesporné však je, že vnímání a chápání stáří vytváří společnost sama. Od toho se potom odvíjí sebereflexe starších. Ti se potom cítí buď dobře, nebo špatně,

podle převahy způsobu a hodnocení jejich věkové skupiny. Zároveň platí zásada, že sebehodnocení a sebereflexe je věc vysoce individuální a má pro každého člověka zvláštní náplň“ (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 59.).

1.1.2 Teorie stárnutí

Křivohlavý (2002) uvádí tři teorie stárnutí, a to biologické teorie stárnutí, teorie vážnutí imunologického dozoru a teorie ubývání nervových buněk a změn v mozku.

„Biologické teorie stárnutí

V průběhu několika minulých desetiletí byla publikována řada biologických teorií stárnutí. Nejde o „novum“. Pohled do prací klasiků ukazuje, že se o něco podobného pokoušeli již v antice-např. Aristoteles, Hippokrates, Galenos atp. Uvedme některá z modernějších pojetí:

Teorie vážnutí imunologického dozoru

Tato teorie vychází z poznatků změn v činnosti imunitního systému (zvláště činnosti thymu-brzlíku). Ten se od 12 let věku člověka výrazně zmenšuje a od 40 let věku je zřejmě již funkčně zcela neúčinný. Stárnutí je pak ovlivněno vyčerpáním obranného buněčného systému.

Posledně zde uvedená teorie, zvaná též teorie biologických hodin (kterou zastává mj. i nositel Nobelovy ceny F. M. Burnet) upozorňuje na dobře známý jev z běžné lékařské praxe: jakmile zestárne imunitní systém a dojde k atrofii systému závislého na thymu, vymizí v daném organismu udržovací procesy a – podle F. M. Burneta – „všechna zla stárí se uvolňují z řetězu“.

Teorie ubývání nervových buněk a změn v mozku

Soustavná zkoumání ukázala, že například v mozku dochází v průběhu stárnutí k výrazným biochemickým změnám v neuronech. Ukázalo se však, že ubývání buněk v mozku není stejnoměrné ve všech partiích mozku (podstatně mírnější je ubývání nervových buněk v míše). Na druhé straně se však ukázalo (viz práce Freda Gage ze Salk Institute for Biological Studies v San Diegu), že některé mozkové buňky mohou nově vznikat i v dospělosti. Záviselo to však na intenzitě mentální aktivity a „trénování“ mozku, tj. na tzv. duševním cvičení. Tam, kde byl mozek duševní činností intenzivněji namáhán, byla zjištěna vyšší produkce nurotrofinu. To vedlo F. Gage k formulování obecnějšího závěru: „Čím je mozek více namáhán, tím je více ochoten produkovat nové buňky.“ (Křivohlavý, 2002, s. 138).

1.2 Změny ve stáří

Na začátku této kapitoly si stručně vymežíme pojem gerontologie a gerontopsychologie. Poté přejdeme k samotným změnám ve stáří a to psychickým, fyzickým a v neposlední době i sociálním změnám.

Podle Hrozenkové, Dvořáčkové (2013, s. 30-31) je *„stárnutí biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nakódovaný, nezvratný, neopakuje se, jeho povaha je různá, zanechává trvalé stopy, jeho rozvoj se řídí druhově specifickým časovým zákonem. Taktéž podléhá formálním vlivům prostředí“*.

1.2.1 Gerontologie

„Gerontologie jako obor shrnující poznatky zaměřené na stárnutí a stáří (respektive na problematiku osob ve stáří a života ve stáří) nabízí speciálněpedagogické gerontagogice možnost poznání, porovnávání a následně svébytného rozvíjení některých pro ni stěžejních témat-hlavně aspektů naplňování specifických potřeb a zkvalitňování života seniorů. Velmi aktuálním společným tématem je pojetí možností pozitivní ovlivnitelnosti funkčního a zdravotního stavu ve stáří“ (Müller, 2013, s. 13).

Müller (2013, s. 14) dělí gerontologii do tří hlavních proudů a to:

- *„gerontologie experimentální se zabývá otázkami, proč a jak živé organismy stárnou (v současnosti se rozvíjí především na molekulární úrovni);*
- *gerontologie sociální se zabývá vztahem starého člověka a společnosti – zahrnuje aspekty demografické, ekonomické, politické, sociologické, psychologické, antropologické, pedagogické, etické, právní, urbanistické i další;*
- *gerontologie klinická (či geriatrie) se zabývá zdravotním a funkčním stavem osob ve stáří“.*

Müller (2014, s. 14) uvádí, že *„geriatrie je medicínský obor zaměřený na kvalitu života seniorů v kontextu zdraví, zejména na stav a potřeby geriatrických klientů a na zvláštnosti ve výskytu, klinickém obraze, průběhu, léčení a další souvislosti chorob ve stáří“*.

„Toto předmětné zaměření je pro speciálněpedagogickou gerontagogiku důležité, neboť:

- *pomáhá pochopit stav a potřeby klienta;*
- *pomáhá pochopit hranici mezi změnami involučními a chorobnými (tedy pochopit normu ve stáří);*

následně pomáhá určovat potřebné kompetence pro péči“ (Müller, 2014, s. 14).

„Součástí gerontologie je gerontopsychologie, obor zabývající se psychologickými aspekty stárnutí, především problémy adaptace, smyslu života, úrovní intelektových výkonů atp.“ (Müller, 2013 s. 13).

1.2.2 Gerontopsychologie

„Gerontopsychologie (či gerontologická psychologie) je součástí vývojové psychologie a studuje psychické změny v průběhu stárnutí a stáří. Tuto problematiku nezkoumá odděleně od ostatních fází lidského vývoje, ale tvoří poslední fázi ontogeneze lidské psychiky.“ (Holásková a kol. 2010, s. 141).

„Hlavním cílem gerontopsychologie je v součinnosti s vědami biologickými a sociálními najít cestu, jak udržet duševní zdraví stárnoucího člověka, jak připravit člověka na příchod involučních procesů, které zákonitě vystupňují fyziologické a psychické změny. Období stárnutí a stáří, i když je v současnosti předmětem zájmu vývojové psychologie, je probádáno mnohem méně než období dětství a dospívání. Dřívější výzkumy zvýhodňovaly poznatky o normálním průběhu stárnutí-o zdravém stárnutí-chyběly“ (Holásková a kol. 2010, s. 141).

Venglářová (2007) představuje tabulku změn ve stáří, kde popisuje změny tělesné, změny psychické a změny sociální. Mezi změny tělesné řadí autorka změny vzhledu, úbytek svalové hmoty, změny termoregulace, změny činnosti smyslů, degenerativní změny kloubů, kardiopulmonální změny, změny trávicího systému (trávení, vyprazdňování), změny vylučování moči (častější nucení), změny sexuální aktivity. Dále autorka uvádí změny psychické, mezi které řadí zhoršení paměti, obtížnější osvojování nového, nedůvěřivost, snížená sebedůvěra, sugestibilita, emoční labilita, změny vnímání, zhoršení úsudku. Mezi změny sociální řadí Venglářová (2010) odchod do penze, změna životního stylu, stěhování, ztráty blízkých lidí, osamělost, finanční obtíže.

1.2.3 Psychické změny ve stáří

„Pro stáří je charakteristický pokles duševních funkcí, ovšem tento pokles je podmíněn biologickými změnami. Biologické involuční procesy vyvolávají zhoršení vnímání, zhoršení motoriky, zpomalení duševních pochodů a všech složek psychické činnosti (myšlení, paměť, citové prožívání, motivace aj.). Duševní vývoj ve stáří je současně ovlivňován vedle biologických faktorů i faktory sociálními (změny v sociálním postavení, ztráta některých sociálních rolí, zvětšování se závislosti na ostatních, omezení sociálních kontaktů atd.)“ (Holásková a kol. 2010, s. 148.)“

De Oliveira a kol. (2019) zkoumali vliv tělesné aktivity na úzkost, depresi a kvalitu života starších lidí. Účastníky rozdělili na aktivní skupinu (lidé, kteří se účastnili tělesných aktivit) a sedavou skupinu (lidé, kteří se tělesných aktivit neúčastnili). Ve výsledcích uvedli, že aktivní skupina vykazovala vyšší skóre fyzické aktivity a kvality života. Sedavá skupinka naopak vykazovala vyšší skóre u úzkosti a deprese.

Co se týče demence, tak se *„uvádí, že výskyt demence (nejen Alzheimerova typu) u seniorů nad 65 let je 3% populace, v 75 letech to je již 15% populace a po 80. roce věku pak kolem 30 % populace. Ano prevalence (výskyt) demence s věkem stoupá, nelze však tvrdit, že všichni staří lidé jsou demenční“ (Příbyl, 2015, s. 27).*

*„Příčiny vzniku onemocnění nejsou, obdobně jako účinná léčba, doposud přesně známé. Na vzniku se podílí celá řada faktorů. Předpokládá se, že někteří lidé jsou díky své genetické výbavě (**faktor dědičnosti**) k tomuto onemocnění ve zvýšené míře citliví, avšak pro propuknutí choroby samotné je zapotřebí patřičné klima (**faktor prostředí**)“ (Kroutilová Nováková, 2008, s. 116).*

*„Dlouhodobá péče o seniora s demencí představuje vysokou míru **zátěže pro laické pečující**. U těchto osob byly prokazatelně zjištěny negativní dopady v podobě vyšší míry deprese, úzkostného syndromu, sebevražedného chování, omezení sociálních kontaktů či narušení výkonu každodenních povinností. Pokud chtějí kvalitně pečovat o své blízké a zároveň si zachovat vlastní zdraví, je žádoucí, aby dodržovali patřičné zásady **psychohygieny**“ (Kroutilová Nováková, 2008, s. 118).*

„Jestliže chceme dobře pečovat o uživatele s demencí, je nutné, abychom jej nejprve dobře poznali. Věděli, jaké jsou jeho biologické, ale také psychosociální a duchovní potřeby. Byli seznámeni s jeho každodenními rituály a způsobem komunikace“ (Kroutilová Nováková, 2008, s. 11).

1.2.4 Fyzické změny ve stáří

„Z biologického hlediska, a to v závislosti na rychlosti průběhu biologických změn probíhajících u každého jedince zcela individuálně, lze stárnutí rozdělit na primární a sekundární. Primární stárnutím je definováno biologickými změnami spojenými s věkem jedince, jež nezávisí na stávajícím celkovém zdravotním stavu člověka nebo na vnějších vlivech prostředí. Oproti tomu sekundární stárnutí je dáno samotným procesem stárnutí závislým na aktuálním zdravotním stavu člověka a také vlivech okolního prostředí“ (Janiš, Skopalová, 2016, s. 44).

„Typickým jevem u stárnoucích lidí je pokles tělesné hmotnosti a výšky., který se projevuje po celé období stáří. Změny hmotnosti souvisejí se změnami tělesných proporcí, např. šířky ramen, pánve, snížení hmotnosti celé kostry, zmenšení váhy vnitřních orgánů a výrazný pokles váhy svalstva“ (Šimíčková – Čížková, 2010, s. 144).

„Otázka fyzického bezpečí je pro seniory spoje s především s potřebou žít bez bolesti. Chtějí být fyzicky soběstační, alespoň v rámci svého bytu. Je silně rozvinuta potřeba nebýt na obtíž svým blízkým. Senioři s omezenou mobilitou mají velmi často obavu z pádů. V případě opakovaných pádů je tato nejistota zesílena. K posílení pocitu bezpečí mohou napomoci kompenzační pomůcky (chodítka, madla, hole)“ (Příbyl, 2015, s. 52).

1.2.5 Sociální změny ve stáří

„V souvislosti se sociálním stářím lze hovořit o tzv. sociální periodizaci lidského života, která na základě produktivity a sociálních rolí člení lidský život do životních období, tzv. věků. První věk – předproduktivní, je obdobím dětství, mládí, růstu, vzdělávání, profesní přípravou apod. Druhý věk – produktivní, je fází dospělosti, kdy biologická, sociální i pracovní produktivita je na vrcholu. Třetí věk – postproduktivní, je obdobím, kdy dohází k penzionování, k poklesu produktivity. Čtvrtý věk bývá označován jako fáze závislosti. Označení třetího a čtvrtého věku je poněkud nešťastné pro svou implikaci představy, že stáří musí být nutně spojeno se ztrátou soběstačnosti a biologickým marasmem, což je v rozporu s konceptem zdravého stárnutí“ (Příbyl, 2015, s. 12).

„V důsledku bio-psycho-sociálních změn často dochází k vyčleňování starších lidí ze společnosti. Vznikají problémy s navazováním nových přátelských a partnerských vztahů. Strach z osamělosti a opuštěnosti se ve stáří zvyšuje“ (Dvořáčková, 2012, s. 14).

Podle Příbyla (2015., s. 12), „senioři často uvádějí strach z osamocení, opuštěnosti, z pocitu nepotřebnosti a zátěže pro rodinu. Musí čelit tzv. generační osamělosti, smířovat se se smrtí svých vrstevníků, životních partnerů. V souvislosti s uvedeným se u některých seniorů vyskytuje tzv. handicap sociální integrace, který lze chápat jako znevýhodnění či omezení možností účasti seniora na obvyklých sociálních vztazích. Jedná se o důsledek úbytku sociálních schopností, kdy se senioři často uzavírají před okolím“.

Dvořáčková (2012, s. 14) také uvádí, že „sociální struktura každé společnosti je vždy spojena se společenskými vztahy. Postoj naší společnosti ke stáří se vyvíjí a mění. S tím souvisí i společenská role seniorů a jejich společenský status. Moderní společnost vede celý život k nezávislosti. V momentě, kdy člověk odchází na tzv. „zasloužilý odpočinek“, je penzionován, dochází ke změně společenské role, připisuje se mu role „nemít roli“. Při statusu „nemít roli“ se dostává člověk do situace závislosti“.

„Rodina představuje pro každého člověka bez rozdílu věku zázemí a jistotu. Ve stáří pak dobře fungující rodina znamená v případě nesoběstačnosti seniora záruku pomoci psychické, fyzické i hmotné. Rodina navíc rozvíjí aktivity ve stáří a je výrazným referenčním rámcem života starších lidí. Senioři proto velmi oceňují dobře fungující vztahy v rodině a zázemí“ (Dvořáčková, 2012, s. 54).

2 KVALITA ŽIVOTA

„Vzdělání je nejlepší cestovné pro stáří.“

(Aristoteles)

Co je to kvalita života, podle čeho ji změřit, a dá se vůbec změřit, jak ji definovat? Je to snad materiální dostatek, dostatek zdraví, lásky, nebo je to něco co souvisí s naším zdravím, rodinou, prací, vztahy? Jedno je zřejmé, většina chce prožít svůj život v určitém komfortu, chceme být zdraví, ekonomicky a finančně zabezpečený, mít anebo patřit do rodiny, kde nás budou milovat. Odráží toto vše snad kvalitu našeho života, a kde se vlastně vzal pojem kvalita života?

„Od dávných dob si lidé přáli zlepšit svůj vlastní život. Vycházelo to z přirozené potřeby člověka být šťastný a stále více spokojený, žít stále konformněji a stále lépe uspokojovat svoje vlastní potřeby. Jedni se o to snažili po stránce materiální, jiní uvažovali spíše o rozvoji duchovním. Lze konstatovat, že od středověku až po nedávný novověk se člověk snažil aktivně změnit různé sféry svého života. O tom nacházíme mnoho poznatků v historické literatuře počínajíc Aristotelem přes Platona, Quintiliana a jiné významné filozofy“ (Mühlpachr, 2017, s. 50).

„Problematika kvality života (QOL) v posledních desetiletích proniká do mnoha vědních disciplín, zmiňme například medicínu, psychologii či sociologii. Pohled do novodobých dějin však přisuzuje první použití slovního spojení kvalita života jiné vědní disciplíně, a to ekonomii“ (Ludíková a kol, 2013, s. 9).

„Pokud mluvíme o kvalitě života, musíme mít na zřeteli hlavně hodnotu života, která je mezinárodně chráněná právem na život jako jedním ze základních lidských práv. Hodnota života je dána tím samým a kvalita života znamená naplnění této hodnoty na úrovni minimálně humánního optima a je zároveň závislá na společenských podmínkách tohoto naplnění“ (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 21).

„Kvalitu života lze zajistit individuální identifikací a uspokojováním potřeb lidí. V souvislosti s touto problematikou je nutné uvést skutečnost, že kvalita života každého člověka se v průběhu jeho života neustále mění, a to v důsledku působení celé řady faktorů-například v důsledku sociálních, společenských, kulturních a dalších podmínek“ (Janiš, Skopalová, 2016, s. 53).

„Za kvalitu života ve stáří a aktivní zapojení seniora do společnosti nesou nedílnou odpovědnost jednotlivci i společnost. Důstojné aktivní postavení starších lidí vyplývá mimo jiné z jejich aktivního přístupu a odpovědnosti za vlastní život i mezigenerační vztahy i za předávání důležitých zkušeností, tradic a hodnot. Starší lidé by měli usilovat o aktivní roli a přínos společnosti, komunitě a rodině. Společnost by naopak měla poskytnout podmínky a rovné šance lidem každého věku pro zdravý a aktivní život“ (Pyšná a kol, 2009, s. 10).

„Kvalita života člověka je přímo úměrná míře uspokojování jeho základních životních potřeb a naplňování jeho cílů. Širokospektrální pojem kvality života je potřeba vnímat ve vztahu k prostředí. U seniorské populace je to často okolí ošetrovatelské a sociální, které předpokládá nejen jejich vzájemnou symbiózu, ale také uspokojivou adaptaci seniora nebo geriatrického pacienta na faktory prostředí“ (Hudáková, Majerníková, 2013, s. 8).

2.1 Definice kvality života

Hudáková, Majerníková (2013, s. 36) uvádějí, že *„termín kvalita života není možné jednoznačně objasnit, absolutovat, protože o definici pojmu se pokusilo mnoho autorů, ale s poznáním, že jde o čistě kvalitativní a do jisté míry subjektivní pojem“.*

„Přestože je pojem „kvalita života“ velmi frekventovaný, a to nejenom v odborných pojednáních, v oblasti jeho konceptualizace a zejména v metodologických otázkách zdaleka nenacházíme názorovou schodu. Je to způsobeno právě tím, že 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 mezikulturně, a hledají faktory, které ji nejvíce determinují. Psychologové se zaměřují především na subjektivní pohodu jedinců a pokouší se ji pomocí různých metod změřit. Ve zdravotnictví se z hlediska kvality života hodnotí poskytovaná péče či jednotlivé zdravotnické programy“ (Payne a kol, 2005, s. 207).

„V odborné literatuře velmi těžko najdeme jednoznačné vymezení kvality života a zároveň je velmi obtížné identifikovat všechny identifikátory kvality života. Nacházíme zde velmi volnou interpretaci, téma je tím pádem stále otevřené a vyžaduj to od odborníků v sociálních vědách i jistou míru tolerance. Problematika kvality života sebou přináší i úvahy o prodloužení lidského života“ (Mühlpachr, 2017, s. 52).

Mühlpachr (2017, s. 80) také uvádí, že „*hlavními složkami většiny definicí kvality života a identifikátorů individuální kvality života jsou pohoda, spokojenost, očekávání a životní štěstí*“.

„*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.*“ (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 11).

„*Definovat, co je obsahem pojmu kvalita života, není jednoduché. V souvislosti se zdravím a nemocí bývá nejčastěji interpretován jako pohoda, případně osobní pohoda, ang. well-being. Chápeme-li kvalitu života prakticky také jako „cítit se dobře“, je nutné o ni usilovat vždy za každých okolností. Tento názor je všeobecně přijímán, pochybnosti o kvalitě života se pravidelně týkají vážně nemocných, zejména starých lidí, u nichž byly vyčerpány všechny účinné možnosti návratu ke zdraví a jejichž perspektiva na další život pomalu zhasíná. Je potřeba konstatovat, že může končit terapie, ale nemůže skončit péče*“ (Haškovcová, 2010, s. 258).

