

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

Kvalita života seniorů v rezidenčním prostředí

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí diplomové práce:

prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.

Zpracoval:

Bc. Aleš Kolář

Brno 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Kvalita života seniorů v rezidenčním prostředí zpracoval samostatně a použil jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této diplomové práce. Elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné.

V Rozstání dne 16. 3. 2012

.....
Bc. Aleš Kolář

Poděkování

Děkuji vedoucímu diplomové práce prof. PhDr. Pavlovi Mühlpachrovi, Ph.D. za odborné vedení, rady, poskytnutou literaturu a cenné připomínky během vypracování diplomové práce.

Dále bych chtěl poděkovat všem, kteří mi pomáhali, zejména mé rodině, která mi poskytla podporu a pomoc při zpracování diplomové práce a které si velmi vážím.

Bc. Aleš Kolář

OBSAH

Úvod	5
1. Teoretické vymezení kvality života	7
1.1 Kvalita života jako sociální kategorie	11
1.2 Vnitřní a vnější činitele kvality života	13
1.3 Problematika měření kvality života	15
1.4 Kvalita života seniorů.....	19
2. Vymezení seniorské problematiky	21
2.1 Stárnutí populace v sociálním kontextu	25
2.2 Problematika stárnutí u seniorů	28
2.3 Specifika seniorské populace	31
2.4 Domácí péče versus rezidenční péče	35
3. Vymezení ústavního prostředí	40
3.1 Historický vývoj ústavní péče	42
3.2 Typy ústavních zařízení pro seniory	46
3.3 Legislativní vymezení rezidenční péče	50
3.4 Specifika rezidenčního prostředí	52
4. Determinanty kvality života seniorů	57
4.1 Vztahy mezi seniory	60
4.2 Vztahy mezi personálem a seniory	61
4.3 Vztah rodiny k seniorům	65
5. Empirický výzkum	67
5.1 Cíl výzkumu	67
5.2 Hypotézy	68
5.3 Použité metody zpracování empirického výzkumu	68
5.4 Vyhodnocení a výsledky výzkumu.....	70
Závěr	100
Resumé	102
Anotace	103
Seznam použité literatury	105
Seznam příloh	110

Úvod

„Měřítkem společnosti je úroveň její péče o nejslabší občany.“

John. F. Kennedy

Vzhledem k tomu, že v současné době dochází stále častěji k posunu hranice odchodu do starobního důchodu, je kvalita života seniorů stále sledovanější oblastí.

Prakticky od narození začínáme stárnout. Bohužel ne vždy je pro nás stárnutí tím nejpříjemnějším obdobím v našem životě. Ne vždy máme možnost stárnout a užívat si klidu, štěstí a pohody v rodinném kruhu, kdy je každý z našich dnů naplněn radostí například z našich koníčků a zálib nebo dětí a vnoučat. Samozřejmě by to tak asi nebylo vždy, ale už jen přítomnost těch nejbližších a nám důvěrně známé prostředí na nás působí více než blahodárně.

V dnešní době je to ovšem možné jen v málokteré rodině. Příslušníci většiny rodin totiž musí navštěvovat školy či zaměstnání a nemohou se celý den věnovat nejstarším členům rodiny, kteří už nejsou tak samostatní jako v mladším věku. Stáří totiž neznamená jen zasloužený odpočinek, ale přináší sebou i spoustu překážek v podobě nemocí, ať už tělesných či duševních. Za těchto okolností je jednou z možností domácí péče, nebo ještě lépe domov pro seniory či jiné zařízení, kde se dokáží o seniora postarat po všech stránkách a hlavně po celý den.

I v těchto případech, tedy když je senior umístěn v domově pro seniory to neznamená, že by pro seniory skončily dny radosti a že je to tzv. místo poslední instance a není odtud již návratu. Rezidenční zařízení jsou u většiny lidí spojena v představách s neochotným personálem, nepříjemnými spolubydlíci a v neposlední řadě se špatným jídlem. V dnešní době již tomu tak většinou není a v rezidenčním zařízení může být podzim života také velmi krásný a po všech stránkách velmi naplňující.

Hlavním cílem mé diplomové práce je posoudit kvalitu života a míru spokojenosti seniorů ve vybraném rezidenčním prostředí. Vedle analýzy kvality života se zaměřím i na determinanty rezidenční péče, a to z hlediska toho, jaké sociální služby vybrané rezidenční prostředí poskytuje a také jaké jsou možnosti seniorova začlenění do sociální struktury obyvatel daného prostředí.

Dále bych se chtěl zabývat možnostmi trávení volného času, to znamená, jaké způsoby trávení volného času vybrané zařízení nabízí.

V neposlední řadě bych se chtěl zabývat kvalitou služeb v daném rezidenčním prostředí a možnostmi jejich zkvalitnění.

Diplomová práce je rozdělena do pěti částí. První kapitola se věnuje teoretickému vymezení kvality života jako sociální kategorii, vnitřním a vnějším činitelům kvality života, problematice měření kvality života a v neposlední řadě kvalitě života seniorů. Druhá kapitola si klade za cíl vymezit seniorskou problematiku jako je stárnutí populace v sociálním kontextu její specifika a rozdíl mezi domácí a rezidenční péčí. Třetí kapitola se zaměřuje na vymezení ústavního prostředí, dále na historický vývoj ústavní péče, legislativní vymezení rezidenční péče a specifika rezidenčního prostředí. Čtvrtá kapitola pojednává o determinantech kvality života seniorů a rozebírá vztahy mezi seniory navzájem, mezi seniory a personálem a vztah rodiny k seniorům. Poslední, pátá kapitola, se zabývá empirickým výzkumem týkajícím se důležitosti a spokojenosti seniorů.

1. Teoretické vymezení kvality života

Jsme běžně zvyklí hovořit o *kvantitě* – délce života. Ta se uvádí velice jednoduše, číselně, například počtem let. Tak je možné vyjádřit, jak dlouho žili ti, kteří již odešli, i jak dlouho existují ti, kteří dosud žijí. Jak je to však s *kvalitou života*? Kvalitě života je v současné době věnována stále větší pozornost. (Křivohlavý, 2002, s. 162)

Pojem „*kvalita života*“ poprvé zmínil Pigou v roce 1920 v práci, zabývající se ekonomikou a sociálním zabezpečením. Předmětem jeho výzkumu byl dopad státní podpory pro sociálně slabší vrstvy na jejich život a také na státní rozpočet. Nesetkal se však s ohlasem a pojem byl opětovně znovu objeven až po druhé světové válce.

V té době se odehráli dvě následující události:

- Světová zdravotnická organizace rozšířila definici zdraví, která poté zahrnovala fyzickou, duševní a sociální pohodu, což vedlo k diskusím o měřitelnosti tohoto konceptu
- Rostoucí sociální nerovnosti mezi jednotlivými západními společnostmi se staly v 60. letech 20. století impulsem pro různá sociální hnutí a politické iniciativy. (Mühlpachr, 2005, s. 7)

V této době byl pojem kvalita života uveden do politiky americkými prezidenty J. F. Kennedym a L. B. Johnsonem, ve druhém případě zejména v programech „The Great Society“ a „The Beautiful America“. Zde šlo zejména o změnu image USA: měla být oproštěna od jisté nekulturnosti, tvrdého „boje o život“, všeobecné nejistoty a vykořisťovatelských prvků. Spolupráce a pomoc rozvojovým zemím se staly předmětem zájmu a také úcta k menšinám se dostala do popředí. (Maříková a kol., 1996, s. 557)

Pojem kvalita života se v Evropě objevil v programu Římského klubu. Římský klub byla nevládní organizace založená v roce 1968 ve Švýcarsku a kritizovala negativní tendence kapitalistické společnosti, odsuzovala zbrojení, vyzývala k potlačení hrozby jaderné války a hledala prostředky a způsoby humanizace světa a člověka. Jednou z hlavních aktivit tohoto klubu bylo programové zvyšování životní úrovně lidí a jejich kvality života. Klub se zaměřoval na zkoumání a řešení globálních problémů (Halečka, 2001, s. 65-66). I Sičák (2001, s. 157) uvádí, že termín kvalita života se původně používal v souvislosti se zhoršujícím se životním prostředím. Některé z názorů Římského klubu mají odezvu i v současné společnosti, např. hledání globálního společenství se změnilo v současný proces globalizace. (Mühlpachr, 2005, s. 8)

Programové prohlášení vyvolalo řadu reakcí. V 70. letech 20. století vyšlo velké množství publikací, které se zabývaly definováním pojmu kvalita života (quality of life, QOL). Hlavním problémem, společným pro všechny pokusy, bylo stanovení indikátorů skutečné kvality života. Tyto snahy vyústily v založení časopisu „Zkoumání sociálních indikátorů“ (Social Indicators Research), který od roku 1974 vycházel v USA a Nizozemí. A. S. Todorov (1977) vypracoval přehled základních náhledů na kvalitu života. Např. italský sociolog P. Ugolini či anglický vědec D. Gabor uvedli, že pojem kvality života je nejasný a je předmětem různých interpretací. A. Toffler zdůraznil, že z pohledu ekonomie existuje komplex indikátorů, které umožňují měřit a hodnotit produktivitu, efektivitu, ceny, tempo a směr změn, atp. Naopak v oblasti sociálních vztahů Toffler nenalezl žádné sociální indikátory ani jednotky pro měření kvality života. (Mühlpachr, 2005, s. 8)

Výrazněji se problematika kvality života dostala do popředí ze dvou příčin:

- ekonomický růst a rozvoj vědy a techniky vytváří pro občany možnost bezproblémově uspokojovat primární materiální potřeby,
- zároveň se však objevuje dopad tohoto ekonomického růstu, který s sebou nese ohrožení zdraví a lidské existence.

Pojem kvalita života se tedy v západní teorii užívá v souvislosti s určitými důsledky celkového vývoje, orientovaného na racionalismus vědy a techniky. Do společenských věd a ekonomie jej znovu uvedl K. Galbraith (1967). (Sičák, In: Mühlpachr, 2005, s. 8)

První faktory ovlivňující kvalitu života vymezil W. Forrester: zabezpečení potravinami; finance, zabezpečující životní standard; stav znečištění životního prostředí; hodnota růstu počtu obyvatel.

Toto vymezení upřesnila a rozšířila OSN v roce 1961, kdy přijala 12 faktorů a označila je jako „podmínky života“: stav ochrany zdraví, životní prostředky, vzdělání, pracovní podmínky, stav zaměstnanosti, uspokojování potřeb a zásoby, doprava a komunikace, byty a jejich výstavba, odpočinek a zábava, oblékání, sociální jistoty, osobní svoboda. (Mühlpachr, 2005, s. 8)

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

- zdraví,
- kvalita pracovního prostředí,
- nákup zboží a služeb,
- možnosti trávení volného času,
- pocit sociální jistoty,
- možnosti rozvoje osobnosti,
- fyzikální kvalita životního prostředí,
- možnost účasti na společenském životě.

(Halečka, In: Mühlpachr, 2005, s. 8)

Společným znakem diskusí o kvalitě života od 70. let 20. stol. až do současnosti je nejednotnost ve stanovení indikátorů pro měření kvality života, jejich důležitosti a volby nejvhodnějšího měřicího nástroje. V současnosti se odborníci shodují v názoru, že vymezení pojmu kvalita života a volba měřicího nástroje závisí na účelu měření

kvality života. Výsledkem je velká rozmanitost definic kvality života a množství různých nástrojů, nejčastěji dotazníků nebo strukturovaných rozhovorů.

V současné době se kvalita života stala nedílnou součástí všech vědních oborů. Zejména v lékařství je jedním z důležitých ukazatelů při volbě a hodnocení celkové úspěšnosti léčby.

V České republice je pojem kvalita života spojován s Psychiatrickým centrem v Praze - s E. Dragomireckou, s I. Lékařskou fakultou UK v Praze - centrem lékařské etiky, s J. Křivohlavým, který se touto problematikou zabývá zhruba od 80. let 20. stol., a dalšími odborníky. (Doležalová, In: Mühlpachr, 2005, s. 9).

Na celém světě se problematikou kvality života zabývají desítky organizací a institutů. (Mühlpachr, 2005, s. 9)

Ústava Světové zdravotnické organizace definuje zdraví jako „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze absenci choroby...“. Z této definice vyplývá, že nástroje pro měření zdraví musí obsahovat nejen ukazatele změn ve frekvenci a vážnosti nemoci, ale také odhad celkové spokojenosti. Tento konstrukt může být hodnocen právě měřením změn v kvalitě života v závislosti na zdravotní péči. Jedná se o nástroje WHOQOL-BREF a WHOQOL-100. (Mühlpachr, 2005, s. 11)

Světová zdravotnická organizace (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. (www.who.int, In: Mühlpachr, 2005, s. 11)

1.1 Kvalita života jako sociální kategorie

Z jiného úhlu pohledu než medicína, psychologie či psychiatrie, přistupuje ke kvalitě života sociologie. V obecné rovině je podle ní kvalita života určena především protikladem k objemovým, ekonomickým a se ziskem souvisejícím kritériím výkonnosti a úspěšnosti společenského systému. Na úrovni života jednotlivce bývá kvalita života vymezována proti konzumnímu životnímu stylu preferujícím vlastnictví, které samo o sobě (podle kritiků konzumentství) nemůže člověka plně uspokojit a kompenzovat nedostatek či absenci uspokojování jiných potřeb, zejm. duchovního charakteru. Zde kvalita života překračuje rámec čistě materiálních potřeb, které je možné uspokojit prostřednictvím zboží. (Mühlpachr, 2005, s. 14)

Pojem kvalita života je v sociologii užíván ve čtyřech odlišných určeních:

- kvalita života jako odborný pojem, vyjadřující a operacionalizující kvalitativní stránky životních procesů a kritéria jejich hodnocení. Zde se vymezení kvality života nejvíce přibližuje vymezením z pohledu medicíny a ekonomie, neboť je posuzována podle indikátorů životního prostředí, ukazatelů zdraví a nemoci, úrovně bydlení, mezilidských vztahů, volného času, možností podílet se na řízení společnosti, dále podle osobní i kolektivní bezpečnosti, sociálních jistot a občanských svobod.
- kvalita života jako programové politické heslo, obracející pozornost široké veřejnosti k novým úkolům společnosti, přesahujícím materiální úroveň a vojenskou sílu. Do politiky jej zavedli v 60. letech J. F. Kennedy a L. B. Johnson.
- kvalita života jako sociální hnutí („za kvalitu života“) vznikající z iniciativy ekologických, protikonzumentských a protirasových hnutí.
- kvalita života jako reklamní, zcela bezobsažný slogan, nabízející nové oblasti konzumu (zejm. volný čas, cestování, bydlení, vnímání umění) a orientující spotřebitele na oblast prestižní, demonstrativní spotřeby. Koncepce kvality

životu, jakou v 50. letech propagovali J. K. Galbraith a D. Riesman, obsahovala výraznou kritiku amerického způsobu života. Východisko ze současného neuspokojivého stavu je spatřováno v hledání odlišné interpretace bytí. Zejména od 70. let se prosazuje kvalita života nikoli ve spojení s heslem „žít lépe“, ale „žít jinak“. (Maříková a kol., In: Mühlpachr, 2005, s. 14)

Ukazatelem kvalitní péče je hlavně spokojenost klientů, jejich relativně dobré zdraví, které je nejlépe měřitelné poklesem morbidit a mortality, sníženou spotřebou léků a zdravotnických služeb. Kvalitní péče o staré lidi vede k tomu, že stále více starších lidí zůstává aktivních, žije ve svém domácím prostředí, nikoli však v izolaci a také se účastní společenského života v komunitě.

Hodnocení kvality sociálních služeb může vycházet ze standardů kvality, které jsou jednak vypracovány na národní úrovni včetně metodiky hodnocení (Standardy kvality sociálních služeb stanovené ministerstvem práce a sociálních věcí, které jsou přílohou č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) jednak si je může podobným způsobem vypracovat každé zařízení jako standardy interní. Vhodné je zapojení vlastních zaměstnanců zařízení na jejich vypracování. Mají možnost dohodnout se na úrovni kvality, kterou chtějí zajistit, na kritériích, podle nichž dosaženou úroveň rozpoznají, na způsobech, jakými bude dodržování standardu hodnoceno, i na sankcích, které budou uplatněny při jejich nedodržení. Jejich participace na tvorbě standardů podpoří jejich ochotu také se jimi řídit a respektovat postupy umožňující kvalitu hodnotit.

K hlavním nástrojům hodnocení kvality péče v domovech důchodců patří především různé formy konzultací, pozvaná introspekce, supervize, průzkumy spokojenosti klientů a jejich rodinných příslušníků a personálu, vyhodnocování stížností, pracovní porady, vyhodnocování dokumentace, sebehodnotící dotazníky atd. (Matoušek, 2005, s. 189)

1.2 Vnitřní a vnější činitele kvality života

Dle Jesenského (2000, s. 81) kvalita života představuje velmi rozsáhlou oblast činitelů, které handicapovanému jedinci umožňují žít ve společnosti. Tento pohled se dá zobecnit na celou populaci, nejen na osoby s handicapem. Tyto činitele Jesenský rozděluje do dvou základních skupin:

- **Vnitřní činitele** – somatické a psychické vybavení ovlivněné onemocněním, poruchou, defektem či defektivitami. Mezi vnitřní činitele patří všechny aspekty ovlivňující rozvoj a integritu osobnosti handicapovaného.
- **Vnější činitele** – představují podmínky jejich existence. Jedná se ekologické, společensko-kulturní, výchovně vzdělávací, pracovní, ekonomické a materiálně technické faktory. Tato oblast obsahově koresponduje s objektivní dimenzí kvality života. (Mühlpachr, 2005, s. 18)

Kvalita života lidí ve starším věku je výrazně ovlivněna nemocemi. Mohou to být nemoci akutní, ale nejčastěji se vyskytují chronické choroby v pokročilých stádiích. Právě druhá skupina nemocí vyžaduje léčbu náročnou především na čas (délka pobytu na nemocničním lůžku i délka rekonvalescence se u seniorů prodlužují), na zdravotní a sociální péči, finančně nákladnou z hlediska nemocného i společnosti, vyžadují zvýšenou spotřebu léků apod.

Ve starším věku se nejčastěji vyskytují:

- cévní onemocnění
- hypertenze
- degenerativní onemocnění kloubů a kostí
- nádorová onemocnění
- psychické poruchy
- nemoci dýchacího systému
- diabetes
- osteoporóza

- infekční nemoci (chřipka, zápal plic, močových cest, kožní infekce, TBC) vyskytují se ve větší míře v institucionálních zařízeních, kde je zvýšená možnost přenosu.

Vážným problémem u starších lidí jsou také úrazy, způsobené nejčastěji pádem, v důsledku zhoršení činnosti zrakového a sluchového receptoru. Jde často o těžké úrazy, jako jsou zlomeniny zejména horní části stehenní kosti (ve většině případů následkem osteoporózy) a úrazy hlavy. Prognóza při léčbě těchto úrazů je u starších lidí nejistá a často končí smrtí. (Bayerová, In: Mühlpachr, 2005, s. 174)

Nemoci mají závažné následky pro samotné starší pacienty i pro celou společnost. Neustále narůstají ceny léků, zdravotnických přístrojů, prodlužují se čekací doby na vyšetření, nebo operace, je nedostatek zdravotnického materiálu, zabezpečující běžný chod nemocnic, kvalifikovaný personál nemocnic v důsledku ohodnocení práce často hledá lepší pracovní podmínky a uplatnění v zahraničí.

V důsledku dlouhodobé léčby a následné rehabilitace, které však v mnoha případech nezaručí úplné uzdravení a zařazení do normálního běžného života, je starší člověk odkázaný na krátkodobou, ale i dlouhodobou, nebo dokonce doživotně na pomoc jiných (rodinných příslušníků, přátel, známých, zdravotnických a sociálních zdravotníků).

Podle Š. Krajčíka (2000, s. 23) může „jedna nemoc způsobovat více poruch a naopak jedna porucha může být způsobená více nemocemi.“ Následkem poruchy a vzájemného potencování nemocí (polymorbidity ve starším věku) může vzniknout disabilita. Z hlediska uspokojování potřeb seniora a zabezpečení jeho komfortu je důležité zjistit míru disability (resp. disabilit, protože jedna nemoc může způsobovat více disabilit), aby následně, v co nejkratším čase mohla být seniorovi zabezpečena potřebná zdravotnická a sociální péče. Dopad disability na životní situaci seniora je multifaktorově podmíněný (prostředím ve kterém žije a tráví svůj volný čas, jeho sociální situací, rodinným stavem a rodinnými vztahy, ekonomickou situací a v neposlední řadě i typem osobnosti). (Bayerová, In: Mühlpachr, 2005, s. 175)

1.3 Problematika měření kvality života

Měření kvality života se neomezuje pouze na jednotlivce. Kvalita života individua je pouze dílčí oblastí. Engel a Bergsma (Křivohlavý, 2002, s. 163-164) rozlišují tři hierarchicky odlišné sféry:

- ***makro-rovina***

Na této rovině jde o otázky kvality života velkých společenských celků, např. dané země, kontinentu. Podle Bergsmy jde o nejhlubší zamyšlení nad problematikou kvality života – o absolutní smysl života. Problematika kvality života se zde stává součástí základních politických úvah, např. problematika boje s terorismem, hladomorem, epidemiemi, stanovení obsahu základní výuky, atp.

