

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

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Kvalita života seniorů

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

Vypracovala :
Bc. Hana Matoušková

Brno 2012

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

Elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné.

V Brně dne 26. 3. 2012

Bc. Hana Matoušková

Děkuji panu PhDr. Mgr. Zdeňkovi Šigutovi, Ph D.za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování mé diplomové práce. Dále děkuji svým rodičům a sestřám za užitečnou pomoc a hlavně rady a trpělivost.

V Brně 26. 3. 2012-03-26

Bc. Hana Matoušková

Osnova

Úvod

1. Stáří a stárnutí	3
1.1 Vymezení pojmu stáří	5
1.2 Proces stárnutí	9
1.3 Vědní disciplíny zabývající se stářím	17
1.4 Choroby ve stáří	18
2. Současný systém péče o seniory	22
2.1 Ústavní sociální péče	23
2.2 Pečovatelská služba	24
2.3 Zdravotní péče	27
2.4 Sociální péče	30
3. Kvalita života seniorů	34
3.1 Vymezení pojmu kvalita života,	34
3.2 Dimenze kvality života	36
3.3 Přístupy ke kvalitě života	38
3.4 Nástroje a metody měření kvality života	43
3.5 Kvalita života seniorů	46
4. Centrum sociálních služeb	55
4.1 Občanské sdružení Niť Ariadnina	55
4.2 Ergoterapie, denní aktivity	56
4.3 Standardy kvality sociálních služeb	57
5. Vlastní empirický výzkum	59
5.1 Cíl průzkumu, formulace hypotéz	59
5.2 Vzorek k výzkumu	59
5.3 Použitá metoda zpracování empirického výzkumu	60
5.4 Vyhodnocení výzkumu	110
Závěr	113
Resumé	115
Anotace	116
Seznam použité literatury	117
Seznam příloh	120

Úvod

Ve své diplomové práci se hodlám zabývat tématem stáří a kvality života ve stáří. Pokusím se o vymezení pojmů stáří, stárnutí, kvalita života a co ji všechno ovlivňuje.

Celá naše společnost stárne a je nutné se zamyslet nad tím, co to vlastně stáří je. Stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze přirozeného průběhu života. Stárnutí začíná v momentě narození. Nic nemůže existovat věčně, ani mládí, ani život člověka. Stárnutí je zákonitá etapa vývoje jedince, kdy dochází k úpadku fyzických a psychických schopností. Příčinou je genetické opotřebování a poruchy schopnosti dělení buněk. Stárnutí je individuální, každý jedinec stárne jinak, projevy stárnutí začínají v jiném věku a jednotlivé orgány jsou opotřebovány nestejně. Stáří není choroba, i když je zvýšeným výskytem chorob provázeno, a taktéž ztráta soběstačnosti není nezbytným, zákonitým důsledkem stárnutí. Začít bojovat se stářím by se mělo již od dětství. Každý jedinec si přinese na svět různou genetickou výbavu. Jsou u nás rodiny, jejichž členové se dožívají vysokého věku, ale také rodiny, kde se zvýšeně umírá na infarkty myokardu, cukrovku, hypertenzi, rakovinu prsu a tlustého střeva. Ve druhém případě je velmi důležité mluvit o riziku stárnutí, smrti a dbát na prevenci zdraví již od dětství. Rychlost stárnutí lze ovlivnit životním stylem, životosprávou a péčí o vlastní zdraví. Velmi důležitá je pozitivní mysl, smích a dobrá nálada. Pravdivost tohoto tvrzení potvrzuje citát I. S. Turgeněva: „Se špatnou náladou se stárne velmi rychle“. Smích nelze naordinovat a stále se více objevuje nutnost naučit se čelit stresům, relaxovat, udržovat si duševní pohodu. Tohle vše a mnoho dalších okolností ovlivňuje kvalitu života po celý život nejen ve stáří. Toto zajímavé a velmi aktuální téma „Kvalita života seniorů“ jsem si vybrala, protože se prolíná mým životem pracovním a také soukromým. Pracuji na pozici zdravotní sestry v Centru komplexních služeb v Brně. Poskytujeme zde péči seniorům všech věkových kategorií, kteří po propuštění z nemocniční léčby nejsou v takovém zdravotním stavu, který by jim umožnil se o sebe postarat. Často rodinní příslušníci přes veškerou snahu nemají podmínky ani možnosti k poskytování stálé péče o jedince v rodinném prostředí po mozkových mrtvicích, infarktech nebo jiných onemocněních či v těžkých stádiích demence. Snažíme se o co nejširší zachování přirozených rodinných vazeb, klademe velký důraz na rehabilitaci, snahu o co největší zachování soběstačnosti a udržení určité kvality života. V soukromém životě se také setkávám se seniory od těch mladších počínaje až po ty nejstarší. Moje prarabota se dožila 101 let a můj dědeček Mirek, se kterým jsme žili v rodinném domku, se dožil více než devadesát 90 let. I v tomto věku byl schopen se skoro ve všem o sebe postarat včetně toho, že chodil na oběd do restaurace. Bohužel minulý rok v březnu zemřel, když si četl v křesle a už se neprobudil. Jak se říká, taková smrt je za odměnu za život, kdy se člověk řídí pravidly morálky, dobra a lásky.

Rozhodla jsem se zaměřit svou diplomovou práci na rozdíly v kvalitě života seniorů žijící v domovech pro seniory, domovech s pečovatelskou službou nebo žijících doma buď samostatně či v kruhu rodinném. Cílem diplomové práce je definování pojmů

stáří, senior a stárnutí. Poukážu na rozdíly ve stárnutí lidí stejného věku a vymezím sociální služby pro seniory. Vysvětlím pojem kvalita života a budu se zabývat možnostmi jí ovlivnit pozitivním přístupem ke všemu, co nás v životě potká. Nastíním vzdělávání seniorů a následné zlepšení kvality života seniorů. Využiji svoje zkušenosti z Centra komplexních služeb. V další kapitole srovnám kvalitu života seniorů žijících v domovech pro seniory, domovech s pečovatelskou službou a těch, kteří žijí doma sami či s rodinou.

1. Stáří a stárnutí

„Stárnout začínáme, jakmile rezignujeme na mládí.“

(Winston Churchill)

Stáří je multidimenzionální jev neboli fenomén. Interpretace stáří byla nejasná, roztržštěná a neúplná v přírodních a antropocentrických vědách 19. a 20. století.

Na přelomu 20. a 21. století rychle narůstal počet starých lidí v hospodářsky vyspělých státech a ze stáří se stala skutečnost, významně ovlivňující kvalitu a vyznění života každého jedince i rozvoj celé společnosti. Pojem stáří je vlastně společenská výzva a měřítko úrovně společnosti.

Tzv. nové paradigma věd pomáhá vytvořit stále lepší předpoklady pro pochopení nezbytnosti a roli úskalí stáří a složitost potřeb starých lidí. Je to umožněno cílevědomým důrazem na vzájemnou propojenost, komplexnost, celistvost, individualizaci, interdisciplinárnost, etiku a na hledání smyslu života.

Tato nová situace vyžaduje vytvoření nových přístupů a struktur společně s novým vzděláváním a týmovým pojetím v oblasti stáří, vyžadující základní orientaci v různých oborech. Cílem této činnosti je efektivní týmová komunikace a utváření ucelených komplexních programů respektujících celostní pojetí jedince společně s rozdílností populace. Tématem, kterým se budu v rámci moji diplomové práce zabývat, je kvalita života seniorů. Problematika kvality života se v posledních letech stala aktuálním tématem v mnoha vědních oborech, můžeme jí přiřadit i do oblasti stáří a stárnutí.

Stárnutí začíná momentem narození a předchází mu vývoj plodu v matčině lůně. Stárnutí je proces, který se týká nejenom samotných seniorů, ale nás všech, začíná od narození a končí a smrtí. Novorozenec se vyvíjí a přitom stárne a mění se na batole a pak předškoláka. Dítě se těší na čas, až bude dospělým, a tak bude smět dělat různé činnosti, které v dětství měl zakázané. Každý člověk postupně stárne. Jak lidé po mnoho let říkávají, tak stárnutí a stáří společně se smrtí jsou jedinou spravedlivou jistotou, kterou máme. Toto téma jsem si vybrala, protože práce se seniory je můj každodenní chléb, a také jsem se chtěla o tomto tématu více dozvědět více a lépe pochopit problematiku dostávající se do popředí zájmu široké veřejnosti.

Stáří a stárnutí je provázeno řadou hlavně regresivních změn v různých oblastech života jedince. Tato poslední životní etapa je často chápána jako období nemoci, nemohoucnosti a samoty. Tyto předsudky o této etapě lidského života u některých lidí přetrvávají dodnes. Snahou nás všech, by mělo dokázat tyto postoje

změnit aktivním přístupem a vytvořením optimálních podmínek, které umožní zlepšení kvality života seniorů a pomohou změnit negativní postoj, který ke stáří bohužel zaujímá většina lidí. V posledních letech jsme postupně zaznamenali výrazné zlepšení úrovně péče o seniory ve zdravotní a sociální oblasti. Došlo ke změně přístupu, kdy je člověk chápán jako individuální bytost se svými různými potřebami a zájmy. Změny se ukazují i v nabídce sociálních služeb, kde se hlavní snahou stává zlepšení kvality života seniorů ruku v ruce s podporou setrvání v domácím prostředí co nejdéle, a pokud to zdravotní stav umožní, vyhnout se pobytu seniora v institucionálním zařízení. Pokud se na problematiku stáří podíváme současným pohledem, pochopíme, že toto období je možné prožít trochu jinak. Zda to bude radostně, smysluplně a aktivně, záleží na každém, jak se na toto životní období připraví a v jakých podmínkách toto období hodnotně dokáže prožít. Jaké faktory se podílí na ovlivňování kvality života? Jak každý z nás můžeme přispět ke zlepšení kvality svého vlastního života? To jsou otázky, kterými bych se v této diplomové práci chtěla zabývat.

Cílem práce je zjistit úroveň kvality života seniorů. Porovnat kvalitu života seniorů žijících v domově důchodců a seniorů žijících samostatně. Zaměřit se na teoretické vymezení a přístupy k této problematice, dále na nástroje a metody měření kvality života.

Diplomová práce je rozdělena do pěti částí. První kapitola je zaměřena na teoretické vymezení pojmu stáří a stárnutí, rozebírá jednotlivé roviny osobnosti, které tomuto procesu podléhají a časté choroby, které se ve stáří objevují. Zmiňuji vědy, které s problematikou stáří souvisí. V druhé kapitole pojednávám o kvalitě života, snažím se o její teoretické vymezení a provádím rozboru faktorů, které kvalitu života ovlivňují. Třetí kapitola je věnována současnému systému péče o seniory v ČR. Poslední kapitola se zaměřuje na zjišťování kvality života seniorů.

Úroveň samotného stárnutí a stáří se neustále zvyšuje. Do popředí zájmu se dostává snaha o zabezpečení nemocných a závislých osob společně s možností zlepšení jejich zdravotního stavu. Dalším úkolem je poskytovat kvalitní péči na všech úrovních a nabízet programy určené k prevenci závislosti na druhé osobě. Tyto snahy se projevují nabízením smysluplných volnočasových aktivit a prodlužováním aktivního období života. Všechna nabízená opatření pro seniory by měla vycházet z potřeb a přání seniorů, zároveň být komplexní, koordinovaná a individualizovaně cílená na konkrétní jedince z řad seniorů.

Na stáří lze pohlížet ze dvou aspektů. Prvním aspektem jsou potřeby a zájmy stále se zvyšujícího počtu seniorů společně s otázkami smysluplnosti, kvality a úrovně zabezpečení jejich života. K druhému aspektu náleží sociálně ekonomické důsledky stárnutí celé populace, společně s ovlivňováním hospodářského rozvoje a sociálního smíru.

K mezinárodním prioritám patří především:

- důsledná integrace seniorů do společnosti, prevence segregace – vyčlenění,

- mezigenerační tolerance s vyloučením ageismu, věkové diskriminace (ageismus od anglického age – věk),
- důraz na kvalitu života ve stáří,
- zlepšování zdravotního, funkčního a sociálního stavu ve stáří účinnými programy přípravy na stáří,
- maximální účelnost všech forem péče, služeb a čerpání nákladů, včetně restrukturalizace a geriatrické modifikace služeb historicky vzniklých v „mladé společnosti“,
- pomoc rozvojovým zemím ve zvládnání očekávaného rychlého přibývání seniorů. (Kalvach, 1997, s. 10)

1.1. Vymezení pojmu stáří

Stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného vývoje života. Je vlastně důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních změn modifikovaných různými faktory zejména chorobami, životním způsobem a životními podmínkami jedinců. Stáří je spojeno s řadou významných sociálních změn, kdy dochází k osamostatnění dětí, odchodu do penze a k mnoha dalším změnám sociálních rolí. Všechny změny se vzájemně prolínají, mnohé působí protichůdně a jednotné vymezení a periodizace stáří se tak stávají velmi obtížnými. (Mühlpacher, 2009).

Toto období je charakteristické převahou regresivních neměnných změn, které se výrazně projevují ve 4. a 5. deceniu. „Stárnutí a stáří je specifický biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nakódován, je nevratný, neopakuje se, jeho povaha je různá, zanechává trvalé stopy. Jeho rozvoj se řídí druhově specifickým časovým zákonem. Podléhá formativním vlivům prostředí.“ (Pacovský, 1981, s. 57)

Stáří lze tedy označit jako poslední vývojovou fází života. Člověk během života prochází několika etapami, které na sebe navazují a každá z nich do určité míry závisí na té předcházející. Z toho by se mohlo vyvodit pravidlo: „Jakým životem jsme dosud žili, takové bude naše stáří.“

Stáří můžeme definovat z různých hledisek:

Biologické stáří

Biologické stáří je charakteristické geneticky daným programem, různě rychle nastupujícím úbytkem funkcí jednotlivých orgánů, celoživotním působením vnějšího prostředí, předcházejícím způsobem života a přítomností nebo nepřítomností nemocí.

Změny stárnutím se začínají projevovat v různých částech těla v různých obdobích. Mezi tyto involuční změny patří atrofie, pokles funkční zdatnosti, změny adaptačních mechanismů a mnoho chorob vyššího věku. Rozsahem určité změny, která vznikla za jediný rok, se od sebe navzájem liší různé buňky, tkáně a orgány i jednotlivé osoby. To značí, že biologické stárnutí neprobíhá u všech lidí stejným tempem.

„Výrobní reduplikační schopnost buněk postupně klesá. Biologický „stroj“ se unavuje a přestane vyrábět věrné kopie. Stárne.“ (Dienstbier, 2009, s. 19).

Určit biologický věk je poměrně složité, dosud se nepodařilo najít odpovídající metodu. Příčiny stáří a stárnutí zatím nejsou vysvětleny. Můžeme rozlišovat dva přístupy.

1. Epidemiologický přístup – stárnutí a umírání jsou děje převážně nahodilé, rozdílné, především se na nich podílí vliv prostředí, choroby a úrazy. Vylučuje přirozenou smrt stářím a uvádí smrt pouze jako nehodu. Při optimálních podmínkách může být život velmi dlouhý.
2. Gerontologický přístup – stárnutí a umírání jsou zákonité procesy, přirozená smrt existuje. Optimální podmínky nezaručí prodloužení života nad jistou hranici, ke které spějeme bez ovlivnění genetické informace.

Sociální stáří

„Sociální stáří je dáno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění.“ Je to období několika sociálních změn a splněním určitého kritéria, dosažení věku kdy je nárok na odchod do starobního důchodu.

Lidský život se dá rozčlenit do čtyř období tzv. „věků“:

- *První věk* - označovaný jako předproduktivní - období dětství a mládí, je charakterizován růstem a vývojem, vzděláváním společně s profesní přípravou a získáváním zkušeností i znalostí.
- *Druhý věk* - označovaný jako produktivní - období dospělosti, životní produktivity biologické, kdy dochází k založení rodiny, sociální a především pracovní.
- *Třetí věk* - označovaný jako postproduktivní je stáří vnímáno jako období poklesu zdatnosti a odpočinku, ale hlavně jako představu fáze, kdy je člověk za zenitem a bez možnosti produktivních přínosnosti. To však může směřovat k podceňování, diskriminaci, dochází k minimalizaci potřeb a následně k ochuzování a zbídačování (pauperizaci). Takové pojetí třetího věku je příliš zaměřeno na výrobní roli jedince a potlačuje hledisko osobnostního rozvoje jako celoživotního procesu trvajících až do smrti v nejvyšším stáří.
- *Čtvrtý věk* - bývá někdy udáván jako fáze závislosti. Toto označení není vhodné, protože vzniká dojem, že nesoběstačnost je stejně zákonitá jako obecně přijímaná stádia předchozí. Toto označení odporuje konceptu úspěšného stárnutí a představě, že zdravé stáří zůstává až do nejpokročilejšího věku samostatné.

V pohledu sociální politiky a sociologie je stáří označováno jako „třetí věk“. Psychologové hovoří o osmém, nebo dokonce devátém věku. Pro zajímavost se

podívejme na několik kategorizací stádií vývoje člověka během ontogeneze. Pythagoras se domníval, že čtyřem ročním dobám odpovídají následující období našeho života:

- utváření (do 20 let),
- mládí (do 40 let),
- rozkvět sil (do 60 let),
- stáří (po šedesátce).

V indické tradici se život dělí podle dominující hodnoty na čtyři stádia:

- V dětství a mládí je hlavní touha po uspokojení tužeb.
- V mladé dospělosti dominuje úsilí o bohatství, moc či úspěchy.
- Ve staré dospělosti člověk směřuje k zodpovědnosti, touží plnit své povinnosti.
- Ve stáří jde o vymanění z tužeb, touhu po osvobození a nalezení smyslu existence.

Ve staré Číně se život dělí po deseti letech:

- mládí (do 20 let),
- věk uzavírání manželství (do 30 let),
- věk plnění společenských povinností (do 40 let),
- věk poznávání vlastních omylů (do 50 let),
- poslední možnost tvůrčího života (do 60 let),
- věk moudrosti (do 70 let),
- stáří po sedmdesátce. (Smékal, Hobzová, 2008).

Kalendářní stáří

Kalendářní neboli chronologické stáří je dáno datem narození. Z kalendářního věku vycházejí různé společenské a odborné konvence, opírají se o něj právní normy. V určitém věku začíná a končí školní docházka, stáváme se plnoletými, získáváme také zákonný nárok na odchod do důchodu. Výhodou kalendářního vymezení stáří je jednoduchost a snadné srovnání.

Gerontologové na celém světě přijali dohodu o tzv. „věkové kategorizaci“, kterou doporučila Světová zdravotnická organizace a na půdě OSN byla přijata v roce 1980. Opírá se o patnáctileté periody lidského života a jako hranici stáří označila věk 60 let. U nás je uvedena v literatuře Příhody (1974, s. 62):

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

V poslední době se často 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).

V odborné literatuře se mladí senioři označují young old nebo jen old, termín old old je pro osoby starší 75 let a very old old jsou senioři, kteří překročili 85 rok věku. (Haškovcová, 2010).

Dlouhověkost

Podle Světové zdravotnické organizace WHO jsou za dlouhověké považováni lidé starší 90 let. Dlouhověcí tvoří velmi malé procento v celkové populaci, ale jejich počet stále stoupá díky zvyšování životní úrovně a medicínskému pokroku, zároveň dochází ke snižování nároků životního prostředí na tělesnou zdatnost. Podle odborných odhadů se lidé mohou v budoucnosti dožívat 120-130 let. Je prokázáno, že nejvyššího věku všech dob se dožila Francouzka Jeane Luise Calmentová, která zemřela ve 122. roce svého života. (Haškovcová, 2010) Narodila se v Arles ve Francii v roce 1875 a zemřela v roce 1997, tedy ve věku 122 let. Jejím doporučením je každý den chodit a vypít dvě sklenky červeného vína. (Maroon, 2010) Odborníci se shodují v názoru, že délka života každého jedince je určena především geneticky. Mnozí vědci popisují tzv. program života nebo naopak tzv. program smrti. Znamená to, že v genech je uložen program, který, „doběhne-li“, má za následek smrt člověka. Nebo naopak, člověk žije tak dlouho, dokud biologické hodiny nezapnou program smrti. Je známé tvrzení „už mu tikají“ a charakterizuje to, že život je konečný. Smrt člověka, který je reprezentantem biologického druhu, je vlastně pokroková ve smyslu evoluce a tak zachování lidského rodu. Akademik Josef Charvát tuto věc vystihl, když napsal: „Kdyby nebylo smrti, bude smrt.“ (Charvát, 1970). Z výzkumů a pozorování dlouhověkých a z jejich výpovědí o způsobu života plyne, že dožití vyššího věku je významně ovlivněno dědičností a životním stylem.

Zkušenosti jednotlivců dožívajících se vysokého stáří nejsou stejné, ale mohli bychom je shrnout do několika bodů:

- udržování přibližně stejné tělesné hmotnosti po dobu celého života,
- dodržování střídavé stravy s obsahem více bílkovin než tuků,
- myslet na dobrý a pravidelný spánek,
- přiměřeně stálá sexuální aktivita během života i ve vysokém věku,
- být zdravý po celý život,
- na žebříčku životních hodnot zaujímal významné místo radostný způsob života,

- být aktivní po celý život.

1.2. Charakteristika procesu stárnutí

Stárnutí se vyznačuje posloupností nezvratných změn, které nastávají v živém organismu a postupně a dochází k omezení a oslabení jeho funkcí. Dojde k „ústupu“ po dosažení vrcholu anatomického i funkčního růstu. Stárnutí je procesem, který má určitou časovou dynamiku, je geneticky naprogramováno a řízeno druhově specifickým časovým zákonem, podléhá nejrůznějším vlivům prostředí.

Další charakteristikou stárnutí je to, že všichni lidé nestárnou stejně, ale každý má svůj tzv. „individuální plán stárnutí.“ Stárnutí postihuje člověka ve všech rovinách jeho bytí, a to v biologické (somatické), psychické a sociální. To znamená, že do procesu stárnutí vstupuje vždy komplexně celý člověk.

Stárnutí je proces asynchronní, což se projevuje především nerovnováhou a nesouměrností jednotlivých anatomických struktur a hlavně funkcí.

Všechny funkce se mění různě a nezávisle co do času, kvality a intenzity. Nástup nejrůznějších anatomických a funkčních změn je individuální a mnohdy velmi rozdílný i jejich vývoj pokračuje různou rychlostí. Dalším ze znaků stárnutí je úbytek různých struktur a funkcí, jejich regrese neboli involuce. Každá vývojová etapa života obsahuje určité prvky progresivní i regresivní. V období stáří a stárnutí dominují především změny regresivní.

Mezi faktory ovlivňující délku života populací patří život ve vysokohorských podmínkách. V Jerevanu prý žije desetkrát více stoletých než jinde na světě. Je pravděpodobné, že život na horách prodlužuje maximální délku života. Velmi důležitým faktorem spojeným s dlouhověkostí je strava. Nadváha určitě ovlivňuje střední dobu života. Hladovění naopak způsobuje vyšší množství lipofuscinu. Dále ovlivňuje dlouhověkost tělesný pohyb; je prokázán blahodárný účinek pohybové aktivity na prodloužení aktivní části života.

Teorie stárnutí

V aktuální době existuje mnoho teorií a hypotéz o příčinách stáří a stárnutí. Z toho je patrné, že žádná z nich plně nevyhovuje. I když se odborníkům povedlo nashromáždit velké množství poznatků v této oblasti, ale jsou to však jen poznatky izolované, kde chybí přesvědčivý důkaz jejich vzájemné souvislosti. Je tedy obtížné rozhodnout, který z fenoménů je příčinou stárnutí a který je jeho důsledkem. Potvrzuje to rovněž fakt, že stárnutí je multifaktoriální děj. Je tedy výsledkem vzájemného působení genetických podmínek, které jsou dané druhově i individuálně a faktorů zevního prostředí. (Mühlpachr, 2009).

1/ Teorie genetického programu

Tato teorie předpokládá, že proces stárnutí je přímo kontrolován geneticky daným programem. Když bylo zjištěno, že je určitý vztah mezi stárnutím buňky „in vitro“ a jejím stárnutím „in vivo“, soustředila se pozornost právě na studium buněčných a tkáňových kultur. Buňky mají limitovaný potenciál dělení a omezenou životnost. Znamená to, že po určitém počtu dělení populace buněk degeneruje a hyne. Tkáňová kultura buněk starých jedinců má výrazně kratší dobu života. Limitace buněčných klonů byla zjištěna rovněž u progerie, syndromu předčasného stárnutí. Připustíme-li, že stárnutí buňky „in vitro“ není ovlivněno vlastní kultivací, lze předpokládat, že je závislé na naprogramované funkci buňky. Hledá se tedy vysvětlení podstaty vlastního naprogramování a je-li možnost toto ovlivnit.