2.2 Determinanty kvality života

„*Kvalita života je pojem používaný v mnoha oblastech lidské činnosti. Může zahrnovat charakteristiku přírodního a sociálního prostředí člověka, jeho fyzický a psychický stav, otázky smyslu a užitečnosti života a subjektivní hodnocení života v pojmech osobní pohody a spokojenosti*“ (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 9).

„*V sociální gerontologii se za důležité dimenze kvality života ve stáří považuje celkový zdravotní stav, schopnost vykonávat běžné činnosti, hmotné zabezpečení a životní spokojenost*“ (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 10).

„*Kvalita života není vázána pouze na stav zdraví. Kdybychom připustily takovou tezi, tak bychom současně přijali stanovisko, že v nemoci není prostor pro kvalitní život, a předem bychom „odsoudili“ k nekvalitnímu životu všechny ty, kteří nějakým způsobem strádají v biologické úrovni své existence*“ (Haškovcová, 2010, s. 254).

Haškovcová (2010, s. 254) dále uvádí, že prožitek kvality života je fenomén plastický a důležité je, že může existovat i v nemoci či jiné nepřízni osudu.

„Jisté je, že chybí-li zdraví nebo je-li výrazným způsobem oslabeno, je třeba sladit individuální aktivity s aktuálními možnostmi. Nabízí se otázka, zda starý člověk, trpící samotou, ztrátou elánu, řadou obtíží nebo dlouhodobou nemocí, může žít kvalitní život. Odpověď je jednoznačná: někdo může, každý by se měl aspoň pokusit“ (Haškovcová, 2010, s. 255).

„Kvalitní život, případně toužebně očekávané štěstí, ale nepřijde samo od sebe. Někteří staří nemocní lidé předpokládají, že jejich život zase získá kvalitu, až jim zdravotníci navrátí zdraví“ (Haškovcová, 2010, s. 255).

Někteří autoři, jako např. Mühlpachr (2017) uvádějí tři determinanty kvality života a to biologické, psychologické a sociální.

Biologické determinanty kvality života podle Mühlpachra (2017, s. 83) *„představují především fyziologické dispozice, které značně ovlivňují fungování člověka pozdně dospělého věku, seniorského věku. Těmito fyziologickými elementy jsou především změny organismu, které jsou spojeny s ontogenezí a narůstajícím věkem. Jsou to změny samy o sobě determinované časem a postupným stárnutím. Postihují celý organismus, všechny systémy těla a v různé síle a různým způsobem ovlivňují organismus, jedno však mají společné – vedou ke zhoršení zdravotního stavu a horšímu fungování organismu či postižení určitých funkcí“.*

Mühlpachr (2017, s. 83) dále konstatuje v souladu s Dramskou (2011), že *„většina seniorů prochází procesem (benigního) normálního stárnutí. Na stáří se připravují kontinuálně a cíleně jak po stránce psychické, tak po stránce fyzické a jsou si vědomi změn, které přijdou. Čas hraje významnou roli v kontextu biologických determinant života. Změny organismu spojené se stářím přicházejí postupně, ale organismus zcela přemůže“.*

Krzepot, Biernat a Florkiewicz (2015), uvádí, že strategie podporující zvýšení fyzické aktivity starších lidí má pozitivní vliv na zlepšení zdravotního stavu a kvality života.

Psychologickými determinanty kvality života seniorů podle Mühlpachra (2017, s. 92) rozumíme činitele, *„které mají vliv na fungování člověka a ovlivňují především jeho psychickou stránku. Mezi takové činitele patří změny myšlení způsobené věkem, tedy související s procesem stárnutí. Tyto změny zasahují celou osobnost, především paměť, uvažování, myšlení, schopnost učit se, inteligenci a spolu s postupujícím věkem mohou iniciovat rozvoj psychických onemocnění v tomto věku“.*

Vliv psychologických determinant na kvalitu života seniorů lze podle Mühlpachra (2017, s. 93) sledovat v těchto oblastech:

- *„Změny paměti,*
- *změny v intelektové oblasti,*
- *změny v oblasti myšlení,*
- *problémy koncentrací a pozorností,*
- *osobnostní změny včetně změn charakteru,*
- *výskyt psychických poruch spojených s věkem,*
- *druh charakterových změn,*
- *druh psychických poruch“.*

Mezi sociální kontexty kvality života zejména u seniorské populace řadí Mühlpachr (2017, s. 97) *„mezilidské vztahy, vzory chování, tradice, zvyky, postoje, životní a sociální stereotypy, změnu sociálních rolí, rodinnou aktivitu, aktivitu s přáteli, ale i makrosociální determinanty jako jsou sociální politika státu, postoj společnosti a možnosti sociální izolace“.*

Mühlpachr (2017, s. 98) uvádí, že *„snad nejvýznamnější determinantou kvality života u seniorů je změna jejich sociálního statusu a přechod z produktivního životního období do důchodu. Získává se tak nová sociální pozice a sociální role“.*

2.3 Potřeby seniorů

Každý člověk má své potřeby, které se spolu s jeho věkem mění. Jiné potřeby má malé dítě, jiné dospělý jedinec, jiné člověk stárnoucí. To, jak jsme schopni uspokojit své potřeby, záleží na mnoha faktorech. Pokud se nám naše potřeby nedaří uspokojovat, může to vést k naší frustraci, deprivaci, ke stresu.

„Člověk může své potřeby uspokojovat nejrůznějšími způsoby. V zásadě se však rozlišují dva základní způsoby – žádoucí a nežádoucí. Za žádoucí způsoby saturace potřeb považujeme ty, které neškodí nám ani jiným, jsou v souladu se sociálně – kulturními hodnotami jedince a uspokojují se v mezích zákona. Naopak nežádoucí způsoby uspokojení jsou takové, které ubližují nám nebo jiným a/nebo nejsou v souladu s naším sociálně – kulturním prostředím a/nebo se jimi porušuje zákon“ (Příbyl, 2015, s. 45-46).

„Míra naplnění lidských potřeb je vymežována dvěma pojmy, jsou to saturace (uspokojení potřeb) a frustrace. Při narušení vnitřní rovnováhy organismu, ale také rovnováhy s vnějším prostředím (může být vyvoláno náročnou životní situací, nemocí, věkem) dochází k neuspokojení našich potřeb, k disharmonii, což je pro jedince zátěžová situace. Zátěžovou situací může být frustrace, konflikt, stres a deprivace“ (Příbyl, 2015, s. 46-47).

„Frustraci se označuje situace, kdy člověk nemá možnost uspokojení subjektivně důležité potřeby, ačkoliv to předpokládal. Jedná se o vzájemné propojení následujících jevů: vnější bariéra blokující dosažení cíle (uspokojení potřeby), vnitřní psychický stav jedince (afekt, tenze a motivace pro překonání překážky) a zvláštní způsoby chování (agrese, regrese, fixace, rezignace). Člověk může být frustrován vlastními překážkami, aspiracemi, které jsou pro něj nedosažitelné, nízkým sebehodnocením, což bývá označováno jako vnitřní zdroj frustrace“ (Příbyl, 2015, s. 47).

„Konflikt je považován za specifickou variantu frustrace, protože znamená oddálení žádoucí reakce, a člověk je tak vystaven rozhodování, které v něm může vyvolávat pochybnosti o jeho správnosti. Konflikt patří mezi běžné každodenní potíže. Patogenním se stává, pokud je závažný, trvá dlouho a člověk ho není schopen řešit“ (Příbyl, 2015, s. 47).

„Stres, tento pojem zavedl kanadský biochemik a endokrinolog H. Seley pro fyziologické obrané reakce organismu při zátěžích různého druhu. Dnes je stres chápán nejen v tomto biomedicinském pojetí, ale z psychologického hlediska je stres vyjádřením mimořádně silné, životně významné frustrace. Jde o obecnou odezvu na nadměrnou tělesnou či duševní zátěž“ (Příbyl, 2015, s. 47).

„Deprivace patří k nejvíce zátěžovým vlivům, může závažným způsobem ovlivnit psychiku jedince. Význam patogenity deprivace je výrazně ovlivněn vývojovým obdobím člověka., kdy k deprivaci došlo“ (Příbyl, 2015, s. 48).

„Potřeby, seniorů zvláště, jsou zkoumány zpravidla v kontextu s kvalitou života, s možnostmi péče o nemocné a nesoběstačné seniory. Bylo by však chybou domnívat se, že každý senior je nemocný a nesoběstačný, vyžadující odbornou ošetrovatelskou péči. Pojem „kvalita“ nabývá na významu napříč vědními obory, kategorie kvality tak není založena na jednoznačném teoretickém základu“ (Příbyl, 2015, s. 49).

„Pokud budeme mluvit o potřebách seniorů, tak bychom neměli zapomenout, že senior potřebuje mít pocit jistoty a bezpečí, touží po důvěře, stabilitě, jistotě, spolehlivosti. V souvislosti s potřebou bezpečí hovoříme o potřebě fyzického a psychického bezpečí a

ekonomického zabezpečení. Někdy se snažíme seniorům pomáhat, ale naše snahy mohou vést k přílišnému ochraňování a k rozvoji nežádoucí závislosti seniora na okolí“ (Dvořáčková, 2012, s. 39)“.

„Přestože potřeba bezpečí bývá rozdělována do tří uvedených oblastí (psychického, ekonomického a fyzického), jde o velmi široký pojem, který v sobě zahrnuje v sobě mnohé další složky, které jsem neuvedl. Často se považují za zcela samozřejmé a člověk se nad nimi ani nezamýšlí. Řeč je zde o existenciálních potřebách, které tvoří základ psychosociálních potřeb člověka. Jak je z jejich označení patrné, jedná se o potřeby, které jsou spjaté existencí člověka, jsou předpokladem jeho bytí, prolínají se s potřebami duchovními. Pro kvalitu života, obzvláště v seniorském věku, nabývají na významu. Právě ve stáří jsou více než v jiných vývojových obdobích člověka přítomny poruchy soběstačnosti, vznikají sociální i ekonomické nejistoty, bývá omezený příjem a zpracování podnětů a zkreslení informací, mění se nároky na bydlení a bezpečí a pomoc. Starý člověk ke spokojenosti potřebuje také klid, potřebuje důvěřovat svým blízkým, má rád svůj řád svého prostředí, proto přizpůsobení se novému prostředí je pro seniory mnohem více obtížné. Na úrovni existenciálních potřeb tak u seniorů dochází velmi často k frustraci“ (Příbyl, 2015, s. 52-53).

„Senioři potřebují v životě upokojuvat všechny své potřeby stejně jako kdokoliv jiný, přičemž jsou velmi často odkázáni na pomoc svého okolí. Potřeba péče však není primárně spojena s věkem“ (Dvořáčková, 2012, s. 38).

„Vyrovnaní se s procesem stárnutím, stářím, s přicházejícími změnami, a nakonec také s vlastní smrtelností je velmi důležité pro to, aby člověk mohl toto životní období strávit příjemným způsobem. Základem přípravy na stáří je uvědomění si vlastní zodpovědnosti a také možnosti ovlivnit do velké míry kvalitu života ve vlastním stáří. Podporou vlastní seberealizace, samostatnosti, adaptací a dále pak využitím zkušeností z osobního i pracovního života, to vše je správně zaměřeným postupem k přípravě na stárnutí a stáří“ (Janiš, Skopalová, 2016, s. 52).

2.3.1 Maslowova pyramida

„Každý člověk má potřeby různého druhu a je potřeba je hierarchizovat podle naléhavosti, protože nelze vždy uspokojit všechny a už vůbec ne najednou“ (Haškovcová, 2010, s. 252).

Heřmanová (2012, s. 53) uvádí, že, podle „Maslowa má každý jedinec pět základních typů potřeb, které lze řadit podle jejich existenční naléhavosti a významu pro člověka do

pomyslné pyramidy. Těmito potřebami jsou základní existenční fyziologické potřeby organismu (dýchání, pití, jídlo, spánek, sex, tělesná teplota, vylučování), potřeba bezpečí (pořádek, předvídatelnost věcí, bezpečí vlastní tělesné schránky a členů rodiny, jistota zdrojů, bydlení, zajištění zdraví a zdravotní péče, jistota zaměstnání, chráněný účet v bance apod.), sociální potřeby (emocionální naplnění v podobě přátelství, lásky, partnerství, sounáležitosti, identity, podpory, rodinného zázemí), potřeba úcty, sebeúcty (potřeba prestiže, respektu, seberealizace, uznání, pozitivního ohodnocení, vlastní důležitosti, ocenění ze strany jiných lidí). Nejvyšší stupeň potřeb představují tzv. růstové potřeby (potřeba využití svoje individuální schopnosti, realizovat svoje záměry, stát se tím, kým můžeme být, potřeba rozvoje, tvořivosti, hledání aj.) Realizace těchto růstových potřeb je část podmíněna potřebou určité moci, privilegií či sociálního postavení“.

„Zároveň podle Maslowa z hlediska uspokojování jednotlivých typů potřeb platí pravidlo, že kvalitně vyšší potřeby jsou pociťovány obvykle až po uspokojení potřeb nižších, resp. opačně řečeno, alespoň částečné uspokojení níže položených potřeb je zpravidla podmínkou vzniku méně naléhavých, ale vývojově vyšších potřeb. Kvalitně nejvyšší – růstové potřeby – pak mají poněkud odlišný charakter od předchozích čtyř v tom smyslu, že nemusí být nikdy úplně naplněny (tj. nemusí dojít k situaci, v níž uspokojení je dáno určitou mírou „nasyčenosti“ té které potřeby). Jejich případné nenaplnění není vnímáno jako frustrace nebo nedostatek, silné uspokojení může jedinec pociťovat i jen v souvislosti se snažením se o dosažení konkrétního dlouhodobého životního cíle. Jinými slovy, důležité je o něco usilovat, být na cestě k něčemu, bez ohledu na to, zda někdy daného cíle dosáhneme či nedosáhneme“ (Heřmanová, 2012, s. 53).

2.3.2 Dům potřeb podle Chloubové

„Zdraví senioři mají možnost naplňovat své potřeby ze všech pater Domu životních potřeb, i když někdy v obměněné nebo redukované formě. Ani nemocní lidé by na ně neměli rezignovat. Větší šanci mají ti, kterým někdo pomáhá, ať již je to profesionál nebo laik“ (Haškovcová, 2010, s. 253).

POTŘEBY ČLOVĚKA								
sebe-realizace	sebe-aktualizace	hodnoty životní	tvůrčí potřeby	duchovní potřeby	kulturní potřeby	pracovní potřeby	estetické potřeby	různé zájmy
sebeúcta	sebe-pojetí	úspěch uznání	neudělat ostudu	intimita	poznání pochopení	autonomie	moc	submise
láska	sounáležitost	důvěra	kommunikace	rodina	přátelství	pečovat o druhé	identita	pozitivní vztah
zdraví	bezpečí pomoci	jistoty sociální ekonom.	soběstačnost	bydlení	informace	podněty	mír klid	potřeba struktury řádu
dýchání	hydratace	výživa	vyprázdnění moče stolice	aktivita tělesná duševní	spánek odpočinek	teplo být bez bolesti	očista hygiena	sexuální mateřské potřeby

Obr. 1. Dům životních potřeb (Chloubová 2003)

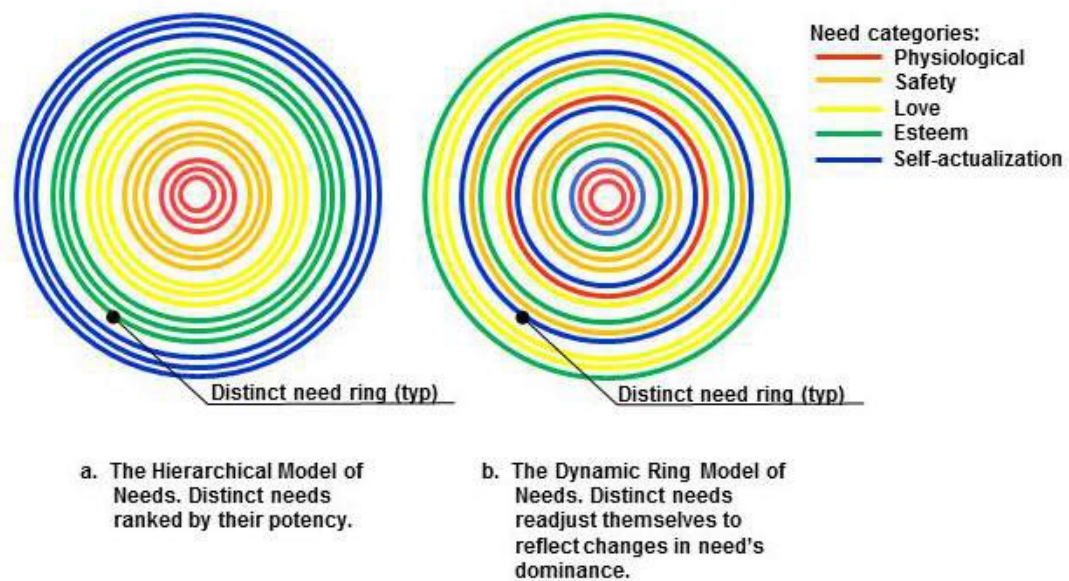
„Pro stabilitu domu jsou nutností „pevné základy“ = tělesné potřeby, dýchání spolu s kardiovaskulárními funkcemi, hydratace, výživa, vyprazdňování, tělesná i duševní aktivita, spánek, odpočinek, teplo, pohodlí, eliminace bolesti, hygiena, sexuální a mateřské potřeby. Frustrace tělesných potřeb se nejprve manifestuje v subjektivních negativních pocitech (bolest, hlad, žízeň, únava aj.). Laik může tyto první signály přejít bez povšimnutí, ale u zdravotníků by tomu tak být nemělo. V opačném případě dochází k rozvoji stresu, poruše zdraví, rozvoje nemoci apod. Je všeobecně známo, že některé oblasti tělesných potřeb jsou pro seniory prioritní. Jedná se o potřebu výživy a vyprazdňování, dále vitální potřeby – dýchání a kardiovaskulární funkce (pocit dušnosti), velmi frustrovaná je mezi seniory rovněž potřeba spánku. Naopak ostatní tělesné potřeby – hydratace, aktivita, hygiena, sexuální potřeby – ustupují do pozadí. V případě hydratace je to rizikové, protože absence pocitu žízně vede k dehydrataci, se kterou se pojí zdravotní komplikace“ (Příbyl, 2015, s. 42).

„Psychosociální potřeby vznikají v souvislosti se socializací člověka a jeho adaptací na prostředí. Jsou individuální, protože jsou determinovány osobnostními, genetickými, pohlavními a věkovými předpoklady a zároveň závisí na přírodním, materiálním, sociálním a duchovním prostředí člověka. S přibývajícím věkem dochází k frustraci nejen tělesných, ale také existenciálních potřeb – potřeb bezpečí a jistoty. Existuje zde souvislost se vznikem sociálních a ekonomických nejistot, zkreslení informací. Psychosociální potřeby bývají mnohdy opomíjené z důvodu jejich horší verbální vyjádřitelnosti. Staří a nemocní lidé mnohdy sami neumí své potřeby identifikovat, správně pojmenovat. Seniori upřednostňují a potřebují řád, mají svá pravidla, své rituály. Pokud dojde ke změně (významné oslabení soběstačnosti, změna prostředí), dochází často k frustraci s pocity strachu, nejistoty, neklidu, dezorientace. Potřebují „svůj čas“, aby přivykli novému prostředí, novým pravidlům, uvítají pomoc v orientaci a v adaptaci na nové prostředí“ (Příbyl, 2015, s. 40).

„Dostatečným způsobem uspokojovat své životní potřeby je člověku vlastní v každém věku. Buď si tyto potřeby zajistí sám, nebo je závislý na pomoci druhých. Jedná se zejména o období raného dětství, a pak o seniorský věk-stáří“ (Dvořáčková, 2012, s. 40).