- ***mezo-rovina***

Na této úrovni se jedná o měření kvality života v malých sociálních skupinách, např. podniku, škole, nemocnici. Do popředí vedle respektu k morální hodnotě života člověka vystupují také otázky sociálního klimatu a vzájemných vztahů mezi lidmi, sdílení hodnot, uspokojování nebo neuspokojování základních potřeb každého člena dané skupiny.

- ***personální rovina***

Ve středu zájmu stojí život jednotlivce. Při hodnocení kvality života zvažujeme subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, nadějí atp. Vzhledem k subjektivitě získávaných informací do hry vstupují také osobní hodnoty jednotlivce, představy, očekávání, přesvědčení atp., které mohou vnímání kvality života značně ovlivnit.

- ***rovina fyzické existence***

Fyzická (tělesná) existence je podle Engela a Bergsmy čtvrtou rovinou, v níž můžeme hovořit o kvalitě života. Jedná se o pozorovatelné chování druhých lidí, které je

objektivně měřitelné a srovnatelné, např. chůze před a po ortopedické operaci. I přes svou objektivitu a možnost kritéria měření operacionalizovat postrádá tato rovina dimenzi, která je pro hlubší pojetí kvality života nezbytná.

Tříúrovňový model kvality života prezentuje Kováč (2001, s. 34-43). **Podle jeho teorie je koncept kvality života tvořen třemi navzájem provázanými úrovněmi:**

- *bazální* (existenční, všelidskou) – tato úroveň zahrnuje somatický stav, psychické fungování, funkční rodinu, materiálně-sociální zabezpečení, životní prostředí a způsobilost pro život,
- *mezo-úrovni* (individuálně specifickou, civilizační)
- *meta-úrovni* (elitní, kulturně duchovní).

Každý aspekt dostává v jednotlivých úrovních odlišný smysl. Například tělesný stav představuje na bazální úrovni dobrý somatický stav, na mezoúrovni pevné zdraví a na metaúrovni neproblémové stárnutí končící přirozenou smrtí. Kováčova teorie umožňuje vzájemné prolínání jednotlivých komponent kvality života ve všech rovinách a připouští dosažení meta-úrovně bez naplnění úrovně nižší. Například tělesně postižený jedinec (bazální úroveň), trpící navíc zhoršující se chorobou (mezo-úroveň), který nachází uspokojení a schopnost prožívat duševní blaho v meditačních stavech (meta-úroveň). Jedinec tedy může prožívat život, který subjektivně považuje za kvalitní, bez naplnění bazálních indikátorů. (Kojanová, In: Mühlpachr, 2005, s. 16)

Jedním z typických jevů v současném světě je stárnutí populace, jehož důsledkem je zvyšující se procento chronicky nemocných. Pro vnímání života je dnes určující postmoderní filozofické klima, zdůrazňující v holisticky chápaném světě hodnotu subjektivního prožívání.

Celkově lze současné trendy v péči o nemocné charakterizovat jako odklon od sledování projevů nemoci k důrazu na pacienta, od prodloužení života ke zlepšení jeho kvality, od objektivních měřítek k subjektivním ukazatelům.

Měření kvality života vyvolává několik zásadních otázek:

- Je možné měřit kvalitu života kvantitativními metodami?
- Jaký typ veličin měřit? Původní snaha zjišťovat kvalitu života pomocí objektivních dat nevedla k cíli a byla vystřídána zájmem o subjektivní výpověď.
- Jak kvalitu života zjišťovat? Je vhodné registrovat nepřítomnost symptomů, nespokojenost, nebo jsou nějaké pozitivní ukazatele? Je lepší pracovat s globální úrovní nebo s profilem? (Dragomirecká, E., Škoda, C., 1997, s. 424)

Kirby (Dragomirecká a kol., 1997, s. 425) poukazuje na to, že kvalita života bývá měřena ze tří perspektiv:

1. Jako objektivní měření sociálních ukazatelů (v termínech možností, bariér a zdrojů okolí).
2. Jako subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem.
3. Jako subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi.

K prvnímu bodu poznamenává, že ukazatele jako bezpečnost, vzdělání, stabilita atd. se více hodí pro účely měření kolektivní kvality života (pro mezikulturní srovnání) než pro jednotlivce. Celkovou spokojenost považuje za výsledek osobních hodnot a životního stylu, jehož prostřednictvím se je jedinec snaží naplnit. Pokud jde o třetí bod, existují rozmanité výčty oblastí života. Kirby do kvality života nezahrnuje životní úroveň samu o sobě, ale spokojenost se životní úrovní. (Mühlpachr, 2005, s. 39)

Existuje mnoho metod měření kvality života, od metod objektivních, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba, přes metody subjektivní, kde je hodnotitelem sama daná osoba, až po metody smíšené, vzniklé kombinací předchozích metod. (Mühlpachr, 2005, s. 53)

Mezi subjektivní metody hodnocení kvality života patří například dotazník squala.

Autorem dotazníku SQUALA, který byl vytvořen v roce 1992, je M. Zannotti. Jedná se o sebesuzovací dotazník, konstruovaný podle jasných metodologických pravidel. SQUALA filozoficky vychází z Maslowovy třístupňové teorie potřeb, takže v sobě zahrnuje i takové oblasti života, jako jsou vnitřní hodnoty – např. prožitek svobody, pravdy nebo spravedlnosti atd., což jsou prožitky zohledňující maximální možnou míru subjektivity, ze které je nutno při měření kvality života také vycházet. (Šefflová, In: Mühlpachr, 2005, s. 63)

S měřením pomocí dotazníku SQUALA nejlépe koresponduje Calmanovo teoretické vymezení kvality života jako „zjišťování rozdílu mezi přáním a očekáváním jedince na jedné straně a jeho reálnou situací na straně druhé“ (Calman, In: Dragomirecká, E., Škoda, C., 1997, s. 17)

Dotazník sestává z 23 oblastí pokrývajících vnější i vnitřní realitu každodenního života. Spokojenost v každé z těchto je hodnocena na pětibodové škále (0=velmi zklamán až 4=zcela spokojen) a subjektivní důležitost na stupnici 0 až 4 (0=bezvýznamné až 4=nezbytné). K vyplnění dotazníku má dotazovaná osoba 15 minut. (Dragomirecká, 2000, s. 1-6).

Jako metodu zpracování zvolil Zannotti faktorovou analýzu. Ta dovoluje prostorové vyjádření vztahu mezi jednotlivými položkami. (Šefflová, In: Mühlpachr, 2005, s. 63)

Parciální skóre pro danou životní oblast je dáno součinem skóre důležitosti a skóre hodnocení spokojenosti a nabývá tedy hodnot 0 až 16. Maximální skóre kvality života je dosaženo v případě, že je respondent „zcela spokojen“ s oblastí, kterou považuje za nezbytnou. Minimální skóre vyjadřuje, že daná oblast je pro respondenta subjektivně „bezvýznamná“. Parciální skóre se zobrazuje ve formě profilu kvality života. Součtem všech parciálních skóre získáme celkové skóre kvality života jedince. (Dragomirecká, 2000, s. 1-6)

Česká verze dotazníku byla validizována v rámci projektu GAČR 313/95/1084 „Kvalita života QOL-CZ. Validizace českého instrumentu“ v letech 1995 – 1996.

Dotazník Squala lze využít v medicínské, sociální, psychologické i pedagogické oblasti především za účelem diagnostiky nebo zkvalitnění péče a služeb. (Mühlpachr, 2005, s. 63)

1.4 Kvalita života seniorů

Jednou z reakcí na stárnutí populace je i zvyšující se zájem o kvalitu života seniorů. Abychom se mohli hlouběji zabývat problematikou této skupiny populace, pokusme se nejdříve vymezit pojem *stáří*.

Podle Mühlpachra je *stáří* obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů, modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných změn sociálních (osamostatnění dětí, penzionování a jiné změny sociálních rolí). Všechny změny příčinné a následné se vzájemně prolínají. (Mühlpachr a kol., 2001, s. 9)

Diskuse o tom, co vlastně znamená „stárnutí“, se objevují znovu a znovu. Vymezení, zaměřující se na biologické stárnutí, biomedicínské oblasti, zdravé stárnutí a systém péče představují bohatý zdroj informací a vědomostí, přesto však je třeba porozumět determinantám individuálních rozdílů v procesu stárnutí jedinců. Zejména je třeba se zaměřit na interakci mezi genetickou stránkou, prostředím, životním stylem, výživou a dalšími oblastmi, které ovlivňují proces stárnutí jedince.

Kvalita života (QOL) se jeví jako obzvláště obtížně definovatelná a tedy i náročná na metodologii měření. QOL se stala klíčovou oblastí pro výzkumy, zaměřující se na behaviorální a sociální oblast života seniorů. Právě oblasti spjaté se stárnutím a vývojem vyvolávají potřebu komparativní studie a změny ve scénáři rodinných a společenských struktur a procesů. (Research Agenda on Ageing, In: www.un.org)

Organizace spojených národů (OSN) se problematikou stárnutí zabývá v projektu Agenda on Ageing for the 21st Century. **V roce 1999 byly na vědecké konferenci ve Vídni formulovány tři prioritní oblasti:**

- vliv stárnutí na QOL a „zdravé stárnutí“
- produktivita a integrace
- materiální bezpečí po celý život, podpůrné sítě, systematická péče a podpora

Každá z prioritních oblastí byla zkoumána ze čtyř klíčových obsáhlých perspektiv:

- situace starších osob
- průběh života
- mezigenerační vztahy
- stárnutí populace a vývoj

Průběh života a mezigenerační vztahy jsou si koncepčně velmi blízké a proto byly pro tento účel spojeny.

Jedním z cílů Agendy je vytvoření „*společnosti pro všechny generace*“ („a society for all ages“). Systém Agendy využívá oblasti zahrnuté do této koncepce, zejména úroveň jedince, rodiny /příbuzenstva, sousedství/, užší společnosti, širší společnosti.

Tato perspektiva se zaměřuje na deskripci výzkumů v celé řadě oblastí a získaných informací. Velké množství informací týkajících se starších osob (charakteristika a okolnosti) je již známo, přesto je však stále třeba mnohé vysvětlit a pochopit. Například již dříve zmiňovaná potřeba jasného teoretického vymezení jednotlivých termínů (spokojenost). Dále musí být vylepšeny nástroje měření a formulovány exaktnější a detailnější deskriptory těchto konceptů. (Mühlpachr, 2005, s. 95)

2. Vymezení seniorské problematiky

Stárnutím a stářím se zabývá **gerontologie**. Má tři hlavní části:

1. Gerontologie teoretická – vytváří základ pro praktickou činnost kolem starého člověka. Hledá, třídí a řadí do systému poznatky o hlavních mechanismech stárnutí. Vytváří hypotézy a teorie stárnutí. V současné době je k dispozici velmi mnoho dílčích faktů o stárnutí, chybí však jejich syntéza, odhalení vzájemných souvislostí, ucelený systém poznatků.

2. Gerontologie klinická – zabývá se stárnoucím a starým člověkem jako jedincem, jeho komplexním hodnocením a posuzováním se zdraví, hlavně však v nemoci. Ta část, která se orientuje na zvláštnosti chorob ve stáří, se označuje jako geriatricie či geriatrická medicína. Jsou nepochybně zvláštnosti chorob ve stáří, které mají obecnou platnost, a měl by je znát každý zdravotník. Mluvíme o obecné klinické gerontologii (geriatricii).

3. Gerontologie sociální (populační) – orientuje se na vzájemné vztahy mezi starou populací a společností jako celkem.

Gerontologie jako věda soustřeďuje různé poznatky z jiných vědních disciplín a syntetizuje je ve prospěch starého člověka. Zároveň však vytváří a používá vlastní specifické metody poznávání, jejich aplikace je podmínkou dalšího úspěšného rozvoje vědy o stárnutí a stáří. (Pacovský, 1990, s. 15)

Stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů, modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných změn sociálních (osamostatnění dětí, penzionování a jiné změny sociálních rolí). Všechny změny příčinné i následné se vzájemně prolínají, mnohé jsou protichůdné a jednotné vymezení a periodizace stáří se tak stávají velmi obtížnými.

Stárnutí je celoživotní proces, jehož involuční projevy se stávají zřejmějšími zhruba od přelomu 4. a 5. decennia, a to v závislosti na náročnosti prostředí. (Mühlpachr, 2001, s. 9)

Pojem **stárnutí** je třeba rozlišovat na úrovni jednotlivce a populace. U jednotlivce znamená stárnutí biologický proces, kterým je organismus modifikován od narození do smrti. Představuje tedy zvyšování věku jednotlivce. Stárnutí v demografickém smyslu, se naopak týká celé populace a oproti jednotlivci může stárnoucí populace omládnout zvýšením podílu mladých věkových skupin. V současnosti se stává jedním z celosvětových problémů. (Pikola a kol., 2010, s. 15)

Biologické stáří je hypotetické označení konkrétní míry involučních změn (atrofie, pokles funkční zdatnosti, změny regulačních a adaptačních mechanismů), obvykle těsně propojených se změnami způsobenými těmi chorobami, které se vyskytují s vysokou frekvencí převážně ve vyšším věku (např. ateroskleróza). Pokusy o určení biologického stáří, které by bylo výstižnější, než kalendářní věk konkrétního člověka, se nezdařily a stanovení biologického stáří ani jeho dílčích variant se nepoužívá. Stále tak chybí objektivizace zjevné skutečnosti, že lidé stejného kalendářního věku se významně liší mírou involučních změn a funkční zdatnosti. Doposud nebyly uspokojivě vysvětleny příčiny stárnutí a stáří.

Sociální stáří je období vymezené kombinací několika sociálních změn či splněním určitého kritéria – nejčastěji penzionování, resp. dosažením nároku na starobní důchod. Sociální stáří je charakterizováno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění. (Mühlpachr, 2001, s. 9)

Mühlpachr (2001) člení sociální stáří do **4 velkých období**, tzv. věků, kdy o tomto rozdělení hovoříme jako o periodizaci života.

První věk je označován jako předproduktivní – období dětství a mládí, charakterizované růstem, vývojem, vzděláváním, profesní přípravou, získáváním zkušeností a znalostí.

Druhý věk je produktivní – období dospělosti, životní produktivity biologické (založení rodiny), sociální a především pracovní.

Třetí věk je postproduktivní což implikuje představu stáří nejen jako poklesu zdatnosti a odpočinku, ale především fáze za zenitem a bez produktivní přínosnosti. To je však nebezpečné východisko k podceňování, diskriminování, minimalizaci potřeb, pauperizaci. Takové pojetí třetího věku příliš akcentuje pracovní, kolektivně výrobní roli jedince a potlačuje hledisko osobnostního rozvoje jako celoživotního procesu trvajících až do smrti v nejvyšším stáří.

Čtvrtý věk bývá někdy používán k označení fáze závislosti. Toto označení je nevhodné, vzniká totiž dojem, jako by nesoběstačnost byla stejně zákonitá jako obecně přijímaná stádia předchozí. To odporuje konceptu úspěšného stárnutí a představě, že zdravé stáří zůstává až do nejpokročilejšího věku samotné.

Kalendářní (chronologické) stáří je vymezeno dosažením určitého, arbitrárně stanoveného věku, od něhož se empiricky obvykle nápadněji projevují involuční změny. Uplatňuje se rovněž demografické hledisko – čím více seniorů ve společnosti (čím starší populace), tím vyšší hranice stáří. Výhodou kalendářního vymezení stáří je jednoznačnost, jednoduchost a snadná komparace.

V 60. letech 20. století se komise expertů Světové zdravotnické organizace ve svém doporučení přidržela patnáctileté periodizace lidského života a jako hranici stáří označila věk 60 let. Ten byl rovněž akceptován OSN v roce 1980.

Tak jak se jeví problematiku vymezení počátku stáří, je obdobně problematiku i periodizace kalendářního stáří. Vždy jde jen o rámcové, schématické naznačení věkových gradientů, jemuž se konkrétní jedinci mohou významně vymykat. Ve své jednoduché podobě, která ovšem jediné může být prakticky využitelná, rovněž periodizace nepřihlíží k jinak významným ontogenetickým rozdílům mezi muži a ženami. Význam periodizace tkví v orientačním odhadu potřeb, rizik a nároků vůči společnosti u osob určitého věku. (Mühlpachr, 2001, s. 9)

V poslední době se stále častěji uplatňuje následující členění:

- **65 – 74 mladí senioři** (dominuje problematika adaptace na penzionování, volného času, aktivit, seberealizace)
- **75 – 84 staří senioři** (změna funkční zdatnosti, specifická medicínská problematika, atypický průběh chorob)
- **85 a více velmi staří senioři** (na významu nabývá sledování soběstačnosti a zabezpečení).

Je zjevné, že opakovaně se objevuje jako uzlový ontogenetický bod, kritická perioda kolem 75 let.

Dlouhověkost je označení pokročilého věku, obvykle nad 90 let (někdy nad 85 let). Dlouhověcí tvoří jen nepatrný zlomek populace, ale jejich počet stoupá (zvyšování životní úrovně, snižování nároků životního prostředí na tělesnou zdatnost, medicínský pokrok).

V této souvislosti lze uvažovat i o maximální délce života. Ta je druhově specifická a geneticky, polygenním způsobem, determinovaná (ať přímým naprogramováním, nebo odolností tělesných struktur, spolehlivostí funkcí, dokonalostí obranných a reparačních mechanismů). Změkčování životních podmínek a medicínský pokrok poněkud zvyšují naději na dosažení extrémního věku a jeho délku, ale trvale jde o zcela ojedinělé (a vždy poněkud sporné) případy. V současnosti se předpokládá maximální (a dosud hodnověrně nedosažená) délka lidského života asi 125 let.

Opakovaně se vynořují úvahy o možnosti dosáhnout různými mechanismy, v současnosti např. genetickým inženýrstvím, hypotetického věku 150 – 200 let. Dostupné (publikované) výsledky výzkumů však tyto prognózy pro blízkou budoucnost nepotvrzují. (Mühlpachr, 2001, s. 11)

2.1 Stárnutí populace v sociálním kontextu

Stárnutí obyvatelstva je proces, který vyjadřuje, že populace vyššího věku buď relativně nebo absolutně (nebo obojí současně) přibývá. Pojem vyšší věk, starší obyvatelstvo, staří lidé apod. je ovšem konvenční záležitostí, proto se různé statistiky liší. V demografii se však za tzv. staré lidi většinou považují osoby, nad 60 let věku, event. nad 65 let. (Pacovský, 1990, s. 22)

Podle dokumentů OSN se z demografického hlediska považuje za starou populaci taková populace, která má více než 7 % obyvatel nad 65 let věku. V roce 1980 již tři kontinenty této relace dosáhly. Jsou to Evropa s 12 %, Oceánie (Austrálie a Nový Zéland) se 7,9 % a Amerika se 7,7 %.

Největší zastoupení osob nad 65 let mají evropské státy (Švédsko 16,5 %, Německo přes 15 %, Anglie a Rakousko také přes 15 %). I některé rozvojové země dosáhly již stupně demografického stáří, např. Argentina 8,3 % a Kuba 7,7 %.

Demografické prognózy OSN, zveřejněné při příležitosti Světového shromáždění OSN o stáří ve Vídni (1983), předpokládají, že proces stárnutí populace bude rychle pokračovat. Podíl osob nad šedesát let věku má činit v roce 2025 v celosvětovém měřítku 13,7 %. (Pacovský, 1990, s. 22)

Zajímavá je také dynamika stárnutí populace. Nejrychleji stárla naše populace v letech 1950 – 1970. Za prvních padesát let našeho století (1900 – 1950) se na území Československa podíl osob nad 60 let zvýšil z 8,6 % v roce 1900 na 11,7 % v roce 1950 (tj. o 3,1 % bodu), ale za dalších dvacet let (1950 – 1970) stoupl na 16,9 % (tj. o 5,2 % bodu). Ještě výrazněji tento nárůst vyzní, vyjádříme-li jej v absolutních počtech. Za prvních padesát let tohoto století se zvýšil počet osob šedesátiletých a starších jen o 400 tisíc osob, ale za dalších dvacet let (1950 – 1970) skoro o milion. V roce 1970 jsme měli 2428 tisíc osob nad 60 let věku. (Pacovský, 1990, s. 23)

Stárnutí světové populace je věnována stále větší pozornost jako jednomu z určujících rysů a výzev jednadvacátého století. Na Prvním světovém shromáždění o

problematice stárnutí ve Vídni v roce 1982, bylo předmětem vážných diskusí stárnutí populace ve vyspělých zemích. Tato otázka zůstává i nadále důležitá, nicméně v roce 2002 žila většina starších lidí v rozvojových zemích a mnoho vlád bude muset čelit nebývalým výzvám ve snaze udržet rozvoj svých stárnoucích společností a zároveň zajistit starším lidem adekvátní životní podmínky.