Největší pozornost se věnuje genetickému aparátu buňky na molekulární úrovni. Normální lidské buňky se 46 chromozomy (diploidní buňky) mají omezenou dělicí schopnost. Někteří autoři interpretují tento stav jako typický projev „stárnutí na úrovni jedné buňky.“ Pokud nastane změna z nějaké příčiny vlastnosti genetického aparátu buňky, normální buňky se transformují v buněčné linie, které jsou „in vitro“ nesmrtelné a v mnoha směrech získávají charakter maligních zhoubných buněk. Buňky, které se tvoří rychle a projevují chromozomálně abnormální a zpravidla mají více než 46 chromozomů (buňky heteroploidní).

2/ Teorie rychlosti života

Tuto teorii vyslovil v roce 1928 R. Pearl, který tvrdil, že délka života závisí na rychlosti, s jakou organismy vydávají energii. Tato teorie je podpořena zjištěním, že délka života přezimujících živočichů je dána dobou, kterou prožijí v zimním spánku, kdy mají snížený metabolismus. Zajímavá měření podnikl R. Sohal, který sledoval fyzickou aktivitu populací much radarem a prokázal, že jedinci vykazující vyšší pohyblivost (vydávají větší množství energie) žijí kratší dobu, než jejich méně aktivní kolegové. (Kalvach, 1997, s. 27) -

3/ Teorie lipofuscinu

Termínem lipofuscin - pigment stáří se označuje heterogenní a hlavně nepřesně chemicky definovaná skupina látek lipidové povahy, které vznikají v každé živočišné buňce peroxidací lipidů. Tyto peroxidové lipidové zbytky se nazývají také „stařecký pigment.“ Strehler dokázal, že rychlost akumulace pigmentu v buňkách lidského myokardu je asi 1% buněčného objemu za deset let. Mezi čtyři kritéria patří univerzálnost, škodlivost, progresivnost a vnitřnost. Pro živou hmotu představuje lipofuscin „nestravitelnou hmotu.“ V buňkách totiž chybějí enzymatické systémy pro zpracování metabolických odpadů. Lipofuscin se hromadí v lyzozomech, kde se časem začínají objevovat postupné „eroze“ lyzozomálního systému. S postupnou saturací lyzozomů se ztrácí jejich funkční výkonnost, až nakonec dochází k buněčné smrti.

Stařecký pigment se ukládá v buňkách všech tkání živočišného organismu. Nejvýraznější je však tento děj v buňkách centrálního nervového systému, zejména

hypotalamu. Předpokládá se, že tyto „stařecké změny“ hypotalamu, který reguluje metabolické děje, urychlují stárnutí jiných orgánů.

4/ Teorie volných radikálů

Typickým znakem stárnutí je, že organismus není schopný odstraňovat účinným způsobem tzv. „volné radikály.“ Volné radikály jsou běžným produktem endogenního metabolismu. Mají jeden nebo více nepárových volných elektronů, které velmi rychle vstupují do metabolických dějů oxidační povahy. Důsledkem vysoké reakční schopnosti volných radikálů je, že podnítlí „řetězovou metabolickou reakci.“ Mnoho z jejích článků je ireverzibilních. Je postižen zvláště genetický aparát buňky, metabolické děje na buněčných membránách a některé makromolekuly. (Pacovský, 1981, s. 69)

Biologické aspekty stáří

„Stárnutí je v podstatě vždy proces disociovaný, dezintegrovaný a asynchronní. Nástup morfologických a funkčních změn nastává v ontogenetickém vývoji jedince v různou dobu a pokračuje rozdílnou rychlostí. Jednotlivé orgány nestárnou stejně rychle a dokonce není shoda ani v dynamice stárnutí různých funkcí téhož orgánu.“ (Pacovský, 1990, s. 33) První příznaky stárnutí můžeme na sobě sledovat již kolem věku třiceti let. Tento věk představuje vrchol somatického vývinu člověka a je skutečným předělem mezi obdobím vývoje a stárnutí u člověka.

Výraznější změny ve funkci a struktuře tělesných orgánů můžeme pozorovat po šedesátém roce života, kdy rapidně dochází k úbytkům svalové hmoty a tak k poklesu svalové síly. Zhoršuje se funkce smyslových orgánů, v důsledku řídnutí kostí se stávají často úrazy. Stoupá také počet seniorů s chronickým zánětem kloubů, srdečními chorobami, vysokým krevním tlakem, nemocemi páteře, které je limitují v denních činnostech. Dochází k oslabení imunitního systému a tento stav vede k menší odolnosti vůči infekcím a nádorovým onemocněním. Po sedmdesátém roce života je velmi častá polymorbidita, tj. současný výskyt více jak jedné nemoci. „Stupeň změn ve stáří je dán nejen vlastní involucí, ale také výchozí hodnotou daného parametru, životním způsobem a chorobnými změnami.“ (Mühlpachr, 2004, s. 23)

Jsou uváděny tyto somatické změny a jejich důsledky:

Složení organismu:

- atrofie tkání se zmnožením vaziva a tuku,
- úbytek tzv. lean body mass (netučné tělesné hmoty),
- zvýšení obsahu tělesného tuku (až o 25%) s posunem výškováhových indexů,
- ztížená mobilizace tuku (rezistence k lipolytickým podnětům), tuk se hromadí na břiše, bocích,

- zmenšení objemu celkové tělesné vody (souvisí s přírůstkem tuku) s větší závažností nedostatečného příjmu tekutin,
- ukládání vápníku v tkáních, jeho průnik do membrán buněk.

Řízení organismu:

- oslabení a zpomalení regulačních mechanismů,
- úbytek funkčních rezerv,
- zhoršení adaptačních schopností a odolnosti vůči zátěži,
- oploštění variability periodických dějů.

Pohybový aparát:

- pokles svalové síly, úbytek kostní density, kosti řidnou a jsou křehčí,
- stárnutí chrupavky odlišné od osteoartrótických změn, člověk se hrbí,
- zhoršení hlubokého čítí a pohybové koordinace (poruchy stereotypu chůze), atrofie svalů objevuje se třes rukou, chůze je pomalá.

Nervový systém:

- zpomalení nervového vedení a prodloužení reakční doby,
- poruchy spánku, zapomnětlivost, zpomalení reakcí, výpadky paměti,
- atrofie mozku s lehkým zhoršením všípivosti a výbavnosti.

Metabolismus:

- ztížení vstupu glukózy do buněk s 30% výskytem porušené glukozové tolerance (ovlivnitelné pohybovou aktivitou),
- snížení maximální spotřeby kyslíku bez ohledu na výkonnost kardiovaskulárního systému, snížení bazálního metabolismu (až o 20%) a zhoršení vytrvalosti.

Endokrinní systém:

- rezistence tkání na hormonální stimulaci,
- snížení produkce růstového hormonu,
- snížení thyroxinové clearance a tím snížení potřeby substitučních látek.

Oběhový systém:

- snížení průtoku krve všemi orgány,
- zvětšování světlosti tepen s jejich elongací a vinutým průběhem,

- snížení elasticity tepen s poruchou pružníku (zvětšování systolicko-diastolické amplitudy) a zatížením levé komory srdeční, srdce se roztahuje, reaguje na námahu, stres, je nutné sledovat krevní tlak,
- snížení poddajnosti levé komory srdeční se sklonem k diastolickému typu srdečního selhávání bez hrubší poruchy systolické funkce (zvláště při dalším zhoršení jejího plnění v důsledku fibrilace síní),
- menší urychlování tepové frekvence,
- zánik buněk převodního systému s poruchami tvorby vzruchů a oplošťování variability tepové frekvence,
- hemodynamicky nevýznamné degenerativní změny chlopní.

Respirační systém:

- zvýšení dechové práce, stupňující námahou dušnost,
- zvětšování mrtvého prostoru a pokles vitální kapacity plic,
- snížení citlivosti dechového centra ke změnám krevních plynů a snížení aktivity řasinkového epitelu, hrozí infekce a zápal plic.

Vylučovací systém:

- úbytek renálních glomerulů s poklesem glomerulární filtrace i očišťování schopnosti ledvin asi o 50% v 80 letech,
- pokles maximální koncentrační schopnosti ledvin (v 70 letech asi o 25%),
- poruchy funkce močového měchýře, inkontinence moči.

Trávicí systém:

- opotřebování a ztráta chrupu, nedostatek slin,
- poruchy motility trávicí trubice,
- snížení acidity žaludeční.

Imunitní systém:

- horší efekt imunizace ve stáří,
- zvýšená tvorba autoprotilátek.

Ostatní:

- atrofie kůže s poklesem pružnosti a úbytkem potních žláz s poruchou termoregulace, snížení citlivosti na chlad, teplo, bolest (pocení),
- snížená vitalita tkání a zpomalené hojení,
- zhoršení smyslového vnímání (presbyopie, zhoršení adaptace na šero i osvit, šedý zákal- katarakta, zelený zákal – glaukom, presbyakusis, zhoršení sluchové ostrosti

pro vysoké tóny, oslabení chuti i čichu, zhoršení propriocepce) vlasy a chlupy – mění barvu – šednou a vypadávají.

Stáří přináší s sebou moudrost. Starší lidé jsou kritičtější, do jejich chování, ale i myšlení, je vložena celoživotní zkušenost, vrozená inteligence a studiem získané poznatky.

Psychické aspekty stáří

Psychické aspekty stáří se dostaly do zájmu odborníků až ve 20. Století, a to z toho důvodu, že jsou metodicky obtížně přístupné. Stárnutí organismu, tedy i „duše“, začíná pozvolna a je stále nezodpovězenou otázkou, kdy vlastně přichází rozhodující kvalitativní zvrat.

Vědou, která se zabývá stárnutím po stránce duševního života, tj. z hlediska psychických funkcí v jejich jednotě s funkcemi biologickými, dále stárnutím jednotlivce v jeho interakci s jeho sociálním prostředím a také postojem k vlastnímu stárnutí, tedy s prožitkovou stránkou stárnutí, je gerontopsychologie.

Pro stárnutí je charakteristický úbytek řady duševních funkcí, podmíněný přirozenými změnami na úrovni biologické. Úbytek nastává pozvolna a individuálně v některých složkách už ve středním věku dospělosti. Je důsledkem změn v centrální nervové soustavě, ale také ve smyslových orgánech, v pohybovém ústrojí, v činnosti žláz s vnitřní sekrecí a v látkové přeměně.

Obecně s věkem klesá **vitalita a energie**. Dochází k celkovému zpomalení psychomotorického tempa a senzomotorické koordinace různých funkcí organismu. Chůze se zvolňuje, gesta se vytrácí, řeč starých lidí bývá pomalejší až rozvláčná. Veškerá činnost trvá starému člověku déle, zároveň je toto negativum vyrovnáno systematičností, důsledností a vytrvalostí v jednotvárné tělesné a duševní činnosti.

Za typické pro stáří jsou považovány **poruchy paměti**. Jde o poruchy ve fázi vstřípivosti a reprodukce. Starý člověk si bez problémů vzpomíná na zážitky z dětství, kdy „vstřípivost“ nebyla oslabena, ale na jméno toho, o kom se právě mluví, si není schopen vzpomenout. Zde jde o poruchu krátkodobé paměti. Pamatuje si básničky ze školy, ale už ne to, jestli před půl hodinou obědval. Stejně problémy se pak objevují ve fázi „reprodukce“, tj. vybavování si informací z paměti.

U **inteligence** je její úroveň prakticky zachována až do stáří. Dříve však platilo přesvědčení, že s přibývajícím věkem úroveň inteligence klesá. To lze vysvětlit jevem, že v důsledku některých poruch a vad se starý člověk nemůže projevit. Proto se tento stav někdy označuje jako „skrytý intelekt“. Z různých výzkumů vyplynulo, že stárnutí odolávají složky rozumové činnosti, které se během života posilují každodenní činností. Jsou to zejména verbální schopnosti jako rozsah slovní zásoby, správné chápání významu slov a jejich užívání. Je to rovněž všeobecná informovanost, znalosti o okolním světě a fond poznatků, který si člověk během života osvojil. Americký psycholog Riegel provedl zajímavý výzkum. Změřil inteligenci většího počtu gerontů,

a pak čekal, kdy kteří z nich zemřou. Zjistil, že ti, které v době testování čekala během pěti let smrt, měli horší výkony než ti, které čekal delší život.(Mühlpachr)

V **myšlení a jednání** se začíná projevovat nepoddajnost - rigidita, starý člověk ulpívá na tradicích a zvycích. Myslí a jedná podle známých a osvědčených schémat. Jako pozitivní jev můžeme pozorovat zvyšující se trpělivost, zvýšenou toleranci k opačným názorům a umění kompromisu. Objevuje se určitá zdrženlivost a opatrnost, kterou v pozitivním slova smyslu můžeme chápat jako „skutkovou podstatu tzv. moudrosti stáří.“ Obecně uznávaným rysem je špatné snášení změny. Čím je člověk starší, tím větším traumatem je pro něj stěhování nebo jiná životní změna

Většina odborníků uvádí, že ve stáří dochází k ochuzení **fantazie** a objevuje se nechuť řešit aktuální události. Vyskytuje se snížení nápaditosti a vynalézavosti. Geront se těžce a nerad rozhoduje a působí dojmem bezradnosti. Situace a úkoly každodenního života řeší pomaleji.

S přibývajícím věkem se zhoršuje **vnímání** (percepce), příčinou tohoto stavu jsou změny ve smyslových orgánech, v nervovém přenosu informací a v jejich centrálním mozkovém zpracování. V důsledku toho nejsou reakce geronta vždy tak pohotové a přiměřené vnějším podmínkám, jak situace vyžaduje. Dále se snižuje způsobilost k plnění složitějších pracovních úkolů, které jsou náročné na přesné vnímání a vyžadují pohotovou reakci, může se stát, že začne váznout komunikace s druhými lidmi. Například starý člověk potřebuje delší čas na zpracování a pochopení podstaty problému a toho, s kým a o čem hovoří. Tento jev nazýváme „psychická nedoslýchavost.“

Snižuje se **koncentrace pozornosti**. Stárnoucí osoba musí vynaložit mnohem větší úsilí než dříve, aby se soustředila. Toto snížení koncentrace úzce souvisí se zvýšenou únavností a klesající výkonností.

Je nutno zdůraznit, že při fyziologickém stárnutí se kvalitativně nemění **struktura osobnosti**. Charakteristické osobnostní rysy získávají nebo upadají ve své intenzitě. Například, kdo byl v mládí šetrný, bývá ve stáří lakomý. Ve struktuře osobnosti se mohou měnit **hodnoty a potřeby**. Zvláštní význam postupně získává hodnota zdraví, klidu, bezpečí a jistoty. Změny můžeme pozorovat i ve snížené **motivaci** k určitým aktivitám. Dochází ke změně v postoji k sobě samému – **sebehodnocení**. Někdy to dospěje až k pochybnostem o vlastní ceně, nebo k nepřiměřenému zdůrazňování až ješitnosti. Mění se **postoj k druhým lidem a ke společnosti**, tedy kvalita mezilidských vztahů. Lidé se těžko smiřují se zvýšenou závislostí na druhých lidech. Trpí rovněž ztrátou společenské prestiže, nedostatečným uznáním zásluh, což vyvolává pocity křivdy až nepřátelského postoje vůči ostatním lidem. Člověk postupně ztrácí vztah k určitým osobám, zálibám, hodnotám, ideálům a cílům. V **citové složce** osobnosti se objevuje emoční labilita projevující se nejprve v hypochondrických sklonech a v celkovém negativistickém a pesimistickém ladění. Častý je sklon k lítosti a smutku, depresivním a rozmrzelým náladám a plačtivosti. Celkově dochází k oploštění emotivity, je oslabeno etické, estetické a sociální citění.

„Je psychickým zákonem, že se intenzita reakce na každé opakování téhož podnětu snižuje.“ (Příhoda, 1976, s. 56). Ve vysokém stáří pak dochází k rozvoji různých psychických poruch, neuróz, paranoí, depresí a suicidií.

Klesá celková schopnost **psychické adaptability**. Staří lidé nemají rádi změnu, těžko se přizpůsobují novému prostředí. Jsou dokonce nedůvěřiví k novým a neznámým věcem. Jednou z mnoha příčin je snížená plasticita nervové soustavy. Experimentálně bylo zjištěno, že u starších lidí se obtížněji vytváří nové nervové spoje, zvláště jde-li o přepracování spojů dříve vytvořených.

Sociální aspekty stáří

Člověk je společenský tvor na společnosti závislý. Průběh stárnutí a stáří je ovlivňován nejenom biologickými faktory, ale také je zde souvislost se vztahem jedince a společnosti.

Odchodem do důchodu dochází k přerušení sociální vazby a narůstá tím větší potřeba sdružování. Starému člověku dává pocit bezpečí, vzájemnou pomoc a usnadnění života. V této fázi totiž nastává nebezpečí postupné izolace staršího člověka. Tento jev může vést ke vzniku různých psychických poruch, dochází ke snížení jeho fyzické a duševní výkonnosti je zvýšená náchylnost k různým onemocněním. Starý člověk často ztrácí zájem o okolní dění a to může vést k lhostejnosti až apatii.

Dalším charakteristickým rysem sociálního stárnutí je postupné ubývání samostatnosti a zvýšení závislosti. S tímto faktem se většinou starý člověk velmi těžko smíruje. Příčinou postupně narůstající závislosti je ubývání tělesných a duševních schopností. Závislost na pomoci jiné osoby má různé stupně. Od stupně lehké závislosti, kdy senior potřebuje jen podporu a povzbuzení v motivaci k běžným denním činnostem, kontrolu samostatného provádění určité činnosti a jen občasnou pomoc druhé osoby, až po úplnou závislost, kdy handicap je tak velký, že jej nelze kompenzovat běžnou pomocí a základní životní potřeby musí být zajišťovány někým jiným. Počet samostatných osob klesá s přibývajícím věkem. Z některých průzkumů vyplývá, že v populaci 50-59 let je přibližně zcela samostatných více než 60%, ve skupině 60-69 let asi 40%, v 70-79 letech asi 20% a v 80-89 letech jen 5% gerontů.

S odchodem do důchodu se také mění ekonomické zajištění. Přísun financí náhle klesne a změní se životní úroveň. S nástupem důchodového věku se mění sociální statut člověka a senior se tak dostane do jiné sociální role. První se objevuje pokles sebevědomí, který je ještě násoben nejistotou pramenící z obav: „Co bude dál?“ Preventivně se doporučuje aktivní příprava na stáří, která má za úkol zabránit ztrátě smyslu života s projevy degradace a zmírňuje přechod z aktivního pracovního života do důchodu. Příprava by měla zahrnovat zdravý životní styl, podporu zdraví (salutogenezi), hledání pozitivního smysl života.

Dále je nutná podpora aktivit tělesných i duševních s přiměřenou psychohygienou a relaxací, společně s výběrem vhodných alternativních aktivit

k vyplnění volného času. Důležité je vytváření přiměřených materiálních předpokladů pro aktivní život spořením, například ve formě penzijního připojištění, a také zajištěním kvalitního nenáročného bydlení. Velkou roli hraje rozvíjení dobrých mezilidských vztahů, pozitivního vztahu k sobě samému i k životu.

1.3. Definice pojmů gerontologie, geriatrie a geragogika

Stárnutím a stářím se zabývá řada oborů a vědních disciplín. Vytvořit obecnou vědu o stárnutí by bylo asi nemožné vzhledem k metodologické roztříštěnosti, interdisciplinárnímu a multidimenzionálnímu charakteru dané problematiky.

Gerontologie - je multidisciplinární souhrn poznatků o stáří a stárnutí. Pojem je odvozen z řeckého gerón – stařec. Termín poprvé pravděpodobně použil I. I. Mečnikov (1845-1916 nositel Nobelovy ceny, spolupracovník L. Pasteura v Paříži) v roce 1903.

Gerontologie se člení do tří hlavních proudů:

- **gerontologie experimentální (biologická)** se zabývá otázkou, jak a proč živé organismy stárnou, především na celulární a subcelulární úrovni,
- **gerontologie sociální** – se zabývá vzájemným vztahem starého člověka a společnosti, tím, co staří lidé od společnosti potřebují, a jak stárnutí populace ovlivňuje společnost a její rozvoj. Zahrnuje problematiku týkající se demografie, sociologie, psychologie, ekonomie, politologie, právní vědy, urbanistiky, architektury, pedagogiky (andragogiky) a dalších oblastí,
- **gerontologie klinická** - (v širším slova smyslu geriatrie) se zabývá zvláštnostmi zdravotního stavu a chorob ve stáří, specifickými aspekty jejich výskytu, klinického obrazu, průběhu vyšetřování, léčení i sociálních souvislostí.

Geriatrie - v širším slova smyslu klinická gerontologie. Pojem je odvozen z řeckých slov gerón (stařec) a iatro (léčím). Poprvé byl použit pravděpodobně roku 1909 I. L. Nascherem (1863-1944, americký lékař vídeňského původu). V užším slova smyslu v některých státech (např. Česká republika, Slovensko, Španělsko, Velká Británie, Irsko) existuje jako samostatný specializační lékařský obor, který vychází z vnitřního lékařství a zabývá se kromě interní problematiky i problémy rehabilitačními, neurologickými, psychiatrickými, ošetrovatelskými a zároveň je propojen s primární péčí (praktický lékař, domácí ošetrovatelská péče) a sociálními službami. Cílem oboru je zachování a obnova soběstačnosti a rozvoj specifického geriatrického režimu (Mühlpachr, 2009)

Geragogika - je v užším slova smyslu pedagogická disciplína, která se zabývá výchovou a vzděláváním seniorů. V širším slova smyslu je chápána jako teoreticko-empirická disciplína zajišťující komplexní péči, pomoc a podporu seniorům při uspokojování jejich potřeb. Můžeme ji chápat jako multioborovou disciplínu, ve které se uplatňují poznatky především ze sociální práce, lékařství, psychologie, sociologie, andragogiky a práva.

1.4. Choroby ve stáří

„Člověk je zdrav, když ho bolí pokaždé někde jinde.“ Mark Twain

Římský dramatik Publius Tarentius napsal, že „stáří samo je nemoc“ a tento výrok se velmi často cituje až do dnešní doby. Je pravdou, že stáří provází řada nemocí, jejichž identifikací, odvrácením či oddálením se zabývá věda geriatric.

Mezi obecné zvláštnosti chorob ve stáří patří polymorbidita, což znamená současný výskyt několika chorob u téhož jedince.

Dále se objevují některé zvláštnosti klinického obrazu chorob. Například se setkáváme s tzv. „vzdálenými příznaky“, kdy v případě klinického obrazu jsou v popředí příznaky poruchy jiného orgánu.

Nápadný je sklon k prodlužovanému průběhu a chronicitě chorob, a tak akutní onemocnění ve stáří trvá déle než v mládí. Velmi často se objevují různé komplikace.

Další zvláštností chorob ve stáří je vzájemná souvislost zdravotní a sociální situace. Každá choroba je v určitém slova smyslu taktéž sociální událostí, která může podstatně změnit celkovou sociální situaci člověka. Geront se tak najednou stává rizikovým, je odkázán na pomoc jiných a dostává se do role závislého. A opačně určitá změna sociální situace může vyvolat zhoršení zdravotní stavu, který může vést až ke smrti. Z toho vyplývá, že sociální a zdravotní péče je neoddelitelná.

Kalvach (1997, s. 53) pojmenoval 7 hlavních okruhů chorobných poruch funkčního stavu u současných seniorů:

- **Ateroskleróza** (kornatění tepen) a její orgánové projevy:

- 1) **ischemická choroba srdeční** - nejen akutní infarkt myokardu, ale také chronické těžké poruchy mechanické srdeční činnosti se závažnou dušností a nevykonností,
- 2) **poškození mozkových tepen** - nejen smrtící mozkové cévní příhody - mozkové mrtvice, ale také nezvratná ochrnutí, obvykle hemiparéza či hemiplegie, dále cévně podmíněné závratě či poruchy svalového napětí projevující se ztuhlostí či třesem, tzv. parkinsonský syndrom, který je na rozdíl od Parkinsonovy choroby způsoben nikoliv nedostatkem přenašečového působku (dopaminu) v mozku, ale chyběním cílových struktur, dále jedna z nejčastějších příčin chorobného úpadku duševních schopností (demence) ve stáří – tzv. multiinfarktová demence, neboli mozková skleróza,
- 3) **poškození tepen dolních končetin** - může vést k invalidizujícím bolestem, ale také k amputaci.

V současné době je umožněno účinně ovlivňovat a eliminovat rizikové faktory aterosklerózy. Kromě samotného věku jsou hlavními rizikovými faktory poruchy metabolismu tuků (především vysoká hladina krevního cholesterolu), poruchy

metabolismu cukrů (diabetes mellitus), vysoký krevní tlak (hypertenze), kouření, obezita, nedostatek tělesného pohybu.