2.3.3 Kruhový model potřeb podle Kopsova

Kopsov (2019) představil alternativu pyramidu lidských potřeb. Jedná se o kruhový model lidských potřeb. Tento nový model popisuje kategorie potřeb jako soustředné kruhy místo nehybně naskládaných vrstev. Obsahuje několik nových funkcí, včetně jeho schopnosti začlenit kvantitativní znaky do znázornění potřeb. Tento přístup umožňuje zachytit etnické nebo osobní individuality uvnitř struktury potřeb a usnadňuje jejich popis v kontextu komparativní nebo vývojové analýzy. Kruhový model také umožňuje zobrazení konkrétních potřeb, oproti zobrazení celých kategorií. V tomto rozvržení je pevná hierarchie nahrazena dynamickým polem potřeb, které jsou distribuovány podle jejich váhy (dominance).



Obr. č. 2. Kruhový model potřeb podle Kopsova

Červený kruh představuje fyziologické potřeby, hnědý kruh představuje potřebu bezpečí, žlutý kruh potřebu lásky, zelený kruh představuje potřebu úcty a uznání a poslední modrý kruh představuje poslední potřebu, a to potřebu seberealizace.

Kruhový model a. představuje hierarchický model potřeb, kdy jednotlivé potřeby jsou zařazeny dle vlivu od potřeb základních fyziologických, které se nacházejí ve středu kruhu přes následující potřeby bezpečí, lásky úcty a uznání až po vnější kruh, který nám představuje potřebu seberealizace.

Kruhový model b. představuje dynamický kruhový model potřeb, kdy jednotlivé potřeby jsou upraveny tak, aby odrážely změny v dominanci potřeb a nejsou již hierarchicky uspořádány, ale jsou v pořadí, kdy nám představují změny potřeb.

Z výše uvedeného vyplývá, že uspokojování/neuspokojování potřeb každého z nás má nesmírný vliv na fyzickou, psychickou i sociální stránku života každého jedince.

3 PÉČE O SENIORY V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

„Dům vytvoříš rukama. Domov jedině srdcem.“

(Petr Casanova)

„Prostředí a komunita vstřícná ke stáří, která je sociálně soudržná a nabízí příležitosti pro aktivní život a mezigenerační kontakty, má zásadní vliv pro zachování nezávislosti a pro kvalitu života starších lidí. Prostředí v širším významu zahrnuje i klima ve společnosti a její vztah ke stáří a starším lidem. Pozitivní vztah společnosti ke stáří a starým lidem představuje nejširší a nejzákladnější podmínku zvýšení participace starých lidí ve společnosti“ (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008, s. 29).

„Zdravotní a sociální péči o seniory není možné od sebe oddělovat, v praxi jsou často zdravotní problémy doprovázeny sociálními a naopak. V české společnosti se model poskytování péče nesoběstačným členům rodin opírá o tradiční pojetí, které předpokládá, že za zajištění potřeb těchto osob je primárně odpovědná rodina, přičemž formální, resp. státní služby bývají využívány až v situaci, kde neformální poskytovatelé chybí či péči nezvládají“ (Svobodová, 2012, in Hrozenské, Dvořáčkové, 2013, s. 60).

„Z tohoto důvodu je velmi důležité utvářet dostatečnou nabídku služeb, které mohou rodinu doplnit či dočasně, v případě potřeby, nahradit a podporovat tak život seniora v jeho přirozeném prostředí, kde bude kladen důraz na jeho individuální potřeby. Služby pobytových zařízení mohou využít senioři, kteří jsou natolik nesoběstační, že nemohou žít ve svém původním, přirozeném prostředí, a péče ze strany jejich rodinných příslušníků je nedostatečná či úplně chybí“ (Nešporová, Svobodová, Vidovičová, 2012, in Hrozenské, Dvořáčkové, 2013, s. 60).

*„Za **přirozené sociální prostředí** označujeme rodinu, domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám a místům, kde osob pracují, vzdělávají se, realizují běžné aktivity. **Filozofie péče v přirozeném sociálním prostředí** vychází z principu pevné vazby člověka s jeho domovem. Děti, senioři a osoby se zdravotním postižením jsou díky potřebě péče a pomoci druhých osob na svém okolí ve zvýšené míře závislí. Tento fakt nesmí být důvodem, aby jim byla odírána svobodná volba místa, kde chtějí žít. Právo na volbu přirozeného prostředí je zakotvena v úmluvách a chartách práv“* (Kroutilová, Nováková a kol. 2011, s. 50).

„Péče je starším lidem poskytována zejména rodinou, partnery a dětmi. Nedá se očekávat, že v následujících letech přestane hrát rodina významnou roli. Role rodiny nemusí spočívat

jen v poskytování péče, ale také v zajištění potřebné pomoci a podpory. Rodinná politika by měla věnovat systematickou pozornost přijetí komplexních opatření na podporu rodin a pečovateli“ (Kvalita života ve stáří, 2008, s. 43).

„Poskytování péče je významná sociální událost, která přináší značnou zátěž i změnu ve způsobu života jedince a rodiny. Rodina a jedinec poskytující péči potřebuje sociální ochranu. Odpovědná a kvalitní péče o blízké nesmí vést ke snížení životní úrovně a zvýšení rizika chudoby. Péče neformálních i profesionálních pečovateli musí být ceněna a uznávána společností. Ekonomická bezpečnost je předpokladem pro zajištění kvalitní péče“ (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008, s. 43).

3.1 Aktivní stárnutí

„Ve stáří dochází k proměně některých potřeb, zejména pak potřeb biologických a psychických. Některé původní potřeby ztrácejí na významu a do popředí se dostávají potřeby zaměřené především na jistotu a bezpečí. Aby jedinec zvládl náročné úkoly tohoto období, více se zaměřuje na sebe, na uspokojování vlastních potřeb, což vyplývá ze zhoršení některých fyzických i psychických kompetencí a uvědomění si postupné ztráty soběstačnosti. Nenaplnění potřeb vede k frustraci, tedy ke zklamání a mnohdy ke vzniku problémového chování“ (Hauke, 2014, s. 11).

„Kdo se dovede na sebe dívat pravdivě v průběhu svého života, bude sto nezastírat si reálnou skutečnost stárnutí, když dojde do vyššího věku. Bude akceptovat stárnutí podobně, jako akceptoval řadu jiných objektivních fakt v průběhu předcházejícího života. Paul Tournier k tomu říká: Člověk se připravuje na stáří v průběhu celého předcházejícího života, a to tím, že se snaží zaujímat pozitivní postoj k životu, tj. žít naplno každou etapu života.“ (Křivohlavý, 2002, s. 150).

„Aktivní stárnutí a stáří ovlivňuje velmi mnoho významných faktorů, které lze rozdělit dle několika níže uvedených hledisek z:

- *individuálního pohledu,*
- *pohledu předchozích životních zkušeností v oblasti mezilidských vztahů,*
- *inter-individuálního pohledu,*
- *pohledu celkového zdravotního stavu,*
- *pohledu ideologického klimatu,*
- *pohledu pracovního trhu,*
- *pohledu vzdělávání,*

pohledu zkoumání faktorů ovlivňujících možnosti aktivního prožití života ve stáří“ (Janiš, Skopalová, 2016, s. 60).

„Aktivní stárnutí je slovní spojení, které označuje pozitivní přístup ke stárnutí a starým lidem. Zakládá se na principech solidarity respektu k individualitě a jedinečnosti. Jeho cílem je zajistit vysokou kvalitu života v pozdním věku, a především prohloubit poněkud „pošramocený“ vztah mezi generacemi. Základním stavebním kamenem aktivního stárnutí je inkluze, společenské zapojení, a především právo na něj v každém věku. V současné době se dá o aktivním stárnutí mluvit jako o evropské strategii přípravy na stárnutí populace. Je třeba si však uvědomit skutečnost, že existují skupiny seniorů, které aktivní být nemohou, a to z důvodu zdravotního stavu, popřípadě nechtějí“ (Janiš, Skopalová, 2016, s. 60-61).

„Schopnost adaptace na nové nebo nečekané události se u seniorů obecně snižuje. Vyrovnat se s jakoukoliv nenadálou situací je náročné, přesto mezi lidmi existují rozdíly. Někteří seniori situaci zvládnou sami, jiní se s ní prostě neumějí vyrovnat. Hrozí pak, že onemocní nebo se jejich relativně stabilizovaný zdravotní stav výrazně zhorší. Takoví lidé reprezentují skupinu rizikových seniorů. Opakovaně bylo doloženo, že jsou to zejména lidé 80+, dále ti, kteří žijí osaměle, nebo ti, kteří ve svém vyšším věku dlouhodobě pečují o svého nemocného partnera. Nesmíme zapomenout ani na ty, kteří pobírají minimální důchody a mají celkově slabé nebo problematické materiální zázemí. Ušetření zdravotního kolapsu nejsou ani ti, kteří se přestěhovali do domova pro seniory. Víme, že adaptovat se na zcela jiný způsob života není snadné ani tehdy, když se pro něj rozhodl dobrovolně“ (Haškovcová, 2010, s. 253).

„O rizikových seniorech je potřeba vědět a v případě potřeby jim včas a účinně pomoci. Dříve byla povinnost vyhledávat a sledovat rizikové seniory součástí pracovní náplně okrskových, později geriatrických sester, dnes není uložena nikomu. To je samozřejmě ke škodě věci, a proto je třeba apelovat na přátele, sousedy, aby nebyli lhostejní a všímali si rizikových seniorů ve svém okolí. Mohou pak přivolat pomoc sociálních pracovníků nebo informovat příslušné orgány“ (Haškovcová, 2010, s. 253-254).

3.2 Sociální služby

„Obecně lze sociální politiku charakterizovat jako politiku orientovanou na člověka, přispívající k jeho všestrannému rozvoji, neustálému zlepšování jeho životních podmínek, kvality života, důstojnosti jedince, kultivaci jeho osobnosti a tímto i prosperity společnosti jako celku“ (Prudká, 2015, s. 14).

„Sociální systém ČR je tvořen třemi pilíři sociálního zabezpečení:

- sociální pojištění, které zahrnuje nemocenské pojištění, důchodové pojištění a veřejné zdravotní pojištění
- státní zaopatření zajišťované státní sociální podporou
- sociální pomoc, jejíž součástí je sociální péče a sociální služby

Český sociální systém nezná sociální dávky speciálně pro seniory, zná pouze **Dávky pro osoby se zdravotním postižením**, které se vztahují i na mnohé seniory

(s ohledem na skutečnost, že mnozí senioři mají mnohá zdravotní postižení). Tuto problematiku řeší zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů, a prováděcí vyhláška č. 388/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Upravuje:

- příspěvek na mobilitu
- příspěvek na zvláštní pomůcku
- průkaz OZP-osoby se zdravotním pojištěním (TP, ZTP, ZTP/P)“ (Příbyl, 2015, s. 19).

3.2.1 Příspěvek na mobilitu

„Příspěvek na mobilitu je opakující se dávka, která je určena osobě starší 1 roku:

- *kteřá má nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením ZTP nebo ZTP/P podle pravidel od 1. 1. 2014,*
- *kteřá se opakovaně v kalendářním měsíci za úhradu dopravuje nebo je dopravována,*
- *kteřé nejsou poskytovány pobytové sociální služby podle zákona o sociálních službách v domově pro osoby se zdravotním postižením, v domově pro seniory, v domově se zvláštním režimem nebo ve zdravotnickém zařízení ústavní péče,*
- *z důvodů hodných zvláštního zřetele může být příspěvek na mobilitu přiznán i osobě, kteřé jsou poskytovány pobytové sociální služby uvedené v předchozí odrážce,*
- *nárok na výplatu nenáleží za kalendářní měsíc, jestliže je oprávněné osobě po celý tento kalendářní měsíc poskytována zdravotní péče v průběhu hospitalizace.*

Výše dávky: 550 Kč měsíčně. Vyplácí se tzv. zpětně, to znamená do konce kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, za kteřý náleží. Na žádost příjemce může být příspěvek na mobilitu vyplácen jednou splátkou vždy za 3 kalendářní měsíce, za kteřé náležel“ (uradprace©2020).

3.2.2 Příspěvek na zvláštní pomůcku

Příspěvek na zvláštní pomůcku je jedna z dávek, o kteřou může senior v případě potřeby zažádat na Úřadu práce. Při posouzení nároku na příspěvek na zvláštní pomůcku se bere v potaz jednak zdravotní stav osoby, kteřá o příspěvek žádá, a jednak se posuzuje příjem osoby, kteřá o příspěvek žádá i příjem společně posuzovaných osob, včetně možné spoluúčasti žádající osoby.

„Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku má osoba s těžkými vadami nosného, pohybového, sluchového a zrakového postižení, či dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se pro účely tohoto zákona považuje nepříznivý zdravotní stav, kteřý podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok“ (Skarupská, 2020, s. 56).

„Podmínkou pro poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku dále je, že:

- a) osoba je starší 3 let, je-li tento příspěvek poskytován na pořízení motorového vozidla nebo úpravu bytu, 15 let, je – li tento příspěvek poskytován na pořízení vodícího psa, nebo 1 roku v ostatních případech,
- b) zvláštní pomůcka umožní osobě sebeobsluhu nebo ji potřebuje k realizaci pracovního uplatnění, k přípravě na budoucí povolání, k získání informací, vzdělávání anebo ke styku s okolím, přitom se přihlíží i k dalším pomůckám, zdravotnickým prostředkům, úpravám a předmětům, které osoba využívá,
- c) osoba může zvláštní pomůcku využívat ve svém sociálním prostředí.

Příspěvek na zvláštní pomůcku nelze poskytnout, jestliže zvláštní pomůcka je zdravotnický prostředkem, který je plně hrazen z veřejného zdravotního pojištění anebo je osobně zapůjčen příslušnou zdravotní pojišťovnou“ (Skarupská, 2020, s. 56).

3.2.3 Průkaz osoby se zdravotním postižením

„Hlava V. zákona 329/2011 Sb., upravuje nárok na **příznání průkazu** osoby se zdravotním postižením. Žádost průkaz osoby se zdravotním postižením nebo žádost o změnu výše průkazu osoby se zdravotním postižením se podává na kontaktní pracoviště příslušné krajské pobočky ÚP ČR na předepsaném tiskopise. § 34 říká nárok na průkaz osob se zdravotním postižením má osoba starší 1 roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, který podstatně omezuje její schopnost pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra.

Průkaz je příznán na základě posudku LPS, která vychází z lékařské zprávy praktického lékaře a lékařských zpráv odborných lékařů. Průkaz může být označen symbolem T, ZTP, TTP/P“ (Skarupská, 2020, s. 56).

„Průkaz TP – má osoba se středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra. Uživatel má nárok na vyhrazené místo ve veřejném dopravním prostředku, na přednost při osobním projednávání – nemá nárok ve frontách obchodů a u lékaře

Průkaz ZTP – nárok má osoba s těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra. Má nárok na bezplatnou MHD, 75 % jízdného mimoměstské dopravy a výhody předchozího stupně

Průkaz ZTP/P – nárok má osoba se zvláště těžkým funkčním postižením nebo úplným postižením pohyblivosti nebo orientace s potřebou průvodce, včetně osob s poruchou autistického spektra. Má nárok na bezplatný doprovod nebo vodícího psa a výhody předchozích stupňů“ (Skarupská, 2020, s. 56–57).

„Držitelům ZTP a ZTP/P a jejich průvodcům může být poskytnuta sleva na kulturní, sportovní akce.

Vyhláška 388/2011 Sb., potom upravuje, jak má průkaz vypadat. Průkaz tiskne státní tiskárna cenin v Praze na základě podkladů ÚP ČR. Poplatek za vydání průkazu je 30,- Kč“ (Skarupská, 202, s. 57).

3.2.4 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je poskytován na základě Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a Vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

„Podstatou a účelem příspěvku na péči je přispět osobám, které jsou pro svou nepříznivou sociální situaci závislé na pomoci jiné osoby, na zajištění potřebné pomoci zejména prostřednictvím služeb sociální péče“ (Michalík, 2007, s. 18).

„Příspěvek na péči (PnP) je peněžitá opakující se dávka poskytovaná Úřadem práce, která má sloužit k úhradě poskytovaných služeb (nemusí se jednat vždy o registrovaného poskytovatele sociálních služeb). Smyslem příspěvku na péči je posílení kompetencí osob závislých na pomoci jiné osoby a pečujícího prostředí tak, aby si každý individuálně mohl zvolit pro něj nejúčelnější způsob poskytování služeb. PnP se vyplácí podle přiznaného stupně míry závislosti na péči druhé osoby“ (Příbyl, 2015, s. 19).

„Žádost o PnP se podává na kontaktním pracovišti krajské pobočky Úřadu práce (KOP ÚP), místní příslušnost se určuje dle místa trvalého pobytu žadatele. V rámci řízení o přiznání PnP sociální pracovník KOP ÚP provede sociální šetření u žadatele v jeho přirozeném prostředí, kdy zjišťuje schopnost žadatele žít samostatně ve svém přirozeném prostředí. Přirozeným prostředím jsou také pobytové sociální služby. Žádost je poté postoupena posudkovému lékaři Okresní správy sociálního zabezpečení, který posuzuje žadatelovu závislost na péči druhé osoby, kdy zjišťuje míru soběstačnosti a sebeobslužnosti“ (Příbyl, 2015, s. 20-21).

„Posuzuje se deset základních životních potřeb. Životní potřeby jsou vymezeny v §9 zákona 108/2006 Sb. Jsou jimi mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost. Blíže je specifikuje příloha č. 1 vyhlášky 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Rozhodnutí vydává příslušná krajská pobočka ÚP ČR (případně její kontaktní pracoviště) odvolacím orgánem je MPSV“ (Skarupská, 2020, s. 54).

„Výše příspěvku je ve 4 stupních.

- I. stupeň – lehká závislost,
- II. stupeň – středně těžká závislost,
- III. stupeň – těžká závislost,
- IV. stupeň – úplná závislost,

výše dávky je dána stupněm závislosti a věkem závislé osoby **a také tím, zda je osoba v neformální péči či péči zařízení (novela zákona 108/2006 Sb., z února 2019)**“ (Skarupská, 2020, s. 54).

Výše příspěvku na péči podle stupně závislosti a podle pobytu osoby (pobytové zařízení, domácí péče)

Výše příspěvku do 18 let			Výše příspěvku nad 18 let		
stupeň	V pobytovém zařízení	V domácí péči	stupeň	V pobytovém zařízení	V domácí péči
I stupeň	3 300	3 300	I stupeň	880	880
II stupeň	6 600	6 600	II stupeň	4 400	4 400
III stupeň	9 900	13 900 od 1.7.19	III stupeň	8 800	12 800 od 1.7.19
IV stupeň	13 200	19 200 od 1.4.19	IV stupeň	13 200	19 200 od 1.4.19

Tabulka č. 1. Dělení příspěvku na péči dle Skarupské (2020)

3.2.5 Příspěvek na bydlení

„Nárok má vlastník nebo nájemce bytu, s trvalým pobytem, jestliže 30 % (v Praze 35 %) příjmů domácnosti nestačí k pokrytí nákladů a zároveň těchto 30 % příjmů (v Praze 35%) je nižší než normativní náklady stanovené zákonem.

Normativní základy jsou propočítány na přiměřené velikosti bytů pro daný počet osob v nich trvale bydlících.

Výplata příspěvku na bydlení je časově omezena na 84 měsíce v období posledních 10 kalendářních let. Toto omezení neplatí pro domácnosti sestávající výlučně z osob starších 70 let a pro osoby se zdravotním postižením, které bydlí v pro ně postavených nebo upravených bytech“ (Skarupská, 2020, s. 51-52).