Ve dvacátém století došlo k bezprecedentnímu prodloužení lidského života. Během uplynulých padesáti let se očekávaná délka života při narození zvýšila zhruba o dvacet let a díky pokroku lékařské vědy a technologií dosáhla hodnoty šedesát šest let. V současné době překročí každý měsíc jeden milion lidí hranici šedesáti let, z toho osmdesát procent připadá na rozvojové země. Podle odhadů by se měl podíl osob ve věku šedesáti let a starších ve světové populaci více než zdvojnásobit, to je vzrůst z deseti na dvacet dva procent mezi lety 2000 a 2050, kdy jejich počet bude stejný jako počet dětí mladších čtrnácti let. Tento zásadní demografický posun od stavu vysoké porodnosti a vysoké úmrtnosti k nízké porodnosti a nízké úmrtnosti bude mít poprvé v historii lidstva za následek, že staří i mladí lidé budou tvořit přibližně stejný podíl populace. (<http://www.osn.cz>, dne 5.11.2011)

Demografická revoluce, kterou můžeme nazvat jakýmsi "věkotřesením", postihne nejcitelněji rozvojové země: zatímco v některých průmyslových státech se starší populace zdvojnásobila v průběhu celého dvacátého století, v rozvojových zemích bude tento proces trvat pouze čtvrt století, možná i méně. Tak výrazný zlom v demografickém vývoji s sebou přinese významné změny v životech jednotlivců, které zdaleka nespočívají jen v prodloužení délky života, ale budou mít komplexní a dalekosáhlé dopady i v mnoha dalších oblastech. Prodloužení délky života je na jednu stranu společností i jednotlivci oslavováno jako úspěch, na druhou stranu však má závažný vliv na kvalitu života, problematiku zdravého stárnutí, zaměstnanost a sociální integraci, postavení starších žen a zajištění sociální bezpečnosti v průběhu celého lidského života.

Náhlost demografických změn v kombinaci se znepokojujícím rozsahem chudoby a ztenčujícími se zdroji v rozvojových státech vyžaduje vypracování strategií, které zohlední inovační přístupy vedoucí ke zvýšení angažovanosti a začlenění starších lidí do společnosti. Nové strategie reagující na bezprecedentní nárůst počtu lidí dožívajících se vyššího věku by měly pomoci zmírnit tlaky ohrožující sociálně-

ekonomickou soudržnost rodiny. Snaha o dosažení co nejlepších výsledků musí vycházet z toho, že tyto demografické trendy, které přinesou rozsáhlé změny v infrastruktuře společnosti, zároveň podnítí čerstvé diskuse a nové politické přístupy v otázce využívání přínosu starších občanů pro společnost. (<http://www.osn.cz>, dne 5.11.2011)

Madridské shromáždění tak vychází vstříc celosvětovým výzvám k vypracování nového mezinárodního akčního plánu, který by odrážel současnou realitu i budoucí problémy, jimž budou muset čelit vyspělé, rozvojové i transformující se ekonomiky. Stále více se také hovoří o potřebě začlenit problematiku globálního stárnutí do širšího kontextu rozvoje a řešit situaci starších osob z pohledu průběhu celého života. Jedině tak bude možné dostát mezinárodním závazkům omezení chudoby, posílení zdraví a sociálního rozvoje. Přípravovaný rámec zásad, založený na jednotném a rovném přístupu, musí proto brát v potaz všechny poznatky a zkušenosti získané od roku 1982.

Podle všech 189 členských států OSN by měl upravený mezinárodní akční plán zohlednit následující otázky: zapojení starších lidí do společnosti, zastoupení starších osob v politice, jejich ochrana před zneužíváním a násilím, rovnoprávnost obou pohlaví, uvědomění si stěžejního významu mezigenerační závislosti, solidarity a vzájemné pomoci, větší citlivost vůči starším lidem z venkovských oblastí a z menšinových etnických skupin a podpora celoživotního plánování s ohledem na dosažení lepšího zdraví a životní úrovně ve starším věku. (<http://www.osn.cz>, dne 5.11.2011)

Mezinárodní nevládní organizace a Organizace spojených národů vidí jako prioritní oblasti činnosti v rozvojových zemích tyto: zdravotní péče, ochrana lidských práv, systém sociálního zabezpečení, ohled na starší ženy, migrace a následky chronických nepřenositelných chorob a epidemie HIV.

Tyto otázky si zajisté zaslouží pozornost, zároveň by však neměly zcela zastínit zneklidňující stav v mnoha oblastech rozvojového světa, kde stáří přichází v daleko ranějším věku, a to u populací poznamenaných fyzickou námahou a nemocemi. Dlouhodobé ekonomické a psychosociální problémy zhoršované pandemií HIV/AIDS zvrátily trend prodlužování průměrné délky života v některých zemích, zejména v subsaharské Africe.

Upravený mezinárodní akční plán se musí stát zdrojem, z něhož budou čerpat ti, kteří se zabývají činnostmi spojenými s řešením problematiky starších osob. Musí se stát praktickým programem pro politiky a posílit jejich schopnost uspokojivě řešit problematiku stárnutí ve svých zemích.

Úkolem pro 21. století je vytvoření společnosti, která bude přijímat stárnoucí populaci jako nedílnou součást své budoucnosti a která bude považovat starší lidi za významné partnery v úsilí o dosažení společnosti pro všechny. (<http://www.osn.cz>, dne 5.11.2011)

2.2 Problematika stárnutí u seniorů

V určitých vývojových etapách probíhá život nás všech od narození až do smrti, přičemž každá etapa má své zákonitosti, které z ní vyplývají, ovlivňují kvalitu, způsob a rozsah našeho života, a my se jim musíme poměrně zásadním způsobem přizpůsobit a zohledňovat je.

Každé vývojové období nás v něčem limituje a naopak nám zároveň dává určité možnosti. To vše platí i pro období stáří a stárnutí. Vždy si to ale neuvědomujeme, a tak je stáří celkově chápáno většinou negativně, z pohledu ztrát možností a radostí života, naděje, optimismu a dalších omezení. (Malíková, 2010, s. 13)

Stáří ovšem takové být nemusí. Pohled na seniory a stáří je všeobecně rozšířen pouze jednostranně. Převážná většina lidí si při zmínce o stáří představí nesoběstačnou osobu, neschopnou samostatného života, závislou na pomoci jiné osoby při většině běžných činností a proto je pro ni ideální umístění do ústavní péče.

To se však netýká všech lidí. Pro spoustu lidí je stáří jedním z nejkrásnějších životních období, protože mají volný prostor k realizaci všeho, co zatím v životě z různých důvodů nestihli. Každý člověk, který dokáže využít šanci každého dne, umí i zdravě a pohodově stárnout. Z tohoto důvodu se hovoří i o umění stárnout. Je to záležitost, která se týká každého z nás.

Poskytování sociální služby seniorům utvrzuje mnoho lidí a pracovníků v domnění, že tento model nesoběstačnosti ve stáří se musí automaticky týkat všech. Platí sice neoddiskutovatelný fakt, že od okamžiku narození prakticky začínáme stárnout a pomalu se ke stáří každým dnem přibližujeme, ale hodně záleží na každém člověku, jak se na stáří připraví a jak u něj konkrétně bude stáří a stárnutí probíhat.

Stáří je charakterizováno dle různých kritérií. (Malíková, 2010, s. 14)

Věk je považován za jednu ze základních charakteristik člověka. Jde o velmi důležitý ukazatel, ovšem samotný věkový údaj však nemá dostatečnou vypovídací hodnotu, a to zejména ve stáří. **Světová zdravotnická organizace (WHO) vychází z patnáctiletých cyklů a podle nich uvádí následující rozdělení:**

- **30-44 let** dospělost
- **45-59 let** střední věk (nebo též zralý věk)
- **60-74 let** senescence (počínající, časně stáří)
- **75-89 let** kmetství (neboli senium, vlastní stáří)
- **90 let a více** patriarchum (dlouhověkost)

Období stárnutí a stáří je všeobecně pojímáno a chápáno negativně a s obavami. Očekáváme problémy, omezení v důsledku ztráty soběstačnosti, snížení mentálních funkcí, omezení kontaktů s okolním prostředím a ztráta možnosti seberealizace. Obavy a negativní očekávání vedou také ke strachu z ponížení, ze ztráty lidské důstojnosti a ztráty respektu především při nesoběstačnosti. Tyto obavy nejsou zcela opodstatněné, protože při fyziologickém průběhu stárnutí a stáří nedochází automaticky a vždy k popsaným problémům. Závisí tedy na konkrétním průběhu stárnutí. (Malíková, 2010, s. 15)

V lékařské praxi považujeme tedy za staré lidi osoby nad 75 let. V odborné literatuře se starý člověk (+ 75 let) označuje také jako gerón, geront.

Funkční věk odpovídá skutečnému funkčnímu potenciálu člověka (věk skutečný). Nemusí být totožný s věkem kalendářním, všichni lékaři znají „mladé starce“ a „staré mladíky“. Funkční věk má charakteristiky biologické (biologický věk), psychologické a sociální. Při posuzování starého člověka bychom se měli řídit věkem funkčním. To v praxi naráží na velké potíže. Funkční věk je totiž nutné objektivními metodami změřit. Názory na vhodné soubory vyšetřovacích metod jsou dosud nejednotné a pokusy o prakticky použitelnou standardizaci zatím selhávají.

Stáří nelze ztotožňovat se zákonným nárokem na starobní důchod. Ten je jednak rozdílný pro muže a ženy v jednotlivých státech (což znesnadňuje srovnávání), jednak nelze zapomínat, že „důchodci ze zákona“ mohou mít před sebou třeba ještě třetinu života. Pojem **produkční věk** a **poprodukční věk** (věk důchodový) je vhodný pouze pro ekonomickou klasifikaci a pro potřeby plánování pracovních sil.

Často se setkáváme s pojmem **střední délka života**, synonymum **pravděpodobná (očekávaná) doba dožití**. Tento ukazatel vyjadřuje věk, kterého by se dožilo živě narozené dítě, kdyby byly úmrtnostní poměry stejné jako v době konstrukce úmrtnostní tabulky. Analogicky lze vypočítat pravděpodobnou dobu dožití pro jednotlivé věkové kategorie a pohlaví. Střední délka života tedy nesouvisí s průměrným věkem žijící populace. Údaje o střední délce života jsou pravidelně publikovány Českým statistickým úřadem. V současné době je u nás střední délka života pro 80,6 pro ženy a pro muže 74,4. (Pacovský, 1990, s. 16), (<http://www.czso.cz>, dne 28.1.2012)

Rozlišujeme dva typy stárnutí:

- **Fyziologické stárnutí** – Probíhá přirozeně, tvoří normální součást života jedince. Jde o zákonitou epochu ontogeneze, tj. vývoje jedince od oplození až po zánik. (Vokurka, 1998, s. 318)
- **Patologické stárnutí** – Může se projevat několika různými způsoby: např. předčasným stárnutím či nepoměrem mezi kalendářním a funkčním věkem, kdy kalendářní věk je nižší než věk funkční. Patologické stárnutí se mj. projevuje sníženou soběstačností. (Malíková, 2010, s. 15)

2.3 Specifika seniorské populace

Ve stáří probíhá v organismu řada změn. Tento proces je značně individuální. Je daný nejen různou genetickou výbavou, ale také různými životními podmínkami, interakcemi s prostředím, odlišným zdravotním stavem i životním stylem.

Postihuje nerovnoměrně různé struktury a funkce organismu, opět zčásti v souvislosti s jejich zatěžováním a stimulováním (aktivitou) či poškozováním (chorobnými procesy). (Mühlpachr, 2009, s. 22)

Biologická involuce

Zákonitá biologická involuce vychází z individuálních genetických dispozic, přičemž v současné době není spolehlivě ovlivnitelná s výjimkou experimentální celoživotní restrikce příjmu potravy. Léky, které mají příznivě ovlivňovat stav organismu ve stáří, se označují jako geriatrika. Jde však o tzv. geriatrika nepravá, která nepostihují vlastní involuční procesy. Působí především substitučně, tzn., dodávají látky, které u daného člověka či obecně u seniorů chybějí (vitamíny, minerály, stopové prvky, hormony). Dále je jejich efekt symptomatický – ovlivňují např. průtokové vlastnosti krve, prokrvení apod. Žádné pravé geriatrikum, ovlivňující přímo biologický mechanismus stárnutí není známo.

Tělesná involuce

Po šedesátém roce života nabývá tělesná involuce rychlejšího tempa. Několikadenní klid na lůžku zvětšuje u geronta křehkost kostí, vede k atrofii svalů, ke slábnutí reflexů, které regulují krevní tlak atd. Šedesátiletý člověk má ve srovnání s dvacetiletým jen poloviční vitální kapacitu plic. V různých orgánech ubývá funkčních tkání a zčásti je nahrazuje vazivo – pouhá výplň, oči bývají přecitlivělé k silnějšímu světlu, dochází celkově ke zhoršení zraku i k úplné slepotě. Zhoršuje se sluch, zvyšuje se množství srdečních chorob, dále dochází k chronickým zánětům kloubů, vysokému krevnímu tlaku, onemocnění páteře i nohou.

Po sedmdesátce je častá polymorbidita, tj. současný výskyt více než jedné chronické nemoci. Častou příčinou úmrtí ve stáří je úraz. Zlomeniny se špatně hojí. U člověka po osmdesátce se už nezhojí. Tělo je méně odolné k infekcím a ke zhoubnému bujení.

Lze konstatovat, že součástí celoživotního vývoje organismu je stárnutí, které je kontinuální proces. Jeho průběh je pro každého individuální a asynchronní, i jednotlivé systémy a funkce organismu stárnou nerovnoměrně. (Mühlpachr, 2009, s. 26)

Některé významnější somatické změny a jejich důsledky:

- atrofie tkání se zmnožením vaziva a tuku
- úbytek netučné tělesné hmoty
- zvýšení obsahu tělesného tuku až o 25 %
- zmenšení objemu celkové tělesné vody
- ukládání vápníku v tkáních
- pokles svalové síly a úbytek kostní density
- zhoršení pohybové koordinace
- prodloužení reakční doby a poruchy spánku
- snížení produkce růstového hormonu
- zvýšení dechové práce
- poruchy funkce močového měchýře
- opotřebení a ztráta chrupu
- atrofie kůže s poklesem pružnosti
- snížená vitalita tkání a zpomalení hojení

Duševní involuce

V duševním stárnutí se prolínají vlivy biologického věku mozku i celého těla s vlivem zkrácené životní perspektivy, změněného vzhledu a dalších společenských faktorů, které sebou nese věk, a které determinují duševní involuci.

Duševní činnost starých lidí je zpomalena, geront je zvýšeně opatrný, je méně motivován ke své činnosti a je na ní méně zainteresován. Přesnost je pro něj důležitější než rychlost, např. při přecházení vozovky, přepočítávání peněz apod. Obecně uznávaným rysem stáří je špatné snášení změny. Čím je člověk starší, tím větším traumatem je pro něj stěhování či jiná větší životní změna.

Psychickou involuci můžeme chápat jako demontáž osobnosti, která probíhá více či méně spořádaně, kdy lidé postproduktivního věku tzv. vyklízejí pozice. Snížením zájmu o okolí lidé ztrácejí vztah k určitým osobám, zálibám, hodnotám, ideálům, nadosobním i osobním cílům. Blíží se dítěti, jak se stále primitivněji vyrovnávají s novými problémy a stresy. S psychickou involucí se kombinují psychické poruchy, velmi často se vyskytují neurózy, paranoidity, deprese a suicidia. (Mühlpachr, 2009, s. 26)

Seniorská populace je velmi heterogenní a vykazuje některé charakteristické rysy, a to i v rámci určitého regionu i jemnějšího chronologického členění.

Je to dáno především:

- obecně platnou jedinečností vloh a osobnostních rysů, které se věkem neztrácejí,
- různou mírou rozvoje těchto vloh během mládí a středního věku,
- interindividuální variabilitou involučních biologických dějů,
- různou mírou chorobných změn,
- událostmi dlouhého života, zkušenostmi a návyky, včetně vzdělání a profesní kariéry, životním způsobem,
- hodnotovým systémem, životním názorem, aspirací,
- různým sociálně ekonomickým zázemím včetně majetku, bytových podmínek a bytové situace (osamělost, ovdovění, počet dětí a vztahy mezi nimi).

Seniorská populace je proměnlivá a vyvíjí se. Právě tím, že i ve stáří převažuje ono individuální nad oním obecně stařeckým, přinášejí si nové generace seniorů do stáří své generační zkušenosti, znalosti, návyky, potřeby i nároky.

Seniorská populace je ohrožena a k rizikům a projevům ohrožení patří např.:

- pauperizace, ekonomické zbídačování, znemožňující uspokojit potřeby přiměřené dané společnosti,
- věková diskriminace, ageismus,
- segregace, vytěsňování, nedobrovolný život vně společnosti,
- generační intolerance (pracovní příležitosti, vedoucí pozice, bydlení),
- předsudky, např. přeceňování nemocnosti a poklesu funkční zdatnosti ve stáří, apriorní podezírání z přítomnosti diskreditujících postižení (demence),
- podceňování léčitelnosti zdravotních obtíží i potřeby věkové modifikace zdravotnických i jiných služeb
- maladaptace na stáří a s ním spojenou změnu sociálních rolí (penzionování)
- osamělost, zvláště v souvislosti s ovdověním
- rychlý vývoj společnosti a zhoršení orientace ve společenském dění i mezigenerační komunikace (nové aktivity, nová terminologie),
- vyšší nemocnost a při kombinaci a atypickém průběhu chorob ve stáří i vyšší riziko omylu,
- zvýšené riziko ztráty soběstačnosti
- pokles schopnosti a vůle signalizovat své potřeby a potíže,
- manipulování, ztráta rozhodovacích možností (zvláště v souvislosti se zdravotnickými a sociálními službami),
- zanedbávání a týrání nesoběstačných jedinců.

Pro seniorskou populaci je typická převaha žen se závažnou problematikou osamělých starých žen. Některá opatření, např. hormonální substituce estrogenu v období klimakteria, dnes obvykle v délce 10 – 15 let (zaváděná především k prevenci osteoporózy, atrofie kostí s rizikem zlomenin), mohou významně prodloužit střední délku života žen a tím dále zvyšovat jejich ovdovělost. (Mühlpachr, 2009, s. 39)

Stáří není choroba, je však spojeno se zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních potíží, které se vyskytují mnohočetně (multimorbidita), ve vzájemné kombinaci a se sklonem k chronicitě. Kromě smrti je hlavní hrozbou chorob ztráta soběstačnosti. (Mühlpachr, 2009, s. 39)

2.4 Domácí péče versus rezidenční péče

Domácí péče jako přirozený způsob péče o člověka existuje od nejstarších dob. První zmínky pochází od počátku 12. století, kdy byly služby potřebným poskytovány prostřednictvím řeholních řádů. Nejmasivněji se ošetrovatelství v domácnostech rozvíjelo na konci 13. století, kdy byla členkám církevních řádů zakázána služba ve špitálech. Dohled nad jejich prací měl místní farář. K masivnímu rozvoji ošetrovatelství za spolupráce dobrovolných podpůrných a ochranných spolků došlo v meziválečném období minulého století. V roce 1919 vznikl Československý červený kříž, který začal realizovat pokusy v oblasti domácí zdravotní péče ve spolupráci s městem Praha a Ústřední sociální pojišťovnou. Středem zájmu byli děti, chudí nemocní a staří lidé. (Jarošová, 2006, s. 52)

Domácí péče je od roku 1990 nedílnou součástí moderního systému zdravotnictví a sociální péče v České republice. Jde o propojenou formu zdravotní (mezinárodní termín Home Care) a sociální péče (mezinárodní termín Home Help) včetně péče laické, poskytované potřebnému klientovi na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře v jeho vlastním sociálním prostředí. Klientem pro účely domácí péče je občan, který je z důvodů změněného zdravotního a sociálního stavu plně či částečně odkázán na odbornou pomoc druhé osoby.

Domácí péče je vysoce kvalifikovanou a odbornou formou péče, která díky svému rozsahu a kvalitě umožňuje zkrátit pobyt klientů v lůžkových zdravotnických zařízeních na nezbytně nutnou dobu. Na základě rozhodnutí ošetřujících lékařů je tato forma péče každoročně poskytována řadě klientů všech věkových, indikačních i diagnostických skupin. Obvykle se jedná o klienty, kteří by bez existence domácí péče zůstali hospitalizováni.

Jedním z pozitiv domácí péče je respektování integrity člověka s jeho vlastním sociálním prostředím. Každý klient je posuzován z bio-psycho-sociálního hlediska a kvalita jeho života je vnímána individuálně. Vědecké studie prokázaly, že psychická pohoda člověka je bezprostředně ovlivněna příznivým vlivem domácího prostředí i přítomností blízkých osob. Psychická pohoda má pak přímý vliv na stav imunitního systému člověka a hraje významnou úlohu v procesu uzdravování nebo zmírnění negativního vlivu doprovodných psychických symptomů téměř u všech forem onemocnění. V rámci domácí péče jsou klient i jeho blízcí řádnými členy týmu, jehož společným cílem je zlepšení kvality života klienta i jeho blízkých.