- **Obstrukční choroba bronchopulmonální** (laicky rozedma plicní) - vede k dušnosti, obvykle s vykašláváním hlenu, modrofialovým zbarvením pokožky a sliznic a s otoky zvláště dolních končetin. Příčinou je nejčastěji chronický zánět průdušek, obvykle jako důsledek kouření. Prevencí je omezení kouření a následné zlepšení životního prostředí (pasivní kouření, ekologicky významné exhalace) a omezení opakovaných zánětů dýchacích cest hrozící alergizací.
- **Osteoartróza** – degenerativní postižení kloubní chrupavky a přilehlé kosti, které je odlišné od procesu stárnutí chrupavky. Příčinou může být vrozená dispozice (nižší odolnost chrupavky), hlavně však přetěžování a drobná poranění kloubů. Závažná jsou zvláště postižení kloubů na dolních končetinách - kyčlí, kolen i drobných kloubů nohou. Prevencí je nepřetěžování kloubů, korekce ortopedických abnormalit (např. běžné drobné asymetrie končetin zvládnutelné i úpravou obuvi) a optimalizace obuvi.
- **Osteoporóza** – vystupňovaná atrofie kosti s úbytkem její hutnosti (density) a zvýšením rizika zlomenin. Vede k typické změně postavy (snížení výšky, nahrbený postoj), bolestem v zádech, kompresím obratlů a obávanému zvýšenému výskytu zlomenin při pádech (tzv. krček stehenní kosti, předloktí). Častá je především u žen v klimakteriu. Prevencí je dosažení optimální hutnosti kosti v dětství a dospívání. Rizikem je deficitní strava (podvýživa), nejen z nedostatku, ale i v rámci účelových diet - balet, gymnastika, kouření, nadměrná konzumace kávy či drastické dlouhodobé redukční diety ve středním věku (zvláště u žen) a předčasné vyhasnutí funkce vaječnicků (ochranný hormonální vliv estrogenů na kost). Účinnou prevencí indikovaných, rizikových žen je dlouhodobá substituce estrogenů po klimakteriu, ve vlastním stáří pak dostatečný příjem vápníku a vitamínu D a především dostatek tělesného pohybu (stimulace buněčné novotvorby svalových úponů).
- **Alzheimerova nemoc** – spolu s multiinfarktovou demencí cévního, aterosklerotického původu je nejčastější příčinou demence (úpadek psychických, intelektových schopností) ve stáří. Její podstatou je vystupňovaná a často předčasná atrofie mozku se zánikem mozkových buněk (neuronů). Účinná prevence této obávané choroby ani její léčba nejsou dosud dostatečně propracovány.
- **Poruchy zraku** vedoucí k slepotě (amaurosa) – v dnešní době se podařilo úspěšně ovlivnit postižení sítnice u cukrovky (diabetická retinopatie) a zvláště šedý oční zákal (katarakta). Kromě jiných chorob (např. zeleného zákalu - glaukomu) tak ohrožuje seniory především degenerativní postižení žluté skvrny, místa nejostřejšího vidění. Z rozvoje těchto změn jsou na tkáňové úrovni podezírány velmi reaktivní chemické látky - volné radikály. Prevence postižení není známa.

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

Syndrom demence

Velmi závažným problémem stáří je demence (asi 60% všech demencí). Pojem demence je odvozený z latiny, „de mens“ = pokles úrovně duševních funkcí. O syndromu demence hovoříme proto, že jej tvoří jednotlivé symptomy. Ty se podle příčiny nemusí objevovat všechny, a pokud se objeví všechny, nemusí to být současně. Symptomy se mohou vyvíjet velmi různou rychlostí do velmi proměnlivé hloubky. Na syndrom demence je nutné myslet při kombinaci poruchy paměti, poznávání, řeči a jazyka, praxe, emotivity a sociální adaptace.

Nejjednodušší orientační test, který zabere jen několik minut času:

1. Pacienta se zeptáme na časoprostorovou orientaci (místo, rok, den, měsíc).
2. Po vysvětlení, co a proč se bude dít, pacientovi sdělíme názvy tří jednoduchých předmětů (např. míč, dům, auto), na které se po pěti minutách zeptáme znovu.
3. Mezi tím pacienta necháme odečítat sedmičky od padesátky.

Tento zcela orientační test opakujeme s odstupem čtyř týdnů (Koukolík, Jiráček, 1999, str. 11). V medicíně platí zásada, že diagnózy se nedokazují, ale vylučují, zamítají. Demence (F00 – F03) je podle desáté revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů definována jako:

„..., syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zaostřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy nemoci, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek“ (Mühlpachr, 2009 s. 44).

Obecnými kritérii diagnózy demence jsou poruchy paměti a jedna nebo více následujících kognitivních poruch - afázií, apraxií, agnózií a poruchou plánování, organizování, sekvencování a abstrahování.

Klasifikace demencí

Demence lze rozdělit dle příčiny do 3 základních skupin:

1. Primárně degenerativní (atroficko – degenerativní) demence:
 - Alzheimerova choroba.
 - Korová nemoc s Lewyho tělísky.

- Demence při Parkinsonově chorobě.
 - Pickova choroba.
 - Další vzácně se vyskytující demence.
2. Ischemicko - vaskulární demence – vzniká kombinací faktorů, které vedou k nedostatečnému prokrvení a okysličení mozkové tkáně a ke snížení mozkové látkové přeměny. Patří sem cévní poruchy – uzávěry mozkových tepen způsobené cévními trombózami vedoucí k mozkovým infarktům nebo zvýšená srážlivost krve. Do této skupiny náleží:
- Multiinfarktová demence.
 - Vaskulární demence s náhlým začátkem, oblast významná pro paměť.
 - Binswangerova choroba na podkladě vysokého tlaku krve.
 - Další vzácné typy vaskulárních demencí.
3. Symptomatické sekundární demence:
- Demence funkčního původu, demence při AIDS.
 - Demence- infekční činitelé nemoc šílených krav.
 - Poúrazové demence.
 - Demence při mozkových nádorech.
 - Demence na podkladě intoxikace.
 - Metabolicky podmíněné demence – selhávání jater a ledvin.
 - Demence při poruchách žláz s vnitřní sekrecí.
 - Demence při nedostatku některých vitamínů.
 - Demence na podkladě hydrocefalu.
 - Některé další vzácné demence (Jirák, Obenberger, Preiss, 1998, str. 10- 12).

2. Současný systém péče o seniory v ČR

Systém péče o seniory zaznamenal velké změny po roce 1989. Došlo k částečným změnám do té doby zaběhlé struktury péče a postupně se začal měnit postoj k člověku jako k individuální bytosti. Péče o občany, kteří se o sebe sami nepostarají z různých důvodů, je jednou z morálních povinností produktivních a pracujících v kulturních státech již po mnoho století. Ukazuje se souvislost mezi srdečními chorobami a pocitem váženosti a důležitosti seniorů.

Co se týká institucionální péče, snahou je zlepšit kvalitu života v těchto zařízeních především humanizací neboli zlidšťováním přístupu ke starým lidem. Důraz je kladen na tyto aspekty (Janečková, 2005, s. 18):

- individuální přístup ke každému člověku,
- poznání jeho potřeb a pomoc při jejich uspokojení, zajištění jistoty a bezpečí,

- poznání celého člověka, jeho osobní historie, zájmů, schopností, podporu všech jeho lidských kvalit, z nichž čerpá svoji důstojnost, sebeurčení a sebejistotu,
- podporu nezávislosti a soběstačnosti, minimum péče, pomoc pouze v tom, co člověk už sám nezvládne a kde pomoc žádá,
- úctu k soukromí a intimitě,
- podporu individuálního rozhodování, zodpovědnosti a kontroly nad svým životem,
- prohlubování důvěrných mezilidských vztahů a spolupráci s rodinou.

V poslední době jsou trendem služby, které dochází za člověkem do jeho domácího prostředí a napomáhají tak prodloužení doby, kdy může starý člověk i přes různá omezení setrvat ve svém domácím prostředí. Jedná se o služby terénní nabízené pečovatelskou službou nebo služby nabízené v zařízeních jako jsou domovy-penziony, domy s pečovatelskou službou.

Cílem těchto služeb je:

- být komplexní,
- být orientované na člověka, odrážet jeho přání a potřeby v individuálním plánu péče,
- být pružné (v případě měnících se potřeb),
- být dostupné v čase (jsou poskytovány včas, dříve než nastane krize, jsou preventivně orientované),
- být kontinuální (jsou založeny na spolupráci různých objektů a sektorů - pečovatелů, zdravotníků, denních center, zaměstnavatelů atp.),
- podporovat integraci člověka do společnosti a tím předcházet izolovanosti a samotě,
- opírat se o týmovou spolupráci personálu, který má možnost se soustavně vzdělávat a zlepšovat tak kvalitu péče. (Janečková, 2005, s. 19)

2.1. Ústavní sociální péče

- **Domovy důchodců**

Domovy důchodců jsou určeny především pro občany, kteří dosáhli důchodového věku, a pro ty, kteří pro svůj zdravotní stav potřebují komplexní péči. Tato forma péče jim jinak nemůže být zajištěna v jejich domácím prostředí ani pečovatelskou službou, popř. jinými terénními službami sociální péče. Dále jsou domovy důchodců určeny pro staré občany, kteří zde toto umístění potřebují z jiných vážných důvodů. Občané, jejichž zdravotní stav vyžaduje léčení a ošetřování v lůžkovém zdravotním zařízení, v nich umístění být nemohou. Senioři jsou zde přijímáni na základě žádosti. Pobyť v ústavu si klient hradí sám.

Péče, která je nabízena obyvatelům domova důchodců, zahrnuje bydlení (stravování, úklid a další služby), zdravotní péči, rehabilitaci, kulturní a rekreační péči a v případě potřeby osobní vybavení.

Pokud zdravotní stav obyvatel domova důchodců převážně nebo úplně omezuje schopnost sebeobsluhy, poskytuje se na ošetrovatelských odděleních v ústavech náročná ošetrovatelská péče. Tím se rozumí pravidelná pomoc při hlavních nebo všech životních úkonech. Přes den je k dispozici lékař a zdravotní sestra.

Osobním vybavením se rozumí prádlo, šatstvo a obuv. Drobnými předměty osobní potřeby jsou míněny hygienické potřeby.

Mezi služby, které jsou tady poskytovány, řadíme holení, stříhání vlasů a pedikúra.

Osobní vybavení, předměty osobní hygieny a výše uvedené služby se poskytují z prostředků ústavu dospělým obyvatelům s celoročním a týdenním pobytem, a to i v případě nedostatku vlastních finančních prostředků. Součástí nabízené péče je kulturní a zájmová činnost, která se podílí na udržení aktivity uživatelů ústavu. Jsou to různé kroužky, např. ručních prací, taneční, keramické, kondiční cvičení, aktivizační programy na podporu paměti atp. Formy těchto činností jsou závislé na věku, zdravotním stavu a možnostech ústavu. (Hrabovská, 2006)

- **Domovy – penziony pro důchodce**

Domovy – penziony pro důchodce (DPD) jsou určeny pro občany, kteří dosáhli důchodového věku, a pro občany, kteří jsou plně invalidní. Občané jsou přijímáni na základě žádosti. Podmínkou přijetí je takový zdravotní stav občanů, který nevyžaduje komplexní péči, tedy jsou schopni vést vcelku samostatný život.

Obyvatelům v domovech a penzionech je poskytnuto ubytování a základní péče, kterou zahrnuje vytápění bytu, dodávka elektrické energie, vody a používání výtahu. Dále k poskytovaným službám náleží služby, kterými jsou čtvrtletní úklid obytné jednotky, úklid, vytápění a osvětlení společných prostor, praní, žehlení ložního prádla a záclon a další služby, které souvisí s provozem budovy.

Podle možností se nabízí také služby jako pedikúra, masáže, kadeřnictví a zároveň jsou vytvářeny podmínky pro kulturní a společenský život. Součástí DPD jsou kluby důchodců a denní stacionáře-domovinky.

2.2. Terénní sociální služby

- **Zařízení pečovatelské služby**

Pečovatelská služba je jednou z nejrozšířenějších služeb sociální péče. Je poskytována seniorům a těžce zdravotně postiženým občanům, kteří z důvodu zdravotního stavu nebo vysokého věku či ztráty soběstačnosti si nejsou sami schopni obstarat běžné práce v domácnosti a naplnit si další životní potřeby. Dále jsou to

občané, kteří pro nepříznivý zdravotní stav potřebují speciální ošetření jinou osobou nebo jinou osobní péčí, kterou jim nemohou poskytovat rodinní příslušníci.

Pečovatelská služba může být poskytována jako terénní služba v domácnostech občanů, včetně jejich domácností v domech s pečovatelskou službou, nebo v domácnostech dobrovolných pracovníků pečovatelské služby a jako služba v zařízeních sociální péče.

Zřizovatelem pečovatelské služby jsou obce a okresní úřady, které zabezpečují tuto službu na svých územních obvodech prostřednictvím svých zaměstnanců a dobrovolných pracovníků pečovatelské služby.

Úkony pečovatelské služby:

- celková koupel včetně umytí vlasů v domácnosti občana,
- celková koupel včetně umytí vlasů ve středisku osobní hygieny,
- běžné úkony osobní hygieny, pomoc při oblékání, pomoc při přesunu na vozík nebo na lůžko, pomoc při použití WC,
- jednoduché ošetrovatelské úkony,
- donáška nebo dovoz oběda nebo jiného teplého jídla, pomoc při podávání jídla a pití,
- donáška uhlí a dřeva, štípání a skládání dřeva,
- nákupy, různé pochůzky,
- donáška vody, topení v kamnech a vynesení popela, čištění kamen,
- práce spojené s udržováním domácnosti,
- příprava a uvaření snídaně nebo oběda, popřípadě svačiny nebo večeře,
- doprovod na vyšetření, doprovod do zaměstnání, doprovod při krátkodobém pobytu mimo domov, pomoc při denních kulturních, zájmových, vzdělávacích nebo pracovních aktivitách,
- praní drobného osobního prádla, žehlení a případné drobné úpravy,
- ošetření nohou (pedikúra), masáž, vodová ondulace, zástřih vlasů,
- průvodcovská služba pro úplně nebo prakticky nevidomé při vyřizování úředních záležitostí,
- tlumočnická služba pro neslyšící při návštěvě lékaře, při vyřizování úředních záležitostí,
- dohled nad dospělým občanem od 6 do 22 hodin,
- noční služba od 22 do 6 hodin
 - a/ spojená s možností spánku,
 - b/ spojená s prováděním jednoduchých ošetrovatelských úkonů,
 - praní velkého prádla, prádla značně znečištěného ve středisku osobní hygieny nebo v prádelně pečovatelské služby, včetně pracích prostředků a jeho vyžehlení, případně drobných úprav,
 - velký úklid bytu, úklid po malování, mytí oken, mytí společných prostor domu.

Úhrada za úkony pečovatelské služby může být stanovena plně nebo částečně, a to na základě posouzení věku, zdravotního stavu, příjmu a majetkových poměrů občana a jeho rodinných příslušníků.

a) Zařízení pro denní pobyt – DOMOVINKY

Domovinky, denní nebo týdenní stacionáře se zpravidla zřizují při domech-penzionech, domovech důchodců nebo při charitních zařízeních. Jsou určeny pro pomoc rodinám, které pečují o starého člověka v domácím prostředí, ale péči nemohou zajistit v době vlastních pracovních povinností, tj. ve všední dny. Péče je poskytována celodenně a zahrnuje potřebné úkony pečovatelské služby, stravování, dohled, vycházky, odpočinek na lůžku, aktivizační programy, kulturní i zájmové činnosti. Nabízena je i doprava starých lidí do zařízení. Pobyt v domovince hradí rodina. Je to vlastně obdoba mateřské školky, ráno tam svého seniora dovezou a odpoledne si jej vyzvednou.

b) Střediska osobní hygieny

Středisko osobní hygieny může být samostatným zařízením nebo součástí jiného zařízení pečovatelské služby, anebo může být zřízeno v domě s pečovatelskou službou. Občanům je zde nabídnuta hygienická péče ve formě očistné koupele, sprchování, mytí vlasů, manikúry a pedikúry. Výše úhrady za poskytnutou péči, kterou si bude občan hradit sám, se stanoví její výše podle sazeb úhrad za úkony pečovatelské služby.

c) Prádelny

V prádelnách pečovatelské služby zajišťují občanům praní a žehlení prádla. Prádelny se zřizují zejména v místech, kde nejsou běžně dostupné jiné prádelny. Tyto služby si občan hradí sám.

d) Stravování seniorů

- **Samostatné jídelny s vlastní kuchyní pro důchodce – seniory**

Samostatné jídelny pro důchodce jsou určeny především pro stravování občanů, kterým byl přiznán důchod z důchodového pojištění. V jídelnách je poskytován pouze oběd v souladu se zásadami správné výživy a podle platných stravovacích jednotek. Stravovací jednotkou se rozumí finanční norma průměrných nákladů na potraviny připadající na poskytované jídlo, tj. oběd.

- **Odběr stravy z ústavů sociální péče**

Předpokladem této formy stravování je dostatečná kapacita a vybavenost stravovacích provozů ústavů společně s vytvořením takových podmínek, aby se nezhoršila úroveň stravování klientů ústavu. Výše úhrady zahrnuje částku odpovídající pořizovací ceně surovin (stravovací jednotka), která se zvýší o věcné a osobní náklady související s přípravou stravy ve výši 55 % pořizovací ceny surovin pro přípravu stravy normální. Pokud se v ústavech poskytuje

celodenní stravování, mohou občané mimo ústav odebírat i jiné druhy jídel než oběd.

- **Odběr stravy od jiných subjektů**

Občané v tomto případě využívají možnosti odběru stravy od jiných subjektů škol, nemocnic, popřípadě restaurací. Výše úhrady zahrnuje částku, která se písemně sjednává dohodou o konkrétních podmínkách odběru stravy, kterou uzavře orgán zajišťující stravování (obec nebo okresní úřad v rámci poskytování pečovatelské služby) s příslušným subjektem.

• **Domy s pečovatelskou službou**

Domy s pečovatelskou službou (DPS) nejsou ústavní zařízení sociální péče, ale mají statut domů zvláštního určení. Představují formu individuálního bydlení starých lidí. Smyslem těchto domů s pečovatelskou službou je poskytování sociálních služeb při zachování plné samostatnosti občanů. Byty v domech jsou pronajímány na základě nájemní smlouvy, k jejímž zvláštnostem patří, že není přenosná na partnera (pokud není řešeno smlouvou pro oba manžele či zvláštní dohodou se zřizovatelem) a není také možný převod nájmu ani na nejbližší přímé příbuzné. Zřizovatelem těchto zařízení jsou zejména obce. Součástí tohoto zařízení bývají střediska osobní hygieny, prádelna, ordinace lékaře, jídelna, klub důchodců. Je zde poskytována pečovatelská služba, jejíž pracovní doba a rozsah práce je dán soběstačností obyvatel.

• **Kulturní společenská zařízení**

Kluby důchodců

Kluby důchodců jsou zařízení sociální péče, jejichž účelem je zejména aktivní účast seniorů a těžce postižených občanů na společenském, kulturním a zájmovém dění ve společnosti. Kluby důchodců slouží k setkávání těchto občanů a organizování různých kulturní, zájmové a jiné činnosti. Organizaci vlastní činnosti klubu si většinou zajišťují sami občané navštěvující klub, kteří si mohou zvolit správu klubu a předsedu správy. Zřizovatelem klubu je většinou obec, která zároveň hradí náklady spojené s provozem. Kluby důchodců se zřizují i u jiného zařízení sociální péče, například v domovince nebo v domě s pečovatelskou službou. (Hrabovská, 2006)

2.3. Zdravotní péče

• **Terénní zdravotní péče**

a) **Primární zdravotní péče**

Primární péči poskytuje běžný praktický lékař pro dospělé. Tuto péči vyhledává asi 80 % starých osob. Úkolem lékaře je stanovení diagnózy, doporučení léčby

a zajištění odborné péče. Výhodou je to, že zná svoje pacienty dlouhou dobu zároveň je obeznámen o jejich zdravotních i sociálních problémech. Ve své práci uplatňuje primární, sekundární i terciální prevenci a současně vyhledává rizikové staré osoby s cílem předejít vzniku nesoběstačnosti a závislosti. Praktický lékař musí při péči o staré osoby spolupracovat se všemi složkami primární péče - s rodinou, domácí ošetrovatelskou péčí, pečovatelskou službou, pracovníky komunity, charitou a jinými neziskovými organizacemi.

b) Specializovaná ambulantní odborná péče

V této sféře odborné ambulantní péče představují osoby nad 60 let velkou část klientely. Jedná se hlavně o obory vnitřního lékařství, urologie, oční, neurologie a dermatovenerologie, diabetologie a mnohé další ambulance.

c) Domácí péče

Domácí ošetrovatelská péče (DP, home care, HC) je poskytována na doporučení praktického lékaře pro dospělé, odborného nebo ústavního lékaře. Je hrazena z prostředků zdravotního pojištění do rozsahu 3krát denně po 1 hodině. Nadstandartní služby jsou poskytovány za úhradu. Domácí péče je zajišťována pomocí různých agentur, státních nebo městských, charitativních nebo soukromých. Zajišťují akutní péči o nemocné, péči po propuštění z nemocnice i dlouhodobou péči o chronicky nemocné. Pro doporučení domácí péče jsou nezbytné tyto podmínky: stabilizovaný klinický stav, domácí prostředí umožňující poskytovat péči, která předpokládá během dne i zapojení rodiny, sousedské výpomoci nebo jiného laického pečovatele, dále dostupnost služeb zdravotních a sociálních.

K typickým úkolům domácí péče patří ošetrování chronických ran (bércové vředy, dekubity) či atonií, aplikace inzulínu nebo jiných parenterálních léků.

V poslední době se začíná rozšiřovat poskytování rehabilitačních služeb – fyzioterapie i ergoterapie, která zahrnuje i poradenství o kompenzačních pomůckách a bezbariérových úpravách prostředí. Pro pečující rodiny je velkou pomocí nabízená možnost půjčování ošetrovatelských, rehabilitačních či kompenzačních pomůcek včetně polohovacích lůžek.

- **Ústavní dlouhodobá péče**

Ústavní dlouhodobá péče je charakterizována chronicitou a pokročilým stupněm zdravotního postižení, nesoběstačností a závislostí na péči druhé osoby, multidisciplinárním přístupem, zapojením dalších sektorů (komunita, služby), spoluprací zdravotníků se sociálními pracovníky i s laiky (rodina, dobrovolníci, charita).

Cílem dlouhodobé péče je stabilizovat zdravotní stav nemocného, omezit následky onemocnění a pozitivně ovlivnit kvalitu života. Převládá zde péče ošetrovatelská,

paliativní a rehabilitační. Někdy dokáže více vlídné slovo a povzbuzení než nejdražší medikamenty.

- **Léčebny pro dlouhodobě nemocné**

Léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN) jsou specializovaná lůžková zdravotnická zařízení. Slouží převážně k léčení starých dlouhodobě nemocných s vysokým průměrným věkem, protože jejich aktuální zdravotní stav nedovoluje návrat do domácího prostředí. Často se ke zdravotním problémům přidružuje psychická porucha. Působí zde i izolace a přetrhání společenských kontaktů. Komplexní péče zahrnuje diagnostiku, léčebnou péči včetně dietoterapie, ošetrovatelskou péči (pasivní i aktivní), rehabilitační péči, nácvik denních dovedností, ergoterapii. Je velmi důležité dodat seniorovi sebedůvěru a podpořit jeho snahu sám si zajistit základní potřeby a případně mu pomoci při oblékání a dalších činnostech sebeobsluhy.

- **Hospice**

Hospic poskytuje především symptomatickou péči nemocným bez ohledu na věk v koncovém stádiu různých chorob. Jedná se většinou o onkologická onemocnění, kdy už běžná léčba není účinná. Důraz je kladen na léčbu bolesti a úzkosti, na kvalitu závěrečné části života, na prolomení bariéry mlčení a izolace. Cílem je zajistit důstojnost pacienta, soukromí a kontakt s rodinou (možnost přistýlky na jednolůžkovém pokoji pacienta). Hospicová péče bývá označována jako umění doprovázet a naslouchat v poslední fázi lidského života – umírání. Hospic může poskytovat i péči respitní, odlehčovací péči, která spočívá v tom, že zdravotnické nebo sociální zařízení převezme na určitou dobu do péče nemocného, převážně starého člověka, o kterého se stará rodina. Důvodem je odpočinek pečující rodiny, aby se tak mohlo předejít syndromu vyhoření pečovatele. Náklady na respitní péči hradí rodina.