3.2.6 Starobní důchod

„Odchod do starobního důchodu je významným mezníkem v životě člověka. Vyrovnání se se změnou vlastní sociální role závisí na individuálním zaměření každého jedince. Jedná se o proces, který má své fáze:

- *Příprava na důchod. Je součástí přípravy na stáří. Jde o to si uvědomit a zvážit možnosti, výhody, které role starobního důchodu přináší – vidět pozitivita.*
- *Bezprostřední reakce na změnu. Je odrazem celoživotního postoje k profesní roli. Je to fáze, kdy člověk opustil dosavadní životní styl a nový si ještě nevytvořil. To může (zejména zpočátku) přinášet pocit uspokojení, ale je zde také riziko z obav z budoucnosti, nastupují pocity nejistoty.*
- *Deziluze a postupné přizpůsobování. Fáze rozčarování, člověku chybí pravidelná činnost, uvědomuje si, že se mu změnil život. Může se potýkat s nudou a pocity prázdnoty. Řešením je nalézt nové stereotypy, činnosti vedoucí k smysluplnému vyplnění volného času. Důležité je být aktivní, trénovat mozek a být v kontaktu s lidmi.*
- *Adaptace na nový životní styl. Dochází k zafixování nového životního stereotypu, což přispívá k udržení pocitu životní spokojenosti.*

Schopnost člověka reagovat a přizpůsobovat se životním změnám významným způsobem ovlivňuje kvalitu života i ve stáří. Mezi nejdůležitější faktory ovlivňující adaptaci jedince na stáří patří osobnost člověka, jeho životní filozofie a zkušenosti. Adaptace na stárnutí se může v průběhu času měnit, je ovlivňována somatickými i psychickými změnami seniorů, ale také vnějšími podmínkami“ (Příbyl, 2015, s. 24).

Osoby, které dosáhly věku 65 let, mohou zažádat o přiznání starobního důchodu. I když jim bude starobní důchod přiznán, mohou i nadále dle svých možností pracovat, vyvíjet podnikatelskou činnost anebo si určitým způsobem přivydělávat.

Kováč (2013, s. 139) uvádí, že „*Valné shromáždění OSN schválilo 16. 12. 1991 rezoluci č. 46/91, ve které pod hlavičkou „Principles for Older Persons“ požaduje dodržovat v rámci pěti oblastí (kategorií) 18 požadavků, mezi které mimo jiné patří i to, že OSN „ustanovuje, že starší občani potřebují přístup k možnosti pracovat, anebo mít příjem, k možnosti ovlivnit tempo svého vyloučení ze zaměstnání, potřebují přístup k službám a k pomoci, přístup ke vzdělání a k dozdělování, k bezpečnému životnímu prostředí a možnosti bývat v přirozeném domácím prostředí co nejdéle“.*

Odejít do starobního důchodu je právo každého jedince, který splnil podmínky odchodu do starobního důchodu, nikoli jeho povinnost. Starobní důchod je jedním ze čtyř druhů důchodů českého důchodového systému (sirotčí, invalidní, vdovecký, vdovský). Pro nárok na starobní důchod je potřeba splnit dvě podmínky, a to dosáhnout stanoveného důchodového věku a získat potřebnou dobu důchodového pojištění.

„Důchodový věk a potřebné roky důchodového pojištění jednoduše spočítá důchodová kalkulačka ČSSZ. Před dosažením důchodového věku lze přiznat tzv. předčasný starobní důchod s tím, že je třeba získat potřebnou dobu důchodového pojištění jako při řádném odchodu do starobního důchodu. Přiznání předčasného starobního důchodu je nevratné a vylučuje nárok na řádný starobní důchod. Doba, o kterou se odchází do důchodu, výši důchodu sníží (dojde k tzv. krácení). Tato srážka (krácení) za odchod do předčasného starobního důchodu je trvalá. Podmínky nároku na starobní důchod stanoví zákon o důchodovém pojištění (z. č. 155/1995 Sb.)“ (cssz©2020).

3.3 Terénní pečovatelská služba

„Cílem služby bývá mimo jiné podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu, snížení sociálních a zdravotních rizik souvisejících se způsobem života uživatelů“ (Hrozenská, Dvořáčková¹, 2013, s. 61).

„Ukazatelem kvalitní péče je spokojenost klientů, jejich relativně dobré zdraví – měřitelné poklesem morbidit a mortality, nižší spotřeba léků a zdravotnických i sociálních služeb.

Kvalitní péče o staré lidi vede k tomu, že větší počet starých lidí zůstává aktivních, žije ve svém domácím prostředí, nikoli však v izolaci, účastní se společenského života v komunitě“ (Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2010, s. 189).

Zákon č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách definuje pečovatelskou službu v paragrafu 40 následovně:

„Pečovatelská služba

(1) Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb vyjmenované úkony.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,*
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,*
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti,*
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím“*

Vyhláška č. 505/2006 Sb. uvádí úkony pečovatelské služby a úhrady za tyto úkony. Jedná se o:

„Základní činnosti při poskytování pečovatelské služby se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:

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

- 1. pomoc a podpora při podávání jídla a pití,*
- 2. pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek,*
- 3. pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním prostoru,*
- 4. pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík,*

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

- 1. pomoc při úkonech osobní hygieny,*
- 2. pomoc při základní péči o vlasy a nehty,*
- 3. pomoc při použití WC,*

c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy:

1. zajištění stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování,

2. dovoz nebo donáška jídla,

3. pomoc při přípravě jídla a pití,

4. příprava a podání jídla a pití;

tato základní činnost může být zajišťována jen v rozsahu úkonů podle bodů 3 a 4,

d) pomoc při zajištění chodu domácnosti:

1. běžný úklid a údržba domácnosti,

2. pomoc při zajištění velkého úklidu domácnosti, například sezonního úklidu, úklidu po malování,

3. donáška vody,

4. topení v kamnech včetně donášky a přípravy topiva, údržba topných zařízení,

5. běžné nákupy a pochůzky,

6. velký nákup, například týdenní nákup, nákup ošacení a nezbytného vybavení domácnosti,

7. praní a žehlení ložního prádla, popřípadě jeho drobné opravy,

8. praní a žehlení osobního prádla, popřípadě jeho drobné opravy,

e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:

1. doprovázení dětí do školy, školského zařízení, k lékaři a doprovázení zpět,

2. doprovázení dospělých do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na orgány veřejné moci a instituce poskytující veřejné služby a doprovázení zpět.

III (2) Maximální výše úhrady za poskytování pečovatelské služby činí

a) 130 Kč za hodinu, podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonů, za úkony uvedené v odstavci 1 písm. a) a b), písm. c) bodech 3 a 4, písm. d) bodech 1 až 5 a písm. e); pokud poskytování těchto úkonů, včetně času nezbytného k jejich zajištění, netrvá celou hodinu, výše úhrady se poměrně krátí,

b) za úkon uvedený v odstavci 1 písm. c) bodě 1

1. 170 Kč denně za poskytnutí celodenní stravy v rozsahu minimálně 3 hlavních jídel,

2. 75 Kč za oběd,

včetně provozních nákladů souvisejících s přípravou stravy,

c) 30 Kč za úkon uvedený v odstavci 1 písm. c) bodě 2,

d) 115 Kč za úkon uvedený v odstavci 1 písm. d) bodě 6,

e) 70 Kč za kilogram prádla za úkony uvedené v odstavci 1 písm. d) bodech 7 a 8“

„Kvalitní pečovatelská služba musí být integrována a provázána se zdravotními službami, zejména primární zdravotní péčí a domácí zdravotní péčí. Kvalitní pečovatelská služba musí být provázána s dalšími službami tak, aby péče poskytována v domácnosti podporovala sociální integraci, nezávislost a participaci. Musí být dostupná lidem s různými zdravotními omezeními, a odlišnou mírou potřeby péče a vybavením domácnosti“ (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008, s. 44).

3.3.1 Komunitní sociální práce se seniory

Pokud chceme poskytovat seniorům kvalitní péči a sociální službu, která jim bude „šitá na míru“, měly bychom respektovat určité principy komunitní sociální práce se seniory. Zde předkládáme principy podle Matouška, Kolářkové a Kodynové (2010, s. 176-177):

„Principy komunitní sociální práce se seniory

- Počítat s heterogenitou starší populace (mezi „mladými“ seniory a „starými seniory“ je rozdíl až 20-30 let, jsou to lidé s naprosto odlišnými životními zkušenostmi, setkali se s jinými historickými událostmi, jinými životními styly, módou, jsou jinak vzdělaní, měli odlišná zaměstnání apod. - s tím je třeba počítat např. v programech tzv. reminiscenčních center a při vytváření reminiscenčních skupin).
- Integrovat seniory do společnosti, podporovat intergenerační programy – nevytvářet ghetta starých lidí, otevírat zařízení veřejnosti, těžit z toho a rozvíjet to, čím může jedna generace obohatit druhou (vytváření příběhů, svědectví, potěšení z kontaktů dětí a seniorů), nepřipustit sociální izolaci seniorů.
- Podporovat soběstačnost, aktivitu (v Rakousku např. vznikla síť supermarketů přátelských k seniorům s čitelnými popiskami zboží a nabídkou zaměstnání pro seniory).

- *Podporovat vzdělávání, kognitivní aktivaci, růst – vzdělávání pomáhající žít v moderní společnosti (témata jako internet, e – mail, mobilní telefony, videokamery, finance, cestování, zdraví).*
- *Služby musí přicházet za seniory, tomu musí odpovídat nabídka služeb, jejich dostupnost (dopravní, fyzická, sociální, finanční), nabídka a dostupnost kompenzačních pomůcek (půjčovny), zajištění informovanosti, možnost tísňového volání a krizové intervence.*
- *Důraz musí být na zajištění bezpečnosti, pocitu bezpečí (bezbariérovost, důvěryhodnost, nízkoprahovost, prevence násilných trestných činů, dopravní bezpečnost).*
- *Nutná je interdisciplinární spolupráce (prevence zdravotních a sociálních problémů, kvalitní návratná zdravotní péče, služby jdoucí za seniorem do jeho vlastního sociálního prostředí, komunitní plánování).*
- *Poskytované služby je třeba rozšiřovat v závislosti na měnících se potřebách jednotlivce (kontinuita, komplexnost, flexibilita).*

Rezidenční zařízení budovat jako součást komunit (malá, s důrazem na bydlení, v centru obce, otevřená komunitě, s rodinným způsobem života)“.

„Někteří klienti z nejrůznějších důvodů mají, z pohledu pracovníků, velmi zanedbanou domácnost. Pracovníci se při vstupu do obydlí obávají infekce a zjišťují, zda nenastal důvod pro ukončení smlouvy o poskytování sociální služby. Problém tkví nejen v řádném zjišťování potřebnosti, schopností klienta, jeho osobních cílů, ale také ve zjištění důvodu, proč žije v takovém prostředí a pokusu najít východisko“ (Hauke, 2014, s. 58).

„Důvody mohou být různé-demence, nemoc, porucha osobnosti, nutková potřeba shromážďovat věci (vybírat popelnice, ...), postižení, které mu neumožňuje zajistit si potřebný pořádek, rovněž také úmrtí partnera, kdy žijící partner upadne do deprese, apatie a nezájmu o „světské věci“ (Hauke, 2014, s. 58).

„Stále však platí, že poskytovatel musí respektovat svět klienta, je-li tento schopen o své situaci zodpovědně rozhodovat, je-li tedy orientovaný. Rozhodně není přípustné, aby pracovníci uklízeli i přes nesouhlas klienta, nebo odmítli péči, přestože ji klient nutně potřebuje jenom proto, že se obávají docházet do jeho domácnosti, aby „něco nechytli“.

Pracovníci musí mít stanovená pravidla pro to, jak se v takovém prostředí pohybovat, aby ochránili sami sebe“ (Hauke, 2014, s. 58-59).

„Pracovníci pečovatelských služeb považují zanedbanou domácnost (a zanedbaného uživatele obecně) za nejproblémovější situaci vůbec. Hovory na téma „zanedbaná domácnost klienta“ většinou vyvolá velkou vlnu reakcí a emocí. Pracovníci jsou vystaveni velkému tlaku ze všech stran-zaměstnavatelé na ně často „tlačí“, že si musí v takovém prostředí poradit, případně klienta přesvědčit, aby přistoupil „na péči“. Okolí považuje poskytovatele za neschopného se o takového klienta postarat, neboť v obecném povědomí existuje jakýsi model přijatelného života. Navíc jsou pracovníci svazováni vlastním pojetím života důstojných podmínek. Poskytovatelé bývají vystavováni kritice i od lékařů a jiných odborníků, kteří mnohdy hledí s despektem na práci poskytovatele, který „není schopen se o klienta v takovém stavu postarat. Vždyť kdo jiný by to měl udělat?“. Pro objasnění celé problematiky je nutno se vrátit k pojetí práce v sociálních službách obecně, k partnerskému přístupu k člověku a k rozlišování pomoci a kontroly v práci poskytovatelů sociálních služeb“ (Hauke, 2014, s. 60-61).

3.3.2 Komunikace se seniory

Efektivní komunikace se seniory je předpokladem dobré spolupráce mezi seniorem a sociální službou. Nesmíme tudíž zapomínat na specifika při komunikaci s touto cílovou skupinou s ohledem na jejich zdravotní stav, který sebou nese řadu změn.

Hauke (2014) uvádí, že komunikace se seniorem je stejná jako s ostatními dospělými lidmi, avšak s „akceptováním změn, které stárí sebou nese. Je nutné pamatovat na to, že s věkem snižují, mimo jiné smyslové funkce-zhoršuje se zejména zrak, sluch. Mnohdy se u seniora přidružují onemocnění, různá postižení, která mohou komunikaci ovlivnit. Komunikaci velmi ovlivňuje demence, neboť dochází k úbytku dalších funkcí, na které je potřeba pamatovat při komunikaci, a to:

- časová a místní dezorientace,
- zhoršování paměti – nevybavují si jednoduchá slova-sdělení nemají význam,
- zhoršující se racionální úsudek-přestávají poznávat i blízké osoby,
- problém s abstraktním myšlením,
- celkové zhoršení vyjadřovacích schopností,

- změny nálad a chování – deprese, agresivita,
- upadání do celkové pasivity.

„V každém případě je **nutné v komunikaci se seniory:**

- *Prizpůsobit tempo řeči.*
- *Hovořit přiměřeně hlasitě.*
- *Dobře artikulovat.*
- *Komunikovat s ohledem na fyzický stav.*
- *Přistupovat k člověku dle postižení.*
- *Pamatovat na to, že starší generace používá slovník odlišný od potomků.*
- *Velmi důležitá je taktilní komunikace.*
- *Trpělivě poslouchat“ (Hauke, 2014, s. 88).*

„Zajímavým se v současnosti stává i tzv. „**elderspeak**“-styl komunikace a výběr slovní zásoby v komunikaci se staršími lidmi. Výzkumy poukazují na nadměrné přizpůsobování se předpokládaným omezením, která by starší lidé mohli mít, dokonce se mluví až o „secondary baby talk“, druhotné dětské řeči. Typickými znaky jsou jednoduchý obsah projevu, jednoduchá slovní zásoba i struktura vět, zpomalené temp a hlasitější projev (to odráží možná kognitivní omezení u starších lidí). Druhotná dětská řeč je založena na zveličování výšky hlasu a přehnané intonaci. Takový přístup navozuje naslouchajícímu podřazenou roli v komunikaci“ (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 58-59).

3.4 Rizikové situace spojené se stářím

Rizikové situace, které se ve stáří mohou objevit, výrazně zhoršují zdravotní stav seniorů. Dopadají jak na stránku fyzickou, tak psychickou a v neposlední řadě mohou dopadat i na sociální či ekonomickou stránku života seniorů, čímž výrazně zhoršují kvalitu života těchto seniorů. Může se jednat například o ageismus, ekonomickou dekompenzaci, anebo EAN.

3.4.1 Ageismus

„Ageismus je odlišný od jiných „ismů“, jako je sexismus, rasismus atd. Věková klasifikace není statická, jednatelce postupuje přes jednotlivé životní cykly, klasifikace je charakterizovaná neustálou změnou, zatímco ostatní systémy jsou konstantní, např. rod, rasa“ (Tošnerová, 2002, s. 7).

„Sociologové a historikové vědí, že v tradičních společnostech měl každý věk svou funkci a od ní odvozenou důstojnost. To se dnes vytrácí. Stáří se chápe jen jako nedostatek mládí. Stáří už není autoritou, považuje se za zkosnatělé, zaostalé, směšné a ubohé. Působí stereotypní představa o starém člověku a podle ní jsou posuzováni všichni staří. Týká se to hlavně šedesátníků, sedmdesátníků a ještě starších, ale stín stáří padá už i na lidi mezi čtyřicítkou a padesátkou“ (Říčan, 2004, s. 295).

V praxi se často dle Tošnerové (2002, s. 10) setkáváme s ageismem jako věkovou diskriminací jednotlivce nebo skupin starších lidí na příklad v inzerátech nabízejících zaměstnání. Tošnerová (2002, s. 10) dále uvádí, že v našich podmínkách bývá ageismus spojen s pojmem sociální, stává se synonymem pro ty, kteří nejsou schopni se o sebe postarat.

„Důsledky diskriminace stáří mohou mít řadu podob. Jako příklad lze uvést např. stěhování se do segregovaného bydlení, alkoholismus, zneužívání psychotropních látek, sebevraždy. Postoj k diskriminaci může ale být aktivní, kdy senior rozpozná pokus o jeho vyloučení ze společnosti a brání se“ (Tošnerová, 2002, s. 15).

„Ageismus podle přístupu může být benevolentní, pozitivní, kdy úmyslem je seniory chránit, hostilní, který je vůči seniorům negativní, nepřátelský, a ambivalentní, kdy dochází k vzájemnému prolínání obou postojů. Mezi hlavní zdroje ageismu patří strach ze smrti, thanafobie. S pokrokem lékařské vědy je téma smrti tabuizováno, smrt je mnohými vnímána jako nepřirozená součást životního cyklu. Kult mládí a fyzické krásy je rovněž významným zdrojem ageismu. Tento trend, který je upřednostňován naší „civilizovanou“ společností, vštěpuje kult krásy už i malým dětem. Společností jsou přijímány pouze „živí“ = mladí lidé. S tímto kultem úzce souvisí v dnešní době stále rozšířenější strach ze stáří a seniorů, gerontofobie“ (Příbyl, 2015, s. 28).

„Velmi zjednodušeně lze říct, že čím méně je daná společnost rozvinutá, tím více úcty a respektu ke starým lidem chová. Výjimkou je Japonsko, což je země velmi civilizovaná, a přesto úcta ke starým lidem je zde značná“ (Příbyl, 2015, s. 28).

3.4.2 Ekonomická situace seniorů

„Senioři patří ke skupinám, které nejcitlivěji odrážejí ekonomickou situaci ve společnosti a politiku státu. Celé 20. století provázela ve vyspělých společnostech snaha zvyšovat kvalitu života ve stáří a seniory ekonomicky a zdravotně zajistit. Výsledkem těchto snah bylo zlepšování zdravotního a sociálního systému. Součástí těchto systémů bylo pravidelné odvádění části mzdy od počátku ekonomické aktivity člověka až po jeho odchod do důchodu. S každou další generací bylo toto zajištění kvalitnější, což se odrazilo i ve společenském vědomí a v očekávání lidí, že tomu tak bude i nadále. Proto je v souvislosti se seniory ve středu pozornosti jejich sociálně – ekonomická situace“ (Sak, Kolesárová, 2012, s. 149).

„Potřeba ekonomického bezpečí je u seniorů velmi důležitá. Nemají potřebu „hromadit miliony“, ale velmi důležitou je pro ně tzv. finanční autonomie. Senioři tuto autonomii vnímají jako schopnost materiálně se o sebe postarat, určitou nezávislost. Potřebují mít vědomí, že mají dostatek financí na živobytí. V opačném případě mohou trpět svazující úzkostí a strachem z budoucnosti. Pravdou je, že mnohdy je tato finanční nezávislost vykoupena velmi skromným způsobem života, kdy si mohou dovolit jen nezbytné výdaje, jakým jsou jídlo, náklady na bydlení“ (Příbyl, 2015, s. 52).