Domácí péče je realizována např. v situaci, kdy zdravotní stav pacienta po nekomplikovaném operačním zákroku nebo jeho celkový zdravotní stav v průběhu hospitalizace je natolik uspokojivý, že již není nutný další pobyt v lůžkovém zařízení. Je však potřeba i nadále poskytovat odbornou zdravotní péči, kterou již lze provádět ve vlastním sociálním prostředí pacienta. (Mühlpachr, 2006, s. 65)

V současné době je **domácí zdravotní péče** upravena zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

Cílovou skupinou domácí péče jsou:

- **Klienti v pooperačním stavu**, u nichž je realizována péče pooperační, tzv. jednodenní nebo též ambulantní chirurgie, nahrazující pooperační péči na nemocničním lůžku péčí v prostředí domácím. Samozřejmostí je snaha o tišení bolesti pacientů.
- **Klienti v pouřazovém stavu**, u nichž nehrozí závažné komplikace a je možno je bezpečně ošetřovat v domácí péči. Klientům je tišena bolest, je zajištěno polohování, dietní, pietní a hygienický režim, odborné ošetření ran a poranění, průběžná rehabilitace. Agentury domácí péče disponují speciálními pomůckami, které umožní i dlouhodobé pobyty klientů po úrazech v jejich vlastním sociálním prostředí.

- **Klienti s chronickým onemocněním**, např. plicním, gastroenterologickým, metabolickým, neurologickým či degenerativním onemocněním centrální nervové soustavy, atd. U této skupiny klientů jde o dlouhodobou domácí péči, nejčastěji probíhá u klientů po mozkových příhodách, klientů s roztroušenou mozkomíšní sklerózou, komplikovanou cukrovkou, klientů s plným i částečným ochrnutím nebo klientů se závažným duševním onemocněním. Tato forma domácí péče obsahuje aktivity zdravotního i sociálního charakteru. Jedná se o tzv. integrovanou formu domácí péče nazývanou komplexní domácí péče, která je poskytována v rozsahu měsíců i několika let.
- **Preventivní domácí péče** je určena těm klientům, u kterých lékař doporučí pravidelné monitorování zdravotního stavu. Pracovníci domácí péče provádí měření fyziologických funkcí, monitorují celkový stav klienta a případné změny hlásí ošetřujícímu lékaři.
- **Domácí hospicová péče** zahrnuje péči o klienty v terminálním stadiu života. Posláním domácí hospicové péče je v první řadě zmírnit fyzické i psychické utrpení umírajícího člověka i jeho blízkých, a tedy snaha o eliminaci smrti sociální.

Přínosem domácí péče pro uživatele by mělo být právo svobodné volby mezi péčí v rodině, osobní asistencí, pečovatelskou službou, centry domácích služeb, pobytem v zařízení ústavní péče nebo kombinací různých druhů služeb. Domácí péče je tedy jedna z možností sociální péče pro lidi se zdravotním postižením. Služba se jeví jako velmi perspektivní nejen z ekonomického hlediska (kdy zkrácení hospitalizace klienta může výrazně ulehčit rozpočtům zdravotnických zařízení), ale především z hlediska šetrného přístupu ke klientovi s možností zajišťovat mu odpovídající kvalitu života v jeho domácím prostředí. (Mühlpachr, 2006, s. 66)

Druhy rezidenční péče jsou popsány v dalších částech diplomové práce, nicméně pro připomenutí sem dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, patří zejména:

Odlehčovací služby – které jsou nejen pobytové, ale i terénní či ambulantní a poskytují se osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek. Odlehčovací služby poskytují pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.

Týdenní stacionáře – jsou pobytové a poskytují se osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Týdenní stacionáře poskytují ubytování, stravu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením - poskytují pobytové služby, a to osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují ubytování, stravu, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Domovy pro seniory – poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Domovy pro seniory poskytují ubytování, stravu, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí

podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Domovy se zvláštním režimem - poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. Domovy se zvláštním režimem poskytují ubytování, stravu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Chráněné bydlení - je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení. Ve chráněném bydlení jde o poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

3. Vymezení ústavního prostředí

Funkce ústavů

Ústav je světem pro sebe, ostrov soběstačného řádu, v němž je život omezený a předvídatelný vůči okolnímu světu. V ústavech, stejně jako v jiných organizacích, existuje hierarchie společenských pozic, formální nadřízenost se nemusí krýt s nadřízeností neformální. Stejně jako rodiny a státy, udržují ústavy svůj vnitřní řád, soubory pozitivních a negativních sankcí. Ústavy mají svůj slovník, folklór i svoji atmosféru. Jsou vůči vnějšímu světu uzavřené a vstup i výstup je kontrolovaný. Mezi personálem a klienty existuje hranice, jejíž obdobou je mezigenerační hranice rodinná.

Funkce ústavu můžeme nahlížet z perspektivy zájmů společnosti nebo z hlediska individua. Zájmy se v některých případech různí, jindy se shodují. Různí-li se, obvykle je to zájem společnosti, který dostává přednost, a klientovy možnosti volby se zužují. Ústav přijme klienty buď na základě jejich uvědomělého souhlasu, nebo je vstup klienta nedobrovolný. Rozhodnutí o nedobrovolném vstupu pak přísluší lékařům, soudním nebo státním orgánům.

Ústavy v nestejně míře omezují klientovo soukromí. Čím je výchovný aspekt ústavu důraznější, tím je menší prostor pro uplatnění osobních přání ponechán individuu. Čím sociálnější aspekt (ve smyslu zabezpečovacím), tím je tomu vzhledem k jedinci naopak. (Matoušek, 1999, s. 22)

Hlavní funkce ústavů:

1. Podpora a péče.

Tato funkce je v popředí zařízení poskytujících náhradu za nefunkční nebo chybějící rodinu (kojenecké ústavy, dětské domovy), v ústavech pro svobodné matky s dětmi, v zařízeních pro těžce mentálně nebo fyzicky handicapované, v domovech pro bezdomovce, domovech důchodců, v utečeneckých táborech, apod. V takových zařízeních je poskytováno chybějící zázemí či péče, bez nichž se klient nemůže obejít.

Neexistence takových ústavů by znamenala velmi nízkou kvalitu života klientů, v některých případech by nebyli schopni v běžných podmínkách přežít.

2. Léčba, výchova a resocializace.

Tato funkce je v popředí v nemocnicích, léčebných a rehabilitačních ústavech, v zařízení pro rizikovou mládež, v postpenitenciárních zařízeních. Společným jmenovatelem je úsilí o změnu stavu. Předpokládá se, že klient opustí ústav v jiném stavu, než v jakém do něj přišel.

3. Omezení, vyloučení, represe.

Tato funkce převažuje ve věznicích, v psychiatrických zařízeních s nedobrovolnými pobyty, ve sběrných táborech pro uprchlíky. Společnost je chráněna před kriminálními osobami, uprchlíky, psychotiky. (Matoušek, 1999, s. 22)

V souladu s autorem je možné ještě uvažovat o funkci rekreační. Pobytová zařízení, ve kterých převažuje tato funkce, nejsou v centru našeho zájmu (ozdravovny, lázně). Sama povaha ústavní péče usnadňuje zneužívání a znesnadňuje kontrolu. Personál má vždycky moc a ta je snadno zneužitelná. Čím méně sociálně zdatní jedinci, tím větší pokušení zneužití moci. I přes toto riziko ústavní péče lze konstatovat, že ústavní péče je institucí umožňující důstojnou existenci vybraným skupinám lidí. (Mühlpachr, In: Krahulcová, 2002, s. 76)

Po roce 1989 se ústavní sociální péče dostala do popředí zájmu naší společnosti. Ústavní sociální péče byla do této doby téměř tabu, zejména co se týká starých a postižených lidí. V ústavech péče byla úroveň materiálního zabezpečení velmi nízká a totéž se dá říct i o personální stránce. Základní lidská práva pro postižené osoby jako například zdravotní stav, bezpečnost, sociální jistota, výchova a vzdělávání, zaměstnávání a pracovní příležitosti, akceptace rodinného života, občanské soužití, vlastní tvorba, rozhodování a nezávislost se neuplatňovala.

John F. Kennedy před více než třiceti lety prohlásil, že měřítkem společnosti je úroveň její péče o nejslabší občany. Toto rčení přimělo mnoho západních společností ke

zkoumání jejich postojů, zákonů a zvyků při práci zabezpečující lepší život osob s postižením. Dodržování lidských práv je pro seberealizaci a osobní blaho postižených občanů nezbytné. Slova prezidenta Kennedyho naznačují, že takovou inkluzí zvyšujeme humanitu naší společnosti.

Dodnes se liší směr vývoje zabezpečování lidských práv pro občany mezi národy. Uplatňováním lidských práv pro všechny občany bez rozdílu se nyní plně zabývají západní státy, protože mají dlouholetou zkušenost s rozvojem demokratických principů. Země, které teprve nedávno přistoupili k úkolu rozšiřování lidských práv a hodnot, by se stále měly učit ze zkušeností, které jsou pro jiné národy historií.

V současné době je v České republice více než 600 ústavů sociální péče, mezi něž patří i ústavy specializované na zrakově, tělesně a mentálně postižené osoby. (Mühlpachr, 2001, s. 81)

3.1 Historický vývoj ústavní péče

Sociální péče o nemocné a sociálně handicapované má pohnutou historii. V jednotlivých etapách společenského vývoje se internace lidí odehrávala v úzkém sepětí s politickou a ekonomickou situací a kulturní úrovní doby. (Mühlpachr, In: Krahulcová, 2002, s. 66)

Již ve starověkém Egyptě existovala léčebná místa, na nichž se shromažďovali nemocní, lékaři i studenti medicíny. Tato místo nebyla vyhledávána kvůli věhlasu lékařů, ale proto, že byla považována za sídla bohů, v jejichž moci byla úzdrava. Ve starověkém Řecku se tyto ústavy nazývaly *asklépia* podle boha Asklepie, jemuž byl obvykle zasvěcen místní chrám. Léčba probíhala ve spánku takzvanou inkubací. Vlastní terapii předcházela koupel v chrámovém prameni, po ní pacient něco obětoval bohu symbolicky přítomnému v podobě hada (ten je dodnes užíván jako symbol lékařského stavu), pak ulehl na kůži obětovaného zvířete a očekával, že se mu bůh zjeví ve snu, dá mu rozhodující radu, či jej přímo uzdraví. Je pozoruhodné, že snové sdělení boha vykládali kněží, kteří se spolu s lékaři podíleli i na dalších léčebných procedurách.

Pokud se pacient skutečně uzdravil, zanechal v chrámě destičku s popisem své nemoci nebo hliněný model uzdraveného orgánu. Archeologové našli mnoho takových votivních darů. Ve starém Římě se příslušný bůh nazýval Aesculapius, byl považován nejen za léčitele, ale i za ochránce lékařského stavu. (Matoušek, 1999, s. 25)

Křesťanství – to je nová konfese s osobním vztahem k Bohu, nový duch, nové umění, nová entita. Hluboká křesťanská religiozita je u vzniku nových kulturně civilizačních forem rozhodující silou.

Vzrůstající moc římského papeže se odráží v bohatství klášterů a chrámů. Klášter se stal střediskem nejen duchovním, ale také institucí vzdělávací a ekonomickou. V období raného středověku vznikaly při jednotlivých křesťanských kláštorech nemocniční zařízení, tzv. **hospitály**. Poskytovaly azylovou a nemocniční péči nikoli z hlediska medicínského, nýbrž charitativního, jako projev nutnosti chránit společnost.

Na rozdíl od antiky přináší křesťanství kvalitativní sociální změnu, která v internační problematice středověku vedla k zakládání specializovaných xenodochiálních místností. Původní xenodochium z prvního století křesťanství byl útulek, forma pomoci, pohostinství, které klášter nebo chrám poskytoval poutníkům, žebrákům, starcům, sirotkům, vdovám a lidem pronásledovaným, ale také nemocným, choromyslným a bláznům. Xenodochia se v raném feudálním řádu vyvinula z prvotních diakonií, útulků první doby křesťanství, která byla pokračováním takových zařízení starořeckých a židovských, zvaných agapy. Vznikala potřeba profesionálních ošetřovatelů, kdy tuto funkci vykonávali vlastní duchovní, řádoví bratři, mnišky a jeptišky. (Mühlpachr, 2009, s. 91)

Ve středověké Evropě se o sociálně nepřizpůsobivé jedince starala, pokud nedocházelo k ohrožení na životech bližních, rodina a širší komunita postiženého. Lidé bez příbuzenských vztahů se ocitli v pozici vyhnanců. Ze společenské potřeby internovat sociálně nevhodná individua vznikaly instituce veřejných a všeobecných špitálů. (Mühlpachr, 2009, s. 92)

Mohutný rozvoj měst v 15. století (renesance), jak konstatuje Vencovský (1996), přispěl k tomu, že se v otázce péče o duševně choré projevil nový, sociální aspekt. V té době se setkáváme poprvé s pravidly a předpisy pro zacházení s duševně chorými, které nebyly motivovány zájmem o zdravotní stav postižených, nýbrž tím, aby nebyli společností na obtíž. I tak byl tento sociální aspekt pokrokem a výrazem humanistického způsobu myšlení.

Historický přechod mezi středověkým postojem k duševní nemoci a novověkým zrodem azylu představovala Loď bláznů. Byla to primitivní, ale přitom soběstačná instituce, zabezpečující jakousi detenční a izolující společenskou funkci. Takové lodě naložené blázny skutečně existovaly. Na jejich palubách putovali pomatení a sílení lidé od města k městu.

17. století je stoletím vzniku velkých internačních budov. Blázni byli uvězněni v kobkách věznic spolu s trestanci nebo ve velkých sálech nemocnic spolu s nemocnými. Všeobecný špitál založený v polovině 17. století nebyl typickou lékařskou institucí, měl polo soudní strukturu. Byl označován za třetí kategorii represe mezi policií a soudnictvím. Byla to instituce pořádková, monarchistická, měšťanská. Postupně se síť špitálů rozšiřovala. Byla to záležitost měšťanstva a královské moci, církve stála stranou. (Mühlpachr, 2009, s. 93)

Na počátku novověku se objevuje a postupně prosazuje kvalitativně nový princip v péči o lidi sociálně handicapované, tzv. domovské právo. V našich zemích bylo vydáno v roce 1552 a poprvé se v něm ukládá obci pečovat o své chudé. Obec je definována jako přirozené zázemí pro asociály, kteří postrádají rodinné zázemí nebo prostředky pro udržení vlastního života v mezích požadovaných společností.

19. století je stoletím specializace ústavních zařízení. Začíná se používat i nových označení pro tyto nově profilované internační domy: nemocnice, trestnice, polepšovna, starobinec... Velké ústavy nového typu zakládá stát, který alternuje církevní středověké instituce. (Mühlpachr, 2009, s. 97)

Konec 19. a počátek 20. století přináší změnu. Ústavy sloužící k vylučování lidí ze společnosti se orientují na potřeby klientů. Tento trend vede ke koncipování ústavní

péče jako ochrany klientů před nároky vnějšího světa. Vzniká tak svět ve světě, kde platí normy, hodnoty a pravidla odlišná od reálného venkovního světa. Dochází k tzv. skrytému vylučování. Patologičtí jedinci jsou internováni, jsou jim poskytnuty veškeré materiální potřeby jejich existence, jsou však vyloučeni ze společnosti a nemůže jim být nikde lépe než ve společnosti jedinců stejného postižení, ať už se jedná o psychický, fyzický či sociálně patologický handicap.

Většina dnešních ústavů byla založena v době poválečné. V té době byl vytvořen organizační systém ústavní péče, který jednoznačně stanovil kritéria k zařazení jednotlivce do ústavu zdravotního, sociálního či výchovného charakteru.

Změny po roce 1989 ve společnosti přinesly zcela odlišnou ideologii, instituce jako taková však zůstává. (Mühlpachr, 2009, s. 99)

Ústavních forem péče dnes ubývá ve prospěch forem neústavních. Ústavní péče vždy zůstane alternativní možností sociální péče. Do sféry ústavní péče vstupuje vysokoškolsky vzdělaný profesionál. Ústavy se otevírají vůči okolní komunitě.

Z hlediska klientovy životní dráhy se ústavní péče dotýká všech životních etap jedince a má svá specifika v jednotlivých obdobích.

Rizikem dlouhodobého pobytu v ústavu je tzv. hospitalismus, stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky se snižující se schopností seberealizace v neústavních podmínkách.

Současná společnost je charakteristická hledáním alternativ. Státem organizovaná ústavní péče s profesionalizovaným či polo profesionalizovaným personálem je doplňována alternativními způsoby péče o jedince sociálně handicapované, převážně s neprofesionálním týmem. Aktualizovanou otázkou zůstává připravit kvalifikované pracovníky alternativních struktur pro výkon profese, neboť praxe ukazuje, že vůle i citová angažovanost nestačí. (Mühlpachr, 2009, s. 119)

3.2 Typy ústavních zařízení pro seniory

Sociální péče o seniory zahrnuje především poskytování sociálních dávek a sociálních služeb. Tato péče může být realizována výhradně státními subjekty (např. poskytování sociálních dávek), ale také státními i nestátními subjekty (např. terénní péče o seniory) současně. (Jarošová, 2006, s. 47)

Péče o občany v důchodovém věku byla tradičně zajišťována zejména **léčebnami pro dlouhodobě nemocné (LDN)**, které se od sebe navzájem velmi liší co do personálního obsazení, prostředí i úrovně poskytované péče a jejichž financování bylo zajištěno z rozpočtu zřizovatele. LDN byly považovány za lůžkovou základnu geriatric. (Mühlpachr, 2005, s. 108)

Spektrum služeb poskytovaných seniorům zahrnuje geriatrická oddělení v nemocnicích, geriatrické ambulance, léčebny dlouhodobě nemocných, psychiatrické léčebny, agentury domácí péče, geriatrické stacionáře, zařízení hospicového typu, domovy důchodců, pensiony pro důchodce, domovy s pečovatelskou službou, pečovatelskou službu, jídelny a kluby důchodců. (Kopecká a kol., In: Mühlpachr, 2005, s. 108).

Ošetrovatelské oddělení: Jedná se o oddělení poskytující zdravotnickou, převážně ošetrovatelskou péči v různé délce trvání. Důraz je kladen na udržení či zlepšení kvality života při výrazné dysadaptabilitě, kdy se domácí péče stane obtížně zajiřitelnou z hlediska zachování kvality, anebo neúměrně náročnou z ekonomického hlediska. Rozsah poskytované péče na ošetrovatelském oddělení je následující: hygienický režim, výživa, péče o vyměšování, vertikalizace, nácvik chůze, rehabilitace fatických poruch, antidekubitní režim, převazy, ošetření, sledování základních životních funkcí, podávání léků atd.

Oddělení typu LDN, Léčebna dlouhodobě nemocných: Jedná se o oddělení následné péče pro nemocné se stanovenou diagnózou a po odeznění akutní fáze onemocnění. Klienty jsou pacienti vyžadující dlouhodobý léčebně-rehabilitační

program. Náplní pobytu v těchto zařízeních je geriatrická rehabilitace, nácvik denních činností, ergoterapie atd.

Domácí péče typu domácí hospitalizace: Domácí péče nahrazuje nebo alespoň oddaluje hospitalizaci. Předpokladem pro tuto péči je dostupnost nejméně 14 hodin denně a bezchybná úzká spolupráce s rodinou a sociálními službami. Předpokladem pro její poskytování je určité technické vybavení. Nejčastěji se týká jedinců trpících chronickou nemocí, jejímž důsledkem je jeho nesoběstačnost, event. se může jednat o onemocnění terminální.

Geriatrické oddělení: Jedná se o oddělení nemocnice, které se specializuje na léčení akutních stavů vyššího věku. Od jiných oddělení se odlišuje uplatněním specifického geriatrického režimu.

Geriatrický stacionář: Stacionář je formou polo institucionální péče, jejímž principem je pobyt v zařízení zdravotnického charakteru v rozsahu 6-12 hodin, zabezpečující léčebné, ošetrovatelské a rehabilitační výkony, které nevyžadují plnou hospitalizaci. Financování této formy péče zatím nebylo dořešeno. (Holmerová a kol., 1995, s. 4-10)

V současné době se prosazuje vytváření ošetrovatelských oddělení v některých domovech důchodců pro seniory s potřebou náročné ošetrovatelské péče, zavádění respitní péče, vznik kombinovaných zařízení se zřetelem na rozmanitost klientely (např. domov důchodců kombinovaný s pensionem pro důchodce a poskytující pečovatelskou službu seniorům v domácnosti). Dalším trendem je i postupné prosazování se nestátního neziskového sektoru v této oblasti. (Mühlpachr, 2005, s. 109).