- **Nemocniční geriatrická péče**

Projevem geriatrizace zdravotnických služeb je zvyšování podílu seniorů na spotřebě nemocniční péče. Seniori představují podstatnou a stále narůstající část nemocniční klientely a spotřebovávají stále větší podíl nemocničních služeb.

Nemocniční geriatrická péče je určena především pro pacienty, pro které je charakteristická křehkost a ohroženost. Po určitou dobu svého nemocničního pobytu jsou v závažně labilním stavu. O jejich prognóze funkční i životní rozhoduje včasnost, přiměřenost a poučenost poskytovaných služeb diagnosticko-terapeutických, ošetrovatelských i rehabilitačních. Souhrn geriatrických postupů a přístupů se nazývá geriatrický režim. Může být poskytován na lůžkových odděleních jednotlivých tradičních oborů nebo na geriatrickém nemocničním oddělení.

a) Geriatrické oddělení

Jedná se o nemocniční oddělení, které se specializuje na léčení akutních stavů vyššího věku. Na rozdíl od jiných oddělení se zde uplatňuje specifický geriatrický režim.

b) Geriatrický stacionář

Toto zařízení je formou poloinstitucionální péče, jejímž hlavním principem je pobyt v zařízení zdravotnického charakteru v rozsahu 6-12 hodin. Je zde zajištěna léčebná, ošetrovatelská a rehabilitační péče, která však nevyžaduje plnou hospitalizaci.

c) Ošetrovatelské oddělení

Do ošetrovatelských geriatrických oddělení jsou přijímáni především pacienti k řešení ošetrovatelských problémů, které přesahují možnosti domácí ošetrovatelské péče. Jde zejména o ošetřování chronických ran, které se v domácím prostředí nezlepšují, nebo o intenzivní pohybovou reedukaci v rámci rehabilitačního ošetrovatelství. Rozsah poskytované péče na ošetrovatelském oddělení celkově zahrnuje: hygienický režim, výživu, péči o vyměšování, vertikalizaci, nácvik chůze, rehabilitaci fatických poruch, preventivní režim, aby nevznikaly dekubity, proleženiny, převazy, ošetření, sledování základních životních funkcí, podávání léků atd.

• **Psychiatrická léčebna**

Na gerontopsychiatrické oddělení psychiatrické léčebny jsou umístováni staří lidé trpící demencí, výraznou psychickou poruchou např. akutními stavy zmatenosti, delirantními stavy či bludy zvláště vztahovačného typu. O příjmu pacienta rozhoduje soudní psychiatr. Po příjmu musí pacient podepsat prohlášení o souhlasu s umístěním. Psychiatrická léčebna funguje jako každé jiné zdravotní zařízení. Pobyt je hrazen zdravotní pojišťovnou. Chod oddělení se řídí denním řádem, jehož součástí je vizita, podávání jídla, léků, denní aktivity atp. Jako léčebné postupy jsou zde aplikovány hlavně farmakoterapie a psychoterapie, ergoterapie, muzikoterapie, arteterapie a různé aktivizační programy.

2.4. Sociální péče

Vláda schválila návrh Národního programu přípravy na stárnutí na období **let 2008 až 2012. Jednou z hlavních priorit tohoto materiálu, který připravilo**

Ministerstvo práce a sociálních věcí, je udržet a zvýšit zaměstnanost starších pracovníků.

Cílem strategie je také zajistit seniorům, kteří budou v roce 2050 tvořit třetinu společnosti, kvalitní a aktivní život. "Chceme dostat do širšího povědomí, že populace

stárne. Lidé musí se stářím počítat z hlediska svého zabezpečení," uvedl ministr práce a sociálních věcí Petr Nečas.

Návrh programu se zabývá podporou zaměstnanosti seniorů, celoživotního vzdělávání, dostupnosti zdravotní péče a zajištění kvalitní sociální péče. Program stanovuje konkrétní úkoly a termíny pro resorty a instituce.

Například přechod mezi pracovní aktivitou a důchodem by měl být flexibilnější než dosud. Zaměstnavatelé by pro seniory měli vytvářet kvalitní pracovní místa a nabídnout jim dobré pracovní podmínky.

Pro dané období 2008 – 2012 formuluje Národní program priority a závazné úkoly v oblastech, jež mají zásadní vliv na kvalitu života starších osob.

Jsou jimi zejména:

- udržení a zvýšení zaměstnanosti starších pracovníků, zvyšování jejich pracovní mobility a zabránění jejich vyčleňování z trhu práce,
- podpora a ochrana rovných práv a příležitostí a vyloučení diskriminace z důvodu věku,
- zajištění odpovídající, dostupné a potřebné péče a služeb pro seniory (sociální služby, zdravotní péče, bydlení aj.),
- podpora a rozšiřování celoživotního vzdělávání a podpora příležitostí k individuálnímu rozvoji a posílení nezávislosti,
- zajištění sociálního začlenění starších osob a seniorů.

Podle ministra Petra Nečase ale dílčí opatření uvedená v návrhu nestačí a nutná je zásadní reforma. "Za důležitější považuji reformu zdravotnického a důchodového systému," uvedl Nečas

Právní předpisy pro sociální služby:

□ Zákon č. 206/2009 Sb., kterým se mění zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony.

Zákon č.109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách.

Vyhláška č.239/2009 Sb., kterou se mění vyhláška č.505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (www.mpsv.cz).

System sociálních služeb se změnil od 1. ledna 2007. Nový zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, stanovuje zejména systém, kategorizaci i sledování kvality sociálních služeb.

Poskytovatelé a dostupnost

Služby může poskytovat každý, kdo podá žádost o registraci a splní stanovené podmínky.

Poskytovatelem může být obec, kraj, fyzická osoba, nestátní organizace, občanské sdružení. Obce a kraje dbají na vytváření vhodných podmínek pro rozvoj sociálních služeb, zejména zjišťováním skutečných potřeb lidí a zdrojů k jejich uspokojení; kromě toho sami zřizují organizace poskytující sociální služby. Nestátní neziskové organizace a fyzické osoby, které nabízejí široké spektrum služeb, jsou rovněž významnými poskytovateli sociálních služeb. Zřizovatelem specializovaných ústavů sociální péče je Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Sociální péče zajišťuje pomoc osobám v nepříznivých životních podmínkách. Větší část péče je věnována právě starým občanům. Staří lidé se mohou dostat do nepříznivé životní situace velmi rychle. Sociální péče zahrnuje kromě služeb sociální péče, také hmotné zabezpečení. Podle Listiny základních práv a svobod mají občané právo na přiměřené hmotné zabezpečení ve stáří, při nezpůsobilosti k práci a při ztrátě živitele. Ve stáří se v našich podmínkách občanům nabízí důchodové pojištění, příspěvky na bezmocnost, státní sociální podpora a sociální pomoc.

• Důchodové pojištění

Ze sociálního pojištění se poskytují tyto důchody: starobní důchod, vdovský a vdovecký důchod, plný invalidní důchod, částečně invalidní důchod, sirotčí důchod. Většina starých osob je zajištěna důchodem starobním, popř. vdovským nebo vdoveckým. Výše starobního důchodu je dána dvěma položkami a to základní výměrou, což je pevná částka pro všechny důchody. A dále procentní výměrou, která je závislá na počtu let pojištění a na výši příjmu. Nárok na starobní důchod má občan ČR, pokud dosáhl důchodového věku a splnil podmínku 25 let pojištění. Při dosažení 65 let věku stačí pouze 15 let pojištění. Hranice důchodového věku se v období od 1. 1. 1996 do 31. 12. 2006 stanoví tak, že k dosavadnímu důchodovému věku 60 let u mužů a 53-57 let u žen se připočítávají ke kalendářnímu měsíci, ve kterém dosáhli této hranice, u mužů dva a u žen čtyři kalendářní měsíce za každý i započatý kalendářní rok z doby po 31. 12. 1995 do dne dosažení věkových hranic, tedy 60 let pro muže a 53-57 let pro ženy. (Hrabovská, 2006).

- **Bezmocnost**

Z důchodového pojištění jsou vypláceny částky pro bezmocnost podle vyhlášky č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění. Bezmocnost posuzuje posudkový lékař okresní správy sociálního zabezpečení podle stupně soběstačnosti, schopnosti postarat se o sebe a nutnosti pomoci druhé osoby. Na základě přiznání se zvyšuje důchod, popřípadě se přiznává příspěvek při péči o blízkou osobu a také náhradní doba pro účely důchodového pojištění.

Pro přiznání bezmocnosti je nutné splnění několika podmínek. Potřeba pomoci druhé osoby musí být dlouhodobá, pomoc druhé osoby nutná a poskytování péče zcela nezbytné, zajišťující léčení v domácnosti. Posudkový lékař rozhoduje o přiznání na základě dokumentace a posouzení zdravotního stavu žadatele, jeho schopnosti sebeobsluhy, lokomoce i komunikace. Rozsah potřeb, které je nutné zajistit pomocí druhé osoby, se musí jednoznačně specifikovat a určit. Výše vyplácených částek zvýšení důchodu pro bezmocnost je závislá na výši životního minima stanoveného zákonem, a to jeho složky určené na výživu a na ostatní osobní potřeby.

- **Státní sociální podpora**

Státní sociální podporou se stát podílí na krytí nákladů na výživu a základní osobní potřeby a na řešení sociálních situací. Náklady na státní sociální podporu hradí stát. To zahrnuje částky k zajištění výživy a ostatních osobních potřeb a k pokrytí nákladů na domácnost podle počtu jejích členů. Výše státní sociální podpory se odvozuje z částky životního minima stanoveného na výživu a na ostatní potřeby a z příslušného koeficientu.

- **Sociální pomoc**

V této sféře sociální péče se angažují obce, které spolu se zdravotnickými zařízeními vyhledávají staré a těžce zdravotně postižené občany žijící v nepříznivých podmínkách. Mohou jim poskytovat jednorázové peněžité a věcné dávky, nebo opakující se peněžité dávky. Výše částky u jednorázových a opakujících se peněžitých dávek se řídí aktuálně platnými předpisy.

- a) **Jednorázové peněžité dávky**

Jednorázové peněžité dávky jsou určeny těžce zdravotně postiženým občanům, kteří jsou sociálně potřební. Za takové jsou považováni ti občané, jejichž příjem je nižší než stanovené životní minimum. Dávky jsou určeny na úhradu mimořádných nutných nákladů, které nemohou občané uhradit ze svých běžných příjmů. Přísluší i těm občanům, kteří jsou umístěni v ústavu sociální péče, v psychiatrické léčebně nebo v léčebně pro dlouhodobě nemocné. Jsou určeny na úhradu závazků krátkodobé povahy, které nemohou uhradit ze svých prostředků.

- b) **Věcné dávky**

Věcné dávky jsou poskytovány k uspokojování běžných životních potřeb, které si občané pro svůj zdravotní stav, věk a osamělost nemohou zabezpečit sami. Patří k nim:

- příspěvek na úpravu bytu, který občan užívá k trvalému bydlení,
- příspěvek na zakoupení, opravu a úpravu motorového vozidla občanům s těžkými vadami nosného nebo pohybového ústrojí,
- příspěvek na provoz motorového vozidla a na úhradu pojistného,
- příspěvek na individuální dopravu občanům s těžkými vadami nosného nebo pohybového ústrojí,
- příspěvek na rekreaci a lázeňskou péči,
- příspěvek na topnou naftu a zakoupení topných těles a dalších spotřebičů,
- příspěvek na zřízení a změnu připojení telefonní účastnické stanice.

c) **Opakující se peněžité dávky**

Opakující se peněžité dávky se poskytují jako příspěvek sociálně potřebným těžce zdravotně postiženým občanům a sociálně potřebným starým občanům, kteří mají zvýšené životní náklady. Tyto dávky zahrnují:

- náklady na užívání bytu a na služby s jeho užíváním spojené,
- zvýšené výdaje související s používáním složitých ortopedických, kompenzačních nebo jiných pomůcek, pokud jsou používány trvale,
- příspěvek na provoz telefonní účastnické stanice,
- příspěvek na úhradu za používání bezbariérového bytu a garáže,
- příspěvek při péči o blízkou a jinou osobu,
- příspěvek na společné stravování.

3. **Kvalita života**

„Nejde o to obohatit život o léta, ale léta o život.“

WHO

Pojem „kvalita života“ se v poslední době stal diskutovaným pojmem v mnoha vědních oborech. Samotný pojem „kvalita“ je odvozený z latinského slova „qualis“, který znamená „jakost.“ Vyjadřuje se tak charakteristický rys toho, o čem se hovoří, čím se daný předmět odlišuje od jiného předmětu. Ve spojitosti se životem jde o to, jak se vyznačuje život toho-kterého jedince v porovnání se životem jiných, a to z pohledu historického nebo přítomného okamžiku. (Křivohlavý, 2001, in: Kováč, 2004, s. 460)

Zájem o zkoumání tohoto jevu sahá až do dob římské a řecké mytologie. Jako první použil tento pojem Pigou v roce 1920 v práci, která se zabývala ekonomikou a sociálním zabezpečením. V 70. letech se začaly vydávat knihy zabývající se definováním pojmu kvality života (quality of life-QOL), vycházely odborné články

a specializované časopisy – např. „Zkoumání sociálních indikátorů“ (Social Indicator Research), který vycházel od roku 1974 v USA a Nizozemí. Snahou všech, kteří se touto problematikou zajímali, bylo sjednotit se ve stanovení indikátorů pro měření QOL, jejich důležitosti a nejvhodnějšího měřicího nástroje. V současnosti se odborníci shodují v názoru, že vymezení pojmu a volba měřicího nástroje QOL závisí na účelu měření. Výsledkem je velké množství definic a měřících nástrojů. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 7-9)

Jako výzkumné kritérium se kvalita života uplatňuje v mnoha oblastech, např. při sledování životní úrovně obyvatelstva, při mapování potřeb jednotlivých skupin populace, při zjišťování kvality ústavní péče, při měření individuální spokojenosti atp. Cílem je tedy zmapovat úroveň kvality života v té či oné oblasti, poukázat na možné nedostatky, a tak otevřít možnost pro řešení, popřípadě zajištění adekvátních opatření na zlepšení kvality života. U nás se tímto problémem zabývá Eva Dragomirecká, která působí v Psychiatrickém centru v Praze, a Jaroslav Křivohlavý působící v centru lékařské etiky na I. Lékařské fakultě UK v Praze.

3.1. Vymezení pojmu kvality života

Vymezení pojmu kvalita života není jednoduché. „Jedná se totiž o multi-dimenzionální fenomén. Má svůj rozměr biologický, neurofyziologický, psychologický, sociální, ekonomický, kulturní, etický, estetický apod. V konkrétním životě může být některých z faktorů dominantní anebo může být některý potlačený. Pojem kvality života není možné objasnit bez axiologického pohledu, protože kvalita života závisí na hledání hodnot v životě člověka.“ (Balogová, 2005, in: Mühlpachr, 2005, s. 166)

Kvalitu života můžeme tedy definovat z různých úhlů. Z medicínského pohledu vychází Ústava Světové zdravotnické organizace, která definuje zdraví jako „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze absenci choroby...“ (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 11) Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je kvalita života definována jako „jedincova percepce 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.“ (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 11)

Z psychologického hlediska je kvalita života spojena s pojmem osobní pohoda (well-being). Lze říci, že „well-being“ je hodnocením kvality života jako celku. Jedná se o dlouhodobý stav, ve kterém je reflektována spokojenost jedince s jeho životem. Osobní pohoda musí být chápána a měřena prostřednictvím svých komponent kognitivních (životní spokojenost, morálka ve smyslu mravních zásad) a emočních (pozitivní emoce, negativní emoce) a vyznačuje se konzistencí v různých situacích a stabilitou v čase. (Šolcová, 2004, s. 21)

Ze sociologického pohledu je kvalita života označována jako „kvalitativní parametr lidského života, životního stylu a životních podmínek společnosti.“ (Balogová,

2005, in: Mühlpachr, 2005, s. 162) „V obecné rovině je podle sociologie 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 proti konzumnímu životnímu stylu preferujícím vlastnictví, které samo o sobě nemůže člověka uspokojit a kompenzovat nedostatek či absenci uspokojování jiných potřeb, zejména duchovního charakteru. Zde kvalita života překračuje rámec čistě materiálních potřeb, které je možné uspokojit prostřednictvím zboží.“ (Maříková a kol., 1996, s. 557)

Pojem kvality života se používá ve čtyřech určeních:

- kvalita života jako *odborný pojem*, zaměřující se na 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, možnosti 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, protikonzumentů a protirasových hnutí.
- kvalita života jako *reklamní slogan*, nabízející pro spotřebitele nové oblasti konzumu, zejména volný čas, cestování, bydlení, vnímání umění a orientující spotřebitele na oblast prestižní, demonstrativní spotřeby. (Maříková, 1996, s. 557)

Kvalitu života můžeme definovat také výčtem čtyř oblastí spokojenosti podle Bludena (Dragomirecká, Škoda, 1997, s. 104) je to fyzická pohoda, materiální pohoda, kognitivní pohoda (pocit spokojenosti), sociální pohoda (sounáležitost ke společnosti).

Podle Kováče (2004, s. 463) je kvalita života víceúrovňový a multikomponentní fenomén projevující se v psychické reflexi jako přetrvávající spokojenost, dlouhodobě jako pohoda a chvílemi jako štěstí. Všechno to podporují kognitivní, emoční a motivační potenciály lidského jedince.

Křivohlavý (2002, s. 163-164) uvažuje o kvalitě života v různých rovinách:

- *makro - rovina* - tato rovina se zaměřuje na kvalitu života velkých společenských celků, např. určité země, kontinentu. Jde tu o hlubší zamyšlení nad QOL - o absolutní smysl života. Problematika QOL se stává součástí základních politických úvah.
- *mezo - rovina* - na této úrovni se jedná o měření QOL v malých sociálních skupinách, např. škole, podniku, nemocnici. Nejde tu jenom o respekt k morální

hodnotě člověka, ale středem zájmu jsou otázky sociálního klimatu a vzájemných vztahů mezi lidmi, sdílení hodnot, uspokojování nebo neuspokojování základních potřeb každého člena dané skupiny.

- *personální rovina* - tato rovina se soustřeďuje na život jednotlivce. Při hodnocení kvality života zvažujeme subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, naděje atp. Vzhledem k subjektivitě získávaných informací hrají v hodnocení roli také osobní hodnoty jednotlivce, představy, očekávání, přesvědčení atp., které mohou vnímání QOL značně ovlivnit.
- *rovina fyzické existence* - předmětem zájmu této roviny je fyzická (tělesná) existence člověka. Jedná se zde o pozorovatelné chování druhých lidí, které se může objektivně měřit a srovnávat. (Šigutová, 2008).

3.2. Dimenze kvality života

Na kvalitu života se můžeme dívat ze dvou úhlů pohledů a to subjektivního a objektivního. V poslední době se však upřednostňuje pohled subjektivní, který nám nabízí přesnější zmapování úrovně kvality života daného jedince.

- *objektivní dimenze QOL* - zahrnuje položky jako materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. Celkově shrnuto jsou to ekonomické, sociální, zdravotní a enviromentální podmínky, které ovlivňují život člověka.
- *subjektivní dimenze QOL* - vychází z jedincova vnímání svého postavení ve společnosti v souvislosti s kulturou, ve které žije a jeho hodnotovým systémem. Životní spokojenost je pak závislá na jeho osobních cílech, očekáváních a zájmech. (Vymětal, 2001, in: Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 17)

Na světě existuje řada organizací, které se zabývají výzkumem kvality života. Každá se však odlišuje svým zaměřením, tedy dimenzemi lidského života jako předměty svého zkoumání.

Světová zdravotnická organizace (WHO) rozčlenila předměty svého zkoumání na čtyři oblasti, které vystihují dimenze lidského života bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum a postižení a zahrnula je do měřících nástrojů WHOQOL-BREF a WHOQOL-100. Jedná se o:

- *fyzické zdraví a úroveň samostatnosti* - energie a únava, bolest, odpočinek, mobilita, každodenní život, závislost na lékařské pomoci, schopnost pracovat atp.
 - *psychické zdraví a duchovní stránka* - sebepojetí, negativní a pozitivní pocity, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, koncentrace, víra, spiritualita, vyznání atp.
 - *sociální vztahy* - osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita atp.
 - *prostředí* - finanční zdroje, svoboda, bezpečí, dostupnost zdravotnické a sociální péče, domácí prostředí, příležitosti pro získávání nových vědomostí a dovedností, fyzikální prostředí (znečištění, hluk, provoz, klima) atp.
- (www.who.int/evidence/assessment-instruments/qol/index.htm,

in: Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 18-19)

Další organizací, která se zabývá kvalitou života je Research Unit v Torontu, která se zaměřuje nejenom na zdravotní determinanty, ale i na spokojenost. Do svého měření QOL zahrnuje jedincovy fyzické, psychické a duševní schopnosti, jeho vazby na prostředí a možnosti udržování a zlepšování schopností a vědomostí. (www.utoronto.ca/qol/projects.htm, in: Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 19)

American Thoracic Society (ATS) pojímá kvalitu života jako nejobecnější pojem, který zahrnuje veškeré oblasti života ovlivňující jeho rozmanitost. Je třeba zdůraznit, že spokojenost se životem má dvě složky a to, jakou důležitost jedinec dané oblasti přikládá a jak je s danou oblastí spokojen. Pokud je s určitou oblastí svého života, kterou považuje za důležitou spokojen, bude kvalita života vyšší, než když tomu bude naopak. (www.ats.org/qol/key.asp, in: Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 20-21)

U nás se výzkumem QOL zabývá Dragomirecká a Škoda (1997, s. 427). Jejich pojetí se nezaměřuje konkrétně na některou oblast, ale snaží se o komplexní a subjektivní charakteristiku. Jejich koncept se skládá ze čtyř oblastí, které zahrnují zdravotní stav, každodenní aktivity, sociální oblast, vnitřní realitu a každá z nich pak obsahuje několik podoblastí.

3.3. Přístupy ke kvalitě života

Přístupy ke kvalitě života mohou být různé. Záleží na oboru, který se kvalitou života zabývá a také na účelu jeho měření.

Psychologický přístup ke kvalitě života

Z hlediska psychologického přístupu je předmětem pozornosti prožívání, myšlení a hodnocení člověka, potřeby a přání, sebehodnocení, seberealizace, sebeaktualizace. Dále jsou to i negativní jevy, například životní trauma, krize, deprese a poruchy nálad. Dalšími složkami jsou autonomie (možnost rozhodovat a sebeřízení), autenticita (jedinec je sám sebou) a kompetentnost člověka (jeho porozumění světu a možnost ovlivňování). (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 29)

V rámci tohoto přístupu se můžeme setkat i s pojmem „well-being“ vyjadřující duševní pohodu a spokojenost.

Kvalitu života posuzujeme z hlediska toho, zda je očekávání jedince ve všeobecné shodě se subjektivně hodnocenou životní realitou.

Fyziologický (medicínský) přístup ke kvalitě života

Hlavní pojmy, které se v souvislosti s medicínským přístupem vyskytují, jsou „kvalita života“ a „zdraví.“ Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako „stav

úplné fyzické, psychické a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo tělesné chyby.“ (Vokurka, Hugo, 1995, s. 487)

Dalším specifickým pojmem je „Health-Related Quality of Life“ neboli „kvalita života týkající se zdraví.“ HRQOL vystihuje, jak pacient subjektivně prožívá nemoc a jaká je poskytovaná zdravotní péče. Jedná se o porovnání skutečného prožívání jedince, zvládnutí sociálních rolí se stavem, který považuje za ideální. Účelem měření není zjistit přítomnost a závažnost symptomů onemocnění, ale ukázat, jak jsou projevy onemocnění a léčba jedincem prožívány. (Libigerová, Müllerová, 2001, in: Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 26)

Z hlediska medicínského výzkumu nabízí Světová zdravotnická organizace obsáhlý projekt WHOQOL, který předpokládá, že se na kvalitě života podílí šest oblastí (domén) s různým počtem indikátorů.

Jedná se o tyto domény:

- *fyzická stránka* - energie a únava, bolest a nepohodlí, spánek a odpočinek,
- *psychická stránka* - představa tělesného schématu a vzhled, negativní a pozitivní emoce, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, pozornost,
- *stupeň samostatnosti* - mobilita, každodenní činnosti, závislost na lékařské péči, průčeschnost,
- *sociální vztahy* - osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita,
- *životní prostředí* - finanční zdroje, svoboda, pocit fyzického bezpečí, zdraví a sociální podpora, možnost získání informací a kompetencí, fyzikální prostředí, doprava,
- *spiritualita* - religiozita, osobní přesvědčení.