„Vyhledávají slevy, kupují „z druhé ruky“. Jsou velmi hrdí na to, že se nemusí nikoho doprošovat, aby jim finančně vypomohl. Naopak, mnohdy ještě podporují, přilepšují dětem či vnoučatům. Ekonomická situace je pro seniory velmi citlivou otázkou, zejména pokud mají finanční problémy. Přestože zpravidla nejsou v tzv. objektivní chudobě) příjem je nad hranicí životního minima), mohou se cítit subjektivně chudí, ekonomicky deprivovaní. Ekonomické zabezpečení se netýká pouze finančních zjištění, ale také materiálních rezerv“ (Příbyl, 2015, s. 54).

3.4.3 Domácí násilí páchané na seniorech

„Koncept odpovědnosti a odpovědné volby, které dříve sídlil v sémantickém oboru morální povinnosti pečovat o potřeby Druhého, se dnes přesunul do oblasti sebenaplnění a výpočtu vlastních rizik, byl vzat do služby dostředivých, sebereferečních zájmů. V průběhu tohoto procesu „Druhý“ coby spoušť, cíl a měřítko přijaté a předpokládané zodpovědnosti téměř zmizel z dohledu, vystrnadilo ho a zastínilo ho aktérovo vlastní já. Dnes „odpovědnost“ v první řadě znamená odpovědnost k sobě samému („zasloužíš si to“, „dlužíš si to“, jak často opakují upřímní obchodníci se „zbavením se odpovědnosti“), zatímco „odpovědné volby“

slouží především zájmům a ukojení tužeb aktéra a odvrácení nezbytných kompromisů a zažehnání sebeobětování“ (Bauman, 2010, s. 115).

EAN (Elder Abuse and Neglect), do češtiny překládáno jako špatné zacházení s osobami vyššího věku, týrání, nevhodné zacházení apod., je seniorskou variantou syndromu CAN (Child Abuse and Neglect). Tento problematický jev se objevuje v různých zemích světa, snahy o jeho řešení přispěly ke vzniku různých mezinárodních organizací s širokým spektrem působnosti, např. Network for the Prevention of Elder Abuse (INA), ve které má ČR již své zastoupení“ (Příbyl, 2015, s. 29).

„Rozlišuje se pět hlavních typů EAN:

- *Fyzické ubližování. Dle WHO se jedná o způsobování bolesti či zranění, o fyzický nátlak a o fyzicky či lékově navozená omezení. Poměrně často opomíjenou je tzv. pasivní agrese, za kterou se považuje neposkytnutí nebo nepřivolání pomoci nebo úmyslné nezabránění hrozícímu poranění.*
- *Psychické a citové týrání definuje WHO jako působení duševního utrpení. Řadí se zde např. vulgární chování, křičení, zastrašování, lhaní, ignorování či ponižování aj. Tento druh týrání patří mezi nejčastější a zároveň nejhůře prokazatelné.*
- *Finanční zneužívání. Tímto je chápáno užívání majetku nebo peněz seniora bez jeho souhlasu, nezákonné nebo nečestné zneužívání prostředků seniora, vynucování změn v poslední vůli, zastrašování a nátlak ohledně přenechání majetku.*
- *Sexuální zneužívání, což je jakýkoliv nedobrovolný sexuální kontakt, kterému je vystaven starý člověk. Patří zde nucení k sexu pod pohrůžkou násilí, nucení k sexuálním praktikám, které oběť odmítá, znásilnění, ponižující chování a odpírání sexu apod. sexuální zneužívání se dělí na kontaktní a nekontaktní.*
- *Zanedbávání se rozumí odpírání či selhání plnit ošetřovatelské nebo pečovatelské závazky, bez ohledu na to, zda jde či nejde o vědomý a úmyslný pokus způsobit starému člověku potíže. Nejčastěji se jedná o nedostatek potravy, nedostatečné topení, nedostatečný základní komfort, nevhodné ošacení, odmítání lékařské péče.*
- *Nerespektování lidské důstojnosti, které se v převážné většině vyskytuje v institucionálních zařízeních. Není přesný výčet EAN této kategorie, při jejich definování se vychází z pocitů a sdělení samotných seniorů. Nejčastěji se jedná o urážky a nadávky ze strany personálu, nerespektování soukromí, (vstup do pokoje*

bez zaklepání, nedostatek soukromí, bezdůvodné předávání citlivých informací třetím osobám, familiární oslovování atd.)“ (Příbyl, 2015, s. 29-30).

„Mezi situace podporující vznik násilí ve vyšším věku patří závislost a sociální izolovanost seniora, nedostatek sebedůvěry, dlouhodobé závažnější onemocnění, soužití se členem rodiny, který je závislý na alkoholu či jiných omamných látkách, soužití s duševně nemocným. Seniori – oběti zažívají stud, mají výčitky a strach. Násilí se velmi často dopouští příbuzný oběti, kdy nezhřídka dochází k ambivalentním postojům ze stran seniora, v případě, že je identifikována intenzivní závislost na násilné osobě. Velmi vhodná je přítomnost další osoby, které senior důvěřuje (příbuzný, soused, kamarád), která seniora motivuje, poskytne mu emocionální podporu v následném konání, pomůže mu při vyřizování potřebných záležitostí (oznámení skutečnosti PČR, doprovod do Bílého kruhu bezpečí). Má-li senior podporu okolí, je větší pravděpodobnost, že bude schopen vyřešit problém s domácím násilím“ (Příbyl, 2015, s. 30).

V praxi se však můžeme setkat i s opačnou variantou, kdy senior je „tyran“ a svým jednáním uvádí své okolí, svou rodinu a blízké do svízelných situací, vyžaduje celodenní zájem, vyčítá, manipuluje. Rodina je takovou péčí poté vyčerpaná, může docházet k rozpadům mezilidských vztahů a rodin vůbec. Mezigenerační vztahy jsou velmi složité a jejich dokonalé prozkoumání můžeme brát jako výzvu do budoucna.

3.5 Shrnutí

V první kapitole jsme se zabývali stářím. Uvedli jsme si, jak stáří vymezují někteří autoři jako například Haškovcová (2010), která uvádí poznatek, že člověk moderní doby nechce být starý. Vágnerová (2007) nám uvádí, že starý člověk se musí neustále přizpůsobovat, a to v době, kdy jsou jeho kompetence oslabeny vlivem stáří, nebo nemocí. Zabývali jsme se kategorizací stáří podle některých autorů, jako jsou například kategorizace stáří podle Müllera (2013), který udává počátek chronologického stáří věk 65 let. Dále jsme zde uvedli kategorizaci stáří podle Jesenského, které uvádí Müller (2013). Jako velmi zajímavý pohled na kategorizaci stáří se nám jeví pohled některých seniorů nad 65 let (ageimus©2020), kteří připomínají, že není vhodné, aby se vytvářel dojem, že většina seniorů jsou již nemohoucí starci a stařeny, ba naopak, někteří ze seniorů zastávají významné posty a funkce a jsou velmi produktivní, těší se dobrému psychickému i fyzickému zdraví. Máme za to, že je velmi vhodné si toto připomínat, jelikož je současná společnost ovlivněna kultem mládí a na stáří se pohlíží jako na nepotřebné. Rovněž jsme se dotkli strategií přijetí stáří podle Švancara,

který uvádí Příbyl (2015). Jedná se o 5P, kdy páté P uvádí jako potěšení, což znamená pěstovat aktivně dobrou náladu, umět se na něco těšit, mít radost z každodenních maličkostí. Rovněž jsme si vymezili pojmy konstruktivnost, závislost, obranný postoj, nepřátelství, sebenenávisť, což jsou pojmy, které nám vymezují strategie adaptace na stáří podle Šimíčkové-Čížkové (2010). První pojem konstruktivnost, což se dá u adaptace na stáří vymezit jako pojem pozitivní, se nám zcela kryje s 5P od Švancara. Uvedli jsme si také Teorie stárnutí podle Křivohlavého, stručně vymezili pojmy gerontologie, gerontopsychologie. Závěrem první kapitoly jsme si vymezili změny ve stáří a to psychické, fyzické i sociální.

Ve druhé kapitole jsme se zabývali kvalitou života ve stáří. Vymezili jsme si zde základní pojmy jako kvalita života podle Dvořáčkové, Hrozenkové, Mühlpachra a jiných autorů. Rovněž jsme si uvedli determinanty kvality života podle Mühlpachra (2017), který udává tři základní determinanty kvality života a to biologické, psychologické a sociální. Dotkly jsme se i vymezení pojmu potřeby podle Příbyla (2015). Zmínili jsme Maslowovu pyramidu potřeb, Dům potřeb podle Chloubové (2003). Jako zajímavý a nový se nám jeví kruhový model potřeb podle Kopsova (2019), který nám znázorňuje potřeby v kruhovém modelu, kdy jde o soustředné kruhy, které představují potřeby, namísto nehybně naskládaných vrstev

Ve třetí, nejobsáhlejší kapitole, se věnujeme péči o seniory v domácím prostředí. Vymezili jsme si zde pojmy jako aktivní stárnutí podle Haukeho (2014), Janiše a Skopalové (2016). Rovněž jsme se dotkli sociálních služeb, jejich ukotvení v zákoně o sociálních službách Zákon č. 108/2006 a Vyhlášce č. 505/2006. Uvedli jsme si možnosti odchodu do starobního důchodu a možnosti čerpání příspěvků a sociálních dávek podle Skarupské (2020). Podle Zákona o sociálních službách č. 108/2006 jsme si vymezili pojem terénní pečovatelská služba. Zmínili jsme a vysvětlili pojmy komunitní sociální práce podle Matouška, Koláčkové a Kodynové (2010). Zmínili jsme také rizikové situace v péči o seniory, do kterých jsme zařadili a vysvětlili pojem ageismus podle autorů Tošnerové (2002) a Říčana (2004) a pojem EAN (týrání, zanedbávání a zneužívání seniorů), do češtiny překládáno jako špatné zacházení s osobami vyššího věku podle Příbyla (2015).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Praktická část dané diplomové práce má za cíl zjistit kvalitu života seniorů, kteří využívají terénní pečovatelskou službu.

„S prodlužující délkou života nabývá na významu zkoumání faktorů, které příznivě ovlivňují stárnutí a kvalitu života ve stáří. Ačkoli lze vyšší věk charakterizovat jako období psychosociálních ztrát a zvyšujících se zdravotních rizik, existují studie, které dokládají dobrou kvalitu život seniorů (Brown at al., 1944), vysokou životní spokojenost a emoční pohodu (Lam a Power, 1991). Skutečnost, že se životní spokojenost nesnižuje s věkem navzdory nepříznivým okolnostem a ztrátám, se označuje jako „old age paradox“ a je předmětem dlouhodobé teoretické diskuze“ (Dragomirecká, Praisová, 2009, s. 9).

Výzkumy v oblasti kvality a života seniorů se také zabývali Sak společně s Klesárovou. Ve své knize Sociologie stáří a seniorů zkoumali různé dimenze života seniorů. Jednou z dimenzí bylo i zdraví, kdy autoři uvádí, že zdraví seniorů můžeme brát jako předpoklad pro kvalitu života a životní styl seniorů a jeho zkoumání nám pomůže odpovědět na dotaz, proč je životní styl mladých senior tak odlišný od životního stylu velmi starých seniorů (Sak, Kolesárová, 2012, s. 137).

„Analýzy také prokázaly, že se stáří, respektive jeho sociální obsah, proměňuje. Nejenže oproti počátku 20. století člověku bylo přidáno třicet let života, ale také se změnila kvalita tohoto života. Senior, podstatně vzdělanější, s touto novou kvalitou se stává subjektem utváření společnosti nového typu, společnosti dlouhověké“ (Sak, Kolesárová, 2012, s. 10).

Zkoumáním kvality života seniorů se také zabývají autoři Příbyl, Dvořáčková a Mühlpachr, které zmiňujeme v teoretické části. Je velmi důležité a žádoucí získávat poznatky o životě seniorů, které lze následně efektivně využít při další sociální práci s nimi a tím zlepšit jejich životní úroveň.

„Pokud uvažujeme o vědeckém výzkumu v pedagogice, lze jej vymezit jako záměrnou a systematickou činnost, při které se empirickými metodami zkoumání (ověřují, verifikují, testují) hypotézy o vztazích mezi pedagogickými jevy“ (Chrástka, 2011, s. 12).

4.1 Cíle výzkumu

V této kapitole si popíšeme výzkumný cíl práce, zformulujeme si výzkumný problém a výzkumné otázky společně s hypotézami.

Hlavním výzkumným cílem předkládané diplomové práce je

1. Zjistit jakou kvalitu života mají senioři využívající terénní pečovatelskou službu.

Dílčí výzkumné cíle

2. Zjistit, zda existují rozdíly v míře kvality života v závislosti na pohlaví.
3. Zjistit, zda existuje souvislost mezi mírou sociálních vztahů a rodinným stavem.
4. Zjistit, zda existují rozdíly v míře kvality života seniorů v závislosti na věku.

Výzkumné otázky a hypotézy

Hlavní výzkumná otázka: Jaká je míra kvality života seniorů využívajících terénní pečovatelskou službu?

Dílčí výzkumné otázky

- 1 Jaká je míra kvality života seniorů v závislosti na pohlaví?
- 2 Existuje souvislost mezi mírou sociálních vztahů a rodinným stavem?
- 3 Existují rozdíly v míře kvality života seniorů v závislosti na věku?

Hypotéza

1. Předpokládáme, že ženy vnímají kvalitu života výše než muži.
2. Předpokládáme, že senioři žijící v partnerství mají větší míru sociálních vztahů než ovdovělí.
3. Předpokládáme, že mladí senioři mají vyšší míru kvality života než senioři staří a velmi staří senioři.

4.2 Výzkumný soubor

Základním výzkumným souborem jsou senioři využívající charitní terénní pečovatelskou službu. Způsob výběru výzkumného souboru byl dostupný výběr. Oslovili jsme Charitu Přerov, Charitu Zlín a Charitu Otrokovice. Všechny tři Charity přislíbily účast na výzkumu. Na konci února a na počátku března jsme do těchto zařízení rozeslali postupně celkem 120 dotazníků. Nejprve do Charity ve Zlíně, poté do Charity v Otrokovicích, a nakonec do Charity v Přerově. Zpět jich bylo získáno 50 platně vyplněných. Jednalo se o dotazníky z Charity ve Zlíně, těch se navrátilo 48 platně vyplněných, více se jim bohužel nepodařilo vyplnit s odvoláním na aktuální situaci s Koronavirem. Z Charity v Otrokovicích se vrátilo dva platně vyplněné dotazníky a z Charity v Přerově se nevrátily žádné dotazníky. Opětovně jsme urgovali jak Charitu v Přerově, tak Charitu v Otrokovicích s prosbou o navrácení vyplněných dotazníků. Charita v Otrokovicích nám sdělila, že více než dva dotazníky se jim nepodařilo vyplnit s odvoláním na aktuální situaci s Koronavirem. Charita v Přerově nám rovněž sdělila, že nemá bohužel žádné vyplněné dotazníky také s odvoláním na aktuální situaci s Koronavirem.

Do výzkumného souboru jsme tedy zařadili 50 seniorů, kteří využívají terénní pečovatelskou službu. Výzkumný soubor tvoří 33 žen a 17 mužů (tabulka č. 2). Seniors jsme následně rozdělili do třech věkových kategorií (tabulka č. 3). Dále jsme provedli dělení seniorů do kategorií podle rodinného stavu (tabulka č. 4).

Popis výzkumného souboru (pohlaví, věk, rodinný stav respondentů)

Tabulka č. 2 zobrazuje dělení respondentů podle pohlaví. Výzkumu se zúčastnilo celkem 50 respondentů, z toho 17 mužů (34 %) a 33 žen (66 %).

Tabulka č. 2 Pohlaví respondentů

	Četnost	%	Platná	Kumulativní
muž	17	34,0	34,0	34,0
žena	33	66,0	66,0	100,0
Celkem	50	100,0	100,0	

Tabulka č. 3 zobrazuje dělení respondentů podle věkových kategorií. K tomuto dělení jsme použili, členění stáří podle Jesenského, které uvádí Müller (2013, s. 17) a to 65-74 let mladí senioři, 75-84 let staří senioři a 85 let a více velmi staří senioři. Skupinu mladých seniorů tvoří 10 respondentů (20 %), skupinu starých seniorů tvoří 25 respondentů (50 %) a skupinu velmi starých seniorů tvoří 15 respondentů (30 %).

Tabulka č. 3 Věk respondentů

	Četnost	%	Platná	Kumulativní
ženatý/vdaná	14	28,0	28,0	28,0
vdovec/vdova	26	52,0	52,0	80,0
rozvedený/á	3	6,0	6,0	86,0
svobodný/á	7	14,0	14,0	100,0
Celkem	50	100,0	100,0	

Tabulka č. 4 zobrazuje dělení respondentů podle rodinného stavu. Ženatých/vdaných respondentů se účastní výzkumu 14 mužů a žen (28 %), vdovců/vdov se výzkumu účastní 26 mužů a žen (52 %), rozvedených respondentů se účastní výzkumu v počtu 3 respondenti (6 %) a 7 (14 %) respondentů svobodných.

Tabulka č. 4. Rodinný stav respondentů

	Četnost	%	Platná	Kumulativní
ženatý/vdaná	14	28,0	28,0	28,0
vdovec/vdova	26	52,0	52,0	80,0
rozvedený/á	3	6,0	6,0	86,0
svobodný/á	7	14,0	14,0	100,0
Celkem	50	100,0	100,0	

4.3 Výzkumná metoda a technika

V diplomové práci jsme realizovali kvantitativní výzkum zaměřený na kvalitu života seniorů využívajících terénní pečovatelskou službu. Jako výzkumný nástroj jsme zvolili standardizovaný dotazník Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku WHOQOL-100, jeho zkrácenou verzi WHOQOL– BREF.

„Vývoj dotazníků kvality života inicioval v roce 1991 odbor duševního zdraví Světové zdravotnické organizace. Nový instrument s názvem WHOQOL (World Health Organization Quality of Life Assessment) měl překonat a rozšířit dosavadní pojetí kvality života, chápané jako subjektivní hodnocení zdravotního stavu a každodenních činností např. F–36. Dále měl naplnit čtyři princip, které se po dvou desetiletích intenzivního rozvoje měření kvality života ukázaly jako nezbytné., a t komplexnost vyplývající z definice zdraví WHO, subjektivnost ve smyslu podchycení vlastního pohledu respondenta, zahrnutí subjektivní důležitosti jednotlivých aspektů života pro respondenta a kulturní relevanci ve smyslu použitelnosti jednoho instrumentu v různém jazykovém a kulturním prostředí“ (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 11).

Standardizovaný dotazník WHOQOL – BREF se stává ze čtyř domén (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí), do kterých je rozděleno 24 položek. Doména fyzické zdraví zahrnuje položky závislost na lékařské péči, bolest a nepříjemné pocity, energii a únavu, každodenní činnosti, pohyblivost, spánek a pracovní výkonost. Doména prožívání zahrnuje položky negativní pocity, přijetí tělesného vzhledu, smyslu života, potěšení ze života, spokojenost se sebou, soustředění. Doména sociální vztahy zahrnuje osobní vztah, podporu přátel, sexuální život. Poslední doména prostředí zahrnuje polož prostředí v okolí bydliště, životní prostředí, osobní bezpečí, dostupnost zdravotní péče, finanční situace, přístup k informacím, doprav a záliby. Možnosti odpovědí u každé položky jsou seřazeny v pětistupňové Likertově škále, kdy tyto škály vyjadřují množství. Likertova škála obvykle zkoumá nějaký postoj, spokojenost nebo zkušenost respondenta. Tvoří se podobně jako uzavřená otázka s výběrem možností, kdy odpovědi jsou pevně dané.

Všem osloveným respondentům byl sdělen důvod dotazníkového šetření a také zaručena anonymita (v dotazníku se neuvádí jméno, příjmení, nepodepisuje se). Respondentům, kteří nebyli schopni samostatně vyplnit dotazník, s tímto vypomohli sociální pracovníci anebo pracovníci v sociálních službách.

5 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

Všechna data zjištěná z dotazníků jsme pečlivě zaznamenali do datové tabulky, kterou jsme vytvořili v programu MS Excel. Poté jsme pro následné výpočty a tvorbu tabulek a grafů použili statistický program IB-SPSS.