Domovy důchodců

Domovy důchodců jsou určeny především pro staré občany vyžadující vzhledem ke svému zdravotnímu stavu komplexní péči, kterou jim nemůže zajistit rodina ani pečovatelská služba. V povědomí seniorů je nejrozšířenější formou ústavní péče. Obyvatelé mají zajištěnou celoročně celodenní komplexní pečovatelskou,

ošetřovatelskou a lékařskou péčí. Jsou zde podmínky pro dobrovolnou pracovní a zájmovou činnost, pro možnosti kulturního a společenského života. Obyvatelé hradí část nákladů ze svého důchodu.

Domovy – penziony pro důchodce

Penziony pro důchodce jsou určeny starým lidem nebo invalidním občanům, jejichž zdravotní stav nevyžaduje komplexní péči a umožňuje jim vést poměrně samostatný život za předpokladu, že jim budou poskytnuty služby potřebné vzhledem k jejich věku a zdravotnímu stavu. Senioři jsou ubytováni v bezbariérových garsoniérách se základními službami, které si hradí sami. Zhorší-li se zdravotní stav starého člověka, je pak přemístěn do domova důchodců. (Jarošová, 2006, s. 48)

Domov pro seniory

Domov pro seniory poskytuje starým mobilním lidem pomoc v případě, kdy nemohou žít dočasně nebo trvale sami v domácnosti nebo nemají-li kde bydlet a čekají na umístění v některém ze zařízení ústavní sociální péče. Jsou zde poskytovány ošetřovatelské i pečovatelské služby. Nejdelší doba pobytu je jeden rok, během něj by se měla problémová situace seniora vyřešit.

Zařízení pro denní pobyt (domovinky)

Domovinky jsou zařízení pečovatelské služby určené pro denní pobyt seniorů s omezenými fyzickými nebo psychickými schopnostmi, kteří jsou osamělí a vyžadují denní péči. Zařízení slouží také rodinným příslušníkům klienta, protože se jim postará o rodiče v době, kdy jsou v práci. V domovince je zajišťována hygienická péče, rehabilitace, strava, doprovod při vycházkách, praní osobního prádla, kombinovaná zdravotně sociální péče, organizovaná aktivita aj. Klient si platí částečně dle výšky důchodu.

Domy s pečovatelskou službou

Dům s pečovatelskou službou je zvláštní formou péče o relativně zdravé občany vyšších věkových skupin, jednotlivce nebo manželské dvojice. Umožňují starším občanům žít v přirozeném prostředí v pronájmu v bytech zvláštního určení a využívat pečovatelských služeb sociální péče. Obyvatelům je poskytováno za úhradu trvalé ubytování v bezbariérových bytech a základní péče podle věku a zdravotního stavu a další služby jako např. pedikúra, kadeřnictví či rehabilitace.

Přechodné pobyty

Přechodné pobyty, jsou určené seniorům, o které na přechodnou dobu nemohou pečovat jejich rodiny nebo příbuzní. (Jarošová, 2006, s. 50)

Kluby důchodců

Kluby důchodců jsou otevřenými zařízeními sociálních služeb charakteru komunitních center pro osoby zájmově a lokálně spojené, pro seniory se stejnými potřebami. Cílem klubů důchodců je zlepšit kvalitu života prostřednictvím aktivace jedince a posilování jeho vlastní hodnoty.

Osobní asistence

Osobní asistence je určena občanům, kteří pro zajištění nezávislého života ve vlastní domácnosti, potřebují pomoc ve většině či všech životních úkonech. Účelem této služby je umožnit klientovi žít co nejdéle ve vlastním domácím prostředí a oddálit ústavní zaopatření či návrat občana z ústavní péče do běžného života včetně zprostředkování sociální komunikace a zapojení občana do pracovního procesu. Je zaměřena na pomoc zdravotně postiženým a starým nesoběstačným občanům.

Při koncipování služeb pro seniory je nutné respektovat specifické potřeby seniorů a jejich práva. V péči o seniory platí princip komplexnosti a neoddělitelnosti zdravotní a sociální složky, které musí být společně akceptovány. Péče o seniory je péčí

týmovou, multidisciplinární a multiresortní a považujeme ji za celospolečenskou otázku. (Jarošová, 2006, s. 50)

3.3 Legislativní vymezení rezidenční péče

Nejdůležitější právní normou v České republice, která hájí zájmy občanů České republiky všech věkových skupin včetně seniorů je Listina základních práv a svobod – ústavní zákon č. 2/1993 Sb. Listina základních práv a svobod byla vyhlášena jako součást ústavního pořádku České republiky na základě usnesení předsednictva České národní rady ze dne 16. prosince 1992. Listina základních práv a svobod obsahuje obecná ustanovení, základní lidská práva a svobody všech občanů, politická práva, práva národnostních a etnických menšin, hospodářská, sociální a kulturní práva, právo na soudní a jinou ochranu a společná ustanovení. Tato ochrana je umocněna dodržováním standardů kvality sociálních služeb při poskytování jakékoliv sociální služby všem uživatelům, tedy i seniorům.

Stěžejní zákonné normy v sociální oblasti jsou:

- zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
- zákon č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách
- zákon č. 206/2009 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
- vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách
- vyhláška č. 239/2009 Sb., kterou se mění vyhláška č. 205/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který vstoupil v účinnost 1. ledna 2007, mimo jiné chrání práva a oprávněné zájmy lidí, kteří si je nemohou prosazovat sami, a to z důvodů určitého omezení (např. věk, zdravotní postižení apod.). Zákon vytváří právní rámec pro vztahy při nezbytném zabezpečení podpory a pomoci

lidem v nepříznivé sociální situaci, vymezuje práva a povinnosti jednotlivců, obcí, krajů, států a poskytovatelů sociálních služeb a stanovuje podmínky pro výkon sociální práce ve všech společenských systémech, kde sociální pracovníci působí. (Malíková, 2010, s. 42)

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

- vymezuje obsah základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb a určuje maximální výši úhrad za poskytnutí některých sociálních služeb
- definuje zdravotní stav žadatele vylučující poskytování pobytových sociálních služeb
- stanoví hodnocení kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách pečujících o seniory
- stanoví hodnocení plnění standardů kvality sociálních služeb
- v příloze č. 1 seznamuje v plném znění se standardy kvality sociálních služeb
- v příloze č. 2 předkládá škálu hodnocení schopnosti zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti včetně odchýlného způsobu hodnocení těchto úkonů u osob do 18 let věku – netýká se seniorů
- v příloze č. 3 předkládá vzor zvláštního oprávnění zaměstnance obce při sociálním šetření (Malíková, 2010, s. 48)

Evropská charta pacientů seniorů

Pokud starší člověk onemocní, je třeba dodržovat zásady, které respektují zvláštnosti vyššího věku. Evropská charta pacientů seniorů navazuje na Evropskou sociální chartu a další významné zdravotnické dokumenty. (Venglářová, 2007, s. 90)

Pro poskytování sociálních služeb a pro realizaci všech činností v celé sociální oblasti, platí celá řada dalších zákonných norem a právních předpisů. Poskytovatelé jsou povinni se s nimi seznámit, vytvořit podmínky pro jejich realizaci a dbát na jejich dodržování. (Malíková, 2010, s. 41)

3.4 Specifika rezidenčního prostředí

Kritéria kvalitní ústavní péče

Osaměle žijící starý člověk, který nemůže očekávat pomoc a péči od rodiny (pokud rodina není funkční či částečně nebo zcela chybí), uvažuje o ústavní péči, ale většinou neví dle jakých kritérií domov důchodců vybrat. Ve stejných rozpacích se většinou nacházejí členové rodiny, kteří uvažují o ústavní péči pro svého seniora. Ideální by bylo, pokud by si rodina seniora či ještě lépe senior sám mohl vybrat z pestré nabídky zařízení různého zaměření. (Venglářová, 2007, s. 90)

Iva Holmerová, zakladatelka ČALS (Česká alzheimerská společnost), uvedla ve známost některá kritéria, která je třeba mít při rozhodování o ústavním zařízení na paměti.

- Je zařízení otevřené pro návštěvy bez omezení?
- Cítíte se při prohlídce zařízení příjemně a jste vstřícně přijímáni?
- Usmívají se pracovníci a dorozumívají se pohledem s klienty?
- Vypadá zařízení dobře, uklizeně, není tu něco nepříjemného cítit?
- Snažit se zařízení navštívit také v době podávání jídla, abyste viděli, že ti, kteří potřebují pomoc při jídle, ji také dostanou a jak se o ně personál stará.
- Podívejte se, jak funguje komunikace mezi jednotlivými pečujícími profesemi.
- Je možné umístit klienta pouze na zkoušku?
- Zeptejte se a nechte si ukázat jednotlivé aktivity, které jsou určeny klientům (kuchyňka, místnost pro ruční práce, dostatečné vybavení pro jednotlivé činnosti).
- Snaží se personál podporovat co nejvíce samostatnost klientů?
- Jak se respektuje důstojnost seniorů? Jsou hezky upraveni, jak je personál oslovuje?
- Snažte se komunikovat s co největším počtem zaměstnanců, na postoji k vám se nejlépe ukáže postoj ke klientům.
- Jak spokojeně klienti vypadají? Jsou spokojeni skutečně jako doma?
- Budete moci pohodlně a často seniora navštěvovat? (Venglářová, 2007, s. 90)

Současný stav v ústavech sociální péče je odrazem systému péče před rokem 1989. Po změnách, které nastaly po roce 1989, můžeme v úrovni zabezpečování služeb v ústavech sociální péče sledovat velmi výrazný krok kupředu. I přesto, že byly v systému sociální péče podniknuty velké kroky, uvedu několik problémových oblastí, které jsou rozděleny na vnitřní a vnější.

Klientela v ústavech pro seniory

Vnitřní problémy:

- **ztráta vazeb s rodinnou** – vzdálenost od domovské obce k ústavu je mnohdy značná, kontakt s rodinnou je velmi sporadický a chybí možnost krátkodobého pobytu členů rodiny v zařízení či v jeho těsné blízkosti.
- **ztráta společenských vazeb** – zařízení žije svým vlastním životem a kontakt se společenským životem obce je minimální. Je nutné otevřít instituci obci pomocí oboustranně prospěšné výměny služeb a zapojení klientů do života obce.
- **omezené soukromí** - zařízení jsou kapacitně předimenzována, možnost soukromí je většinou vyloučena. Je potřeba zajistit alespoň nearchitektonické řešení k zachování intimity (např. plenty).
- **komunikace s příjemcem a poskytovatelem služeb** – klienti mnohdy nemají možnost komunikovat s poskytovateli služeb, což prohlubuje sociální izolovanost klienta. Pro kvalitnější socializaci by bylo vhodné rozšířit spolurozhodování a spoluzodpovědnost klienta na chodu zařízení.
- **ztráta plnoprávné občanské pozice** – klient je chápán jako subjekt péče a jeho rozhodovací práva jsou omezena.
- **ztráta motivace a vůle k zachování nezávislosti** – klient se smíruje se svou pasivní rolí, která mu byla udělena a přenechává výkon svých práv a svobod ústavu.

Vnější problémy:

- **vyšší závislost na ošetrovatelské péči** – s růstem průměrného věku populace závislé na ošetrovatelské péči rostou nároky na ni. Zařízení nejsou na takový nárůst připravena.
- **neodpovídající aktuální stav klienta** – systém depistáže neumožňuje pravidelné aktualizace stavu uchazeče o umístění do zařízení. Zdravotní stav klienta se během čekací lhůty často změní.
- **nedostatečná spolupráce obcí se zařízením** – pouhý fakt, že občan v zařízení zůstává voličem a je obcí nedocenen, vypovídá o stavu věci.
- **absence analýzy potřeb v lokálním i globálním měřítku** – není specifikována návaznost jednotlivých funkcí péče, přesah z obce na obec s rozšířenou působností a naopak, vzájemná spolupráce všech subjektů poskytujících péči není definována. (Mühlpachr, 2005, s. 100)

Poskytovatelé služeb v ústavech pro seniory

- nevyváženost zdravotnického a sociálního modelu péče – poskytovatelé nejsou dostatečně vybaveni nástroji a vědomostmi k plnění sociální funkce.
- práce ve stresu při zajištění péče – chronický nedostatek personálu
- absence kontinuálního sociálního vzdělávání – je potřeba dalšího vzdělávání
- malá spolupráce s rodinou
- rivalita mezi poskytovateli zdravotnických a sociálních služeb
- nízká motivace poskytovatelů
- veřejnost nedostatečně rozpoznává důležitost a náročnost péče o osoby se zvláštními potřebami

Organizace a řízení ústavů pro seniory

- pracovní náplně nereflektují specifika klientely
- obava z nových přístupů v řízení
- nedostatečný týmový přístup
- malá spolupráce mezi zařízeními

- absence plánu náboru a práce s dobrovolníky
- absence dlouhodobého plánu rozvoje
- direktivní umíst'ování klientů

Financování ústavů pro seniory

- nedostatečná spolupráce s obcí
- absence plánu rozvoje alternativních zdrojů
- vysoké výdaje na zajištění technického chodu zařízení
- nízká flexibilita rozpočtu

Budovy ústavů pro seniory

- prostorová přetížení
- bariéry
- absence zvláštního prostoru pro terminální stavy
- památková ochrana objektů
- izolace od obce

Vybavení ústavů pro seniory

- nedostatečné vybavení pro imobilní klienty
- nedostatečné vybavení pro aktivity

Zdravotnické a další služby v ústavech pro seniory

- absence komplexního přístupu ke klientovi
- řeší se pouze okamžitý stav klienta

- nediferencované umístění klientů
- absence minimálního standardu péče

Plánování v ústavech pro seniory

- obtížná akceptace adaptace na trh
- nedostatečný globální přehled o vývoji na trhu
- absence dlouhodobého plánu rozvoje
- plánování na bázi: rozpočet – opatření – vize (Mühlpachr, 2005, s. 105)

4. Determinanty kvality života seniorů

Životní styl starého člověka při přípravě na stáří směřuje k osvojení zvyklostí, které se sice příliš neliší od obecně chápané zdravé životosprávy, některé další zásady však přece jen svojí důležitostí více vystupují do popředí.

- Aby bylo stáří úspěšné, mělo by být plné všestranných aktivit a hlavně by mělo jít o tzv. **aktivní stáří** a přechod z pracovní aktivity do starobního důchodu by měl být co nejvíce postupný. Již na vrcholu své životní kariéry vytvářet podmínky pro činnosti, které nás budou uspokojovat po odchodu ze zaměstnání. Tzv. „koníček“ by neměl být příliš náročný fyzicky ani finančně. Dbát na každodenní krátké kondiční cvičení a všeobecný rozhled si rozšiřovat četbou, rozhovorem i sledováním informací v médiích. (Šipr, 1997, s. 112)
- Zabránit pocitu izolace a předcházet osamělosti **udržováním kontaktů s jinými lidmi**. Při rozhovorech s nejbližšími přáteli a příbuznými musí zahrnovat i naslouchání a nejen samomluvu. Vhodná je i návštěva kina, kavárny apod. Samotářství vede k postupnému úpadku osobnosti a jeho degradaci.
- **Prohloubit citové vazby se členy rodiny** kompenzuje omezení příležitostí ke společenskému styku po odchodu ze zaměstnání. Oprávněné jsou také časté a pravidelné styky s dětmi. Prostorová blízkost příslušníků různých generací byla dříve častější než dnes, citová pouta mezi rodiči a jejich dospělými dětmi však stále existují a jsou prospěšná oběma stranám. Kontakt mezi členy širší rodiny zůstává pro většinu starých lidí nejvýznamnějším činitelem pro předcházení pocitu osamění.
- **Zásady správné výživy ve stáří** jsou sice obecně známé, přesto však málo dodržované. Staří lidé často podceňují doporučená pravidla a někdy na stravě příliš šetří.
- Vlastní odpovědnost a zdůrazňování povinnosti **pečovat o vlastní zdraví** patří rovněž do přípravy na spokojený život ve stáří. Mnozí staří lidé považují své

zdravotní obtíže za průvodní jev stárnutí a přicházejí k lékaři i s dobře léčitelnou chorobou často až v pokročilém stádiu. Je nutné varovat před pasivním přístupem k vlastnímu zdraví, který je charakterizován výrokem „něco mi předepište“, „něco se mnou udělejte“. I starý člověk je sám odpovědný za svoje zdraví.

- Péče o zevnějšek je také velmi důležitá a staří lidé často zanedbávají **zásady osobní hygieny**. Podceňují péči o tělesnou čistotu a upravený zevnějšek, kterou by si posílili sebevědomí a pocit vlastní důstojnosti. Ani ve stáří nezaniká přísloví: „Šaty dělají člověka“.
- **Na stáří se nemá šetřit**, a to ani na vybavení domácnosti a k tomuto bychom měli širokou veřejnost. Pro starého člověka není komfortní domácnost přepychem, ale většinou předpokladem pro udržení soběstačnosti. Starý člověk potřebuje moderně vybavený byt snad ještě naléhavěji než jeho děti. Senior by tedy neměl nadměrně šetřit na zakoupení předmětů, které v jeho domácnosti chybějí jen proto, aby je mohl zakoupit svým dětem.
- Také ve vyšším věku je možné a velmi potřebné **získávat nové vědomosti**. (Šipr, 1997, s. 113)

Je již dávno překonaná představa, že výchova a vzdělávání jsou omezeny na období dětství a mládí. Výchova a v jejím rámci i vzdělávání je dnes chápána jako celoživotní proces. Jedním z důležitých požadavků je ten, aby k celoživotnímu vzdělávání měli přístup skutečně všichni. Cílem je vytvoření takových podmínek a vzdělávacích příležitostí, aby lidé skutečně cítili potřebu se zdokonalovat a vzdělávat a uspokojovali tuto svoji potřebu v průběhu celého svého života, tedy i v postproduktivním věku.

Je dávno známo, že se člověk učí, pokud žije, a že se může učit i ve starším věku. Jako příklad můžeme uvést Komenského školu stáří, v níž se lidé mají učit moudře využívat výsledků své práce a správně prožívat zbytek svého života. (Mühlpachr, 2004, s. 132)

Občané v postproduktivním věku jsou sociální skupinou, k jejímž znakům patří homogenizace na straně jedné a diferencovanost na straně druhé. Za homogenizovanou tuto skupinu považujeme proto, že většina jejich členů je vyvázána z pracovního procesu. Diferencovanost této skupiny je dána např. takovými znaky, jako jsou dosažená úroveň vzdělání, původní profese, sociální zařazení v mikroklimatu rodiny, finanční možnosti a osobní celoživotní zkušenosti. Připočteme-li ke zmíněné diferencovanosti velké rozptylové pole podmínek učení, pak pochopíme nezbytnost hledat pro tuto skupinu občanů rozmanité specifické vzdělávací formy různého charakteru. Zejména může jít o Lidové univerzity, Kluby aktivního stáří, Akademie třetího věku a Univerzity třetího věku.

Lidové univerzity se osvědčily zejména ve skandinávských a v německy mluvících zemích. Studium starší člověk absolvuje spolu s mladými posluchači. Pozitivní je zejména vzájemné ovlivňování a sblížování dvou generací, které se snaží navzájem porozumět a akceptovat.

Akademie třetího věku a **Kluby aktivního stáří** mají v našich podmínkách poměrně dobrou tradici. Jejich uplatnění je zejména v regionech, kde nejsou vysoké školy. **Akademie třetího věku** jsou organizovány pod záštitou různých organizací např. Český červený kříž či institucí Domy kultury. Zpřístupňují výklad a přizpůsobují obsah místním potřebám a individuálním zájmům občanů postproduktivního věku. **Kluby aktivního stáří** mají podobné poslání, ale vyznačují se trvalejšími neformálními vztahy, rozvíjením osobních zájmů seniorů a uspokojování potřeby vzájemného kontaktu.

Univerzity třetího věku jsou nejnáročnějším způsobem vzdělávání seniorů. Jedná se o oficiálně uznané instituce, umožňující občanům postproduktivního věku studium vysokoškolské úrovně v nejrůznějších oborech. V České republice se tento typ studia realizuje v rámci celoživotního vzdělávání. V současnosti je studium pro seniory organizováno přibližně na 45 vysokých školách či fakultách v České republice. (Mühlpachr, 2004, s. 140)

4.1 Vztahy mezi seniory

Sexualita je důležitou součástí života, přičemž se nejedná jen o samotný „sexuální akt“. Definice sexuálního zdraví je souhrn tělesných, citových, rozumových i společenských stránek člověka jako sexuální bytosti, které obohacují osobnost, zlepšují její vztahy k lidem a rozvíjí schopnost lásky.