(www.who.int/evidence/assessment-instruments/qol/index.htm, in: Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 27)

Sociologický přístup ke kvalitě života

Kvalitu života lze vymezit z pohledu sociologie vzhledem k životní úrovni, způsobu života a životnímu stylu. Životní styl je možno chápat jako hodnotový systém, jenž je pro člověka důležitý, který podvědomě dodržuje, je projevem lidské osobnosti a závisí na věku, vzdělání, zaměstnání, příjmu, příslušnosti k rase, pohlaví, na hodnotové orientaci člověka a životních zkušenostech. Jeho vliv se uplatňuje v rodině, ve škole, na pracovišti, ve volnočasových aktivitách.

Zdravý životní styl představuje vyrovnaný a pravidelný režim, do kterého patří životospráva, dostatek pohybové aktivity, dodržování osobní hygieny, duševní pohoda, odolnost proti škodlivým vlivům a návykům jako je kouření konzumace alkoholu, zneužívání drog a naopak pohodu v mezilidských vztazích. (Matoušková, 2009)

Nebývalý rozmach současné medicíny a farmakologie v moderní civilizaci způsobil, že lidé nevidí ke své škodě problém v nárůstu civilizačních chorob a péči

o své zdraví zanedbávají. Mezi civilizační choroby patří kardiovaskulární onemocnění, obezita, stres a další a tyto se stávají celosvětovým problémem. Díky změnám životního stylu a úbytku fyzické aktivity stojíme před problémem šíření obezity v posledních desetiletích zejména mezi dětmi. Způsob života se podílí na zdraví 60 %, životní prostředí se podílí na zdraví z 20%, zdravotní péče se na zdraví podílí z 10% a z 10 % má vliv na naše zdraví dědičnost. (Zdraví 21, 2004s.32)

Zdravý životní styl představuje cestu k formování jedné z nejdůležitějších lidských hodnot – k úctě k životu a odpovědnosti za zdraví každého jedince. Je třeba, aby se nám jej v co nejmasivnější míře podařilo integrovat do života, abychom si uvědomili, co pozitivního nám tento přístup přináší a abychom „společně nasměrovali cesty k co nejefektivnějšímu využití moderních i starých přístupů a modelů výchovy lidí ke zdravému životnímu stylu ve zdravé společnosti a přírodě.“ (Dolinský, 1996)

„Závažným problémem je to, že většina lidí dnes už neví a někdy ani nechce vědět, jak vůbec žít, jak s životem rozumně nakládat.“ (Doc. PhDr. Miluše Kubíčková; pedagožka, cvičitelka jógy, terapeutka, předsedkyně sdružení Zdravý životní styl“). Věnovat pozornost zdravému životnímu stylu na všech školách je investicí do budoucnosti dítěte, školy, národa a především naší civilizace.

Podmínky zdravého životního stylu

Mezi ideální podmínky pro zdravý vývoj dítěte patří samozřejmě rodičovská péče a láska, harmonické rodinné prostředí, vzájemná úcta a tolerance, nekonfliktní a kamarádké vztahy, vhodné prostředí pro využití volného času, pravidelná pohybová činnost s dostatečným pobytem v přírodě, správná výživa (Matoušková, 2009)

- *životní úroveň* - představuje stupeň uspokojení potřeb, kde se na jedné straně objevuje uvědomělá potřeba a na druhé straně uspokojení závisící na možné spotřebě. Míra uspokojování potřeb je subjektivní, protože míra kvality života nezávisí na míře uspokojování materiálních potřeb. (Tokárová, 2002, s. 13)
- *způsob života* - je kategorií, která charakterizuje život člověka jako celek a zachycuje jeho charakter, obsah a strukturu. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 30) Zakládá se na vzájemném vztahu různých druhů činností lidí (pracovní, spotřebitelské, kulturní, rodinné atd.) a vyjadřuje jejich spoluúčast na tvorbě vztahů mezi nimi. Dále vyjadřuje typické vztahy ve společnosti, vztahy jejich skupin, vrstev, etnik a lidí a zaměření i způsoby jejich činností. Způsob života tedy určují podmínky, tradice, ale i hodnotová orientace. (Balogová, 2005, in Mühlpachr, 2005, s. 159)
- *životní styl* - definuje Balogová (in: Mühlpachr, 2005, s. 160) jako „míru a způsob zvnitřnění zformovaných norem a zvyklostí ve způsobu života, jako i podíl vlivu osobních fyzických a duševních dispozic, návyků, charakteru, temperamentu, osobních potřeb a zájmů na zaměřenost a způsob činností nebo chování lidí.“

Dalšími pojmy vztahujícími se k sociologickému přístupu ke kvalitě života jsou potřeby a hodnoty v životě člověka.

- *potřeby* - jsou hnacím motorem v chování člověka. Z hlediska sociologie můžeme pozorovat tendenci oddělování se potřeb od svého biologického předobrazu i od jejich kulturní souvislosti. Tvorba potřeb je závislá na potřebě trhu. Pokud trh nenabízí uspokojení určité potřeby, pak není jako potřeba uznávána. (Keller, 1997, s. 26) Potřebou nazýváme pociťovaný nedostatek nebo nadbytek něčeho. Neuspokojení potřeb vede k frustraci a deprivaci. Nejběžnější je dělení potřeb na materiální a kulturní a na potřeby biologické a sociálně psychologické (Kohoutek, 1998 str. 64). Potřeby biologické – potřeba potravy, spánku, dýchání a vyměšování a sexuální potřeby jsou nám vrozené. Potřeby sociálně – psychologické jsou potřeba citového vyžití, sebeuplatnění, sociálního kontaktu, prožívání a poznávání. Potřeba sebeuplatnění je velmi silná a významná lidská potřeba, projevuje se touhou po dosažení pracovních, společenských i životních úspěchů, touhou po uznání a obdivu druhých lidí. Dle Adlerovy individuální psychologie patří touha po sebeuplatnění mezi nejhlubší pohnutky veškerého chování člověka. Souvisí s ní potřeba sebeucty, sebeutváření a seberealizace, potřeba prestiže, dobré pověsti, úspěchu, pohody (Kohoutek, 1998).

A. H. Maslow dělí potřeby na potřeby vycházející z nedostatku a potřeby spojené s člověkem. Potřeby vycházející z nedostatku – nazval D-potřeby – stravy, spánku, sexu, uplatnění. Vyššími potřebami spojenými s bytím člověka – B-potřebami jsou potřeby spravedlnosti, dobra, pravdy, svobody a krásy

- *hodnoty* - jsou jevy, které mají v životě člověka určitý význam., člověk neustále hodnotí, co je dobré, prospěšné nebo špatné a nežádoucí. Věc nebo idea na které člověk lpí, je nazývána hodnotou. Vycházejí ze zájmů a potřeb, mohou být cíli, ideály, vážou se na smysl a normy lidského života.

U hodnotové orientace rozlišujeme typy:

1. teoretický s cílem hledání pravdy a hodnotou poznání,
2. ekonomický s cílem sebezáchova a hodnotou užitečnosti,
3. estetický s cílem hledání harmonie, hodnotou je krása,
4. sociální s cílem konat dobro a hodnotou láska,
5. politický s cílem ovládnání druhých lidí a hodnotou moci, náboženský s cílem přesahu a hodnotou jednoty s Bohem (Spranger in Kohoutek, 1998).

Podle Veenhova (in: Kováč, 2001, in: Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 34) existují následující sociální činitele ovlivňující kvalitu života:

- materiální bohatství – HDP, kupní síla dané měny v porovnání s dalšími zeměmi,
- životní standard – výživa, hygiena, bydlení,
- ochrana osob – bezpečí, vraždy, násilí, vandalismus,
- svoboda – politická, dodržování lidských práv, individuální a osobní svoboda,
- sociální rovnost – rovnost mezi pohlavími, postavení menšin,
- kulturní klima – přístup ke vzdělání, informacím,

- sociální klima – tolerance, důvěra k institucím, elitám, výdaje na zbrojení,
- populační tlak – zvyšující se podíl seniorů v populaci,
- modernizace – urbanizace, industrializace a individualizace.

Ekologický a enviromentální přístup ke kvalitě života

Mezi další aspekty ovlivňující kvalitu života patří ekologicko-enviromentální podmínky, protože přímo ovlivňují život člověka. Život v příznivém životním prostředí je jednou ze základních lidských práv. V poslední době se soustřeďuje pozornost na řešení neustále přibývajících ekologických problémů a krizí. Tento problém se však netýká jenom přírodovědců a techniků, ale celé společnosti. Opatření z její strany by měla směřovat, zejména u vyspělých zemí, k návratu ke skromnějšímu životnímu stylu a to ve snaze zabránit dalšímu poškozování přírodního prostředí. (Giddens, 1999, in: Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 34)

Halečka (2001, s. 65-81) uvádí tyto ukazatele QOL (jako jednotu ekonomických, politických a kulturních faktorů) podle tohoto přístupu se jedná o:

- stav hospodářského systému a jeho dopadu na možnosti aktivního pracovního uplatnění jedinců a tvorbu materiálních a duchovních hodnot,
- způsob odměňování práce v souladu s komplexními kritérii její náročnosti a ekonomické efektivity, jako základ zabezpečení životní úrovně a uspokojování základních lidských potřeb,
- stav zaměstnanosti a sociálního zabezpečení v případě nezaměstnanosti,
- stav zabezpečení zdravé výživy obyvatelstva,
- úroveň zdravotní péče,
- podmínky pro společenské a pracovní uplatnění osob s postižením,
- ochrana životního prostředí,
- úroveň péče o rodinu a výchovu dětí a péče o děti bez zázemí,
- podmínky pro vzdělávání,
- úroveň zabezpečení plnohodnotného života seniorů,
- možnosti svobodných společenských aktivit občanů a jejich účast na společenském životě,
- úroveň demokracie ve společenských vztazích a politickém systému,
- stav bezpečí občanů a ochrana lidského života před agresí a násilím,
- úroveň zabezpečení a ochrany lidských práv,
- možnosti trávení volného času,
- úroveň společenské morálky,
- úroveň zabezpečení péče o osoby odkázané na různou formu sociální pomoci.

Psychoterapeutický přístup ke kvalitě života

Základním pojmem tohoto přístupu ke kvalitě života je „psychoterapie.“ Psychoterapii definuje Vymětal (2003, in: Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 29) jako „léčbu (sekundární prevenci), ale i jako profylaxi (primární prevenci) poruch zdraví.

Uskutečňuje se výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy. Psychoterapie představuje zvláštní druh psychologické intervence působící na duševní život, chování člověka, jeho meziosobní vztahy, tělesné procesy tím, že navozuje žádoucí změny a tak podporuje uzdravení či znesnadňuje vznik a rozvoj určité poruchy zdraví.“

Psychoterapeutický přístup ke QOL se uplatňuje při rehabilitaci pacientů. Psychoterapeutické postupy jsou kombinovány s jinými rehabilitačními prostředky, například fyzioterapií, ergoterapií. Cílem je dosáhnout co nejvyšší možné kvality života. I když je pacient svou nemocí do určité míry omezen, podstata QOL tkví v rozvoji a naplnění pozitivních možností jedince. (Vymětal, 2001, in: Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 30)

3.4. Nástroje a metody měření kvality života

Nástroje pro měření kvality života jsou rozděleny do dvou skupin a to na obecné a specifické.

- *obecné nástroje* měření QOL zahrnují měření schopností v jednotlivých oblastech a profily zdraví, které jsou zpracovávány jako dotazníky, zjišťující nejdůležitější aspekty QOL jedince. Jsou multidimenzionálního charakteru, pokrývají množství oblastí a mohou být aplikovány na osoby s různým zdravotním stavem nebo druhem nemoci. Využívají se u programů zdravotní péče, průzkumů obecného zdravotního stavu a při porovnávání jednotlivých nemocí. Jejich možným nedostatkem je nízká citlivost v některých oblastech měření a při hodnocení specifických změn. (Martínez - Martín, 1998, in: Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 52)
- *specifické nástroje* měření QOL se soustřeďují na aspekty, které jsou považovány za klíčové pro danou oblast měření. Ty mohou být specifické pro určitou nemoc, populaci, schopnost nebo podmínky. Výhodou těchto nástrojů je úzká specializace a tedy možnost, oproti obecným nástrojům měření, citlivě zhodnotit danou oblast. (Martínez-Martín, 1998, in: Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 52)

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

- 1) Metody měření kvality, kde tuto kvalitu života hodnotí druhá osoba – *objektivní*,
- 2) Metody měření kvality života, kde hodnotitelem je sama daná osoba – *subjektivní*,
- 3) Metody *smíšené*, které jsou kombinací metod typu 1 a 2.

- **Objektivní metody měření kvality života**

- **APACHE II (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System)**

Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu se snaží vystihnout celkový stav pacienta především fyziologickými a patofyziologickými kritérii. Tato metoda je založena na posouzení vážnosti onemocnění pacienta podle

toho, jak se kvantitativně odchyluje daný stav pacienta od normy. Výsledek je vyjádřen číselně. Při vyhodnocování platí, že čím vyšší je číselný údaj, tím vyšší je pravděpodobnost úmrtí pacienta. (Poses et al., 1996, in: Křivohlavý, 2002, s. 165-166)

- **The Karnofsky Performance Scale**

Tento nástroj se zaměřuje především na tělesnou dimenzi QOL. Hodnotu Karnofskyho indexu stanovuje lékař a tím se vyjadřuje k pacientovu celkovému zdravotnímu stavu k určitému datu. Hodnocení je prezentováno v podobě procentuální škály od 0 do 100. Například index 100 vyjadřuje normální stav pacienta, kdy se neobjevují žádné potíže. Index 0 vyjadřuje, že pacient je mrtev. (Bowling, 1992, in: Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 54)

- **Visual Analogue Scale – VAS**

Tato metoda hodnotí kvalitu pacientova života z jeho celkového stavu. Jedná se o tzv. vizuální škálování celkového stavu pacienta. Vyhodnocení se zaznamenává na 10 cm dlouhou vodorovnou nebo do úhlu 45° nakloněnou stoupající úsečku s označenými dvěma extrémy: celkový pacientův stav je mimořádně špatný a celkový pacientův stav je velice dobrý. (Křivohlavý, 2002, s. 166)

- **Index kvality života – ILF**

Tato metoda zavedla slovně formulovaná kritéria, například sociální opora pacienta, sebeobslužnost pacienta, emocionální stav pacienta atp. Výhodou této metody je, že na stanovení kritérií QOL se podílí nejenom sám hodnotitel, ale i lékaři, psychologové, zdravotní sestry atp. Hodnocení stavu pacienta je možné odstupňovat v jednotlivých dimenzích (např. pětistupňové škále) a hodnotit ji v předem stanovených časových úsecích. (Křivohlavý, 2002, s. 168)

- **Spitzer Quality of Life Index – QL**

Tato metoda slouží ke zjišťování zdravotního stavu a kvality života pacientů před a po ukončení terapie. Spitzer vytvořil první verzi QL Indexu, kde zahrnul tyto oblasti QOL: aktivita, každodenní život, vnímání zdraví, podpora rodiny a přátel, pohled na život. Každá oblast zahrnuje okruh lidských činností a úkolem respondenta je označit do jaké míry jsou dané aktivity aplikovatelné v jeho životě. K hodnocení slouží škála sestavená z pěti částí se třemi možnostmi. Odpovědi jsou ohodnoceny od 0 do 2 bodů, takže celkový počet může být 0 až 10 bodů. Škála může být sečtena do celkového skóre nebo interpretována samostatně. Důležité je podotknout, že tento nástroj není určen pro zjišťování QOL u zdravé populace. (Bowling, 1992, in: Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 55)

• **Subjektivní metody měření kvality života**

- Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – SEIQoL

Tato metoda zvaná „Systém individuálního hodnocení kvality života“ vychází z toho, že naše myšlenky a činy jsou důsledkem osobních představ neboli mentálních konstruktů, které máme o věcech, lidech, ideálech atp. Ty jsou uspořádány hierarchicky. Pokud chceme nějakému člověku porozumět, je třeba nejprve porozumět tomu, jak vypadá jeho žebříček mentálních konstruktů (představ, hodnot, cílů atp.) a jak si tento žebříček vytváří. K vystižení pojetí mentálních konstruktů vytvořil Kelly metodu zvanou „Repertory Grid“ – metodu sítí životních pojetí a cílů, která byla uzpůsobena pro měření kvality života a ke zjišťování osobních cílů. (Křivohlavý, 2002, s. 171-172) Metodou SEIQoL je strukturovaný rozhovor, během kterého se snažíme zjistit ty aspekty života, které jsou pro respondenta závažné. Daná osoba uvádí pět životních cílů – „cues“, které považuje v dané situaci za nejdůležitější. „Cue“ je jedním z klíčových pojmů metodiky SEIQoL, překládá se jako životní cíl neboli jako cíl snažení, tj. cílově zaměřený podnět k aktivitě. (Křivohlavý, 2001, s. 244)

Mezi nejčastěji uváděné podněty patří: zdraví, rodina, práce, náboženství, finance, vzdělání atp. (Křivohlavý, 2002, s. 173) U hodnocení uvádí osoba míru uspokojení s dosahováním určitého životního cíle v procentech od 0 do 100 %.

- **Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life - Direct Weighting (SEIQoL-DW)**

Tento nástroj vychází z nástroje SEIQoL. Respondent v něm označuje ty oblasti života, které považuje za nejdůležitější, ohodnocuje jeho výkon v daných oblastech a spokojenost s každou z nich.

SEIQoL-DW se skládá z pěti barevných disků, které se otáčejí kolem centrálního bodu. Každá část představuje určitou oblast života označenou respondentem jako důležitou pro jeho celkovou kvalitu života. Tyto disky jsou podloženy větším diskem, na němž je zobrazena stupnice od 0 do 100, pomocí níž označí respondent důležitost jednotlivých oblastí. Pokud respondent označí méně, jak pět oblastí, procentuální zastoupení jednotlivých oblastí je pak adekvátně upraveno.

Metodou u SEIQoL DW je polostrukturovaný rozhovor, který probíhá ve třech krocích: identifikace životních cílů, zjištění současného stavu každého životního cíle, kvantifikace relativní důležitosti daných životních cílů. (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 57-59)

- **Lancashire Quality of Life Profile - LQoLP,**

- **Lancashire Quality of Life Profile-European Version - LQoLP-EU**

LQoLP původně vyvinul Oliver, který vycházel z Lehmanova „Rozhovoru o kvalitě života.“ Je to nástroj kombinující subjektivní i objektivní aspekty života v několika oblastech. Metodou je strukturovaný sebesposuzující rozhovor, který obsahuje 105 položek. Mezi zahrnutých devět oblastí patří: práce a vzdělání, volný čas, vyznání, finance, životní situace, právní status a bezpečnost, vztahy s rodinou, sociální vztahy, zdraví. (British Journal of Psychiatry, 2001, in: Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 60-61)

Subjektivní aspekty jsou hodnoceny sedmibodovou stupnicí životní spokojenosti. Dále jsou do hodnocení zahrnuty tyto oblasti: pozitivní a negativní city, sebehodnotící stupnice, měření obecné spokojenosti, stupnice kvality života, vnímané skóre kvality života. Tento nástroj je určen především pro psychiatrické pacienty.

- **Dotazník SQUALA**

SQUALA je sebeposuzovací dotazník, který vychází z Maslowovy třístupňové teorie potřeb. Zahrnuje i oblasti, jako jsou vnitřní hodnoty – např. prožitek svobody, pravdy nebo spravedlnosti, což jsou položky, kde se uplatňuje maximální míra subjektivity názoru. (Šefflová, 2001, in: Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 63) S principem měření se nejvíce shoduje Calmanova (Dragomirecká, Škoda, 1997, s. 17) definice kvality života jako „zjišťování rozdílu mezi přáním a očekáváním najedné straně a jeho reálnou situací na straně druhé.“ Dotazník můžeme využít v medicínské, sociální, psychologické i pedagogické oblasti především za účelem diagnostiky nebo za účelem zkvalitnění péče a služeb.

• **Smišžené metody měření kvality života**

- **Manchester Short Assessment of Quality of Life – MANSA**

Tato metoda nazvaná „Krátký způsob hodnocení kvality života“ byla vytvořena na univerzitě v Manchesteru. Variací této metody je LQoLP, o které jsme se zmiňovali výše. Hodnotí se nejenom celková spokojenost se životem, ale i spokojenost s určitými danými dimenzemi. Jedná se o tyto dimenze: vlastní zdravotní stav, sebepojetí, sociální vztahy, rodinné vztahy, bezpečnostní situace, právní stav, životní prostředí, finanční situace, náboženství, volný čas, zaměstnání. Cílem této metody je „vystihnout celkový obraz kvality života daného člověka tak, jak se mu jeví v dané chvíli.“ (Křivohlavý, 2002, s. 176)

- **Life Satisfactory Scale – LSS**

Tato metoda je koncipována v rámci metody MANSA. Jedná se o tzv. „Škálu životního uspokojení“, která hodnotí jak celkovou spokojenost se životem, tak i řadu dílčích dimenzí. Vychází se ze stejného principu jako u metody VAS (Visual Analogue Scale). Hodnocení se zaznamenává na vizuální sedmidílnou stupnici se dvěma extrémy a pěti mezistupni. (Křivohlavý, 2002, s. 176-177)

3.5. Kvalita života seniorů

Kvalita života je jev multidimenzionální a z pohledu jedince velmi subjektivní a individuální pojem. Každý člověk totiž vyznává různé hodnoty a potřeby, které se však postupně s věkem mění. Co je důležité pro jednoho člověka, nemusí být důležité pro někoho jiného.

Kvalitu života seniorů ovlivňuje řada faktorů mezi, které patří: zdraví, životní styl, sociální prostředí, hmotné zabezpečení, pracovní aktivita, zdravotní péče, sociální

služby, bydlení, vzdělávání, etické principy uplatňované ve společnosti atp. Vláda ČR vytvořila tzv. „Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003-2007“ a zahrnula do něj výše jmenované faktory, spolu s cíli a opatřeními na jejich podporu neboli na vytvoření podmínek k zajištění kvalitního a důstojného stárnutí a aktivní účasti seniorů na životě společnosti. Návrh „Národního programu přípravy na stárnutí“ vycházel z Mezinárodního akčního plánu pro problematiku stárnutí (Vídeň 1982), Zásad OSN pro seniory (1991), Mezinárodního plánu stárnutí 2002 a z II. Světového shromáždění OSN o stárnutí (Madrid 2002).

- **Zdraví, životní styl a kvalita života**

Zdraví je bezpochyby jednou z nejdůležitějších hodnot v životě člověka. Oproti nemoci, která má často omezující charakter „je zdraví celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života ...“ (Křivohlavý, 2001, s. 40) Se zdravím úzce souvisí zdravý životní styl, který by měl být součástí odpovědné přípravy na stáří a podmínkou důstojného a aktivního stárnutí a kvality života, na jehož naplňování by se měla podílet jak společnost, tak jednotlivci sami. Jedná se především o zdravou životosprávu, tělesnou a duševní aktivitu, účast na společenském a kulturním životě, pěstování koníčků, cestování atp.

Cílem společnosti by měla být podpora zdravého životního stylu a zdravého stárnutí, která by vedla ke zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva, k omezení růstu počtu závislých seniorů a k podpoře aktivního života seniorů. Dále je třeba vytvářet předpoklady pro udržení fyzických a psychických schopností jak u lidí v produktivním věku, tak u seniorů, a to prostřednictvím aktivizace, sociálního začlenění, možností rehabilitace, rekondice a osobního rozvoje.

Program vlády ČR navrhuje v oblasti zdraví a životního stylu tato opatření:

- zvyšovat informovanost občanů v oblasti ochrany zdraví, prevence nemocí a úrazů,
- předcházení nepříznivým důsledkům nemocí, zdůrazňovat odpovědnost jedince za kvalitu svého života,
- vést cílenou vzdělávací a poradenskou činnost pro střední generaci a seniory se zaměřením na zásady aktivního stárnutí, zejména racionální výživu, životosprávu, pohybové a duševní aktivity,
- podporovat opatření ke zlepšování pracovního a životního prostředí, předcházet úrazovosti a závislosti seniorů odstraňováním bariér na veřejnosti i v domácím prostředí,
- vytvořit podmínky pro uplatňování rehabilitace a rekondice, zlepšovat pracovní lékařskou péči, rozšiřovat možnosti rekreačních kapacit, podporovat sportovně rekreační kapacity, kondiční cvičení,

- navrhovat a podporovat sociální programy k udržení nezávislého života starších osob a seniorů,
- zlepšovat ochranu a kvalitu životního prostředí a přírody,
- podporovat projekty zaměřené na aktivní stárnutí a zdravý životní styl,
- aplikovat specifické požadavky kladené na dopravu s ohledem na potřeby seniorů a osob se zdravotním postižením z hlediska bezpečnosti a přístupnosti (Hrabovská, 2006).