Další analýzu získaných dat jsme provedli pomocí výzkumných cílů a výzkumných otázek, které s nimi souvisí.

1. **Hlavním výzkumným cílem je zjistit kvalitu života seniorů využívajících terénní pečovatelskou službu.**

Dílčí výzkumné cíle:

2. Zjistit, zda existují rozdíly v míře kvality života v závislosti na pohlaví.
3. Zjistit, zda existuje souvislost mezi mírou sociálních vztahů a rodinným stavem.
4. Zjistit, zda existují rozdíly v míře kvality života seniorů v závislosti na věku.

Hypotézy

1. Předpokládáme, že ženy vnímají kvalitu života výše než muži.
2. Předpokládáme, že senioři žijící v partnerství mají větší míru sociálních vztahů než ovdovělí (žijící single).
3. Předpokládáme, že mladí senioři mají vyšší míru kvality života než staří senioři a velmi staří senioři.

Jaká je kvalita života v celkových i jednotlivých dimenzích

V tabulce č. 5 mohli respondenti dosáhnout v každé jednotlivé dimenzi minimálního počtu 1 bod a maximálního počtu 5 bodů. V dimenzi fyzického zdraví dosáhli hodnot 1 – 4,43 bodů. V dimenzi prožívání dosáhli respondenti 1,33 – 4,50 bodů. V dimenzi sociální vztahy dosáhli respondenti stejně jako v dimenzi prožívání minimální počet bodů 1,33, maximální počet 5,00 bodů. V poslední dimenzi prostředí dosáhli respondenti minimální počet 1,75 bodů a maximální počet 5,00 bodů stejně jako u dimenze sociální vztahy.

V tabulce č. 5 rovněž vidíme, že nejvyšší průměrné hodnoty dosáhli respondenti v dimenzi prostředí ($M=3,24$, $SD = 0,66$) a nejnižší hodnoty v dimenzi fyzické zdraví ($M=2,87$, $SD=0,85$).

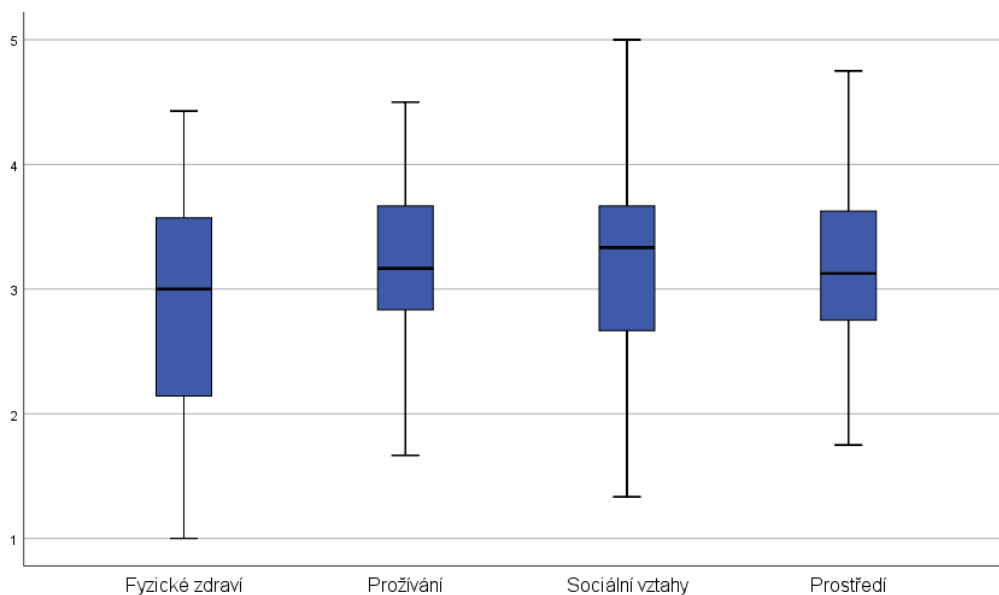
Co se týče celkové kvality života, tak respondenti dosáhli body od 1,52 – 4,32, kdy průměrná hodnota tvořila $M=3,09$ ($SD=0,64$).

Tabulka č. 5 Kvalita života seniorů

	N	Minimum	Maximum	Průměr	Sm. odchylka
Fyzické zdraví	50	1,00	4,43	2,87	,85
Prožívání	50	1,33	4,50	3,16	,70
Sociální vztahy	50	1,33	5,00	3,11	,79
Prostředí	50	1,75	5,00	3,24	,66
Celková kvalita života	50	1,52	4,32	3,09	,65

Krabicový graf č.1 zobrazuje míru kvality života v jednotlivých dimenzích. Nejnižší míra kvality života se nám projevila v dimenzi fyzického zdraví, naproti tomu nejvyšší míra se nám projevila v oblasti sociální vztahy, stejně, jak nám ukazuje tabulka č. 5.

Graf č.1 Krabicový graf Kvalita života v jednotlivých dimenzích



5.1.1 Dílčí výzkumný cíl 1: Zjistit, zda existují rozdíly v míře kvality života v závislosti na pohlaví.

Dílčí výzkumná otázka 1: Jaká je míra kvality života seniorů v závislosti na pohlaví?

HO1 Předpokládáme, že ženy vnímají kvalitu života výše než muži.

HA1 Předpokládáme, že mezi ženami a muži neexistují rozdíly ve vnímání kvality života.

U této otázky jsme provedli Levenův test pro homogenitu rozptylů a následně použili T-test pro dva nezávislé výběry. Tabulka č. 6 nám ukazuje, že muži dosáhli průměrné skóre v dimenzi fyzického zdraví $M=2,94$ ($SD=0,83$). Ženy dosáhly průměrného skóre $M=2,83$ ($SD=0,87$). V dimenzi prožívání dosáhli muži průměrné skóre $M=3,38$ ($SD=0,63$). Ženy v dimenzi prožívání dosáhli průměrné skóre $M=3,04$ ($SD=0,71$). V dimenzi sociální vztahy dosáhli muži průměrné skóre $M=3,33$ ($SD=0,87$). Ženy v této dimenzi dosáhly průměrné skóre $M=2,99$ ($SD=0,72$). U poslední dimenze prostředí jsme zjistili průměrné skóre u mužů $M=3,29$ ($SD=0,75$), u žen jsme zjistili průměrné skóre $M=3,22$ ($SD=0,62$). Na základě výpočtů z tabulky č. 6 jsme zjistili, že $p < 0,05$, tudíž můžeme zamítnout nulovou hypotézu, přijímáme alternativní hypotézu.

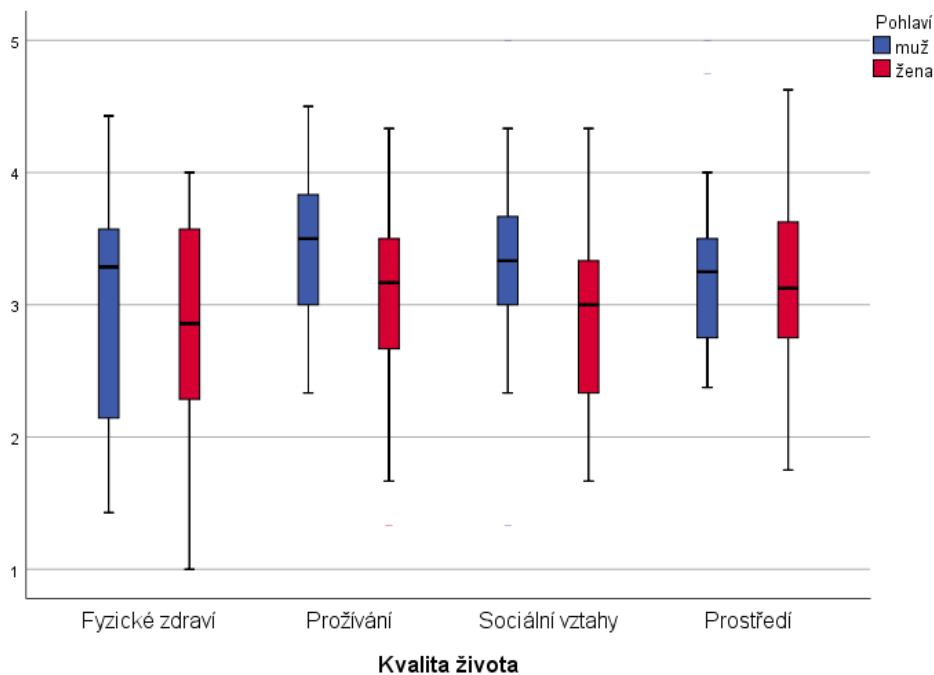
Muži a ženy pocít'ují kvalitu života v jednotlivých dimenzích stejně.

Tabulka č. 6 Kvalita života seniorů v závislosti na pohlaví

	Pohlaví	N	Průměr	Sm. odchylka
Fyzické zdraví	muž	17	2,94	,83
	žena	33	2,83	,87
Prožívání	muž	17	3,38	,63
	žena	33	3,04	,71
Sociální vztahy	muž	17	3,33	,87
	žena	33	2,99	,72
Prostředí	muž	17	3,29	,75
	žena	33	3,22	,62

Krabicový graf č. 2 zobrazuje míru kvality života v závislosti na pohlaví. Z grafu č. 2 je zřejmé, že mezi jednotlivými dimenzemi nejsou statisticky významné rozdíly, muži i ženy pocít'ují kvalitu života stejně.

Graf č. 2 krabicový graf Kvalita života v závislosti na pohlaví



5.1.2 Dílčí výzkumný cíl 2: Zjistit, zda existuje souvislost mezi mírou sociálních vztahů a rodinným stavem.

Dílčí výzkumná otázka 2: Existuje souvislost mezi mírou sociálních vztahů a rodinným stavem?

HO2 Předpokládáme, že senioři žijící v partnerství mají větší míru sociálních vztahů než ovdovělí (žijící single).

HA2 Předpokládáme, že mezi seniory žijícími v partnerství a seniory ovdovělymi (žijícími single) nejsou rozdíly v míře sociálních vztahů.

Z výsledků z tabulky č. 7 vyplývá, že významné rozdíly v kvalitě života v závislosti na rodinném stavu jsou patrné v dimenzi prožívání, **sociální vztahy** a prostředí. Naopak kvalita fyzického zdraví není závislá na rodinném stavu. Respondenti v dimenzi fyzického zdraví nedosáhli významnějších rozdílů. Ženatí/vdaní respondenti dosáhli v dimenzi fyzického zdraví hodnoty $M=2,98$ ($SD=0,88$). Ovdovělí dosáhli v dimenzi fyzického zdraví hodnoty $M=2,64$ ($SD=0,79$). Rozvedení respondenti dosáhli v dimenzi fyzického zdraví hodnot $M=2,81$ ($SD=0,59$) a svobodní respondenti dosáhli v dimenzi fyzického zdraví hodnot $M=3,53$ ($SD=0,84$).

Co se týče dimenze prožívání, zde již respondenti dosáhli významnějších hodnot, a to respondenti ženatí/vdané dosáhli hodnot $M=3,31$ ($SD=0,66$), ovdovělí dosáhli hodnot $M=2,91$ ($SD=0,66$). Ovdovělí respondenti dosáhli hodnot $M=2,91$ ($SD=0,66$) stejně jako u respondentů ženatých/vdaných. Rozvedení respondenti dosáhli v dimenzi prožívání hodnot $M=3,44$ ($SD=0,35$). Svobodní respondenti v této dimenzi dosáhli hodnot $M=3,64$ ($SD=0,79$).

V dimenzi **sociální vztahy**, která nás zajímá, dosáhli respondenti následujících hodnot. Ženatí /vdané dosáhli hodnot $M=3,36$ ($SD=0,83$). Ovdovělí respondenti dosáhli hodnot $M=2,81$ ($SD=0,71$). Rozvedení respondenti dosáhli hodnot $M=3,56$ ($SD=0,19$). Svobodní respondenti dosáhli v dimenzi sociální vztahy hodnoty $M=3,52$ ($SD=0,79$).

V poslední dimenzi prostředí dosahovali respondenti následujících hodnot a to ženatí/vdané dosáhli hodnot $M=3,36$ ($SD=0,57$), ovdovělí respondenti dosáhli hodnot $M=3,00$ ($SD=0,53$), rozvedení respondenti dosahovali hodnot $M=2,83$ ($SD=0,47$) a svobodní respondenti dosahovali hodnot $M=4,05$ ($SD=0,69$).

K následným výpočtům jsme zvolili test ANOVA (analýzu rozptylu). Při výpočtu hodnot z tabulky č. 7 jsme zjistili v dimenzi sociálních vztahů, že $p > 0,05$, tudíž nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu.

Senioři žijící v partnerském stavu mají vyšší míru sociálních vztahů než ovdovělí (single).

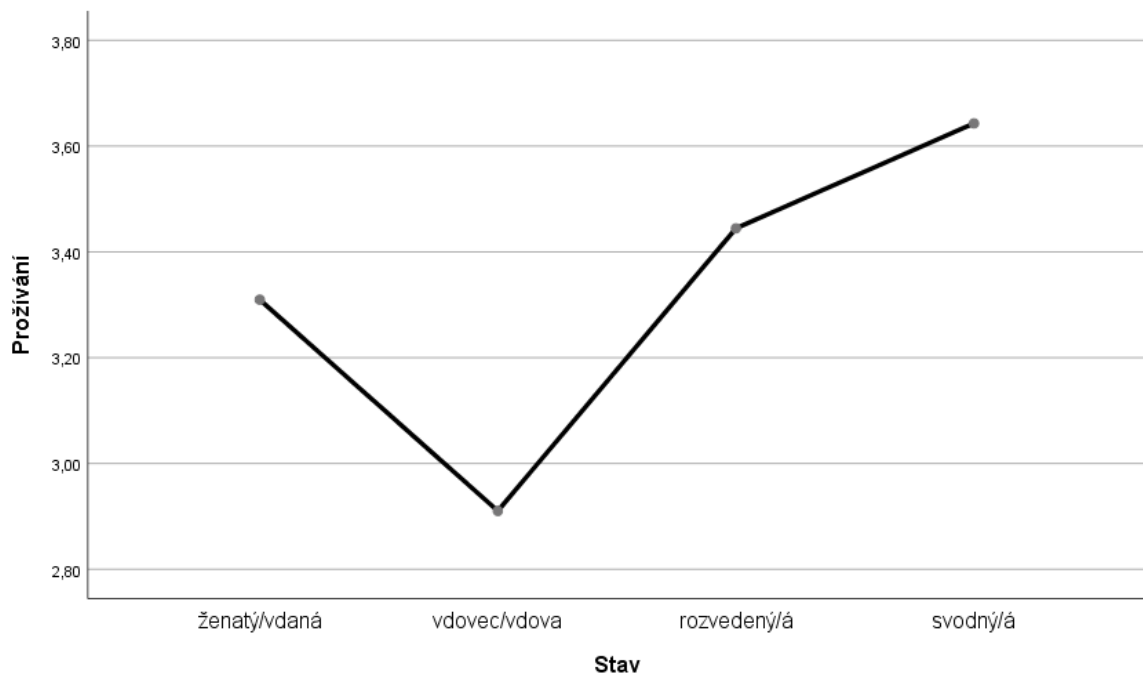
Tabulka č. 7 Kvalita života v závislosti na rodinném stavu

		N	Průměr	Sm. odchylka	Minimum	Maximum
Fyzické zdraví	ženatý/vdaná	14	2,98	,88	1,43	4,00
	vdovec/vdova	26	2,64	,79	1,00	4,00
	rozvedený/á	3	2,81	,59	2,14	3,29
	svodný/á	7	3,53	,84	1,86	4,43
Prožívání	ženatý/vdaná	14	3,31	,66	1,83	4,17
	vdovec/vdova	26	2,91	,66	1,33	4,33
	rozvedený/á	3	3,44	,35	3,17	3,83
	svodný/á	7	3,64	,74	2,17	4,50
Sociální vztahy	ženatý/vdaná	14	3,36	,83	2,00	5,00

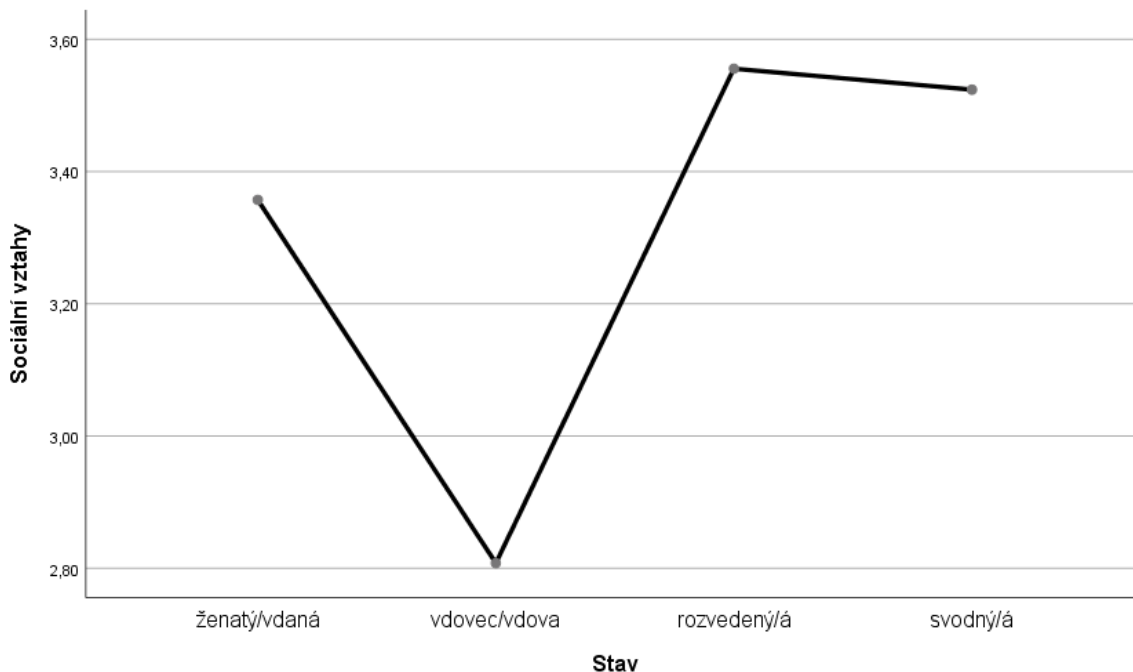
	vdovec/vdova	26	2,81	,71	1,33	4,33
	rozvedený/á	3	3,56	,19	3,33	3,67
	svobodný/á	7	3,52	,79	2,00	4,33
Prostředí	ženatý/vdaná	14	3,36	,57	2,63	4,75
	vdovec/vdova	26	3,00	,53	1,75	4,13
	rozvedený/á	3	2,83	,47	2,50	3,38
	svobodný/á	7	4,05	,69	2,88	5,00

V grafu č. 3 jsou pro ilustraci přehledně znázorněny rozdíly v dimenzi prožívání v závislosti na rodinném stavu, kdy největší míru kvality života dosahují senioři svobodní, rozvedení a ženatí/vdané. Naopak senioři, kteří jsou ovdovělí vykazují v dimenzi prožívání nejmenší míru kvality života.