Desatero zdravého sexuálního života:

1. Sex je zdravý (je zdrojem psychické energie).
2. Sex je přirozený.
3. Sex je krásný.
4. Sex je dobrý (je potvrzením naší sounáležitosti a blízkosti).
5. Sex umožňuje uvolnit a rozvinout to nejlepší v nás (lásku, důvěru, intimitu, tvořivost).
6. Sexuální fantazie jsou přirozené.
7. Sexuální fantazie jsou neomezené, chování je omezeno zásadou neublížit.
8. Masturbace je přirozená a neškodí zdraví.
9. Je nutné respektovat hranice partnera. (Venglářová, 2007, s. 66)

Stáří provází řada změn, které zasahují i do oblasti sexuality. Frekvence sexuálních kontaktů je méně častá než v produktivním věku. Záleží na pozitivním vztahu k sexu v minulosti, kdy kladný vztah k sexu se zúročí vyšší častostí styku.

Formy styku se mění a mohou se omezovat jen na určité formy či pouze doteky. Ženy hodnotí pozitivně i sex bez koitálních aktivit. Mají-li senioři chuť a potřebu věnovat se sexu, není důvod ve stáří rezignovat. Pokud se vyskytnou problémy, dají se za pomoci odborníků řešit. Nejčastějším problémem u mužů je pomalejší nástup a menší pevnost erekce u žen bolestivý pohlavní styk způsobený nedostatečným zvlhčováním pochvy, bolestivé stahy při orgazmu a kolísání chuti k sexu. Sexualita by měla být prováděna s radostí, jde o velmi intimní záležitost. (Venglářová, 2007, s. 68)

Senioři by neměli mít důvod omezovat sexuální aktivitu jen proto, že jsou staří. Sexualita většinou život obohacuje, ale senioři by se neměli za každou cenu chtít vyrovnat ostatním, protože by mohlo dojít k narušení duševní a citové rovnováhy. I když je sexuální život spíše výsadou mladšího a středního věku, přispívá ke spokojenosti a k upevnění manželství či partnerských vztahů v každém období života. K životu sexualita patří a neměla by být míra životního štěstí posuzována jen dle frekvence pohlavních styků. (Šipr, 1997, s. 57)

Vztahy mezi seniory a stáří celkově, také pozitivně ovlivňují pohybové aktivity seniorů. Pohybové aktivity napomáhají seniorům zejména v udržení nezávislosti na cizí pomoci, kdy zlepšují adaptační schopnost organismu na úbytek svalové hmoty a předchází svalovým atrofiím. Předchází vzniku chorob např. vysokého krevního tlaku, ischemické choroby srdeční a vzniku osteoporózy, která je jednou z nejčastějších chorob ve stáří. Přispívají také uchování pocitu pohody a duševní svěžesti.

Nejpřirozenějším pohybem, nejen pro seniory, je chůze, která nejen zlepšuje zdravotní stav, ale poskytuje starším lidem příležitosti ke vzájemnému setkávání a vytváření přátelských vztahů přesahujících hranice sportovních areálů. Mezi další vhodné aktivity seniorů můžeme zařadit chůzi na lyžích, jízdu na kole či velmi všestranně užitečné plavání. (Šipr, 1997, s. 105)

4.2 Vztahy mezi personálem a seniory

Základem kvalitních vztahů mezi seniorem a personálem je dobrá komunikace mezi nimi. Komunikace je předávání informací, pocitů a citů k druhým. Dochází k tomu buď verbálně (slovem) anebo neverbálně (mimoslovně). Přestože se zdá, že světem vládnu slova, ať už vyslovená, či psaná, většinu informací přijímáme mimoslovně. O pravdivosti sdělení více vypovídá pohled, gesta či mimika. Předpokladem příjemné a jasné komunikace je shoda verbálních a neverbálních sdělení.

Každý člověk má určitý styl komunikace, vrozené tempo řeči a často používaná slova. Je velmi profesionální naučit se znát a používat slova a termíny, které náš klient

přijímá a rozumí jim. Je nutné pamatovat na fakt, že většina seniorů je věřících a mnozí z nich zažili vykání rodičům. Dříve nebylo běžné používání vulgarizmů. Starší lidé většinou mluví pomaleji, zvláště při únavě, při větších nárocích na soustředění nebo ve stresu. Je nutné ponechat jim dostatek času na promyšlení odpovědi.

Při komunikaci se seniory se mohou objevit bariéry na straně seniora. Neochota komunikovat, nedůvěra, obavy jak bude s informacemi naloženo. O řadě věcí se v generaci dnešních seniorů nemluvilo. Za tabu byla v komunikaci se seniory považována oblast sexuality, intimních záležitostí, ale například i financí či nepříjemností v rodině. Pokud senioři komunikují otevřeně, což se týká většiny, vzniká mezi nimi pouto a pak se dají otevřít hovory na závažnější témata. (Venglářová, 2007, s. 75)

Mezi zásady vhodné komunikace se seniorem patří uvědomění si, jaký rozhovor s ním chce vést:

- Podporující
- Edukační
- Motivující
- Naslouchající
- Zjišťující důležité informace k identifikování zdravotních potíží

Jaké otázky chce od seniora zodpovědět:

- Chce senior hledat pomoc, nebo potřebuje jenom vyslechnout?
- Cítí se vůbec být nemocný a touží po rozhovoru?
- Potřebuje rozhovor mezi čtyřma očima?
- Chce mít někoho u sebe?
- Jak moc je pro něj významná doba rozhovoru, místo a prostředí?
- Je schopen se rozhodnout?
- Jaké téma budeme řešit?
- Jednám ve prospěch seniora, nebo ve prospěch svůj?
- Kolik času seniorovi věnuji? (Kleťková a spol., 2008, s. 98)

Je velmi vhodné vymezit si délku času na rozhovor a nezapomenou ji sdělit seniorovi při zahájení rozhovoru. Ušetříme se tím pozdější vysvětlování, proč už nemůžeme poslouchat, i když je to velmi zajímavé téma. Starý člověk nikam nespěchá a má většinou dostatek času. Je důležité naučit se říci ne nesplnitelnému požadavku.

Důležitý je pozdrav a oslovení, které mají v rozhovoru zásadní význam. V případě snížení zraku, sluchu a kognitivních poruch je nutný tělesný dotyk, který volíme vždy na stejném místě – rameno, loket... Při volbě oslovení pozor na sklouznutí do soukromého vztahu. Nechtějme se stát součástí rodiny, protože by od nás mohl očekávat větší povinnosti a více pomoci. Profesionální vztah je o vytvoření jasných hranic.

Je velmi důležité ujasnit si vzájemné role. Profesionál svou roli jasně vymezuje, není rodičem, ani životním partnerem, ani soudcem, ani litující osobou. Přijímá pravdivě informace o životní situaci starého člověka a v tom je opravdový – pravdivě přiznává, že nemá jiné možnosti, pravdivě sděluje, že je mu to líto, má odvalu přiznat svůj strach a bezmoc, když jej cítí, ale zároveň musí mít sílu a ochotu poskytovat podporující prostředí pomoci v rámci svých možností. To je jeho hlavní role. (Klvetová a kol., 2008, s. 99)

Komunikační zlovyky při péči o seniory:

- Odsuzujeme způsob chování a nevěnujeme dostatečnou pozornost tomu, proč to nemocný dělá.
- Ubezpečujeme pacienta, že se nic neděje (ohrožení bezpečí či pravdy navodí pocit samoty).
- Radíme a hledáme řešení v okamžiku, kdy ho nemocný nepotřebuje (vyvoláme tak zlost a smutek).
- Ukvapeně seniora zklidňujeme (nedovolíme uvolnit napětí, chráníme sebe před emocemi).
- Přesvědčujeme (bráníme svůj způsob péče).
- Vyhýbáme se rozhovoru (nedokážeme unést bolest nemocného a nechceme vést rozhovor).

- Klademe zbytečné otázky, když senior nereaguje.
- Nabízíme jinou formu úlevy, než senior očekává (chce si jen postěžovat).
- Moralizuje a kritizujeme způsob reakcí seniora.
- Nabízíme činnosti místo neslouchání.
- Myslíme si, že známe myšlenky nemocného.
- Přerušujeme řeč nemocného.
- Odmítáme pacienta neverbálně. Například mávneme rukou a starý člověk to vnímá jako odmítnutí sebe samého.
- Nereagujeme na sdělení druhého – odcházíme beze slov.
- Vnucujeme svůj názor.

Doporučení pro komunikaci se seniory:

- Naslouchejte tomu, co druhý skutečně říká.
- Mluvte o sobě: Snažím se vás pochopit. Slyším vás. Cítím s vámi.
- Nehodnoťte, nekritizujte, nekárejte.
- Uvědomte si, že nemocný člověk se zlobí na situaci, ne na vás.
- Nabídněte možné řešení, zadržte impulzivní reakci.
- Naučte se bez agrese vyjádřit své kladné i záporné pocity.
- Naučte se rozumět svým postojům a myšlenkám.

O jakých tématech staří lidé rádi hovoří:

- Životní témata – dětství, škola, koníčky, práce zaměstnání, manželství, lidské vztahy, pracovní úspěchy, kultura, film...
- Přírodní témata, zvyky
- Významné životní události a zážitky
- Pracovní aktivity
- Rodinná setkávání a události
- Jídlo a recepty
- Vzpomínky – jak to dříve bylo lepší...
- Rady a názory (Kleветová a kol., 2008, s. 111)

4.3 Vztah rodiny k seniorům

Domovy pro seniory či domovy důchodců se stávají na stáří domovem stále velkého množství seniorů. I přesto má rodina stále v péči o seniora nezastupitelné místo. Na základě poznatků z minulosti a zkušeností je setrvání seniora v rodinném prostředí považováno za optimální způsob péče. Myslíme tím péče a podpora ze strany jeho rodiny, která je jedna z nejdůležitějších sociálních jistot člověka ve stáří. Ovšem tento model většinou není možné vzhledem k různým okolnostem realizovat. (Jarošová, 2006, s. 41)

Nejčastějším problémem proč je obtížné, ze strany rodiny, se o seniora postarat je s přibývajícím věkem stále větší počet nemocí při kterých je nutné jim poskytovat stále náročnější péči, na kterou jejich rodinní příslušníci většinou nestačí. Dalším problémem jsou pracovní či školní povinnosti většiny rodinných příslušníků, vzdálenost bydliště apod. (Jarošová, 2006, s. 42)

Většinou pro některý z výše uvedených důvodů dochází dříve či později k umístění seniora do rezidenčního zařízení. Vztah rodiny k seniorům umístěným v rezidenčním zařízení je obvykle ovlivněn některým z výše uvedených faktorů, jako např. pracovním vytížením či vzdáleností bydliště od rezidenčního zařízení.

Podle Zgoly (2003) zájem o rodinu seniora ze strany rezidenčního zařízení, respekt k jejím pocitům a starostem, zájem o jejího blízkého a dostatečná informovanost o jeho životě a změnách, které u seniora nastávají, pomáhají rodině vyrovnat se se skutečností, že sama péči nezvládla, a udržet její zájem a spolupráci. Rodina musí vědět, že udělala pro svého blízkého to nejlepší, co mohla a že stále ještě může mnoho udělat.

Spolupráce s rodinou začíná v den přijetí seniora do rezidenčního zařízení, nejlépe ještě dříve. S rodinou musí rezidenční zařízení uzavřít smlouvu o tom, které úkoly jí zůstávají a které může za ni převzít. Pocit, že někdo pečuje za ně, většinou velmi rychle vede rodinné příslušníky k poklesu, nebo dokonce ztrátě zájmu o svého příbuzného a k omezení kontaktů. Bylo prokázáno, že s délkou pobytu starých lidí v instituci klesá i četnost návštěv. Nelze proto připustit, aby návštěvy příbuzných byly

pouze formální (nezajímavé, demotivující, bez náplně), musí plnit svůj definovaný účel, mít svoji funkci v individuálním plánu klienta.

Práce s rodinou nabízí řadu možností, především je třeba přijmout fakt, že instituce nezbavuje rodinu odpovědnosti za péči o příbuzného. Příchodem do rezidenčního zařízení nekončí rodinné vztahy ani povinnost dětí vůči svým rodičům. Rodina pomáhá s úpravou prostředí, pracuje a tráví volný čas s blízkým člověkem, propojuje generace. (Matoušek, 2005, s. 183)

5. Empirický výzkum

Empirický výzkum byl prováděn v Domově pro seniory v obci Soběsuky a v Domově důchodců Prostějov. Celkem se výzkumu zúčastnilo 74 respondentů. V Domově pro seniory v obci Soběsuky odpovědělo 8 respondentů a v Domově důchodců Prostějov to bylo 66 respondentů. Co se týká pohlaví, tak žen bylo 48 a mužů 26.

5.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je zjistit kvalitu života a míru spokojenosti seniorů ve vybraném rezidenčním zařízení, a to v Domově pro seniory v obci Soběsuky a v Domově důchodců v Prostějově. Vedle analýzy kvality života se zaměřím i na determinanty rezidenční péče, a to z hlediska toho, jaké sociální služby vybrané rezidenční prostředí poskytuje a také jaké jsou možnosti seniorova začlenění do sociální struktury obyvatel daného prostředí.

Dále bych se chtěl zabývat možnostmi trávení volného času, to znamená, jaké způsoby trávení volného času vybrané zařízení nabízí.

V neposlední řadě bych se chtěl zabývat kvalitou služeb v daném rezidenčním prostředí a možnostmi jejich zkvalitnění.

5.2 Hypotézy

Pro svůj výzkum jsem zvolil níže uvedené hypotézy:

Hypotéza č. 1: Muži považují fyzickou soběstačnost za méně důležitou než ženy.

Hypotéza č. 2: Muži považují zdraví za méně důležité než ženy.

Hypotéza č. 3: Ženy považují rodinné vztahy za důležitější než muži.

Hypotéza č. 4: Pro ženy jsou peníze důležitější než pro muže.

Hypotéza č. 5: Muži jsou celkově spokojenější než ženy.

5.3 Použité metody zpracování empirického průzkumu

Jako výzkumnou techniku jsem zvolil dotazník kvality života SQUALA (v příloze). Dotazník SQUALA byl vytvořen v roce 1992 a jeho autorem je M. Zannotti. Jedná se o sebeposuzovací dotazník, konstruovaný dle jasných metodologických pravidel.

Dotazník sestává z 23 oblastí pokrývajících vnější a vnitřní realitu každodenního života. Spokojenost v každé z těchto je hodnocena na pětibodové škále (0=velmi zklamán až 4=zcela spokojen) a subjektivní důležitost na stupnici 0 až 4 (0=bezvýznamné až 4=nezbytné). Česká verze dotazníku byla validizována v rámci projektu GAČR 313/95/1084 „Kvalita života QOL-CZ. Validizace českého instrumentu“ v letech 1995 – 1996.

Dotazník SQUALA lze využít v medicínské, sociální, psychologické i pedagogické oblasti především za účelem diagnostiky nebo zkvalitnění péče a služeb.

Vlastní výzkum většinou probíhal tak, že nejprve byl se zkoumanými osobami navázán úvodním rozhovorem kontakt. Respondentům byl objasněn účel výzkumu a byli ujisti o zachování anonymity. Následně došlo k vlastnímu vyplnění dotazníku.

Převážně dotazník vyplňovali samostatně. U některých respondentů to ovšem, vzhledem k jejich věku a zdravotnímu stavu nebylo možné a proto jsem jim s vyplňováním pomáhal a zaznamenával odpovědi do dotazníku. Po vyplnění jsem kontroloval úplnost vyplnění dotazníků.

5.4 Vyhodnocení a výsledky průzkumu

Demografické údaje respondentů

Tabulka 1.1 Pohlaví

	Domov pro seniory Soběsuky		Domov důchodců Prostějov		Celkem	
	Počet	%	Počet	%		
Ženy	4	5,4 %	44	59,5 %	48	64,9 %
Muži	4	5,4 %	22	29,7 %	26	35,1 %
Celkem	8	10,8 %	66	89,2 %	74	100 %

Výzkumu byl prováděn v Domově pro seniory v obci Soběsuky a v Domově důchodců Prostějov za účasti 74 respondentů. Co se týká pohlaví, tak výzkumu se účastnilo 48 žen (64,9 %) a 26 mužů (35,1 %).

Tabulka 1.2 Věk

Věková struktura	Ženy	%	Muži	%
60 - 74	14	29,2 %	9	34,6 %
75 – 84	20	41,6 %	15	57,7 %
nad 85	14	29,2 %	2	7,7 %
Celkem	48	100 %	26	100 %

Průměrná věková struktura respondentů je 78,2 let. Průměrný věk mužských respondentů je 73,1 let. Průměrný věk ženských respondentů je 81 let. Nejmladší respondent má 62 let a nejstarší 93 let.

Tabulka 1.3 Bydliště

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Vesnice	18	37,5 %	13	50 %	31	40,2 %
Malé město	16	33,3 %	6	23,1 %	24	31,9 %
Velké město	14	29,2 %	7	26,9 %	21	27,9 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	76	100 %

Převážná většina respektive 31 respondentů (40,2 %) žilo na vesnici, 24 respondentů (31,9 %) žilo v malém městě a 21 respondentů (27,9 %) žilo ve velkém městě.

Tabulka 1.4 Ukončené vzdělání

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Neukončené základní	1	2,1 %	2	7,7 %	3	4,2 %
Základní	20	41,6 %	5	19,2 %	25	33,4 %
Střední bez maturity	19	39,6 %	7	26,9 %	26	35,3 %
Střední s maturitou	7	14,6 %	10	38,5 %	17	22,9 %
Vysokoškolské	1	2,1 %	2	7,7 %	3	4,2 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Celkem 26 (35,3 %) respondentů má střední školu bez maturity, jde o nejpočetnější skupinu. Další nejpočetnější skupinou jsou respondenti se základním vzděláním, těch je 25 (33,4 %), respondentů se střední vzděláním s maturitou je 17 (22,9 %), respondentů s neukončeným základním vzděláním a stejně tak vysokoškoláků jsou 3 (4,2 %).

Tabulka 1.5 **Hmotné zabezpečení**

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Výrazně podprůměrné	9	18,8 %	1	3,8 %	10	13,6 %
Mírně podprůměrné	14	29,2 %	9	34,6 %	23	31,3 %
Průměrné	21	43,7 %	12	46,2 %	33	44,8 %
Mírně nadprůměrné	4	8,3 %	4	15,4 %	8	10,3 %
Výrazně nadprůměrné	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Úroveň svého hmotného zabezpečení hodnotilo nejvíce respondentů 33 (44,8 %) jako průměrnou, jako mírně podprůměrnou ji hodnotilo 23 (31,3 %) respondentů, jako výrazně podprůměrnou ji hodnotilo 10 (13,6 %) respondentů a jako mírně nadprůměrnou 8 (10,3 %) respondentů.

Tabulka 1.6 **Rodinný stav**

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Svobodný/á	1	2,1 %	3	11,5 %	4	5,4 %
Ženatý/vdaná, s druhem	6	12,5 %	5	19,3 %	11	14,8 %
Rozvedený/á	6	12,5 %	9	34,6 %	15	20,3 %
Vdovec/vdova	35	72,9 %	9	34,6 %	44	59,5 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Nejvíce respondentů u rodinného stavu uvedlo stav vdovec/vdova celkem 44 (59,5 %) respondentů, rozvedených bylo 15 (20,3 %), ženatých/vdaných, nebo s druhem bylo 11 (14,8 %) a svobodní respondenti byli 4 (5,4 %).

Tabulka 1.7 **Máte děti?**

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Ano	41	85,4 %	19	73,1 %	60	81,1 %
Ne	7	14,6 %	7	26,9 %	14	18,9 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Respondentů, kteří mají děti, bylo 60 (81,1 %) a těch, kteří děti nemají, bylo 14 (18,9 %).

Hodnocení důležitosti a spokojenosti

Tabulka 1 **Zdraví – důležitost**

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Nezbytné	25	52,1 %	18	69,2 %	43	58,1 %
Velmi důležité	21	43,7 %	8	30,8 %	29	39,2 %
Středně důležité	2	4,2 %	0	0 %	2	2,7 %
Málo důležité	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Bezvýznamné	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Tabulka 24 **Zdraví – spokojenost**

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Zcela spokojen	6	12,5 %	2	7,7 %	8	10,9 %
Velmi spokojen	5	10,4 %	5	19,3 %	10	13,6 %
Spíše spokojen	22	45,8 %	13	50 %	35	47,2 %
Nespokojen	14	29,2 %	5	19,2 %	19	25,6 %
Velmi zklamán	1	2,1 %	1	3,8 %	2	2,7 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Zdraví považuje celkem 43 (58,1 %) respondentů za nezbytné a 35 (47,2 %) respondentů je se zdravím spíše spokojeno.

Tabulka 2 Fyzická soběstačnost – důležitost

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Nezbytné	21	43,7 %	15	57,7 %	36	48,6 %
Velmi důležité	23	47,9 %	10	38,5 %	33	44,6 %
Středně důležité	3	6,3 %	1	3,8 %	4	5,4 %
Málo důležité	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Bezvýznamné	1	2,1 %	0	0 %	1	1,4 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Tabulka 25 Fyzická soběstačnost - spokojenost

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Zcela spokojen	5	10,4 %	2	7,7 %	7	9,5 %
Velmi spokojen	9	18,8 %	7	26,9 %	16	21,6 %
Spíše spokojen	19	39,5 %	10	38,5 %	29	39,2 %
Nespokojen	14	29,2 %	7	26,9 %	21	28,3 %
Velmi zklamán	1	2,1 %	0	0 %	1	1,4 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Fyzickou soběstačnost považuje za nezbytnou celkem 36 (48,6 %) respondentů a co se týká spokojenosti s fyzickou soběstačností, je s ní spíše spokojeno 29 (39,2 %) respondentů.