- **Sociální prostředí a kvalita života**

Velký vliv na kvalitu života má jeho sociální prostředí. Člověk, který stárne, se postupně stává více či méně závislým, přibývají zdravotní obtíže a člověk je tak odkázán na pomoc od okolí. Jednou z variant je institucionální péče, která však nemůže nahradit prostředí vlastní rodiny. Rodinný život starých lidí je velmi důležitý pro udržení jejich soběstačnosti a jistou prevencí proti samotě a izolovanosti starých lidí, což má negativní důsledky na jejich psychický stav. Proto si staří lidé, pokud je to možné snaží zachovat co nejdéle vlastní domácnost.

Sociální prostředí nezahrnuje jen vztahy rodinné, ale i vztahy s ostatními lidmi. Velmi přínosné je udržovat sociální kontakty s ostatními, zapojovat se do společenského života a využívat možností, které tuto sociální interakci nabízí. Jsou to například kluby důchodců, denní stacionáře – domovinky, kavárničky pro seniory, které dávají možnost nejenom setkat se s ostatními lidmi, ale zapojit se do různých činností a udržovat se aktivní, jak po psychické tak fyzické stránce.

Vláda ČR vyjadřuje svou podporu k zachování přirozeného sociálního prostředí, tedy rodiny, jako předpokladu pro udržení, případně i rozvoj společenského postavení seniorů. Rodina jako základní článek společnosti vytváří bezpečný prostor pro život seniorů, pomáhá seniorům udržet nezávislost, samostatnost a brání tak jejich sociálnímu vyloučení.

Program vlády ČR navrhuje v oblasti sociálního prostředí tato opatření:

- motivovat a posilovat úlohu jedince, rodiny, komunity v procesu stárnutí a přípravy na stáří a vytvářet prostor pro aktivní život,
- soustavně vytvářet a zlepšovat podmínky pro život seniorů a podporovat veškeré aktivity, které směřují ke zlepšení mezigeneračních vztahů,
- podporovat a vytvářet podmínky pro život seniorů v jejich přirozeném sociálním prostředí, podporovat péči o seniory v rodině,
- podporovat činnost organizací a realizaci projektů zaměřených na poradenství a pomoc seniorům a pečujícím rodinám,
- podporovat vznik služeb a programů pro seniory v rámci sociálních programů jednotlivých resortů,
- podporovat rozvoj pomoci seniorům v jejich přirozeném sociálním prostředí, vyhlásit projekty mimoústavních sociálních služeb pro seniory,
- podporovat výzkum kvality života seniorů a jejich potřeb,

- vytvořit věcnou a právní úpravu ucelené rehabilitace a zavést systém rehabilitace jako prostředek a nástroj sociálního začleňování pro osoby se zdravotním postižením a seniory pro jejich setrvání v přirozeném sociálním prostředí.

- **Hmotné zabezpečení a kvalita života**

Finance hrají v životě člověka velkou roli, ale přesto nejsou nebo by alespoň neměly stát na prvním místě v žebříčku hodnot. Pro toho, u koho tato hodnota zaujímá přední místo v životě, ale zrovna neoplývá finančním blahobytem, bude kvalita života asi na nižší úrovni. O starých lidech je známo, že s přibývajícím věkem se snižují také materiální nároky, většinou toho moc nepotřebují, co se týká oblečení, jídla apod. jsou skromní. Na druhé straně se však zvyšuje spotřeba financí na léky, bydlení, popřípadě terénní sociální služby atd.

Kvalita života v tomto směru úzce souvisí se životním stylem člověka. Pokud byl člověk zvyklý na určitý životní standard, který se s nástupem do důchodu změnil v důsledku snížení finančních příjmů, bude s kvalitou svého života méně spokojen. Úroveň finanční situace má vliv na řadu oblastí v životě člověka. Už zmíněný životní styl zahrnuje péči o zdraví, zdravou životosprávu, pěstování koníčků, společenský a kulturní život, rekreace, cestování. Toto všechno je jistě na finančních příjmech závislé, ale na druhé straně je také důležité umět své zdroje využít. Z toho vyplývá, že kvalita života člověka finančně dobře zajištěného, nemusí být zákonitě vysoká. Záleží tedy, jak své peníze dovede správně investovat.

Velký význam má příprava na stáří, která v sobě zahrnuje i vytváření si finančních rezerv, které jsou předpokladem ekonomické nezávislosti seniorů. Může to být v podobě penzijního připojištění, životního pojištění a jiných forem spoření. Cílem společnosti je také zajistit opatření v oblasti sociálního zabezpečení, v případě, kdy senioři nejsou schopni z vážných zdravotních a sociálních důvodů si dostatečné hmotné zabezpečení zajistit.

Program vlády ČR navrhuje v oblasti hmotného zabezpečení tato opatření:

- zvýšit informovanost občanů o podmínkách nároku na starobní důchod a významu doplňkových forem vytváření rezerv na stáří,
 - podporovat vědomí vlastní odpovědnosti za přípravu na stáří, popularizovat vytváření finančních rezerv,
 - prohloubit možnosti poskytování příspěvku zaměstnavatele na penzijní připojištění,
 - připravit další kroky v důchodové reformě,
 - spolupracovat se sociálními partnery na takových opatřeních v systému sociálního zabezpečení, která by reagovala na proces stárnutí a nárůst počtu seniorů.
- **Pracovní aktivita a kvalita života**

Práce hraje v životě člověka důležitou úlohu, nejenom že poskytuje finanční ohodnocení, ale také umožňuje člověku být součástí sociální skupiny, dává mu možnost seberealizace a podílet se na utváření hodnot v rámci společnosti. Člověk zaujímá určité sociální role, což mu dává pocit uspokojení a odráží se to v jeho sebevědomí.

S nástupem do důchodu ztrácí člověk sociální kontakty, mění se sociální postavení. Člověk se musí adaptovat na nový režim, musí nějak naložit s časem, kterého má nyní dostatek. Toto ovlivňuje spokojenost a záleží na jedinci, jak aktivně se na stáří připraví, aby ho mohl prožívat co nejhodnotněji.

Protože někteří nejsou na odchod do důchodu připraveni, snaží se odkládat dobu odchodu tím, že pokud je to možné, zůstávají nadále v pracovním procesu. To je také cílem programu vlády ČR, podporovat zaměstnávání starších osob a seniorů, zaměřovat se na jejich aktivizaci a plné zapojení se do společnosti.

Program vlády ČR navrhuje v oblasti pracovní aktivity tato opatření:

- uplatňovat princip rovných příležitostí tj. zamezení diskriminace v zacházení z důvodu věku v souvislosti s přístupem ke všem druhům práce i odměně za tuto práci,
- rozvíjet opatření na udržování pracovní schopnosti pracovníků blízkých se seniorskému věku a seniorů, vytvářet na pracovištích vhodné pracovní podmínky pro jejich uplatnění a systémový přístup v péči o stárnoucí pracovníky a seniory,
- popularizovat a podporovat dobrovolnou práci seniorů na místech, kde lze uplatnit jejich zájmy, dovednosti a schopnosti,
- zapojovat seniory do oblastí poradenské, lektorské, odborné, vzdělávací atp., a využívat tak jejich celoživotních zkušeností a znalostí,
- vytvořit příznivější podmínky pro setrvání starších pracovníků v zaměstnání a pro jejich přijímání do zaměstnání,
- prostřednictvím úřadu práce zajistit rekvalifikaci pro starší osoby,
- rozvíjet systém celoživotního vzdělávání k udržení nebo znovunalezení pracovního uplatnění.

• **Zdravotní péče a kvalita života**

Stárnutí je charakteristické tím, že s přibývajícimi léty přibývají i zdravotní problémy. Člověk je tak nucen stále častěji vyhledávat lékařskou pomoc, záleží však na závažnosti problémů. Řešení mohou nabídnout ambulantní lékaři, v těžších případech to mohou být léčebny pro dlouhodobě nemocné, hospice. Kvalita života pacientů tak závisí na kvalitě poskytované péče a na úspěšnosti léčby. Jak jsem se zmiňovala v předchozích kapitolách, úroveň zdravotní péče se za posledních pár let velmi zvýšila. Je to dáno nejenom pokroky v medicínské oblasti, ale také nahlížením na pacienta, jako na individuální bytost se svými specifickými potřebami. Úkolem v této oblasti je zároveň podporovat programy prevence a péče o zdraví.

Program vlády ČR navrhuje v oblasti zdravotní péče tato opatření:

- poskytovat flexibilní služby v komunitě, klást důraz na význam péče v domácím prostředí, zlepšovat koordinaci zdravotní péče a sociálních služeb,
- posílit úlohu rehabilitace na úrovni komunity a v domácím prostředí, umožnit a zajistit nácvik používání rehabilitačních a kompenzačních pomůcek,
- podporovat vznik standardů zdravotní péče o seniory a zdravotních programů pro seniory,
- rozvíjet systémy zdravotní péče, zvyšovat účinnost a účelnost zdravotní péče o seniory,
- vytvořit podmínky pro multidisciplinární přístup k hodnocení potřeb pacienta seniora na komunitní úrovni,
- podporovat rozvoj integrované domácí péče.

• Sociální služby a kvalita života

Význam sociálních služeb v poslední době nesmírně vzrostla. Rozšířila se jednak síť nabízených služeb a můžeme říci, že i jejich kvalita. Především se jedná o sociální služby terénního charakteru. Jejich hlavní význam spočívá v prodlužování doby setrvání seniorů v jejich přirozeném domácím prostředí, což má pro seniory velký význam. Změna prostředí z vlastního domova do ústavu bývá většinou vnímána negativně. Tím, že má člověk možnost pobývat v rodinném prostředí, udržuje si tak svoji soběstačnost, nezávislost, fyzickou a psychickou aktivitu, necítí se izolován, ale má pocit, že někam patří. Může vést vcelku samostatný život, což jistě přispívá k větší spokojenosti a kvalitě života.

Někteří lidé však v prostředí vlastního domova žít nemohou nebo nechtějí. Velkou roli pro začlenění obyvatele v ústavu má způsob přijetí, zajištění soukromí a vytvoření intimity domova v co možná maximální míře. Podmínkou pro spokojený život obyvatelů sociálních ústavů je podpora duševní činnosti spojená s aktivizací, zapojením se do rozhodování, mít možnost volby a výběru z nabídky veřejných služeb. Cílem každého poskytovatele ústavní péče by měla být nabídka komplexních služeb, které jsou poskytovány dle aktuálních individuálních potřeb a které slouží k podpoře integrace, předcházení izolovanosti a samoty.

Cílem společnosti je tedy vytvořit systém komplexních služeb, dotýkající se všech sfér života a respektující práva a individuální potřeby seniorů, které jim umožní setrvat v přirozeném domácím prostředí co nejdéle. Dále podpoří jejich nezávislost a důstojné prožití této fáze života.

Program vlády ČR navrhuje v oblasti sociálních služeb tato opatření:

- poskytovat odborné poradenství seniorům o službách sociální péče,
- zaměřit pozornost sociálních pracovníků na vyhledávání seniorů v nepříznivé zdravotní a sociální situaci,

- rozšiřovat spektrum sociálních služeb a jejich dostupnost místní, časovou i ekonomickou,
- vytvořit podmínky pro důstojný a aktivní život obyvatel rezidenčních zařízení pro seniory,
- zajistit dostupnost rezidenčních služeb pro seniory, zejména dostatečným počtem míst a zkracováním čekací doby,
- zajistit kvalitní péči a důstojné podmínky ve všech typech sociálního zařízení zaměřených na péči o seniory,
- prosazovat rozvoj sociálních služeb, které pomáhají udržet seniorům jejich dosavadní způsob života v domácím prostředí,
- zajistit dostatečnou kvalifikaci sociálních pracovníků.

- **Vzdělávání a kvalita života**

Význam celoživotního vzdělávání se v posledních letech stává velkým trendem. Proces vzdělávání má pro starší populaci hned několik významů. Nejenom, že rozšiřuje vědomostní obzory jedince, ale zároveň přispívá k pocitu důstojnosti a životního uspokojení. Člověk se začleňuje do společnosti, udržuje své fyzické i duševní zdraví, posiluje nezávislost, zvyšuje svou kvalifikaci a možnost uplatnění na trhu práce. Aktivní vzdělávání pomáhá při zvládání životních úkolů v průběhu života, při orientaci v tom, jak uspořádat svůj vlastní život a posilovat své duševní zdraví a spokojenost. Podle Livečky (1982, in: Mühlpachr, 2001, s. 28) plní vzdělávání v postproduktivním věku tyto funkce: preventivní, anticipační, rehabilitační, posilovací. Preventivní funkce spočívá v pozitivním ovlivňování průběhu stárnutí a stáří. Anticipační funkce přispívá k dobré připravenosti na změny ve stylu života, což především souvisí s odchodem do důchodu. Rehabilitační funkce souvisí se znovuobnovováním a udržováním fyzických a duševních sil a s přípravou činností pro další etapy života jedince. Velký význam má funkce posilovací, která přispívá k rozvoji zájmů, potřeb a schopností lidí v postproduktivním věku, k podpoře jejich aktivity a ke kultivaci jejich zájmů a potřeb.

Mezi vzdělávací formy patří Lidové univerzity, Kluby aktivního stáří, Akademie třetího věku a Univerzity třetího věku (U3V).

Program vlády ČR navrhuje v oblasti vzdělávání tato opatření:

- prosazovat realizaci koncepce celoživotního vzdělávání podle „Národního programu rozvoje vzdělávání“, „Dlouhodobého záměru rozvoje vzdělávání“ a v rámci „Memoranda k celoživotnímu učení“, připravit „Koncepci celoživotního učení“, podporovat rozvojové programy celoživotního vzdělávání,
- podporovat zřizování Univerzit třetího věku (U3V) a zároveň rozšiřovat jejich vzdělávací programy,
- podporovat vznik „Akademií třetího věku“ na celostátní, regionální i lokální úrovni,
- podporovat zřizování „Center vzdělávání“ a umožnit seniorům přístup do center,

- podílet se na zapojování ČR do evropských a světových struktur, zabývajících se vzděláváním seniorů (AIUTA, LiLL, EFOS, EURAG),
- vytvářet výukové, informační a rekvalifikační programy pro seniory,
- zvyšovat informovanost seniorů o možnostech a formách vzdělávání.

- **Společenské aktivity a kvalita života**

Správný postoj společnosti k seniorům můžeme hodnotit také z toho, do jaké míry jim umožňuje zapojovat se do společenského života. Tím se podporuje nejenom jejich aktivita, ale i správný postoj společnosti ke stárnutí a stáří, ke vzájemnému respektu a solidaritě generací. Staří lidé, kteří za svůj život získali spoustu zkušeností, mohou v nemalé míře přispět k rozvoji společnosti. Mohou se podílet například na vytváření různých programů a projektů. Příkladem jsou Rady seniorů, které se mohou stát poradním orgánem Rady města, kde se spolupodílí na řešení otázek v různých oblastech společenského života. Dalšími organizacemi jsou Spolky seniorů, Seniorcentra, Občanské sdružení Senior, Kluby seniorů, které jsou místem zájmové a vzdělávací aktivity. Nabízí se zde různé pěvecké a taneční kroužky, kroužky vaření, paličkování, kondiční cvičení, jóga. Organizují se přednášky, jazykové kurzy, literární odpoledne, kurzy počítačové gramotnosti, aktivizační programy na trénink paměti, sezónní společenské programy, poradenství. Důležitá je pro seniory informovanost o těchto aktivitách, ale také jejich zájem využít těchto možností k smysluplnému prožití volného času, což jistě přispěje ke zkvalitnění jejich života.

Program vlády ČR navrhuje v oblasti společenských aktivit tato opatření:

- podporovat zapojení seniorů do globálních programů na všech úrovních a ve všech oblastech života,
- vytvářet a podporovat činnost komunitních seniorských center,
- vytvářet podmínky pro usnadnění společenského začlenění stárnoucích pracovníků a seniorů využíváním moderních technologií,
- podporovat zájmové, kulturní a neprofesionální umělecké aktivity seniorů,
- podporovat optimální vytváření podmínek pro rozvoj a rozšiřování aktivizačních, informačních a vzdělávacích programů pro seniory v masmédiích,
- provést aktualizaci programu „Kulturní politika“ a rozšířit ho o oblast naplňování potřeb seniorů.

- **Etické principy a kvalita života**

Člověk se od narození stává členem společnosti, postupně do ní vrůstá, přijímá její hodnoty a normy, osvojuje si určité zvyky, zásady, způsoby chování a postoje, které jsou v dané společnosti nutné a správné. Úkolem každé společnosti je pak uplatňovat a prosazovat etické principy a to vůči všem generacím bez ohledu na věk, pohlaví, sociální postavení atp. Mezi hlavní etické principy patří respekt k jedinečnosti člověka

při současném uznání vzájemné rovnosti lidí, respekt k důstojnosti a nezávislosti osobnosti, k právu na sebeurčení, k právu na soukromí a vlastní volbu.

Cílem společnosti je vytvořit podmínky pro rovnoprávný a aktivní život seniorů, odstraňovat příčiny omezování základních práv a svobod z důvodu věku a sociálního postavení. Dále potírat diskriminaci a sociální vyloučení seniorů, posilovat mezigenerační solidaritu, soběstačnost, uznat přínos seniorů rodině a společnosti a podporovat postoje porozumění, tolerance a solidarity. Míra uplatňování těchto principů pak odráží úroveň kvality života seniorů.

Program vlády ČR navrhuje v oblasti uplatňování etických principů tato opatření:

- vyhledávat a odstraňovat příčiny omezování základních práv a svobod z důvodu věku a podporovat opatření k ochraně práv a zájmů seniorů,
 - kontrolovat dodržování pracovněprávních předpisů z hlediska dodržování zákazu diskriminace z důvodu věku,
 - podporovat vznik a rozšiřování právních, psychologických, sociálních, zdravotních a jiných odborných materiálů, které bojují proti diskriminaci, sociálnímu vyloučení z důvodu věku, proti omezování práv a svobod seniorů,
 - podporovat výzkum a monitorování takových jevů, jako je zneužívání, týrání, omezování seniorů včetně domácího násilí,
 - podporovat význam mezigenerační solidarity a mezigeneračních vazeb, zdůrazňovat nezastupitelnou roli starších v rodině a v celé společnosti,
 - zařazovat do vzdělávacích programů formálního školského systému informace o stárnutí a přípravě na stáří, pozitivně ovlivňovat stereotypní přístup ke stárnutí a starším lidem,
 - podporovat zapojení mladých lidí do poskytování služeb a péče seniorům a tím podporovat mezigenerační vztahy. (Hrabovská, 2006)
-)

• **Bydlení a kvalita života**

S kvalitou života bezpochyby souvisí i bydlení. Zvláště pro seniory, kteří jsou ve stáří více či méně pohybově omezeni se nároky zvyšují, hlavně co se týká bezbariérových a jiných technických úprav. Vyhovující bydlení oddaluje odchod seniorů do institucionálního zařízení a umožňuje nadále setrvávat ve svém známém domácím prostředí, což přispívá k jejich celkové spokojenosti.

Pokud starý člověk nemůže nadále zůstat ve svém domácím prostředí, ale je schopen vést samostatný život, může zvolit formu tzv. chráněného bydlení v domově-penzionu nebo v domech s pečovatelskou službou. Tady jsou nabízeny sociální služby, které zajišťují základní potřeby klientů těchto domovů.

Cílem společnosti je vytvářet podmínky pro důstojné a přiměřené bydlení seniorů, poskytovat seniorům podporu při přizpůsobení bydlení jejich potřebám,

zlepšovat podmínky bydlení s důrazem na jeho individuální charakter a přispívat tak k prevenci a oddálení institucionalizace.

Vláda ČR navrhuje v oblasti bydlení tato opatření:

- vytvářet podmínky pro důstojné a přiměřené bydlení seniorů,
- realizovat program výstavby podporovaných bytů (byty upravitelné a chráněné),
- rozšířit nabídku obecních nájemních bytů pro osoby, které jsou znevýhodněny v přístupu k bydlení z důvodů finančních, zdravotních, sociálních omezení, věku,
- podporovat vznik multifunkčních objektů pro seniory, pro osoby vyžadující integrovanou péči a osoby se zdravotním postižením,
- koncipovat nové formy podpory přiměřených úprav domácího prostředí a bydlení pro seniory, zejména pro seniory závislé a nesoběstačné,
- koncipovat nové formy podpory pořízení bydlení budoucími seniory.

4. Občanské sdružení Nit' Ariadnina

4.1 Občanské sdružení Nit' Ariadnina

Občanské sdružení Nit' Ariadnina, v němž pracuji, vzniklo v roce 2007 a začalo působit od srpna 2008 v Brně - Žabovřeskách na ulici Fanderlíkova 28. Je nestátním zařízením, které provozuje Centrum komplexních služeb pro rodinu CKS s omezeným finančním tokem s cílem dosáhnout statusu příspěvkové organizace. Je určené pro lidi nacházející se v těžké životní situaci nebo pro lidi, kteří jsou ohroženi sociálním vyloučením (exkluzí). Toto sdružení se zabývá prosazováním rovných příležitostí ve společnosti a na trhu práce. Poskytuje sociální poradnu, péči o děti, péči o rodinu, úklidové a pomocné práce v domácnosti, služby pro zdraví. Hlavním pilířem činnosti sdružení je péče o seniory.

Sdružení poskytuje od září 2008 klientům v zařízení celodenní péče ubytování a stravu prostřednictvím týmu pracovníků, kteří se snaží vytvořit domácí prostředí a co nejvíce vyhovět požadavkům klientů. Je zde kladen velký důraz na zachování lidské důstojnosti a snahu o důslednou rehabilitaci, jejímž cílem je zlepšení fyzického i psychického stavu klienta.

Na konci října v roce 2009 jsme se přestěhovali na nové působiště v Brně na ulici Kabátníkovu 18. Během naší činnosti se navýšil počet klientů i zaměstnanců. Původně jsme měli 12 míst pro klienty a od ledna 2010 již bylo 20 míst určeno na ubytování klientů. Zaměstnanců bylo od začátku poskytování služeb 6 a nyní je jich 9. V roce 2011 se nám vyskytl problém, neboť jsme měli další zájemce o ubytování, ale už jsme neměli volná lůžka. Jelikož dvacet lůžek pro klienty bylo málo, byla od 1. dubna 2011 otevřena pobočka zařízení nedaleko Brna v Rebešovicích. Tato pobočka s kapacitou 20 lidí je umístěna v pěkném domku se zahradou. Postupně se hlásili další zájemci a také po zrušení Léčebny dlouhodobě nemocných v Bílovicích nad Svitavou k nám přišlo hodně klientů. Já pracuji v této organizaci od září 2008 na pozici zdravotní sestry a v době, když bylo málo personálu, tak i na pozici pečovatelky – pracovníka

v sociálních službách. Během těchto let jsem získala mnoho zkušeností. Od 8. 8. 2011 jsem přešla do Rebešovic a zde fungovala na pozici vrchní zdravotní sestry, byla jsem pověřena i některými úkoly vedoucí. V prosinci vznikla třetí pobočka v Doubravici nad Svitavou. V posledních měsících jsem pracovala opět v zařízení na ulici Kabátníkově.

4.2 Ergoterapie

Naše organizace nabízí pomoc rodinám při nelehkém rozhodování, když v nemocnici či v LDN skončí pobyt rodinného příslušníka v seniorském věku a jeho nynější zdravotní stav neumožňuje návrat do domácího prostředí. Bohužel město Brno nemá dostatečně vyřešený dostatek míst v domovech pro seniory, a tudíž jsou dlouhé čekací lhůty na místo v takovém domově. Z mnoha rozhovorů s rodinnými příslušníky vím o desetiletém čekání na takovéto místo v jednom z nejnovějších domovů. Naše zařízení vlastně funguje jako mezistupeň mezi nemocniční léčbou a návratem člověka do jeho domácího prostředí, pokud to okolnosti zdravotní a sociální dovolí.

Nyní se pobyt některých novějších uživatelů zaměřil z mnoha důvodů na dlouhodobý pobyt, ale už se nám povedlo vrátit nejméně 10 lidí do normálního života s jejich vlastní rodinou. Hlavním důvodem našich úspěchů v postupném zlepšování zdravotního stavu je snaha o vytvoření běžného denního řádu. Tento řád je vlastně určitý denní program, kdy ráno se postupně s pomocí pečujícího personálu klientu umyjí, obléknou a jdou se nasnídat do jídelny. Těm, kterým to jejich zdravotní stav neumožňuje, provede ranní hygienu pečující personál a pomůže jim s přesunem na invalidní vozík, se kterým odjede do jídelny. Další činností v programu je zaměstnání s ergoterapeutem, který si vždy vypracuje určitý program toho, co bude právě v ten den s uživateli konat. Snaží se s každým, kdo se pohybuje pomocí chodítka nebo jiné zdravotnické pomůcky, se pravidelně projít a postupně se tato pravidelnost projeví ve zlepšení zdravotního stavu. Další z činností je cvičení s protažením horních a dolních končetin a také vlastnoruční vyrábění výzdoby k aktuálnímu ročnímu období. Oblíbenou činností je také předčítání knížek, luštění křížovek nebo různé společenské hry. Pokud je příznivé počasí, jde se s klienty ven. Pak následuje oběd a po obědě přichází zasloužený odpočinek v lůžku nebo třeba u televize či knížky. Pak se podává káva a sleduje se televize a v této době také nejčastěji přichází návštěvy. Kolem půl šesté se podává večeře a pak dle svého přání klient dál sleduje televizi nebo se mu pomůže s uložením na lůžko.