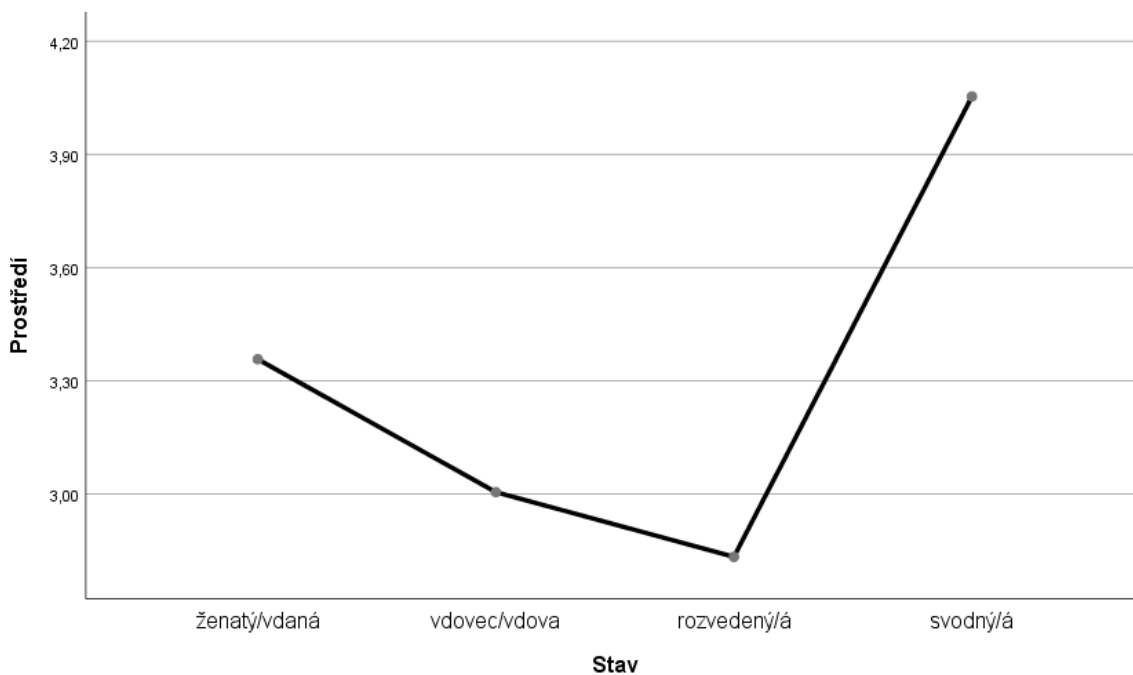
Graf č. 3 Graf průměrů v dimenzi prožívání



V grafu č. 4 jsou pro ilustraci přehledně znázorněny rozdíly v dimenzi sociální vztahy v závislosti na rodinném stavu, kdy největší míru kvality života dosahují senioři rozvedení, svobodní a ženatí/vdané. Naopak senioři, kteří jsou ovdovělí vykazují v dimenzi sociální vztahy nejmenší míru kvality života.

Graf č. 4 Graf průměrů v dimenzi sociální vztahy

V grafu č. 5 jsou pro ilustraci přehledně znázorněny rozdíly v dimenzi prostředí v závislosti na rodinném stavu, kdy největší míru kvality života dosahují senioři svobodní, ženatí/vdané, ovdovělí. Naopak senioři, kteří jsou rozvedení, vykazují v dimenzi sociální vztahy nejmenší míru kvality života.

Graf č. 5 Graf průměrů v dimenzi prostředí

5.1.3 Dílčí výzkumný cíl 3: Zjistit, zda existují rozdíly v míře kvality života seniorů v závislosti na věku.

Dílčí výzkumná otázka 3: Existují rozdíly v míře kvality života seniorů v závislosti na věku?

H03 Předpokládáme, že mladí senioři mají vyšší míru kvality života než staří senioři a velmi staří senioři.

HA3 Předpokládáme, že mezi mladými seniory a starými seniory a velmi starými seniory není rozdíl v míře kvality života.

Z výsledků z tabulky č. 8 vyplývá, že významné rozdíly v kvalitě života v závislosti na věku jsou patrné v dimenzi fyzické zdraví. Naopak kvalita života v dimenzi prožívání, sociální vztahy a prostředí není závislá na věkové kategorii. Respondenti v dimenzi fyzického zdraví dosáhli významnějších rozdílů. Respondenti ve věkové kategorii mladí senioři (65-74 let) dosáhli v dimenzi fyzického zdraví hodnoty $M=3,1000$ ($SD=0,70002$). Senioři ve věkové kategorii staří senioři (75-84 let) dosáhli v dimenzi fyzického zdraví hodnoty $M=3,1086$ ($SD=0,79248$). Respondenti ve věkové kategorii velmi staří senioři (85 a více let) dosáhli hodnot v dimenzi fyzického zdraví $M=2,3143$ ($SD=0,59$).

Co se týče dimenze prožívání, zde již respondenti nedosáhli významnějších hodnot. Mladí senioři (65-74 let) dosáhli hodnot $M=3,1833$ ($SD=0,56900$), staří senioři (75-84 let) dosáhli hodnot $M=3,2733$ ($SD=0,62709$). Respondenti velmi staří senioři (85 a více let) dosáhli hodnot $M=2,9444$ ($SD=0,86755$).

V dimenzi sociální vztahy dosáhli respondenti následujících hodnot. Mladí senioři (65-74 let) dosáhli hodnot $M=2,8333$ ($SD=1,00922$). Respondenti staří senioři (75-84 let) dosáhli hodnot $M=3,2667$ ($SD=0,61614$). Respondenti velmi staří senioři dosáhli hodnot v dimenzi sociální vztahy $M=3,0222$ ($SD=0,86801$).

V poslední dimenzi prostředí dosahovali respondenti následujících hodnot, a to mladí senioři (65-74 let) dosáhli hodnot $M=3,3875$ ($SD=0,82800$), respondenti staří senioři (75-84 let) dosáhli hodnot $M=3,2600$ ($SD=0,60156$), a poslední respondenti velmi staří senioři (85 a více let) dosáhli hodnot $M=3,1083$ ($SD=0,65443$).

K následným výpočtům jsme zvolili test ANOVA (analýzu rozptylu). Při výpočtu pomocí tabulky č.8 jsme zjistili v dimenzi fyzické zdraví, že $p > 0,05$, tudíž nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu.

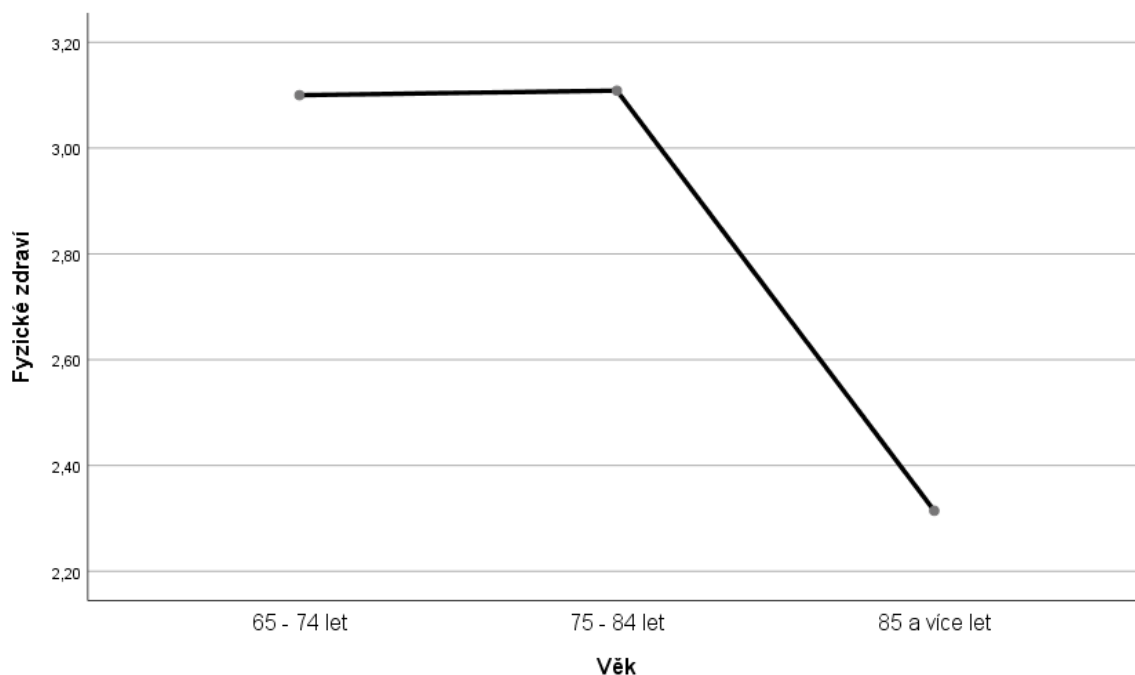
Předpokládáme, že mladí senioři ve věku mají vyšší míru kvality života než senioři staří a velmi staří.

Tabulka č. 8 Kvalita života seniorů v závislosti na věku

		N	Průměr	Sm. odchylka	Minimum	Maximum
Fyzické zdraví	65–74 let	10	3,1000	,70002	1,71	3,86
	75–84 let	25	3,1086	,79248	1,00	4,43
	85 a více let	15	2,3143	,81566	1,14	4,00
Prožívání	65–74 let	10	3,1833	,56900	2,17	4,00
	75–84 let	25	3,2733	,62709	1,67	4,50
	85 a více let	15	2,9444	,86755	1,33	4,33
Sociální vztahy	65–74 let	10	2,8333	1,00922	1,33	4,33
	75–84 let	25	3,2667	,61614	1,67	4,33
	85 a více let	15	3,0222	,86801	2,00	5,00
Prostředí	65–74 let	10	3,3875	,82800	2,38	5,00
	75–84 let	25	3,2600	,60156	1,75	4,25
	85 a více let	15	3,1083	,65443	2,25	4,75

V grafu č. 6 jsou pro ilustraci přehledně znázorněny rozdíly v dimenzi fyzické zdraví v závislosti na věku. kdy největší míru kvality života téměř totožně dosahují senioři ve věku staří senioři (75-84 let) a mladí senioři (65-74 let), naproti tomu kvalita života v závislosti na věku v dimenzi fyzického zdraví strmě klesá u velmi starých seniorů (85 let a více).

Graf č. 6 Graf průměrů v dimenzi fyzické zdraví



5.2 Závěry výzkumu

Naším výzkumným cílem bylo zjistit, jakou kvalitu života mají senioři využívající terénní pečovatelskou službu. Při stanovení dílčích výzkumných otázek jsme vycházeli ze čtyř domén standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF od Dragomirecké a to fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Výzkumného šetření se zúčastnilo 48 seniorů využívajících terénní pečovatelskou službu ve Zlíně a 2 senioři využívající terénní pečovatelskou službu v Otrokovicích. I když byla oslovena i terénní pečovatelská služba v Přerově, výzkumu se senioři nezúčastnili s odvoláním na situaci s Koronavirem.

Na začátku výzkumu jsme si stanovili výzkumné otázky, které jsme postupně vyhodnocovali. První otázka se týkala míry kvality života v souvislosti na pohlaví. Tuto otázku jsme testovali pomocí hypotézy H01 a HA1.

H01 Předpokládáme, že ženy vnímají kvalitu života výše než muži.

HA1 Předpokládáme, že mezi ženami a muži neexistují rozdíly ve vnímání kvality života.

Na základě výpočtu pomocí T-Testu jsme zjistili, že ve všech čtyřech doménách jak fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí nejsou mezi muži a ženami významné rozdíly. V dimenzi fyzické zdraví dosáhly ženy skóre $M=2,83$ ($SD=0,87$). Naopak nejvyššího skóre $M=3,38$ ($SD=0,63$) dosáhli muži v dimenzi prožívání. Na základě výpočtů z tabulky č. 6

jsme zjistili, že $p < 0,05$, tudíž můžeme zamítnout nulovou hypotézu, přijímáme alternativní hypotézu.

To znamená, že **muži i ženy** ve zkoumaném souboru **pocitují stejnou kvalitu života** v daných dimenzích. Pro snadnější přehlednost jsme získaná data zaznamenali i do krabicového grafu č. 1.

I když nám z výpočtů vyplynulo zajímavé zjištění, že muži a ženy nepocitují významné rozdíly ve vnímání kvality života, ve všech čtyřech dimenzích (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí) vyšli průměrné hodnoty mužům vyšší než ženám. Tyto hodnoty může ovlivnit více faktorů, jako například obecné tvrzení, že muži se na život dívají více realisticky a optimisticky.

Druhá otázka se týkala zjišťování souvislosti mezi mírou sociálních vztahů a rodinným stavem. Tuto otázku jsme testovali pomocí hypotézy H02 a HA2.

H02 Předpokládáme, že senioři žijící v partnerství mají větší míru sociálních vztahů než ovdovělí (žijící single).

HA2 Předpokládáme, že mezi seniory žijícími v partnerství a seniory ovdovělými (žijícími single) nejsou rozdíly v míře sociálních vztahů.

Z výsledků z tabulky č.7 vyplývá, že významné rozdíly v kvalitě života v závislosti na rodinném stavu jsou patrné v dimenzi prožívání, **sociální vztahy** a prostředí. Naopak kvalita fyzického zdraví není závislá na rodinném stavu.

V dimenzi **sociální vztahy**, která nás zajímá, dosáhli respondenti následujících hodnot. Ženatí /vdané dosáhli hodnot $M=3,36$ ($SD=0,83$). Ovdovělí respondenti dosáhli hodnot $M=2,81$ ($SD=0,71$). Rozvedení respondenti dosáhli hodnot $M= 3,56$ ($SD=0,19$). Svobodní respondenti dosáhli v dimenzi sociální vztahy hodnoty $M=3,52$ ($SD=0,79$).

K následným výpočtům jsme zvolili test ANOVA (analýzu rozptylu). Při výpočtu hodnot z tabulky č. 7 jsme zjistili v dimenzi sociálních vztahů, že $p > 0,05$, tudíž nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu.

Senioři žijící v partnerském stavu mají vyšší míru sociálních vztahů než ovdovělí (single).

To znamená, že senioři, kteří jsou ovdovělí mají menší míru sociálních vztahů. Pro snadnější přehlednost jsme získaná data zaznamenali i do grafu č. 3, č.4 a č.5.

Majerníková, Hudáková (2013) zkoumaly kvalitu života seniorů jak ve zdravotnickém zařízení, tak v pobytové službě. Ve své studii zmiňují mexický výzkum, který udává, že ve

výzkumném souboru byl zaznamenán větší výskyt psychických problémů u seniorů, kteří žili osaměle, nebo nežili v blízkosti své rodiny. Autorky rovněž zmiňují, že inkorporace starších osob v jejich komunitě je součástí sociálního aspektu kvality života. Dále se odvolávají na Zdraví a důchodové studie starších Američanů, kde se ukázalo, že integrace seniorů zabránila zhoršování jejich paměti a jiných kognitivních funkcí. U seniorů, kteří nebyli integrováni došlo ke dvakrát rychlejšímu zhoršení v oblastech paměti a kognitivních funkcí než u osob standardně integrovaných.

Křížová (2005, s. 223-224) rovněž uvádí, že pokud něco určuje kvalitu života je to propojenost, a to propojenost lidských vztahů. Mít někoho rád, někoho, koho potřebuji a kdo potřebuje mě, lásku k rodině a k ostatním členům lidské společnosti, kvalitní vztahy. Autorka také uvádí, že kvalitní život není možný bez dobrých přátel, kteří mi pomůžou, když potřebuji. Rovněž zmiňuje potřebu žít v láskyplném partnerském stavu, žít s milovanou osobou a další.

Třetí otázka se týkala míry kvality života seniorů v závislosti na věku. Tuto otázku jsme testovali pomocí hypotéz H03 a HA3.

H03 Předpokládáme, že mladí senioři mají vyšší míru kvality života než senioři staří a velmi staří.

HA3 Předpokládáme, že mezi mladými seniory a starými seniory a velmi starými seniory není rozdíl v míře kvality života.

Při výpočtu pomocí tabulky č.8 jsme zjistili, že respondenti v dimenzi fyzického zdraví dosáhli významnějších rozdílů. Respondenti ve věkové kategorii mladí senioři (65-74 let) dosáhli v dimenzi fyzického zdraví hodnoty $M=3,1000$ ($SD=0,70002$). Senioři ve věkové kategorii staří senioři (75-84 let) dosáhli v dimenzi fyzického zdraví hodnoty $M=3,1086$ ($SD=0,79248$). Respondenti ve věkové kategorii velmi staří senioři (85 a více let) dosáhli hodnot v dimenzi fyzického zdraví $M=2,3143$ ($SD=0,59$).

Na základě výpočtů z tabulky č. 7 jsme tedy v dimenzi fyzické zdraví zjistili, že $p > 0,05$, tudíž nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu.

Mezi mladými seniory a starými seniory a velmi starými seniory existuje rozdíl v míře kvality života.

Sak a Kolesárová (2012) prováděli výzkum socioekonomické situace a zdraví u seniorů. Zjistili, že k dramatickému zhoršení zdravotního stavu dochází u seniorů teprve ve věku nad

70 let. Zdravotní stav seniorů ve věku 61-70 let se podle autorek více podobá zdravotnímu stavu střední generace než zdravotnímu stavu seniorů nad 71 let.

„Zdravotní situace seniorů vypovídá o předpokladech pro kvalitu života a životní styl. Zcela jiné podmínky pro svůj život má mladší generace seniorů do sedmdesáti let a jiné starší generace“ (Sak, Kolesárová, 2012, s.137).

5.3 Doporučení pro praxi

Domníváme se, že výsledky výzkumu mohou být prospěšné pro další sociální práci se seniory, kteří využívají terénní pečovatelskou službu anebo denní stacionář. Novým zjištěním pro nás bylo, že ženy i muži vnímají kvalitu života stejně. Předpokládali jsme, že ženy vnímají kvalitu života ve větší míře než muži. V praxi lze tento poznatek využít například v pečovatelské službě, nebo v denním stacionáři při práci se seniory, kdy v obecné rovině nemusíme být zcela vnímaví k potřebám mužů seniorů.

Co se týče sociálních vztahů v závislosti na rodinném stavu, zjistili jsme, že ovdovělí senioři mají nejnižší míru sociálních vztahů. Pro ovdovělé seniory může dekompenzace sociálních vztahů znamenat zhoršení jejich zdravotního stavu, a to jak fyzického, tak psychického. Mohou se uzavírat do samoty, stranit se okolí. Jako prevenci takového chování doporučujeme zaměřit pozornost na tyto seniory a nabídnout jim smysluplné a aktivní trávení volného času např. v denních stacionářích, v klubech pro seniory a v jiných zařízeních pro seniory. Měli bychom jim pomoci aktivně prožít podzim svého života, a to ať už formou nabídky různých sportovních aktiv, vzdělávacích programů, exkurzí, naučných programů. Neměli bychom rovněž zapomínat na nabídku seznamování seniorů s moderními technologiemi, kdy je seniorům nabídnuta pomoc při práci na PC, podpora při užívání internetu, chytrých telefonů, Facebooku a jiných sociálních sítích, jelikož máme za to, že internet a sociální sítě nejsou doménou jen „mladých“ lidí, ale mohou zkvalitnit život i seniorům, kteří si pomocí těchto technologií mohou vyhledávat informace, které jim vypomohou v jejich běžném životě anebo mohou být cestou ke získání nových poznatků, či dovedností.

Poslední naše zjištění na základě výzkumu bylo, že mladí senioři mají vyšší míru kvality života než staří senioři a velmi staří senioři. Výsledné rozdíly lze využít při plánování sportovních aktivit, při plánování zájmových aktivit a vůbec volnočasových aktivit spojených s pohybem. Jak již bylo výše zmíněno, mezi mladými seniory a velmi starými

seniory může být věkový rozdíl až třicet let. K této skutečnosti bychom měli přihlížet a pomoci seniorům najít pro sebe tu správnou pohybovou, popřípadě sportovní aktivitu.

ZÁVĚR

V předkládané diplomové práci jsme se zbývali problematikou kvality života seniorů využívajících terénní pečovatelskou službu. V teoretické části jsme se seznámili se stářím, s jeho vymezením, klasifikací. Rovněž jsme si vymezili strategie přijetí stáří a změny ve stáří. Ve druhé části jsme se zabírali kvalitou života, vymezili jsme si pojem potřeby a determinanty kvality života. Ve třetí části jsme definovali terénní pečovatelskou službu podle zákona, zmínili jsme rizikové situace a vymezili jsme pojmy ageismus, EAN.