Tabulka 3 Psychická pohoda – důležitost

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Nezbytné	17	35,4 %	14	53,8 %	31	41,9 %
Velmi důležité	28	58,3 %	10	38,5 %	38	51,3 %
Středně důležité	3	6,3 %	2	7,7 %	5	6,8 %
Málo důležité	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Bezvýznamné	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Tabulka 26 Psychická pohoda - spokojenost

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Zcela spokojen	4	8,3 %	2	7,7 %	6	8,1 %
Velmi spokojen	7	14,6 %	7	26,9 %	14	18,9 %
Spíše spokojen	28	58,3 %	13	50 %	41	55,4 %
Nespokojen	9	18,8 %	4	15,4 %	13	17,6 %
Velmi zklamán	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Psychickou pohodu považuje celkem 38 (51,3 %) respondentů za velmi důležitou a je s ní spíše spokojeno 41 (55,4 %) respondentů.

Tabulka 4 Prostředí bydlení – důležitost

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Nezbytné	16	33,3 %	9	34,6 %	25	33,8 %
Velmi důležité	29	60,4 %	16	61,6 %	45	60,8 %
Středně důležité	3	6,3 %	1	3,8 %	4	5,4 %
Málo důležité	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Bezvýznamné	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Tabulka 27 Prostředí bydlení - spokojenost

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Zcela spokojen	1	2,1 %	2	7,7 %	3	4,1 %
Velmi spokojen	23	47,9 %	10	38,4 %	33	44,5 %
Spíše spokojen	18	37,5	12	46,2 %	30	40,5 %
Nespokojen	6	12,5 %	2	7,7 %	8	10,9 %
Velmi zklamán	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Prostředí bydlení je velmi důležité pro 45 (60,8 %) respondentů a jsou s ním velmi spokojeni 33 (44,5 %) respondentů.

Tabulka 5 Spánek – důležitost

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Nezbytné	15	31,2 %	8	30,8 %	23	31 %
Velmi důležité	29	60,4 %	17	65,4 %	46	62,2 %
Středně důležité	3	6,3 %	1	3,8 %	4	5,4 %
Málo důležité	1	2,1 %	0	0 %	1	1,4 %
Bezvýznamné	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Tabulka 28 Spánek - spokojenost

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Zcela spokojen	3	6,3 %	1	3,8 %	4	5,4 %
Velmi spokojen	16	33,3 %	9	34,6 %	25	33,8 %
Spíše spokojen	18	37,5 %	11	42,3 %	29	39,2 %
Nespokojen	10	20,8 %	5	19,2 %	15	20,2 %
Velmi zklamán	1	2,1 %	0	0 %	1	1,4 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Spánek je velmi důležitý pro 46 (62,2 %) respondentů a spíše spokojeno s ním je 29 (39,2) respondentů.

Tabulka 6 Rodinné vztahy - důležitost

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Nezbytné	12	25	3	11,5 %	15	20,2 %
Velmi důležité	32	66,7 %	15	57,7 %	47	63,5 %
Středně důležité	4	8,3 %	8	30,8 %	12	16,3 %
Málo důležité	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Bezvýznamné	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Tabulka 29 Rodinné vztahy - spokojenost

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Zcela spokojen	6	12,5 %	2	7,7 %	8	10,8 %
Velmi spokojen	20	41,7 %	8	30,8 %	28	37,98 %
Spíše spokojen	16	33,3 %	16	61,5 %	32	43,2 %
Nespokojen	6	12,5 %	0	0 %	6	8,1 %
Velmi zklamán	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Rodinné vztahy jsou velmi důležité pro 47 (63,5 %) respondentů a spíše spokojeno je 32 (43,2 %) respondentů.

Tabulka 7 Vztahy s ostatními - důležitost

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Nezbytné	10	20,8 %	7	26,9 %	17	23 %
Velmi důležité	23	47,9 %	13	50 %	36	48,6 %
Středně důležité	15	31,3 %	5	19,3 %	20	27 %
Málo důležité	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Bezvýznamné	0	0 %	1	3,8 %	1	1,4 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Tabulka 30 Vztahy s ostatními - spokojenost

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Zcela spokojen	8	16,7 %	4	15,4 %	12	16,3 %
Velmi spokojen	14	29,1 %	5	19,3 %	19	25,6 %
Spíše spokojen	20	41,7 %	13	50 %	33	44,5 %
Nespokojen	6	12,5 %	3	11,5 %	9	12,2 %
Velmi zklamán	0	0 %	1	3,8 %	1	1,4 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Vztahy s ostatními jsou velmi důležité pro 36 (48,6 %) respondentů a spíše spokojeno se vztahy s ostatními je 33 (44,5 %) respondentů.

Tabulka 8 Mít a vychovávat děti - důležitost

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Nezbytné	5	10,4 %	5	19,2 %	10	13,6 %
Velmi důležité	30	62,5 %	11	42,4 %	41	55,3 %
Středně důležité	11	22,9 %	7	26,9 %	18	24,2 %
Málo důležité	0	0 %	2	7,7 %	2	2,7 %
Bezvýznamné	2	4,2 %	1	3,8 %	3	4,2 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Tabulka 31 Mít a vychovávat děti - spokojenost

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Zcela spokojen	7	14,6 %	1	3,8 %	8	10,8 %
Velmi spokojen	19	39,5 %	10	38,6 %	29	39,2 %
Spíše spokojen	13	27,1 %	13	50 %	26	35,1 %
Nespokojen	6	12,5 %	1	3,8 %	7	9,5 %
Velmi zklamán	3	6,3 %	1	3,8 %	4	5,4 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Mít a vychovávat děti je velmi důležité pro 41 (55,3 %) respondentů a velmi spokojeno je 29 (39,2 %) respondentů.

Tabulka 9 **Postarat se o sebe - důležitost**

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Nezbytné	13	27,1 %	10	38,5 %	23	31 %
Velmi důležité	27	56,2 %	13	50 %	40	54,1 %
Středně důležité	8	16,7 %	3	11,5 %	11	14,9 %
Málo důležité	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Bezvýznamné	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Tabulka 32 **Postarat se o sebe - spokojenost**

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Zcela spokojen	5	10,4 %	3	11,6 %	8	10,9 %
Velmi spokojen	12	25 %	5	19,2 %	17	23 %
Spíše spokojen	21	43,8 %	13	50 %	34	45,9 %
Nespokojen	10	20,8 %	5	19,2 %	15	20,2 %
Velmi zklamán	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Postarat se o sebe je velmi důležité pro 40 (54,1 %) respondentů, a spíše spokojeno s tím jak se dokáží o sebe postarat je 34 (45,9 %) respondentů.

Tabulka 10 Milovat a být milován - důležitost

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Nezbytné	5	10,4 %	3	11,5 %	8	10,7 %
Velmi důležité	17	35,4 %	9	34,6 %	26	35,1 %
Středně důležité	18	37,5 %	10	38,5 %	28	38 %
Málo důležité	6	12,5 %	4	15,4 %	10	13,5 %
Bezvýznamné	2	4,2 %	0	0 %	2	2,7 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Tabulka 33 Milovat a být milován - spokojenost

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Zcela spokojen	4	8,3 %	2	7,7 %	6	8,1 %
Velmi spokojen	5	10,4 %	5	19,2 %	10	13,6 %
Spíše spokojen	28	58,3 %	13	50 %	41	55,4 %
Nespokojen	9	18,8 %	6	23,1 %	15	20,2 %
Velmi zklamán	2	4,2 %	0	0 %	2	2,7 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Milovat a být milován je středně důležité pro 28 (38 %) respondentů a s láskou je spíše spokojeno 41 (55,4 %) respondentů.

Tabulka 11 Sexuální život - důležitost

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Nezbytné	1	2,1 %	2	7,7 %	3	4,2 %
Velmi důležité	5	10,3 %	5	19,2 %	10	13,6 %
Středně důležité	14	29,2 %	8	30,8 %	22	29,6 %
Málo důležité	14	29,2 %	9	34,6 %	23	31 %
Bezvýznamné	14	29,2 %	2	7,7 %	16	21,6 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Tabulka 34 Sexuální život - spokojenost

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Zcela spokojen	3	6,3 %	1	3,8 %	4	5,4 %
Velmi spokojen	3	6,3 %	3	11,5 %	6	8,1 %
Spíše spokojen	16	33,3 %	11	42,4 %	27	36,5 %
Nespokojen	22	45,8 %	9	34,6 %	31	41,9 %
Velmi zklamán	4	8,3 %	2	7,7 %	6	8,1 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Sexuální život je považován za málo důležitý pro 23 (31 %) respondentů a je s ním nespokojeno 31 (41,9 %) respondentů. Přece jen ve vyšším věku není sexuální aktivita tak výrazná jako v mládí.

Tabulka 12 **Zájem a účast v politice - důležitost**

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Nezbytné	0	0 %	2	7,7 %	2	2,7 %
Velmi důležité	3	6,3 %	7	26,9 %	10	13,6 %
Středně důležité	7	14,6 %	6	23,1 %	13	17,6 %
Málo důležité	16	33,3 %	6	23,1 %	22	29,7 %
Bezvýznamné	22	45,8 %	5	19,2 %	27	36,4 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Tabulka 35 **Zájem a účast v politice - spokojenost**

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Zcela spokojen	0	0 %	1	3,8 %	1	1,4 %
Velmi spokojen	1	2,1 %	3	11,5 %	4	5,4 %
Spíše spokojen	15	31,3 %	11	42,4 %	26	35,1 %
Nespokojen	22	45,8 %	8	30,8 %	30	40,5 %
Velmi zklamán	10	20,8 %	3	11,5 %	13	17,6 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Politika je málo důležitá pro 22 (29,7 %) respondentů a většina tj.30 (40,5 %) respondentů je s ní nespokojena. Jak vyplývá z odpovědí, tak politika pro lidi v seniorském věku již není tak zajímavá.

Tabulka 13 Víra - důležitost

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Nezbytné	5	10,4 %	2	7,7 %	7	9,5 %
Velmi důležité	16	33,3 %	5	19,2 %	21	28,3 %
Středně důležité	14	29,2 %	5	19,2 %	19	25,6 %
Málo důležité	8	16,7 %	9	34,7 %	17	23 %
Bezvýznamné	5	10,4 %	5	19,2 %	10	13,6 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Tabulka 36 Víra - spokojenost

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Zcela spokojen	5	10,4 %	1	3,8 %	6	8,1 %
Velmi spokojen	18	37,5 %	4	15,4 %	22	29,6 %
Spíše spokojen	19	39,6 %	9	34,6 %	28	38 %
Nespokojen	5	10,4 %	11	42,4 %	16	21,6 %
Velmi zklamán	1	2,1 %	1	3,8 %	2	2,7 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Víra je velmi důležitá pro 21 (28,3 %) respondentů a je s ní spíše spokojeno 28 (38 %) respondentů.

Tabulka 14 **Odpočinek - důležitost**

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Nezbytné	5	10,4 %	4	15,4 %	9	12,2 %
Velmi důležité	18	37,5 %	12	46,2 %	30	40,5 %
Středně důležité	24	50 %	9	34,6 %	33	44,6 %
Málo důležité	1	2,1 %	1	3,8 %	2	2,7 %
Bezvýznamné	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Tabulka 37 **Odpočinek - spokojenost**

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Zcela spokojen	8	16,7 %	3	11,5 %	11	14,9 %
Velmi spokojen	18	37,5 %	12	46,2 %	30	40,5 %
Spíše spokojen	19	39,5 %	10	38,5 %	29	39,2 %
Nespokojen	3	6,3 %	1	3,8 %	4	5,4 %
Velmi zklamán	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Odpočinek je středně důležitý pro 33 (44,6 %) respondentů a velmi spokojeno je s ním 30 (40,5) respondentů.

Tabulka 15 Koníčky - důležitost

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Nezbytné	2	4,2 %	5	19,2 %	7	9,5 %
Velmi důležité	21	43,7 %	9	34,6 %	30	40,5 %
Středně důležité	22	45,8 %	8	30,8 %	30	40,5 %
Málo důležité	3	6,3 %	2	7,7 %	5	6,8 %
Bezvýznamné	0	0 %	2	7,7 %	2	2,7 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Tabulka 38 Koníčky - spokojenost

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Zcela spokojen	4	8,3 %	5	19,2 %	9	12,2 %
Velmi spokojen	14	29,2 %	8	30,8 %	22	29,6 %
Spíše spokojen	27	56,2 %	8	30,8 %	35	47,1 %
Nespokojen	3	6,3 %	5	19,2 %	8	10,8 %
Velmi zklamán	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Koníčky jsou velmi a zároveň středně důležité pro 30 (40,5 %) respondentů a je s nimi spíše spokojeno 35 (47,1 %) respondentů.

Tabulka 16 **Bezpečí - důležitost**

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Nezbytné	8	16,7 %	5	19,3 %	13	17,5 %
Velmi důležité	21	43,7 %	14	53,8 %	35	47,3 %
Středně důležité	18	37,5 %	7	26,9 %	25	33,8 %
Málo důležité	1	2,1 %	0	0 %	1	1,4 %
Bezvýznamné	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Tabulka 39 **Bezpečí - spokojenost**

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Zcela spokojen	7	14,7 %	7	26,9 %	14	18,9 %
Velmi spokojen	13	27,1 %	10	38,5 %	23	31 %
Spíše spokojen	27	56,1 %	9	34,6 %	36	48,7 %
Nespokojen	1	2,1 %	0	0 %	1	1,4 %
Velmi zklamán	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Bezpečí je velmi důležité pro 35 (47,3 %) respondentů a je s ním spíše spokojeno 36 (48,7 %) respondentů.

Tabulka 17 **Práce - důležitost**

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Nezbytné	2	4,2 %	1	3,8 %	3	4,1 %
Velmi důležité	8	16,7 %	5	19,3 %	13	17,6 %
Středně důležité	21	43,7 %	14	53,9 %	35	47,3 %
Málo důležité	10	20,8 %	3	11,5 %	13	17,5 %
Bezvýznamné	7	14,6 %	3	11,5 %	10	13,5 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Tabulka 40 **Práce - spokojenost**

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Zcela spokojen	3	6,2 %	1	3,8 %	4	5,4 %
Velmi spokojen	3	6,2 %	5	19,2 %	8	10,7 %
Spíše spokojen	32	66,7 %	18	69,3 %	50	67,6 %
Nespokojen	8	16,7 %	2	7,7 %	10	13,6 %
Velmi zklamán	2	4,2 %	0	0 %	2	2,7 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Práce je středně důležitá pro 35 (47,3 %) respondentů a je s ní spíše spokojeno 50 (67,6 %) respondentů.

Tabulka 18 **Spravedlnost - důležitost**

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Nezbytné	7	14,6 %	6	23,1 %	13	17,5 %
Velmi důležité	17	35,4 %	10	38,5 %	27	36,4 %
Středně důležité	22	45,8 %	9	34,6 %	31	41,9 %
Málo důležité	2	4,2 %	1	3,8 %	3	4,2 %
Bezvýznamné	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Tabulka 41 **Spravedlnost - spokojenost**

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Zcela spokojen	3	6,3 %	2	7,7 %	5	6,8 %
Velmi spokojen	8	16,6 %	8	30,8 %	16	21,6 %
Spíše spokojen	26	54,2 %	9	34,6 %	35	47,3 %
Nespokojen	8	16,6 %	7	26,9 %	15	20,1 %
Velmi zklamán	3	6,3 %	0	0 %	3	4,2 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Spravedlnost je středně důležitá pro 31 (41,9) respondentů a je s ní spíše spokojeno 35 (47,3 %) respondentů.

Tabulka 19 Svoboda - důležitost

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Nezbytné	3	6,3 %	5	19,2 %	8	10,8 %
Velmi důležité	22	45,8 %	12	46,2 %	34	45,9 %
Středně důležité	21	43,7 %	9	34,6 %	30	40,6 %
Málo důležité	2	4,2 %	0	0 %	2	2,7 %
Bezvýznamné	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Tabulka 42 Svoboda - spokojenost

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Zcela spokojen	4	8,3 %	2	7,9 %	6	8,1 %
Velmi spokojen	10	20,8 %	9	34,8 %	19	25,7 %
Spíše spokojen	33	68,8 %	15	57,9 %	48	64,8 %
Nespokojen	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Velmi zklamán	1	2,1 %	0	0 %	1	1,4 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Svoboda je velmi důležitá pro 34 (45,9 %) respondentů a spíše spokojeno je 48 (64,8 %) respondentů.

Tabulka 20 **Krása a umění - důležitost**

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Nezbytné	2	4,2 %	1	3,8 %	3	4,2 %
Velmi důležité	11	22,9 %	8	30,8 %	19	25,6 %
Středně důležité	27	56,2 %	12	46,2 %	39	52,6 %
Málo důležité	8	16,7 %	3	11,5 %	11	14,9 %
Bezvýznamné	0	0 %	2	7,7 %	2	2,7 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Tabulka 43 **Krása a umění - spokojenost**

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Zcela spokojen	2	4,2 %	1	3,8 %	3	4,2 %
Velmi spokojen	5	10,4 %	5	19,2 %	10	13,5 %
Spíše spokojen	36	75 %	15	57,8 %	51	68,7 %
Nespokojen	5	10,4 %	5	19,2 %	10	13,6 %
Velmi zklamán	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Krásu u umění je středně důležitá pro 39 (52,6 %) respondentů a spíše spokojeno je 51 (68,7 %) respondentů.

Tabulka 21 **Pravda - důležitost**

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Nezbytné	10	20,8 %	8	30,8 %	18	24,3 %
Velmi důležité	23	47,9 %	8	30,8 %	31	41,9 %
Středně důležité	14	29,2 %	9	34,6 %	23	31 %
Málo důležité	1	2,1 %	0	0 %	1	1,4 %
Bezvýznamné	0	0 %	1	3,8 %	1	1,4 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Tabulka 44 **Pravda - spokojenost**

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Zcela spokojen	5	10,4 %	5	19,2 %	10	13,6 %
Velmi spokojen	7	14,6 %	4	15,4 %	11	14,9 %
Spíše spokojen	24	50 %	11	42,3 %	35	47,3 %
Nespokojen	10	20,8 %	6	23,1 %	16	21,6 %
Velmi zklamán	2	4,2 %	0	0 %	2	2,6 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Pravda je velmi důležitá pro 31 (41,9 %) respondentů a je s ní spíše spokojeno 35 (47,3 %) respondentů.

Tabulka 22 Peníze - důležitost

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Nezbytné	10	20,8 %	9	34,6 %	19	25,7 %
Velmi důležité	16	33,4 %	8	30,8 %	24	32,4 %
Středně důležité	18	37,5 %	6	23,1 %	24	32,4 %
Málo důležité	4	8,3 %	2	7,7 %	6	8,1 %
Bezvýznamné	0	0 %	1	3,8 %	1	1,4 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Tabulka 45 Peníze - spokojenost

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Zcela spokojen	3	6,3 %	6	23,1 %	9	12,2 %
Velmi spokojen	7	14,6 %	7	26,9 %	14	18,9 %
Spíše spokojen	17	35,4 %	5	19,2 %	22	29,7 %
Nespokojen	21	43,7 %	8	30,8 %	29	39,2 %
Velmi zklamán	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Peníze jsou velmi důležité pro 24 (32,4 %) respondentů a zároveň také středně důležité pro 24 (32,4 %) respondentů a nespokojeno se svojí finanční situací je 29 (39,2 %) respondentů.

Tabulka 23 Jídlo - důležitost

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Nezbytné	9	18,8 %	6	23,1 %	15	20,2 %
Velmi důležité	22	45,8 %	14	53,8 %	36	48,6 %
Středně důležité	14	29,2 %	6	23,1 %	20	27 %
Málo důležité	3	6,3 %	0	0 %	3	4,2 %
Bezvýznamné	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Tabulka 46 Jídlo - spokojenost

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
Zcela spokojen	4	8,3 %	5	19,2 %	9	12,2 %
Velmi spokojen	21	43,7 %	9	34,6 %	30	40,2 %
Spíše spokojen	16	33,4 %	10	38,5 %	26	35,1 %
Nespokojen	6	12,5 %	2	7,7 %	8	10,8 %
Velmi zklamán	1	2,1 %	0	0 %	1	1,4 %
Celkem	48	100 %	26	100 %	74	100 %

Jídlo je velmi důležité pro 36 (48,6 %) respondentů a velmi spokojeno je 30 (40,2 %) respondentů.