Pokud jde o práci s klienty, snažíme se jim poskytnout kvalitní ubytování, dobrou stravu, rehabilitaci, snažíme se je vrátit do života. Klienti jsou často po pobytu v nemocnicích a léčebnách nejen nesoběstační, ale často i pasivní, bez zájmu a vůle k životu. Pomocí naší péče mnohdy změní své postoje, snaží se o zlepšení svého zdravotního stavu, někteří nechodící se znovu naučí chodit. Klienti mají zájem o různé činnosti, jimiž znovunabývají již zapomenuté dovednosti. Přípravují se na různé svátky,

společně pekli vánoční cukroví. Velký úspěch měla nadílka na Mikuláše i předvánoční večírek uspořádaný mimo naše zařízení.

Veškerou činnost by nám usnadnilo, kdybychom již měli registraci jako poskytovatel sociálních služeb. Měli bychom lepší přístup ke zdrojům, příspěvkům a dotacím, což bychom velmi uvítali. Celou naší činností se proto snažíme vytvořit v uvedených zařízeních podmínky, abychom získali oprávnění k poskytování sociálních služeb dle zákona o sociálních službách. Já pracuji nyní v takové pracovní pozici, že mým úkolem je podílet se na vypracovávání standardů pro naše zařízení. Ty budou podkladem pro to, abychom mohli požádat o registraci a stát se po jejím získání poskytovatelem sociálních služeb ve smyslu zákona č.108/2006 Sb, o sociálních službách. Tento zákon se pokusím přiblížit.

4.3 Standardy kvality sociálních služeb

Již od 80. let minulého století jsou odbornou praxí podporovány klíčové změny v institucionální péči, které reagují na objektivní potřeby současné společnosti a zohledňují proces sociálního začleňování jako základní myšlenky moderní sociální politiky. Na základě usnesení ze dne 21. února 2007 byl vládou ČR pod č. 127 přijat materiál „Konceptce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“, jehož hlavním cílem je podpořit a usnadnit cestu poskytovatelům i zřizovatelům pobytových služeb v přirozeném procesu humanizace sociálních služeb. Materiál reaguje na vývoj v oblasti sociálních služeb a je jedním z nástrojů implementace zákona o sociálních službách. Podporuje poskytovatele a zřizovatele sociálních služeb v zajištění dostupné péče a podpory osobám v nepříznivé sociální situaci takovou formou, která v co nejvyšší míře odpovídá životu jejich vrstevníků v přirozeném prostředí běžné společnosti a vytváří podmínky pro posílení efektivní sítě sociálních služeb. Za hlavní body materiálu lze označit zejména:

- podporu procesu zkvalitňování životních podmínek obyvatelů stávajících pobytových zařízení sociální péče,
- podporu poskytovatelů sociálních služeb, jejich zaměstnanců a dalších subjektů při změnách v institucionální péči a to zejména v poskytování sociálních služeb v souladu s individuálními potřebami uživatelů,
- podporu naplňování lidských práv uživatelů pobytových sociálních služeb a jejich práva na plnohodnotný život srovnatelný s vrstevníky, žijícími v přirozeném prostředí,
- vytvoření systému spolupráce mezi všemi aktéry procesu transformace institucionální péče,
- zvýšení informovanosti o procesu změn v institucionální péči pro osoby se zdravotním postižením a seniory.

Materiál je vypracován v souladu se strategickými materiály z oblasti sociálních služeb v České republice tj. Národním akčním plánem sociálního začleňování na léta 2004 – 2006, Bílou knihou v sociálních službách a zejména zákonem č. 108/2006 Sb.,

o sociálních službách. Je vytvořen v souladu s českým právním řádem, a to zejména s Listinou základních práv a svobod a je také v souladu s cíli Lisabonské strategie a Národním rozvojovým plánem. (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011) Smyslem zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je zabezpečení sociální péče všem osobám, které ji nezbytně potřebují a také náprava deformovaných právních vztahů mezi státem a poskytovateli sociálních služeb a hlavně jejich uživateli.

Základní zásady zákona jsou v § 2:

- Bezplatné sociální poradenství pro každého,
- Zachování lidské důstojnosti a respekt k lidským a občanským právům a oprávněným zájmům,
- Individuální přístup,
- Aktivizace k samostatnosti,
- Podpora při zakotvení v přirozeném sociálním prostředí,
- Rovnoprávnost,
- Dobrovolnost.

K naplnění záměrů zákona přispívají nové instituty:

1. příspěvek na péči,
2. registrace poskytovatele sociálních služeb,
3. fyzické osoby jako poskytovatelé sociálních služeb,
4. smlouva o poskytování sociálních služeb,
5. standardy kvality sociálních služeb,
6. inspekce poskytování sociálních služeb (§ 97 zákona o sociálních službách).

5. Měření kvality života seniorů

5.1. Cíl průzkumu, formulace hypotéz, výzkumné techniky

Cílem této výzkumné části je zjistit úroveň kvality života starých lidí žijících v zařízení Centra Komplexních služeb na ulici Kabátníkova 18 v Brně a porovnat jejich kvalitu života se starými lidmi, kteří žijí ve svém domácím prostředí nebo v domovech-penzionech. Dále bylo cílem porovnat výsledky v oblastech života, kde respondenti označovali míru důležitosti a míru spokojenosti u jednotlivých položek. Pomocí Zannottiho dotazníku porovnáme kvalitu a otázky důležitosti.

Dotazník SQUALA

Dotazník SQUALA byl vytvořen v roce 1992 M. Zannottim. Je to sebesposuzovací dotazník, který vychází z Maslowovy třístupňové teorie potřeb. V roce 1995-1996 byl standardizován na naší populaci jako česká verze QOL SQUALA-CZ.

Obsahuje 23 oblastí života, které reflektují vnější i vnitřní realitu každodenního života. Velkou výhodou tohoto dotazníku je jeho subjektivnost, neboť zjišťuje spokojenost respondenta s ohledem na důležitost, kterou přikládá jednotlivým oblastem. Spokojenost je v každé z těchto oblastí hodnocena na pětibodové škále (0 = velmi zklamán až 4 = zcela spokojen) a subjektivní důležitost na stupnici 0 až 4 (0 = bezvýznamné až 4 = nezbytné). Úroveň kvality života jsme tak posuzovali z hodnot spokojenosti a důležitosti v jednotlivých oblastech.

5.2 Stanovení hypotéz

Pro náš výzkum jsme si stanovili následující hypotézy:

H1: Senioři žijící ve svém domácím prostředí jsou spokojenější než ti, co jsou v domovech pro seniory.

H2: Ženy jsou spokojenější než muži.

H3: Mezi seniory, kteří žijí samostatně, a seniory žijícími v domovech pro seniory je velký rozdíl v důležitosti „práce a koníčků ve volném čase“.

5.3 Popis vzorků respondentů

Vzorek č. 1

Výběrový vzorek č. 1 je složen z 20 seniorů žijících v Centru komplexních služeb V Brně na ulici Kabátníkova 18. Centrum provozuje již zmiňované občanské sdružení a poskytuje seniorům veškeré služby, ubytování, stravování, odborný zdravotní

dohled, využívá služeb ergoterapeuta, zajišťuje kadeřnické službu a pedikérku. V tomto zařízení jsem rozdala 20 dotazníků. Nejprve jsem každému po úvodním přivítání vysvětlila, co po něm budu chtít a proč. Byli vděční za to, že si s nimi povídám. Po té ti šikovnější vyplnili dotazník sami. Ti, co mají zdravotní problémy, které jim znemožňují psát, mi postupně odpovídali na pokládané otázky a já jsem zapisovala odpovědi

Výběrový vzorek č. 2 je složen ze seniorů žijících v domě s pečovatelskou službou. V tomto zařízení jsem rozdala 20 dotazníků. Většina seniorů měla o dotazník zájem. Většinou senioři sami dotazník vyplnili, jen u některých jsem zapisovala, to co mi odpověděli.

Výběrový vzorek č. 3 je složen z okruhu rodinných přátel seniorského věku, kteří žijí samostatně ve své domácnosti. Tito přátelé mají mnoho různých zájmů a rádi tráví volný čas v přírodě, a tak jsou stále mladí, i když už patří mezi seniory.

5.4 Výzkumné metody

Výzkumnou metodou mé diplomové práce je dotazníkové šetření. Konkrétně jsem použila typizovaného dotazníku pro subjektivní hodnocení kvality života SQUALA (Zannotti, 1992), který je uveden v příloze č.1 této diplomové práce. Respondenti žijící ve svém domácím prostředí nebo v CKS vyplňovali dotazník samostatně nebo s mou pomocí formou řízeného rozhovoru. Tato forma výzkumné metody se mi jevila nejvýhodnější a nejjednodušší pro pochopení některými z respondentů. S oslovenými seniory byl nejdříve navázán kontakt úvodním rozhovorem a po té vyplněn dotazník. U některých položek bylo nutné respondentům blíže ujasnit jejich význam, aby otázku správně pochopili a mohli ji ohodnotit. Všichni respondenti byli v úvodním rozhovoru seznámeni s účelem výzkumu a opět ujištěni o zachování anonymity.

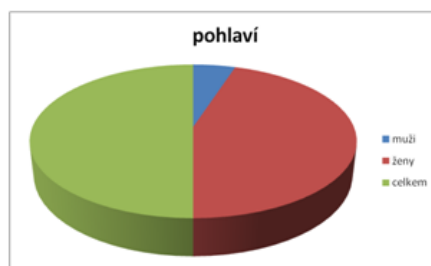
Univariační analýza výsledků

Pro větší přehlednost je vytvořena vždy tabulka a graf. Výsledky jsou zaokrouhlené v procentech a v celých číslech.

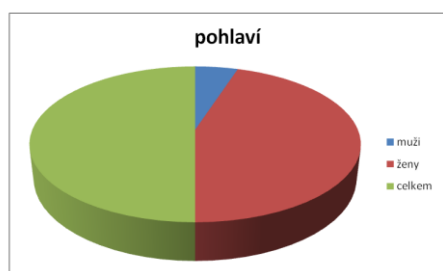
Tabulka č. 1

Brno

	pohlaví	četnost
muži	2	10%
ženy	18	90%
celkem	20	100%



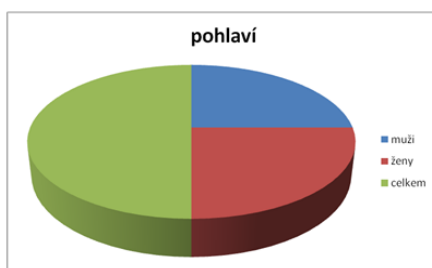
Rebešovice



	pohlaví	četnost
muži	2	10%
ženy	18	90%
celkem	20	100%

Doma

	pohlaví	četnost
muži	10	50%
ženy	10	50%
celkem	20	100%

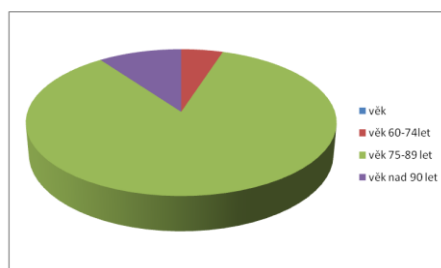


Celkový počet respondentů je 60 (t. j. 100%). Vždy jsem postupovala tak, že jsem zvlášť porovnávala skupinu seniorů žijící v domově v Brně na ulici Kabátníkova. Další skupina byla z domova v Rebešovicích a třetí skupinou respondentů jsou senioři žijící doma. Mám tedy zjištěno, že z 20 klientů ve vzorku 1 je 18 žen (90%) a 2 muži (10%). Z 20 respondentů vzorku 2 je opět 18 žen (90%) a 2 muži (10%). Z třetího vzorku 20 respondentů žijících v domácím prostředí je 10 mužů (50%) a 10 žen.

Tabulka č. 2: věk.

Brno

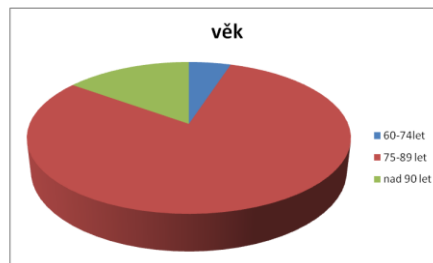
věk		počet	četnost
	60-74let	1	5 %
	75-89 let	17	85 %
	nad 90 let	2	10%



Věkový průměr vzorku č. 1 je 77,25 let. Ve věkové kategorii od 60 – 74 je 1 respondent (5%) a ve věku 75 až 89 je 17 respondentů (85%) a ve věku nad 90 let jsou dva respondenti (10%).

Rebešovice

věk	četnost	četnost	četnost
60-74let		1	1%
75-89 let		16	80%
nad 90 let		3	15%

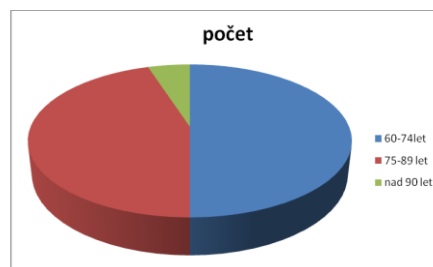


Věkový průměr vzorku č. 2 je 77,30 let. Ve věkové kategorii od 60 do 74 let je 1 respondent (5%) a ve věkové kategorii 75 až 89 let je 16 respondentů (80%) a nad 90 let jsou 3 respondenti (15%).

Věkový průměr je 75,20 let. Respondentů z domácího prostředí ve věku od 60 do 74 let je 10 (50%) a respondentů ve věkové kategorii od 75 do 89 let je 9 (45%). Respondent ve věku nad 90 let je 1 (5%).

Doma

věk		počet	četnost
60-74let		10	50%
75-89 let		9	45%
nad 90 let		1	5%



Tabulka č. 3 bydliště

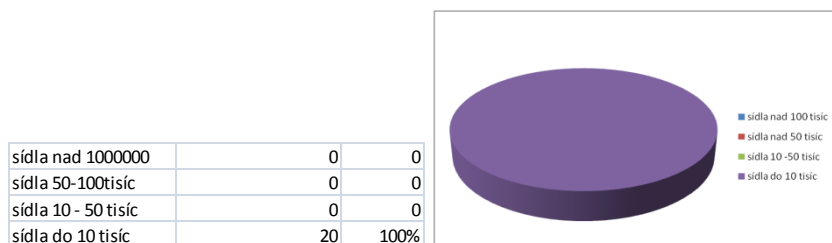
Brno



	velikost bydliště	
sídla nad 1000000	20	100%
sídla 50-100tisíc	0	0
sídla 10 - 50 tisíc	0	0
sídla do 10 tisíc	0	0

Všichni respondenti vzorku č. 1 bydlí ve městě Brně, tedy je zde výsledek 100%, protože žijí v sídle nad 100 tisíc obyvatel.

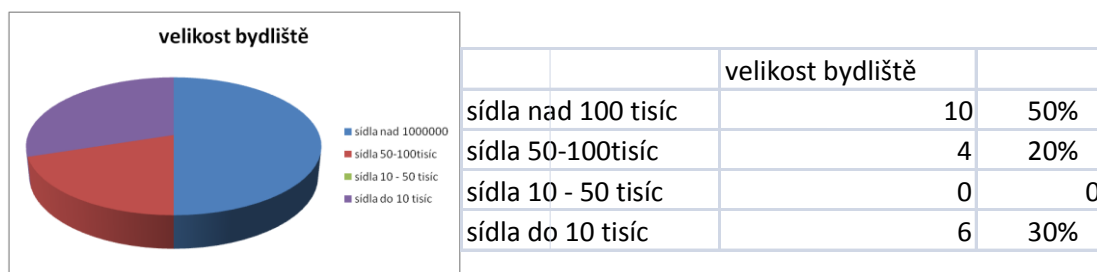
Rebešovice



Všichni respondenti žijí v menší obci tedy v sídle do 10 tisíc obyvatel, výsledek je rovněž 100%.

Doma

Respondenti žijící doma mají různá sídla. V sídle nad 100 tisíc žije 10 (50%) respondentů. V sídle od 50 do 100 tisíc žijí 4 (20%) respondenti, v sídle do 10 tisíc žije 6 (30%) respondentů.



Tabulka č. 4 : ukončené vzdělání

Brno

neukončené základní	2	10%
základní	2	10%
střední bez maturity	6	30%
střední smaturitou	7	35%
vysokoškolské	3	15%



Z respondentů vzorku 1 mají neukončené základní vzdělání 2 (10 %), základní vzdělání 2 (10%), střední vzdělání bez maturity 6 (30%), střední vzdělání s maturitou 7 (35%) vysokoškolské 3 (15%) z 20 respondentů.

Rebešovice



	vzdělání	
neukončené základní	2	10%
základní	3	15%
střední bez maturity	5	40%
střední smaturitou	8	45%
vysokoškolské	2	10%

Z respondentů vzorku 2 jsou 2, to je 10%, s neukončeným základním vzděláním, 15% se základním vzděláním, 40% dosáhlo středního vzdělání bez maturity. Střední vzdělání s maturitou má 45%, vysokoškolského vzdělání dosáhlo 10%.

Doma



neukončené základní	0	0%
základní	0	0%
střední bez maturity	2	10%
střední smaturitou	10	50%
vysokoškolské	8	45%

V domácím prostředí žije 20 respondentů, neukončené základní vzdělání a pouze základní vzdělání nemá nikdo. Střední vzdělání bez maturity mají 2 (10%) Střední vzdělání s maturitou má 10 (50%), vysokoškolského vzdělání dosáhlo 8 (45%) všech respondentů.

Tabulka č. 5: zaměstnání

Brno

	zaměstnání
soukromník	0
zaměstnavatel	0
pracující	0
studující	0
mateřská dovolená	0
v domácnosti	0
důchodce neprac.	20
invalid. Důchodce	0
nezaměstnaný	0
hledající práci	0
voják základní služby	0
jiné	0



Všichni respondenti vzorku č. 1 jsou důchodci a výsledkem je 20 (100%).

Respondenti vzorku č. 2 jsou rovněž všichni důchodci a výsledek je tedy shodný s počtem 20 (100%).

Rebešovice

	zaměstnání
soukromník	0
zaměstnavatel	0
pracující	0
studující	0
mateřská dovolená	0
v domácnosti	0
důchodce neprac.	20
invalid. Důchodce	0
nezaměstnaný	0
hledající práci	0
voják základní služby	0
jiné	0



Doma

Respondenti v domácím prostředí jsou 2 soukromníci (10%), zaměstnavatelé 2 (10%), pracující 2 (10%) a hlavní část 12 (60%) jsou důchodci a 2 (10%) jsou invalidní důchodci.

	zaměstnání	
soukromník	2	10%
zaměstnavatel	2	10%
pracující	2	10%
studující	0	0%
mateřská dovolená	0	0%
v domácnosti	0	0%
důchodce neprac.	12	60%
invalid. Důchodce	2	10%
nezaměstnaný	0	0%
hledající práci	0	0%
voják základní služby	0	0%
jiné	0	0%



Tabulka č. 6 : hmotné zabezpečení

Brno

	hmotné zabezpečení	
výrazně podprůměrné	10	50%
mírně podprůměrné	5	25%
průměrné	5	25%
nadprůměrné	0	0%
mírně nadprůměrné	0	0%
výrazně nadprůměrné	0	0%



Respondenti ze vzorku č. 1 odpověděli na hmotné zabezpečení takto: výrazně podprůměrné zabezpečení u 10 (50%), mírně podprůměrné zabezpečení 5 (25%) a 5 (25%) průměrné hmotné zabezpečení.

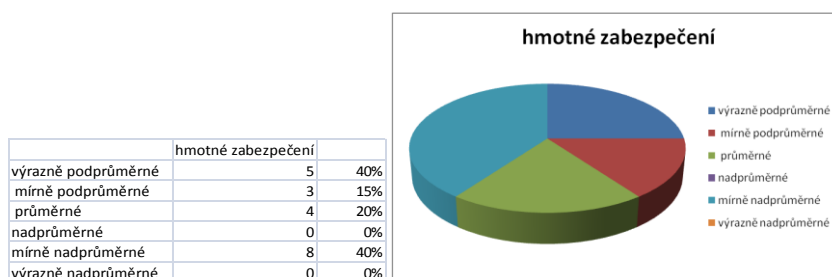
+Rebešovice



Respondenti ze vzorku č. 2 se vyjádřili na otázku svého hmotného zabezpečení, tak že u 9 (45%) je výrazně podprůměrné, u 4 (20%) mírně podprůměrné a u 5 (25%) průměrné a u 2 (10%) nadprůměrné.

Doma

U respondentů v domácím prostředí jsou největší rozdíly. Ve zkoumané oblasti hmotného zabezpečení odpovědělo 5 (40%), že jejich hmotné zabezpečení je výrazně podprůměrné. Tři respondenti (15%) odpověděli, že je mírně podprůměrné a 4 (20%) průměrné. Dále 8 respondentů (40%) odpovědělo, že jejich hmotné zabezpečení je mírně nadprůměrné.



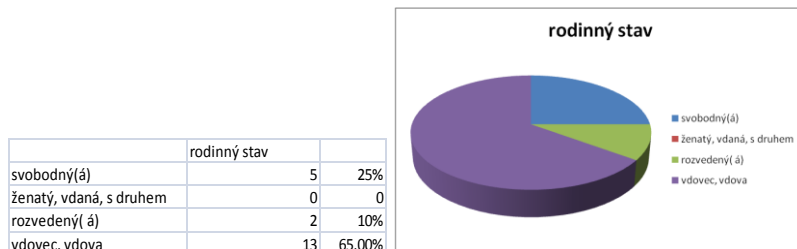
Tabulka č. 7 – rodinný stav

Brno



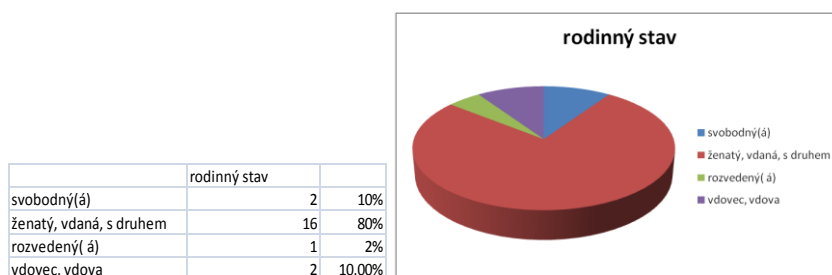
Respondenti odpověděli na otázku rodinného stavu v tomto pořadí. 13 respondentů je vdovec nebo vdova (65%), 4 odpověděli, že jsou svobodný nebo svobodná (20%). Tři respondenti jsou rozvedený nebo rozvedená (15%).

Rebešovice



Respondenti vzorku č. 2 odpověděli na otázku rodinného stavu takto, vdovec a vdova 13 (65%) a svobodný nebo svobodná odpovědělo 5 (20%), rozvedený nebo rozvedená odpověděli 2 (10%) respondentů.

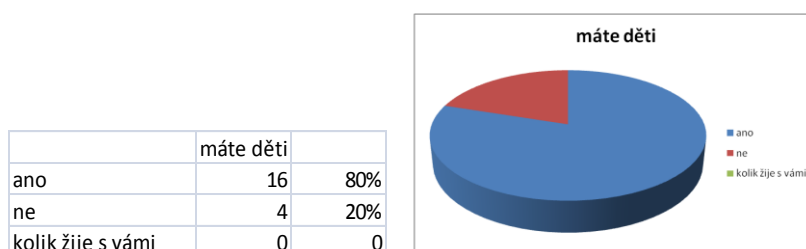
Doma



Respondenti z rodinného prostředí z velké části 16 (80%) jsou ženatý nebo vdané či žijí s druhem. Další dva z respondentů odpověděli vdovec nebo vdova (10%) a 2 udávají, že jsou svobodný nebo svobodná (10%) a 1 je rozvedený nebo rozvedená (2%).