Praktická část diplomové práce se zaměřila na vnímání míry kvality života u seniorů v závislosti na pohlaví, rodinném stavu a v závislosti na věku. Z analýzy výsledků vyplynulo zjištění, že ženy i muži mají stejnou míru vnímání kvality života ve čtyřech dimenzích, a to v dimenzi fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí, dále vyplynula skutečnost, že odvodělení seniorů mají velmi nízké vnímání kvality života v dimenzích prožívání, sociální vztahy a prostředí. Naproti tomu mladí seniorů vnímají kvalitu života v dimenzi fyzické zdraví vyšší mírou než staří seniorů a velmi staří seniorů.

Kvalita života je velmi důležitá u každého jedince a v každém věku. Je definována různými způsoby, kdy jednotná definice stále neexistuje. Každý jedinec kvalitu svého života vnímá subjektivně na základě své individuality. Na společnosti poté je, aby vyvinula fungující nástroje sociální politiky a zdravotní péče, které budou deklarovat kvalitní prožití života u všech jedinců, u seniorů obzvlášť, jelikož jak již bylo zmíněno výše, vyspělost každé společnosti se pozná podle toho, jak pečuje o nejslabší články své společnosti.

ZKRATKY

aj.	a jiné
CAN	Child Abuse and Neglect
ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
ČR	Česká republika
EAN	Elder Abuse and Neglect
INA	Network for the Prevention of Elder Abuse
LPS	Lékařská posudková služba
Pnp	Příspěvek na péči
OSN	Organizace spojených národů
s.	strana
TP	těžké postižení
tzn.	to znamená
ÚP	Úřad práce
QOL	Quality of life
WHOQOL OLTD	World Health Organization Quality of Life
WHO	World Health Organization
ZTP	zvlášť těžké postižení
ZTP/P	zvlášť těžké postižení s průvodcem

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BAUMAN, Zygmunt. *Umění života*. Praha: Academia, 2010. XXI. století. ISBN 978-80-200-1869-4.
- [2] DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka PRAJSOVÁ. *WHOQOL-OLD: příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum. 2009. ISBN 978-80-87142-05-9.
- [3] DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing. 2012. ISBN 9S78-80-247-4138-3.
- [4] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl.* Praha: Havlíček Brain Team. 2010. ISBN 978-80-871-0919-9.
- [5] HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada Publishing. 2014. ISBN 978-80-247-5216-7.
- [6] HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: SLON, 2012. ISBN 978-80-7419-106-0.
- [7] HROZENSKÁ, Martina. *Sociální práce so staršími lidmi a jej teoreticko-praktické východiska*. Martin: Osveta. 2008. ISBN 978-80-8063-282-3.
- [8] HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.
- [9] CHLOUBOVÁ, Hana. *Člověk ve zdraví a nemoci: Základní potřeby člověka. Osobní rádce zdravotní sestry*. 2003. ISSN 1214-0074
- [10] CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1369-4.
- [11] JANIŠ, Kamil a Jitka SKOPALOVÁ. *Volný čas seniorů*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5535-9.
- [12] KOVÁČ, Damián. *Umne starnúť*. Bratislava: VEDA. 2013. ISBN 978-80-224-1280-3.
- [13] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. 2002. ISBN 80-247-0179-0.

- [14] *Kvalita života ve stáří: národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. ISBN 978-80-86878-65-2.
- [15] LUDÍKOVÁ, Libuše. *Kvalita života osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3827-6.
- [16] MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
- [17] MICHALÍK, Jan. *Poradenství pro uživatele sociálních služeb. 2., upr. a dopl. vyd.* Praha: Národní rada osob se zdravotním pojištěním. 2007. ISBN 80-903640-9-8.
- [18] MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života seniorů*. Brno: MSD, 2017. ISBN 9788073922603.
- [19] MÜLER, Oldřich. *Speciálněpedagogická gerontagogika*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2013. ISBN 978-8-244-3688-3.
- [20] NOVÁKOVÁ, Radana, 2011. *Pečovatelství II.: učební text pro žáky oboru Sociální péče – pečovatelská činnost*. Praha: Triton. 2011. ISBN 978-80-7387-531-2.
- [21] PAYNE, Jana. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton. 2005. ISBN 80-7254-657-0.
- [22] PRUDKÁ, Šárka. *Sociální služby pro seniory v kontextu sociální politiky*. Praha: Wolters Kluwer, 2015. ISBN 978-80-7478-839-0.
- [23] PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf Jessenius. 2015. ISBN 978-80-7345-437-1.
- [24] PYŠNÁ, Jana. *Kvalita života seniorů a pohyb*. Bratislava: Infopress. 2009. ISBN 978-80-85402-98-8.
- [25] ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. Praha: Portál. 2004. ISBN 80-7178-829-5.
- [26] SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3850-5.
- [27] SKARUPSKÁ, Helena. *Studijní opora. ÚPV FHS UTB Zlín*, 2020.
- [28] ŠIMÍČKOVÁ – ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Přehled vývojové psychologie.3., upr. vyd.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2010. ISBN 978-80-244-2433-0.

- [29] THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál. 2015. ISBN97 8-80-262-0714-6.
- [30] TOŠNEROVÁ, Tamara. *Ageismus: průvodce stereotypy a mýty o stáří*. Praha: ambulance pro poruchy paměti. 2002. ISBN 80-238-9506-0.
- [31] VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPAHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita. 2005. ISBN 80-210-3754-7.
- [32] VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum. 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
- [33] TOŠNEROVÁ, Tamara. *Ageismus: průvodce stereotypy a mýty o stáří*. Praha: ambulance pro poruchy paměti. 2002. ISBN 80-238-9506-0.

SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

- [1] ageimus.cz. [online]. 2006-2008. [cit. 2020-04-27]. Dostupné z https://www.ageismus.cz/media/3223568/apel_zastavme-ageismus-v-dobe-koronaviru_1642020.pdf.
- [2] cssz.cz. [online]. 2020 [cit. 2020.5.3]. Dostupné z <https://www.cssz.cz/starobni-duchod>.
- [3] DE OLIVEIRA, Lucineide da Silva Santos Castelo Branco, Edila C. SOUZA, Rosilene Andrade Silva RODRIGUES, Carlos Alexandre FETT a Angelo Biagini PIVA. The effects of physical activity on anxiety, depression, and quality of life in elderly people living in the community. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy* [online]. 2019, **41**(1), 36-42 [cit. 2020-05-05]. DOI: 10.1590/2237-6089-2017-0129. ISSN 2238-0019. Dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892019000100005&tlng=en
- [4] KOPSOV, Igor. A New Model of Human Needs. *London Journal Press: London Journal of Research in Science: Natural and Formal* [online]. 2019, 2019, **19**(6), 17-28 [cit. 2020-05-12]. ISSN 2631-8504. Dostupné z:

https://www.researchgate.net/publication/337211161_A_New_Model_of_Human_Needs

- [5] KRZEPOTA Justyna, BIERNAT Elżbieta a Beata FLORKIEWICZ. The Relationship between Levels of Physical Activity and Quality of Life among Students of the University of the Third Age. *Central European Journal of Public Health* [online]. 2015, **23**(4), 335-339 [cit. 2020-04-21]. DOI: 10.21101/cejph. a4136. ISSN 18031048. Dostupné z: http://apps.szu.cz/svi/cejph/show_en.php?kat=archiv/2015-4-10.
- [6] mpsv.cz. [online]. [cit. 2020.5.3]. Dostupné z <https://www.mpsv.cz/-/prispevek-na-peci#obecne-informace>.
- [7] Uradprace.cz. [online]. [cit. 2020.5.3]. Dostupné z: <https://www.uradprace.cz/web/cz/prispevek-na-mobilitu>.
- [8] Vyhláška č. 505/2006 Sb. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. [cit. 2019-02-21]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>.
- [9] Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. [cit. 2019-02-21]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. č. 1. Dům životních potřeb dle Chloubové.....	30
Obr. č. 2. Kruhový model potřeb podle Kopsova.....	32

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1. Kvalita života v jednotlivých dimenzích.....	61
Graf č. 2. Kvalita života v závislosti na pohlaví.....	63
Graf č. 3. Graf průměrů v dimenzi prožívání.....	65
Graf č. 4. Graf průměrů v dimenzi sociální vztahy.....	66
Graf č. 5. Graf průměrů v dimenzi prostředí.....	66
Graf č. 6. Graf průměrů v dimenzi fyzické zdraví.....	69

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1. Výše příspěvku dle Skarupské.....	40
Tabulka č. 2. Pohlaví respondentů.....	57
Tabulka č. 3. Věk respondentů.....	58
Tabulka č. 4. Rodinný stav respondentů.....	58
Tabulka č. 5. Kvalita života seniorů.....	61
Tabulka č. 6. Kvalita života seniorů v závislosti na pohlaví.....	62
Tabulka č. 7. Kvalita života v závislosti na rodinném stavem.....	64-65
Tabulka č. 8. Kvalita života seniorů v závislosti na věku.....	68

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Objednávkový formulář české verze dotazníku WHOQOL – OLD

Příloha P II: Dotazník

Příloha P III: Tabulky zobrazení výsledků z jednotlivých domén (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí)

Příloha P IV: Tabulky odpovědí na položky z dotazníku 1–26.

PŘÍLOHA P I: OBJEDNÁVKOVÝ FORMULÁŘ ČESKÉ VERZE DOTAZNÍKU WHOQOL – OLD

OBJEDNÁVKOVÝ FORMULÁŘ ČESKÉ VERZE DOTAZNÍKU WHOQOL-OLD

Jméno a příjmení <i>ZPĚVKA MILUŠA NOVÁ</i>		Organizace <i>/</i>	
Adresa <i>Tý. oddělení 603. Otevírána 765 02</i>			
Telefon <i>778 012 440</i>	Fax <i>/</i>	Email <i>zpevka@seznam.cz</i>	URL adresa <i>/</i>
Název projektu <i>LIANŤA ŽIVOTA JE MI ODŮ VYDÍVANĚCH TĚP P SLUŽBU</i>			
Charakteristika souboru	Předpokládaná velikost souboru	Předpokládané datum dokončení	
Stručný popis projektu			
Objednávám WHOQOL-BREF <input checked="" type="checkbox"/> WHOQOL-OLD <input type="checkbox"/> AAQ <input type="checkbox"/>			
Zavazuji se k respektování autorských práv uvedených v Příručce pro uživatele.			
Podpis: <i>Milúša Nová</i>			

PŘÍLOHA P II. DOTAZNÍK**KVALITA ŽIVOTA****DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE****Dotazník kvality života WHOQOL-BREF (krátká verze)**

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Zuzana Mikulášková a jsem studentkou navazujícího magisterského studia na univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, obor sociální pedagogika. Ve své diplomové práci se zabývám kvalitou života seniorů, kteří využívají terénní pečovatelskou službu. Ráda bych Vás tímto poprosila o jeho vyplnění. Prosím zakroužkujte vždy jednu odpověď.

Dotazník je anonymní a bude použit pouze pro účely diplomové práce.

Předem Vám velmi děkuji za Váš čas a ochotu.

Bc. Zuzana Mikulášková

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. **Odpovězte laskavě na všechny otázky.** Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte prosím odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Věk: _____

Pohlaví: _____

Rodinný stav: _____

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

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

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

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

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

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

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela

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

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

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

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5

22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

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

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

**PŘÍLOHA P III: TABULKY ZOBRAZENÍ VÝSLEDKŮ
Z JEDNOTLIVÝCH DOMÉN (FYZICKÉ ZDRAVÍ, PROŽÍVÁNÍ,
SOCIÁLNÍ VZTAHY, PROSTŘEDÍ)**

Fyzické zdraví

	N	Průměr	Sm. odchylka
Závislost na lékařské péči	50	3,04	,968
Bolest a nepříjemné pocity	50	3,00	1,050
Energie a únava	50	2,92	,944
Každodenní činnosti	50	2,90	,931
Pohyblivost	50	2,80	1,125
Spánek	50	2,78	1,112
Pracovní výkonnost	50	2,64	,985

Prožívání

	N	Průměr	Sm. odchylka
Negativní pocity	50	3,46	1,147
Přijetí tělesného vzhledu	50	3,34	,917
Smysl života	50	3,14	,833
Potěšení ze života	50	3,12	,940
Spokojenost se sebou	50	3,12	,918
Soustředění	50	2,76	,847

Sociální vztahy

	N	Průměr	Sm. odchylka
Osobní vztahy	50	3,26	1,084
Podpora přátel	50	3,20	,881
Sexuální život	50	2,86	,904

Prostředí

	N	Průměr	Sm. odchylka
Prostředí v okolí bydliště	50	3,50	,707
Životní prostředí	50	3,40	,756
Osobní bezpečí	50	3,34	,798
Dostupnost zdravotní péče	50	3,32	,844
Finanční situace	50	3,22	1,036
Přístup k informacím	50	3,20	,948
Doprava	50	3,10	,995
Záliby	50	2,84	1,149

PŘÍLOHA P IV: TABULKY ODPOVĚDÍ Z DOTAZNÍKU 1-26**1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?**

	Četnost	%	Platná	Kumulativní
1	2	4,0	4,0	4,0
2	11	22,0	22,0	26,0
3	14	28,0	28,0	54,0
4	21	42,0	42,0	96,0
5	2	4,0	4,0	100,0
Celkem	50	100,0	100,0	

3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?

	Četnost	%	Platná	Kumulativní
1	3	6,0	6,0	6,0
2	14	28,0	28,0	34,0
3	17	34,0	34,0	68,0
4	12	24,0	24,0	92,0
5	4	8,0	8,0	100,0
Celkem	50	100,0	100,0	

4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?

	Četnost	%	Platná	Kumulativní
2	22	44,0	44,0	44,0
3	10	20,0	20,0	64,0
4	16	32,0	32,0	96,0
5	2	4,0	4,0	100,0
Celkem	50	100,0	100,0	

5. Jak moc Vás těší život?

	Četnost	%	Platná	Kumulativní
1	2	4,0	4,0	4,0
2	9	18,0	18,0	22,0
3	24	48,0	48,0	70,0
4	11	22,0	22,0	92,0
5	4	8,0	8,0	100,0
Celkem	50	100,0	100,0	

6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?

	Četnost	%	Platná	Kumulativní
2	13	26,0	26,0	26,0
3	18	36,0	36,0	62,0
4	18	36,0	36,0	98,0
5	1	2,0	2,0	100,0
Celkem	50	100,0	100,0	

7. Jak se dokážete soustředit?

	Četnost	%	Platná	Kumulativní
1	2	4,0	4,0	4,0
2	18	36,0	36,0	40,0
3	21	42,0	42,0	82,0
4	8	16,0	16,0	98,0
5	1	2,0	2,0	100,0
Celkem	50	100,0	100,0	

8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?

	Četnost	%	Platná	Kumulativní
1	1	2,0	2,0	2,0
2	5	10,0	10,0	12,0
3	22	44,0	44,0	56,0
4	20	40,0	40,0	96,0
5	2	4,0	4,0	100,0
Celkem	50	100,0	100,0	

9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?

	Četnost	%	Platná	Kumulativní
2	3	6,0	6,0	6,0
3	29	58,0	58,0	64,0
4	13	26,0	26,0	90,0
5	5	10,0	10,0	100,0
Celkem	50	100,0	100,0	

10. Máme dost energie pro každodenní život?

	Četnost	%	Platná	Kumulativní
1	2	4,0	4,0	4,0
2	17	34,0	34,0	38,0
3	15	30,0	30,0	68,0
4	15	30,0	30,0	98,0
5	1	2,0	2,0	100,0
Celkem	50	100,0	100,0	

11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?

	Četnost	%	Platná	Kumulativní
1	2	4,0	4,0	4,0
2	5	10,0	10,0	14,0
3	21	42,0	42,0	56,0
4	18	36,0	36,0	92,0
5	4	8,0	8,0	100,0
Celkem	50	100,0	100,0	

12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?

	Četnost	%	Platná	Kumulativní
1	2	4,0	4,0	4,0
2	10	20,0	20,0	24,0
3	19	38,0	38,0	62,0
4	13	26,0	26,0	88,0
5	6	12,0	12,0	100,0
Celkem	50	100,0	100,0	

13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?

	Četnost	%	Platná	Kumulativní
1	1	2,0	2,0	2,0
2	11	22,0	22,0	24,0
3	19	38,0	38,0	62,0
4	15	30,0	30,0	92,0
5	4	8,0	8,0	100,0
Celkem	50	100,0	100,0	

14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?

	Četnost	%	Platná	Kumulativní
1	7	14,0	14,0	14,0
2	12	24,0	24,0	38,0
3	17	34,0	34,0	72,0
4	10	20,0	20,0	92,0
5	4	8,0	8,0	100,0
Celkem	50	100,0	100,0	

15. Jak se dokážete pohybovat?

	Četnost	%	Platná	Kumulativní
1	7	14,0	14,0	14,0
2	15	30,0	30,0	44,0
3	10	20,0	20,0	64,0
4	17	34,0	34,0	98,0
5	1	2,0	2,0	100,0
Celkem	50	100,0	100,0	

16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?

	Četnost	%	Platná	Kumulativní
1	7	14,0	14,0	14,0
2	15	30,0	30,0	44,0
3	11	22,0	22,0	66,0
4	16	32,0	32,0	98,0
5	1	2,0	2,0	100,0
Celkem	50	100,0	100,0	

17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnost?

	Četnost	%	Platná	Kumulativní
1	3	6,0	6,0	6,0
2	14	28,0	28,0	34,0
3	19	38,0	38,0	72,0
4	13	26,0	26,0	98,0
5	1	2,0	2,0	100,0
Celkem	50	100,0	100,0	

18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?

	Četnost	%	Platná	Kumulativní
1	8	16,0	16,0	16,0
2	11	22,0	22,0	38,0
3	23	46,0	46,0	84,0
4	7	14,0	14,0	98,0
5	1	2,0	2,0	100,0
Celkem	50	100,0	100,0	

19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?

	Četnost	%	Platná	Kumulativní
1	3	6,0	6,0	6,0
2	9	18,0	18,0	24,0
3	17	34,0	34,0	58,0
4	21	42,0	42,0	100,0
Celkem	50	100,0	100,0	

20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?

	Četnost	%	Platná	Kumulativní
1	2	4,0	4,0	4,0
2	12	24,0	24,0	28,0
3	13	26,0	26,0	54,0
4	17	34,0	34,0	88,0
5	6	12,0	12,0	100,0
Celkem	50	100,0	100,0	

21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?

	Četnost	%	Platná	Kumulativní
1	5	10,0	10,0	10,0
2	8	16,0	16,0	26,0
3	27	54,0	54,0	80,0
4	9	18,0	18,0	98,0
5	1	2,0	2,0	100,0
Celkem	50	100,0	100,0	

22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?

	Četnost	%	Platná	Kumulativní
2	11	22,0	22,0	22,0
3	22	44,0	44,0	66,0
4	13	26,0	26,0	92,0
5	4	8,0	8,0	100,0
Celkem	50	100,0	100,0	

23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?

	Četnost	%	Platná	Kumulativní
2	3	6,0	6,0	6,0
3	22	44,0	44,0	50,0
4	22	44,0	44,0	94,0
5	3	6,0	6,0	100,0
Celkem	50	100,0	100,0	

24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?

	Četnost	%	Platná	Kumulativní
2	6	12,0	12,0	12,0
3	28	56,0	56,0	68,0
4	10	20,0	20,0	88,0
5	6	12,0	12,0	100,0
Celkem	50	100,0	100,0	

25. Jak jste spokojen/a s dopravou?

	Četnost	%	Platná	Kumulativní
1	2	4,0	4,0	4,0
2	12	24,0	24,0	28,0
3	19	38,0	38,0	66,0
4	13	26,0	26,0	92,0
5	4	8,0	8,0	100,0
Celkem	50	100,0	100,0	

26. Jak často prožíváte negativní pocity, jako např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?

	Četnost	%	Platná	Kumulativní
1	7	14,0	14,0	14,0
2	25	50,0	50,0	64,0
3	5	10,0	10,0	74,0
4	10	20,0	20,0	94,0
5	3	6,0	6,0	100,0
Celkem	50	100,0	100,0	