Tabulka 47 Celková spokojenost žen a mužů

	Ženy	%	Muži	%
Zdraví	11	22,9 %	7	27 %
Fyzická soběstačnost	14	39,2 %	9	34,6 %
Psychická pohoda	11	22,9 %	9	34,6 %
Prostředí bydlení	24	50 %	12	46,1 %
Spánek	19	39,6 %	10	38,4 %
Rodinné vztahy	26	54,2 %	10	38,5 %
Vztahy s ostatními	24	45,8 %	9	34,7 %
Mít a vychovávat děti	26	54,1 %	11	42,4 %
Postarat se o sebe	17	35,4 %	8	30,8 %
Milovat a být milován	9	18,7 %	7	26,9 %
Sexuální život	6	12,6 %	4	15,3 %
Zájem a účast v politice	1	2,1 %	4	15,3 %
Víra	23	47,9 %	5	19,2 %
Odpočinek	26	54,2 %	15	57,7 %
Koníčky	18	37,5 %	13	50 %
Bezpečí	20	41,8 %	17	65,4 %
Práce	6	12,4 %	6	23 %
Spravedlnost	11	22,9 %	10	38,5 %
Svoboda	14	29,1 %	11	42,7 %
Krása a umění	7	14,6 %	6	23
Pravda	12	25 %	9	34,6 %
Peníze	10	20,9 %	13	50 %
Jídlo	25	52 %	14	53,8 %

Hypotéza č. 1: Muži považují fyzickou soběstačnost za méně důležitou než ženy.

Být fyzicky soběstačná je důležité pro 91,6 % žen a pro muže je schopnost být fyzicky soběstačný důležité v 96,2 %. Lze tedy konstatovat, že pro muže je důležitější být fyzicky soběstačný než pro ženy.

Na základě výše uvedeného hypotéza č. 1 neplatí.

Hypotéza č. 2: Muži považují zdraví za méně důležité než ženy.

Zdraví je důležité pro 95,8 % žen a pro muže je to důležité ve 100 % odpovědích. Jak vyplynulo z odpovědí respondentů, tak zdraví je v lidském životě velmi vysoce ceněno u obou pohlaví, nicméně procentuálně více mužů ho považuje za důležité.

Na základě výše uvedeného hypotéza č. 2 neplatí.

Hypotéza č. 3: Ženy považují rodinné vztahy za důležitější než muži.

Pro ženy jsou dobré rodinné vztahy vždy, respektive ve většině případů, na prvním místě a pro muže to není zas až tak nejdůležitější v životě. Toto vyplývá i z provedeného výzkumu, kdy 91,7 % respondentek považuje rodinné vztahy za nezbytné nebo velmi důležité a u mužů považuje rodinné vztahy za nezbytné a velmi důležité jen 69,2 %.

Hypotézu č. 3 tímto považuji za potvrzenou.

Hypotéza č. 4: Pro ženy jsou peníze důležitější než pro muže.

Peníze jsou v životě jistě velmi důležité, bez nich se žije hůře, pokud je to vůbec možné, ale jistě nejsou to nejdůležitější. Co se týká odpovědí, tak respondentky - ženy uvedly, že nezbytné a velmi důležité jsou pro 54,2 % a z respondentů – mužů je považují za nezbytné a velmi důležité 65,4 %.

Na základě výše uvedeného hypotéza č. 2 neplatí.

Hypotéza č. 5: Muži jsou celkově spokojenější než ženy.

Celková spokojenost v životě respektive ve stáří jistě souvisí či spíše vychází ze spokojenosti v rozličných oblastech lidského života. Můžeme být velmi bohatí finančně ale pokud nás trápí zhoršující se zdraví či neurovnané rodinné vztahy, celkově spokojeni asi nebudeme. I když jsem hypotézu formuloval tak, že muži jsou celkově spokojenější než ženy, myslel jsem si, že tomu bude spíše naopak. Mýlil jsem se. Ženy byly zcela spokojeny a velmi spokojeny v 8 otázkách a muži v 15 otázkách, tzn. v 65,2 %.

Hypotézu č. 5 tímto považuji za potvrzenou.

Závěr

Kvalita života seniorů a zároveň míra spokojenosti seniorů ve vybraném rezidenčním zařízení není závislá jenom na samotném rezidenčním zařízení. Výzkum kvality života seniorů byl proveden z části v Domově pro seniory Soběsuky, které je nejbližší od mého domova a dále v Domově důchodců Prostějov.

Domov pro seniory Soběsuky, je o poznání komornější, menší, kdy maximální kapacita je 56 klientů a je zcela využita. Nachází se, jak již z názvu vyplývá v obci Soběsuky v jeho klidnější části u lesa mimo hlavní silniční tah na město Prostějov. Spolupráce s vedením domova, se zaměstnanci i se seniory byla velmi dobrá. Domov poskytuje standardní péči jako srovnatelná zařízení v ČR.

Totéž se dá říct i o seniorech v Domově důchodců Prostějov. Toto zařízení již není tak komorní a malé jako v Soběsukách. Jak již název napovídá, je umístěno ve městě Prostějov v jeho jižní klidné části, pár set metrů od hlavní silniční tepny, která protíná celé město. Kapacita zařízení je 250 klientů a je prakticky po celý rok zcela využita. Spolupráce s vedením domova, se zaměstnanci i se seniory byla taktéž velmi dobrá. Domov poskytuje standardní péči jako srovnatelná zařízení v ČR.

Cílem diplomové práce byl výzkum týkající se kvality života seniorů v rezidenčním prostředí, kdy po teoretické části a objasnění základních pojmů následoval vlastní výzkum. Jak jsou na tom senioři z hlediska kvality života, můžeme vyčíst z odpovědí na dotazníkové otázky, kde je rozebrána důležitost a následně spokojenost v jednotlivých oblastech lidského života. Ve výzkumu bylo stanoveno pět hypotéz, které byly ve třech případech nepotvrzeny a ve dvou se potvrdily. Ze závěrečné hypotézy také vyplynulo, že muži jsou celkově spokojenější než ženy.

Volný čas seniorům v uvedených rezidenčních zařízeních jim může vyplnit od pasivního sledování televize či čtení knih, procházky po blízkém okolí, spousta doprovodných programů, jako jsou kulturních vystoupení umělců či občasné sportovní zápolení, jako např. šipky, pétanque apod. Možnosti sebevzdělávání jsou také velké a záleží na každém ze seniorů, na jejich chuti a samozřejmě zdravotním stavu.

Co se týká kvality života seniorů ve vybraných rezidenčních zařízeních, tak jak vyplývá ze zpracovaných dotazníků, nebylo převažujících negativních odpovědí a převážná většina respondentů je s pobytem, s poskytovanými službami a kvalitou života v rezidenčním zařízení spokojena. Řazení tabulek a jejich očíslování odpovídá číslu otázky v dotazníku Squala.

Zpracování diplomové práce mě určitě obohatilo a rozšířilo mi obzory v tom jaká je kvalita života seniorů v rezidenčním prostředí v nejbližším okolí. I když oblast sociálních služeb týkající se seniorů pro mě v současné době není, z profesního hlediska aktuální, přesto jsem velmi rád, že jsem si toto téma vybral.

Výsledky práce mám v úmyslu v obecné rovině konzultovat s vedením výše uvedených zařízení a pokusím se jim alespoň minimálně pomoci s případným zlepšením kvality života seniorů. I když jsem nenarazil na žádný zásadní problém přesto si myslím, že je vždy co zlepšovat.

Resumé

Diplomová práce je zaměřena na kvalitu života seniorů v rezidenčním prostředí. K jejímu zpracování jsem použil dostupnou odbornou literaturu, internetové zdroje, předpisy platné a účinné vztahující se k dané problematice a v neposlední řadě výsledky výzkumu a pohovory ve dvou, již zmiňovaných, rezidenčních zařízeních.

Diplomová práce je rozdělena do pěti částí. První kapitola se věnuje teoretickému vymezení kvality života jako sociální kategorie, vnitřním a vnějším činitelům kvality života, problematice měření kvality života a v neposlední řadě kvalitě života seniorů.

Druhá kapitola si klade za cíl vymezit seniorskou problematiku jako je stárnutí populace v sociálním kontextu její specifika a rozdíl mezi domácí a rezidenční péčí.

Třetí kapitola se zaměřuje na vymezení ústavního prostředí, dále na historický vývoj ústavní péče, legislativní vymezení rezidenční péče a specifika rezidenčního prostředí.

Čtvrtá kapitola pojednává o determinantech kvality života seniorů a rozebírá vztahy mezi seniory navzájem, mezi seniory a personálem a vztah rodiny k seniorům.

Poslední, pátá kapitola, se zabývá empirickým výzkumem týkajícím se důležitosti a spokojenosti seniorů s kvalitou života v konkrétním rezidenčním prostředí.

Anotace

Diplomová práce je zaměřena na problematiku kvality života seniorů v rezidenčním prostředí. Popisuje a vysvětluje pojmy týkající se teoretického vymezení kvality života jako sociální kategorie, vnitřní a vnější činitele kvality života, problematiku měření kvality života a v neposlední řadě kvalitu života seniorů. Dále vymezuje stárnutí populace v sociálním kontextu její specifika a rozdíl mezi domácí a rezidenční péčí. Také se zaměřuje na vymezení ústavního prostředí, dále na historický vývoj ústavní péče, legislativní vymezení rezidenční péče a specifika rezidenčního prostředí. V další části pojednává o determinantech kvality života seniorů a rozebírá vztahy mezi seniory navzájem, mezi seniory a personálem a vztah rodiny k seniorům. V závěru se zabývá empirickým výzkumem týkajícím se důležitosti a spokojenosti seniorů s kvalitou života v konkrétním rezidenčním prostředí.

Klíčová slova

Senioři, stárnutí, stáří, kvalita života, rezidenční prostředí, sociální služby, domácí péče, ústavní péče, ústavní zařízení, vztahy.

Annotation

This thesis is focused on quality of life of seniors in a residential environment. It describes and explains the theoretical concepts concerning the definition of quality of life as a social category, internal and external factors of quality of life issues associated with measuring the quality of life and ultimately the quality of life of seniors. It also determines the aging population in its specific social context, and the difference between home and residential care. It also focuses on the constitutional definition of the environment, as well as the historical development of institutional care, the legislative definition of residential care and the specifics of the residential environment. The next section discusses the determinants of quality of life of older people and discusses the

relationships among the elderly, between seniors and staff and the relationship of families to seniors. The conclusion deals with the empirical research regarding the importance and satisfaction with the quality of life of seniors in particular residential environment.

Keywords

Seniors, aging, old age, quality of life, residential environment, social services, home care, institutional care, institutional care, relationships.

Seznam použité literatury

1. Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., *Listina základních práv a svobod*, ve znění pozdějších předpisů
2. Zákon č. 108/2006 Sb., *o sociálních službách*, ve znění pozdějších předpisů
3. Zákon č. 109/2006 Sb., *kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách*, ve znění pozdějších předpisů
4. Zákon č. 206/2009 Sb., *kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*, ve znění pozdějších předpisů
5. Zákon č. 48/1997 Sb., *o veřejném zdravotním pojištění*, ve znění pozdějších předpisů
6. Vyhláška č. 505/2006 Sb., *kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách*
7. Vyhláška č. 239/2009 Sb., *kterou se mění vyhláška č. 205/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách*
8. BAKOŠOVÁ, Z. *Sociálna pedagogika jako životná pomoc*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2008, 250 s., ISBN 978-80-969944-0-3
9. DRAGOMIRECKÁ, E., ŠKODA, C. *Měření kvality života v sociální psychiatrii*. ČS Psychiatrie., 93, 1997, č. 8, s. 423-432
10. GREGOR, O., *Stárnout je kumšt*. Praha: Olympia, 1990, 139 s., ISBN 80-7033-040-6
11. HALEČKA, T. *Kvalita života a jej ekologicko-environmentální rozmer*. Kvalita života a lidská práva v kontextoch sociálnej práce a vzdelávania dospelých., s.65-81, Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2002, ISBN 80-8068-088-4
12. HATÁR, C. *Seniori v systéme rezidenciálnej sociálno-edukačnej starostlivosti*. Praha: Rozlet ve spolupráci s Českou andragogickou společností, 2011, 129 s., ISBN 978-80-904824-1-8
13. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006, ISBN 80-7368-110-2
14. JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum, 2000, ISBN 80-7184-823-9
15. KLEVETOVÁ, D. DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008, s. 202, ISBN 978-80-247-2169-9

16. KOJANOVÁ, H. *Stáří, stárnutí a kvality života. Depresivní a úzkostné pocity ve stáří v závislosti na kvalitě života*. Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita, 2002
17. KOVÁČ, D. *Kvalita života - naliehavá výzva pre vedu nového storočia*. ČS Psychiatrie, 2001, č. 1, s. 34-43
18. KOZÁKOVÁ, Z., a kol. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, 2006, 54 s., ISBN 80-244-1552-6
19. KRAHULCOVÁ, B., a kol. *Postižený člověk v procesu senescence*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2002, 107 s., ISBN 80-7290-094-3
20. KRAJČÍK, Š. *Geriatría*. Trnava: Herba s.r.o, 2010, 602 s., ISBN 978-80-89171-73-6
21. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002, 187 s., ISBN 80-247-0179-0
22. LEVICKÁ, J., *Základy sociálnej práce*. Trnava: Spoločnosť pre podporu vedy a vzdelávanie na FZaSP TU, 2004, ISBN 80-968952-3-0
23. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, Praha: Grada publishing a.s., 2010, 326 s., ISBN 978-80-247-3148-3
24. MARTINKOVÁ, M., *Špatné zacházení s osobami pokročilého věku – se zvláštním zřetelem k domácímu násilí*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2009, 98 s., ISBN 978-80-7338-087-8
25. MAŘÍKOVÁ, H. PETRUSEK, M., VODÁKOVÁ, A., a kol. *Velký sociologický slovník I., II*. Praha: Karolinum, 1996, ISBN 80-7184-164-1, ISBN 80-7184-311-3
26. MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 2. vyd. Praha: SLON, 1999, 159 s., ISBN 80-82850-76-1
27. MATOUŠEK, O., *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, vyd.1., 2003, 288 s., ISBN 80-7178-549-0
28. MATOUŠEK, O., a kol. *Sociální práce praxi*. Praha: Portál, 2005, ISBN 80-7367-002-X
29. MÜHLPACHR, P. STANÍČEK, P. *Geragogika pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 2001, 116 s., ISBN 80-210-2510-7
30. MÜHLPACHR, P. VAŽUROVÁ, H. *Kvalita života, Teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, Pedagogická fakulta, 2005a, 143 s., ISBN 80-210-3754-7
31. MÜHLPACHR, P. *Schola gerontologica*, Brno: Masarykova univerzita v Brně, Pedagogická fakulta, 2005b, 314 s., ISBN 80-210-3838-1

32. MÜHLPACHR, P. *Sociální práce jako životní pomoc*, Brno: Masarykova univerzita v Brně, Pedagogická fakulta, 2006, 229 s., ISBN 80-86633-62-4
33. MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*, Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2009, 203 s., ISBN 978-80-201-5029-7
34. MÜHLPACHR, P., Bargel, M., ml., *Senioři z pohledu sociální pedagogiky*. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2011, 146 s., ISBN 978-80-87182-21-5
35. NÉMETH, F., a kol. *Geriatría a geriatrické ošetrovatelstvo*. Martin, Slovenská republika: Vydavateľstvo Osveta, spol. s r.o., 2009, 194 s., ISBN 978-80-8063-314-1
36. PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1990, 135 s., ISBN 80-201-0076-8
37. PAYNE, J., a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: TRITON, 2005, 629 s., ISBN 80-7254-657-0
38. PICHAUD, C., THREAUOVÁ, I., *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998, 160 s., ISBN 80-7178-184-3
39. PIKOLA, P., ŘÍHA, M., *Služby sociální péče v domovech pro seniory*, Praha: Námořní akademie České republiky s.r.o., 2010, 145 s., ISBN 978-80-97103-29-6
40. POKORNÁ, A., *Komunikace se seniory*. Praha: Grada Publishing a.s., 2010, 158 s., ISBN 978-80-247-3271-8
41. SIČÁK, A. *Teoreticko-metodologické skúmania a východiska spôsobu života v retrospektíve súčasného transformačného procesu*. Kvalita života a ľudská práva v kontextoch sociálnej práce a vzdelávania dospelých., s. 157-166, Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2002, ISBN 80-8068-088-4
42. STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, vyd. 1., 1999, 320 s., ISBN 80-7178-274-2
43. ŠEFFLOVÁ, M. *Psychohygienické aspekty sexuální dimenze kvality života mužů s transverzální míšňí lézí v kontextu speciální pedagogiky*. Rigorózní práce., Brno: Masarykova univerzita, 2001
44. ŠIPR, K. *Jak zdravě stárnout*. Rosice: Gloria Rosice, 1997, 118 s., ISBN 80-901834-1-7
45. TOŠNEROVÁ, T. *Jak si vychutnat seniorská léta*. Brno: Computer press, a.s., 2009, 239 s., ISBN 978-80-251-2104-7
46. VENCOVSKÝ, E. *Psychiatrie dávných věků*. Praha: Karolinum, 1996, 221 s., ISBN 80-7184-226-5

47. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory, Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007, ISBN 978-80-247-2170-5
48. VÁŽANSKÝ, M., *Kvalita života starších dospělých a seniorů v kontextu výchovné a sociální pomoci*. Brno. Mendelova univerzita, 2010, 200 s., ISBN 978-80-7392-130-9
49. VOKURKA, M., HUGO, J., a kol. *Praktický slovník medicíny, 5. rozšířené vydání*. Praha: Maxdorf, 1998, ISBN 80-85800-81-0
50. ZGOLA, J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0183-9
51. ŽUMÁROVÁ, M., BALOGOVÁ, B., *Medzigeneračné mosty*. Košice: Menta media, 2009, 112 s., ISBN 978-80-89392-08-7

Elektronické zdroje

<http://www.who.int/evidence/assessment-instruments/qol/index.htm>, [cit. dne 3.11.2011]

<http://www.un.org/esa/socdev/ageing/ageraav2.htm>, [cit. dne 15.11.2011]

<http://www.osn.cz/zpravodajstvi/zpravy/zprava.php?id=847>, [cit. dne 5.11.2011]

http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/nadeje_dozeni_a_prumerny_vek, [cit. dne 28.1.2012]

<http://www.domovpv.cz>, [cit. dne 1.10.2011]

<http://www.dpssobesuky.cz/>, [cit. dne 8.10.2011]

Research Agenda on Ageing, In: www.un.org/esa/socdev/ageing/ageraav2.htm, [cit. dne 15.11.2011]

Standardy kvality sociálních služeb, výkladový slovník pro uživatele, vydalo MPSV, první vydání, 2008, <http://www.mpsv.cz/cs/9>, [cit. dne 12.12.2011]

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Dotazník kvality života SQUALA

Dotazník kvality života (SQUALA)

Vážená paní, vážený pane,
cílem tohoto dotazníku je Vaše hodnocení kvality života v prostředí, ve kterém žijete.

V první části dotazníku Vás prosím, abyste odpověděl/a, jaké hodnoty považujete v životě za důležité. Ve druhé části tohoto dotazníku zjišťuji, nakolik jste Vy osobně spokojen/a v různých oblastech životních hodnot.

Následné zpracování dotazníku bude sloužit pouze jako podklad pro vypracování mé diplomové práce. V žádném případě nebudou získaná data použita k jakýmkoli komerčním účelům.

Odpovědi jsou anonymní a důvěrné!

Děkuji Vám za spolupráci na naší výzkumné práci.

DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Na jednotlivé otázky odpovídejte vyznačením „X“:

1) **POHLAVÍ**

2) **VĚK.....**

muž..... žena.....

3) **Kde bylo Vaše poslední trvalé bydliště:**

vesnice

malé město

velké město

4) UKONČENÉ VZDĚLÁNÍ

neukončené základní.....

základní.....

střední bez maturity.....

střední s maturitou.....

vysokoškolské.....

5) HMOTNÉ ZABEZPEČENÍ

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

výrazně průměrné.....

mírně průměrné.....

průměrné.....

mírně nadprůměrné.....

výrazně nadprůměrné.....

6) RODINNÝ STAV

svobodný/á.....

ženatý/vdaná, s druhem.....

rozvedený/á.....

vdovec/vdova.....

7) MÁTE DĚTI?

ano.....

ne.....

HODNOCENÍ DŮLEŽITOSTI

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

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

HODNOCENÍ SPOKOJENOSTI

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

	Zcela spokojen	Velmi spokojen	Spíše spokojen	Ne- spokojen	Velmi zklamán
24) zdraví					
25) fyzická soběstačnost					
26) psychická pohoda					
27) prostředí bydlení					
28) spánek					
29) rodinné vztahy					
30) vztahy s ostatními					
31) děti					
32) péče o sebe sama					
33) láska					
34) sexuální život					
35) účast v politice					
36) víra					
37) odpočinek					
38) koníčky					
39) pocit bezpečnosti					
40) práce					
41) spravedlnost					
42) svoboda					
43) krása a umění					
44) pravda					
45) peníze					
46) jídlo					