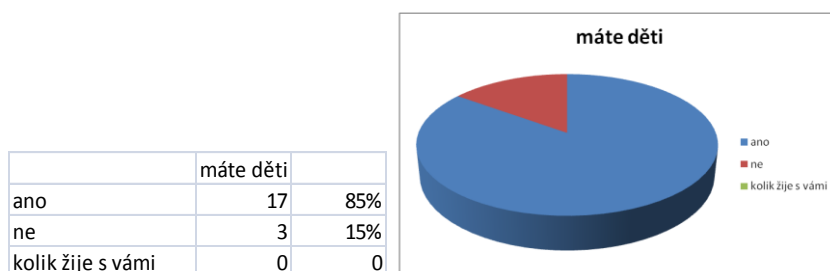
Tabulka č. 8 - máte děti

Brno



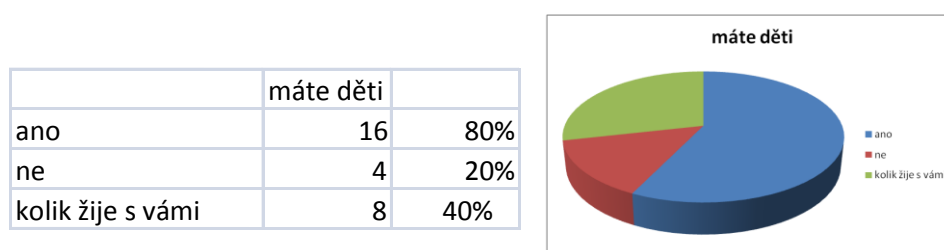
Respondenti ze vzorku č. 1 na otázku, zda mají děti, odpověděli takto: 16 z nich má děti (80%) a 4 odpověděli, že děti nemají (20%). Nyní s nimi děti nežijí.

Rebešovice



Respondenti ze vzorku č. 2 odpověděli na otázku dětí, že 17 dětí má (85%) a 3 děti nemají (15%). Nyní s nimi děti nežijí.

Doma



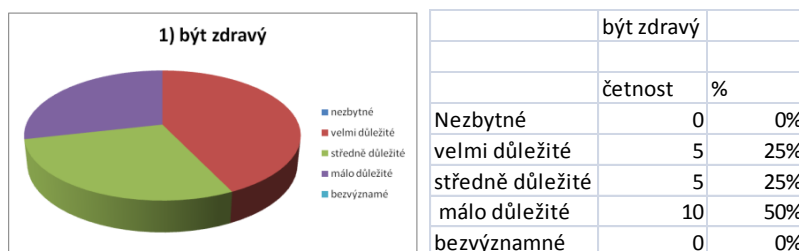
Respondenti žijící v domácím prostředí na otázku dětí udávají, že 16 z nich dětí má (80%) a 4 děti nemají (20%). A ve společné domácnosti s nimi žije 8 respondentů (40%).

Hodnocení důležitosti a spokojenosti

Tabulky a grafy k otázce č. 1

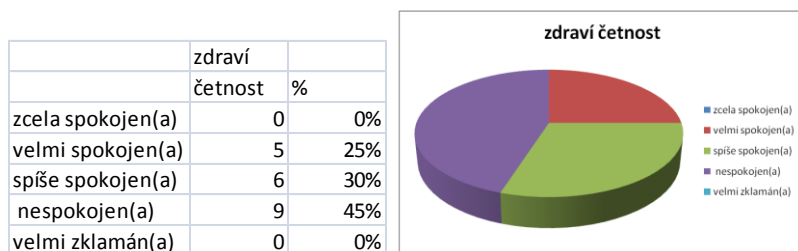
Brno

důležitost



Respondenti ze vzorku č. 1 odpověděli na otázku důležitosti být zdravý tak, že to za velmi důležité považují v 5 případech (25%), za středně důležité to považuje rovněž 5 respondentů (25%) a 10 tázaných respondentů považuje být zdravý za málo důležité (50%).

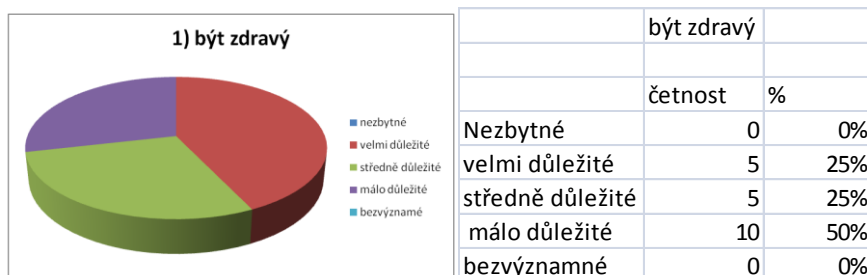
spokojenost



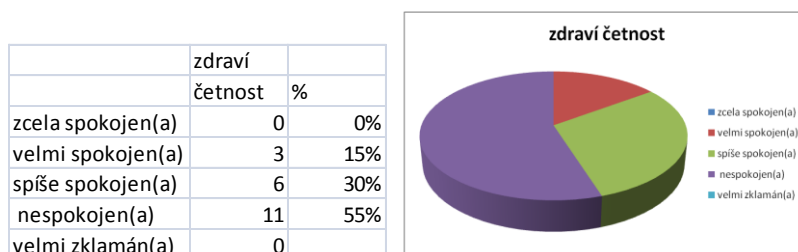
Na otázku spokojenosti respondenti odpověděli tak, že 5 je se svým zdravím velmi spokojeno (25%), 6 řeklo spíše spokojeno (30%) a 9 není se svým zdravím spokojeno (45%).

Rebešovice

důležitost



spokojenost



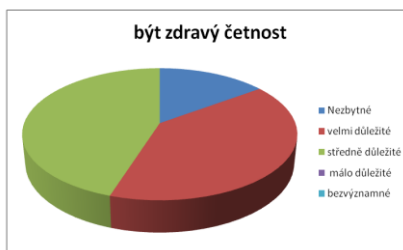
Respondenti vzorku č. 2 na otázku důležitosti odpověděli, že považují za velmi důležité být zdravý v 5 případech (25%), za středně důležité to považuje rovněž 5 respondentů (25%) a 10 tázaných respondentů považuje být zdravý za málo důležité (50%).

V otázce spokojenosti respondenti odpověděli v počtu 3 velmi spokojen (15%), dále 6 z nich odpovědělo spíše spokojen (30%) a u 11 byla odpověď nespokojen (55%).

Doma

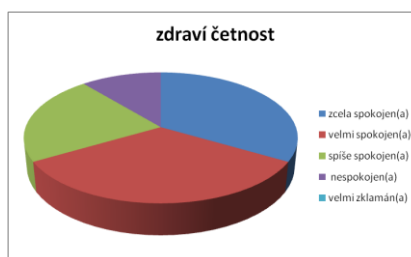
důležitost

	být zdravý	
	četnost	%
Nezbytné	3	15%
velmi důležité	8	40%
středně důležité	9	45%
málo důležité	0	0%
bezvýznamné	0	0%



spokojenost

	zdraví	
	četnost	%
zcela spokojen(a)	6	30%
velmi spokojen(a)	6	30%
spíše spokojen(a)	4	20%
nespokojen(a)	2	10%
velmi zklamán(a)	0	0%



Respondenti z domácího prostředí

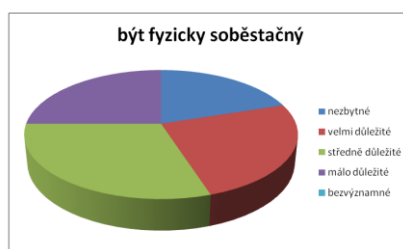
V otázce spokojenosti se svým zdravím je 6 respondentů zcela spokojeno (30%) a 6 respondentů velmi spokojeno (30%), spíše spokojeni jsou 4 (20%) a nespokojeni dva respondenti (10%).

V otázce důležitosti je být zdravý se vyjádřili 3 respondenti tak, že je to nezbytné (15%), za velmi důležité to považuje 8 respondentů (40%) a jako středně důležité hodnotí 9 z nich (45%).

Fyzická soběstačnost

Důležitost Brno

	být fyzicky soběstačný	%
nezbytné	4	20%
velmi důležité	5	25%
středně důležité	6	30%
málo důležité	5	25%
bezvýznamné	0	0%



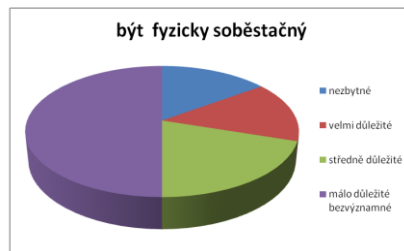
	fyzická soběstačnost	
	četnost	%
zcela spokojen(a)	0	0%
velmi spokojen(a)	4	20%
spíše spokojen(a)	6	30%
nespokojen(a)	10	50%
velmi zklamán(a)	0	0%



Respondenti ze vzorku č. 1 na otázku fyzické soběstačnosti odpověděli v důležitosti být fyzicky soběstačný, že je to nezbytné ve 4 (20%) případech a velmi důležité v 5 (25%) odpovědích. Středně důležité je to v 6 (30%) případech, 5 (25%) respondentů toto považuje za málo důležité.

Se svoji fyzickou soběstačností jsou velmi spokojeni 4 respondenti (20%), spíše spokojeno je 6 respondentů (30%) a nespokojeno je 10 respondentů, což je (50%).

Rebešovice

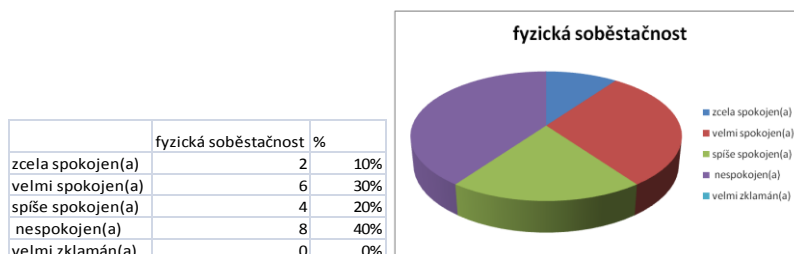


důležitost

	být fyzicky soběstačný	%
nezbytné	3	15%
velmi důležité	3	15%
středně důležité	4	20%
málo důležité bezvýznamné	10	50%

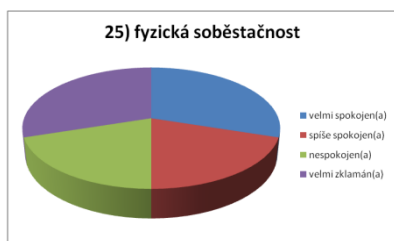
Respondenti ze vzorku č. 2 na otázku důležitosti být fyzicky soběstačný odpověděli, že je to nezbytné v počtu 3 (15%), velmi důležité také 3 (15%), za středně důležité to je považováno ve 4 případech (20%) jako málo důležité se to objevilo v 10 odpovědích (50%).

Spokojenost



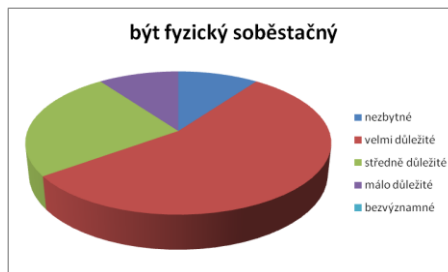
Na otázku spokojenosti odpověděli respondenti takto, 2 jsou zcela spokojeni (10%) 6 jsou velmi spokojených (30%), 4 jsou spíše spokojeni (20%) a v 8 případech jsou nespokojeni (40%).

Doma



zcela spokojen(a)	6	30%
velmi spokoje(a)	4	20%
spíše spokojen(a)	4	20%
nespokojen(a)	6	30%
velmi zklamán(a)	0	0%

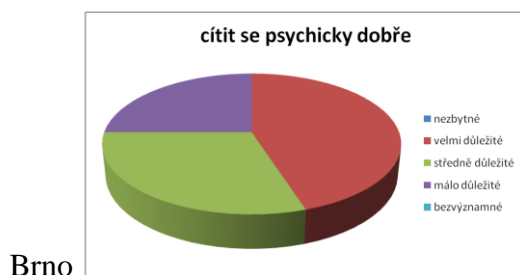
	být fyzický soběstačný %	
nezbytné	2	10%
velmi důležité	11	55%
středně důležité	5	25%
málo důležité	2	10%
bezvýznamné	0	0%



Respondenti z domácího prostředí považují být fyzicky soběstačný za nezbytné ve 2 odpovědích (10%), velmi důležité v 11 případech (55%). Za středně důležité je to považováno u 5 z respondentů (25%), jako málo důležité je to uvedeno ve 2 odpovědích (10%). Respondenti jsou v počtu 6 zcela spokojeni se svoji soběstačností (30%), spíše spokojeni jsou 4 (20%), středně spokojeni 4 (20%) a nespokojeno je 6 respondentů (30%).

Otázka č 3. Cítit se psychicky dobře

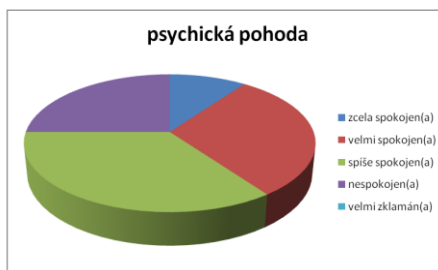
důležitost



	cítit se psychicky dobře %	
nezbytné	0	0%
velmi důležité	9	30%
středně důležité	6	30%
málo důležité	5	25%
bezvýznamné	0	0%

Brno

	psychická pohoda	%
zcela spokojen(a)	2	10%
velmi spokojen(a)	6	30%
spíše spokojen(a)	7	35%
nespokojen(a)	5	25%
velmi zklamán(a)	0	0%

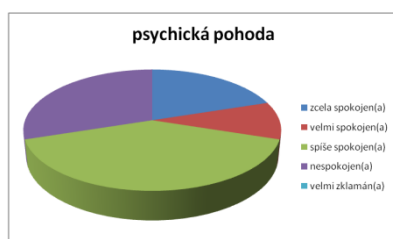
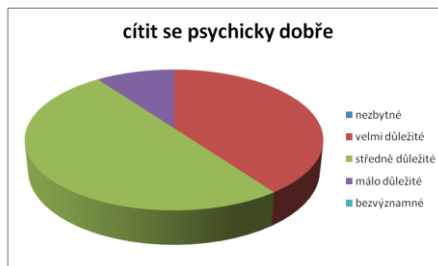


Respondenti ze vzorku č. 1 považují v za velmi důležitou psychickou pohodu v 9 případech (45%), středně důležitá je pro 6 (30%) a velmi důležitá je v 5 případech (25%). V otázce spokojenosti jsou zcela spokojeni 2 respondenti (10%), velmi spokojeno je 6 (30%), spíše spokojeno 7 (35%) a nespokojeno je 5 z nich (25%).

Rebešovice

důležitost

	cítit se psychicky dobře	%
nezbytné	0	0%
velmi důležité	8	40%
středně důležité	10	50%
málo důležité	2	10%
bezvýznamné	0	0%



	psychická pohoda	%
zcela spokojen(a)	4	20%
velmi spokojen(a)	2	10%
spíše spokojen(a)	8	40%
nespokojen(a)	6	30%
velmi zklamán(a)	0	0%

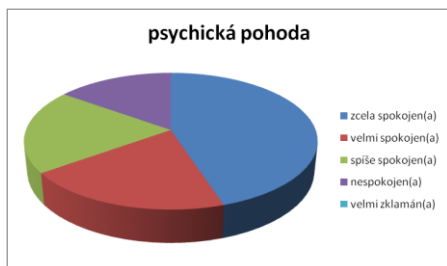
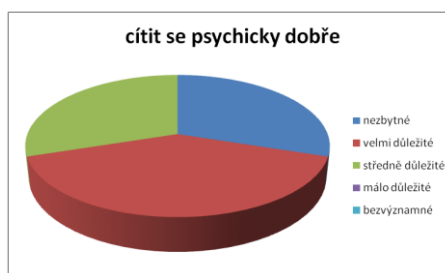
Ve vzorku č. 2 cítit se psychicky dobře považuje za velmi důležité 8 respondentů (40%), středně důležité je to v 10 případech (50%) a ve 2 případech tomu přiřkládají malou důležitost (10%).

Respondenti udávají, že jsou zcela spokojeni se svou psychickou pohodou ve 4 případech (20%), dle 2 odpovědí jsou velmi spokojeni (10%), spíše spokojeni v 8 případech (40%) a v 6 udávají nespokojenost (30%).

Doma

důležitost

	cítit se psychicky dobře	%
nezbytné	6	30%
velmi důležité	8	40%
středně důležité	6	30%
málo důležité	0	0%
bezvýznamné	0	0%



	psychická pohoda	%
zcela spokojen(a)	9	45%
velmi spokojen(a)	4	20%
spíše spokojen(a)	4	20%
nespokojen(a)	3	15%
velmi zklamán(a)	0	0%

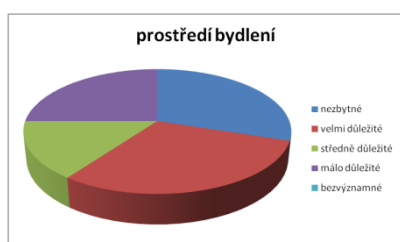
Respondenti z domácího prostředí považují cítit se psychicky dobře za nezbytné v počtu 6 (30%), velmi důležité je to v 8 případech (40%), a za středně důležité jich to považuje 6 (30%).

V otázce spokojenosti s psychickou pohodou odpovědělo, že je zcela spokojeno 9 respondentů (45%), velmi spokojeni jsou 4 (20%), středně spokojeni jsou 4 (20%) a nespokojeni jsou o 3 (15%).

Tabulka č. 4 prostředí bydlení

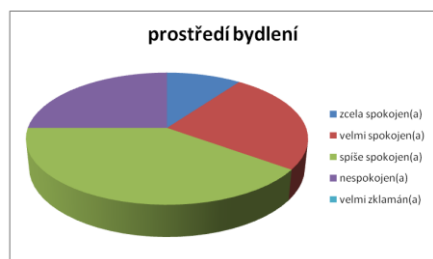
Brno

důležitost



	prostředí bydlení	%
nezbytné	6	30%
velmi důležité	8	40%
středně důležité	6	30%
málo důležité	0	0%
bezvýznamné	0	0%

spokojenost



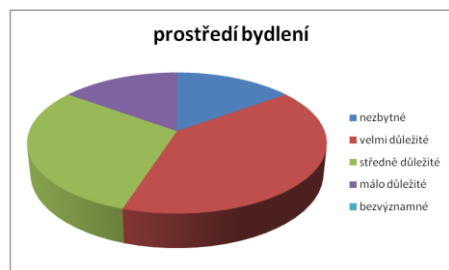
	prostředí bydlení	%
zcela spokojen(a)	2	10%
velmi spokojen(a)	5	25%
spíše spokojen(a)	8	40%
nespokojen(a)	5	25%
velmi zklamán(a)	0	0%

Respondenti ze vzorku č. 1 považují prostředí bydlení za nezbytné v počtu 6 (30%), za velmi důležité rovněž 6 (30%), za středně důležité 3 respondenti (15%) a za málo důležité to považuje 5 z nich (25%).

S prostředím bydlení jsou zcela spokojeni 2 respondenti (10%), velmi spokojeno je 5 (25%), spíše spokojeno 8 (40%), nespokojeno 5 (25%).

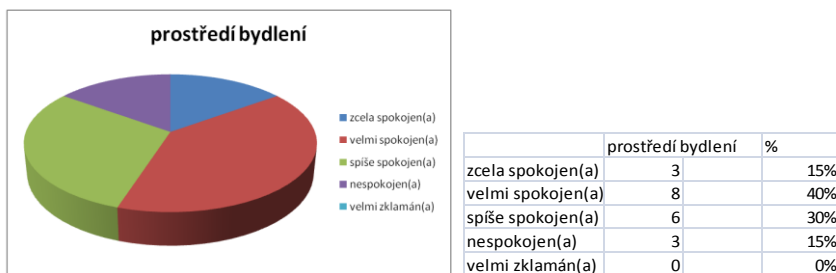
Rebešovice

důležitost



	prostředí bydlení	%
nezbytné	3	15%
velmi důležité	8	40%
středně důležité	6	30%
málo důležité	3	15%
bezvýznamné	0	0%

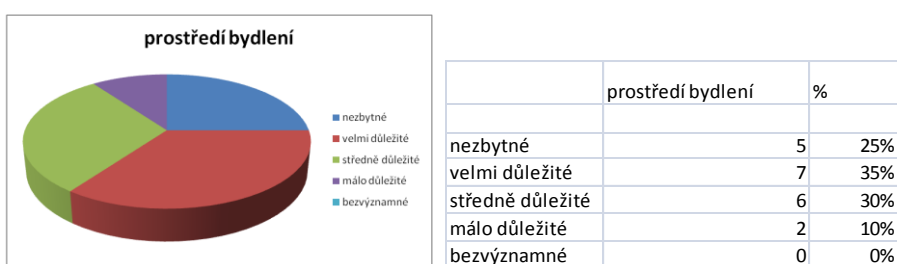
spokojenost



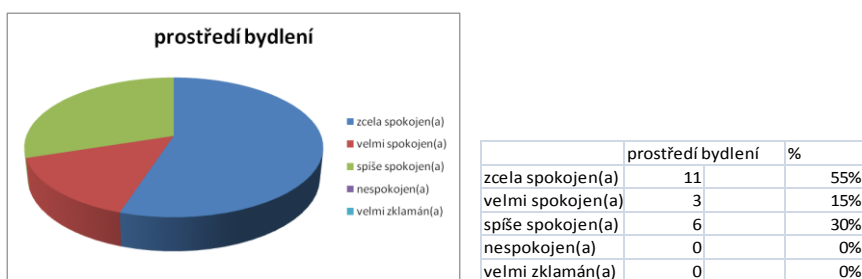
Respondenti ze vzorku č. 2 považují prostředí bydlení za nezbytné v počtu 3 (15%), za velmi důležité je to považováno v 8 případech (40%), jako středně důležité to bylo uvedeno v 6 (30%) a za málo důležité jen ve 3 případech (15%). V otázce spokojenosti jsou zcela spokojeni 3 respondenti (15%), velmi spokojeno je 8 (40%), spíše spokojeno je 6 (30%), nespokojeni jsou 3 (15%).

Doma

důležitost



spokojenost



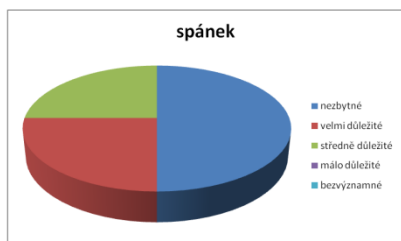
Respondenti z domácího prostředí považují prostředí bydlení za nezbytné v 5 (25%) odpovědích, za velmi důležité to považuje 7 respondentů (30%). Odpověď středně důležité se uvádí v 6 případech (30%) a málo důležité ve 2 případech (10%).

V otázce spokojenosti je 11 z nich zcela spokojeno s prostředím bydlení (55%), velmi spokojeni jsou 3 (15%), spíše spokojeno je 6 (30%).

Tabulka č. 5 spánek

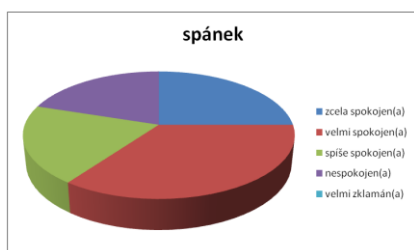
Důležitost

Brno



	spánek	%
nezbytné	10	50%
velmi důležité	5	25%
středně důležité	5	25%
málo důležité	0	0%
bezvýznamné	0	0%

spokojenost



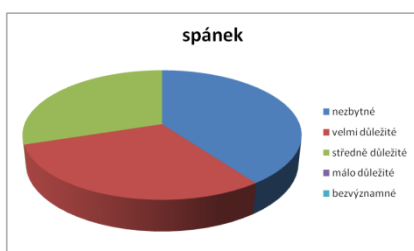
	spánek	%
zcela spokojen(a)	5	25%
velmi spokojen(a)	7	35%
spíše spokojen(a)	4	20%
nespokojen(a)	4	20%
velmi zklamán(a)	0	0%

Respondenti spánek považují za nezbytný v počtu 10 (50%), za velmi důležitý v 5 případech (25%) a jako středně důležitý jej uvádí 5 odpovědí (25%).

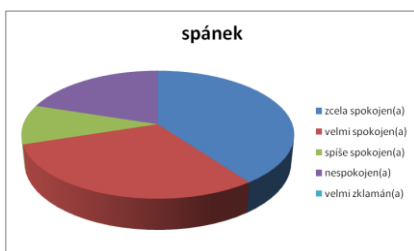
V otázce spokojenosti se spánkem je zcela spokojeno 5 (25%), velmi spokojeno 7 (35%), spíše spokojeni jsou 4 (20%) a nespokojeni jsou rovněž 4 (20%).

Rebešovice

důležitost



	spánek	%
nezbytné	8	40%
velmi důležité	6	30%
středně důležité	6	30%
málo důležité	0	0%
bezvýznamné	0	0%



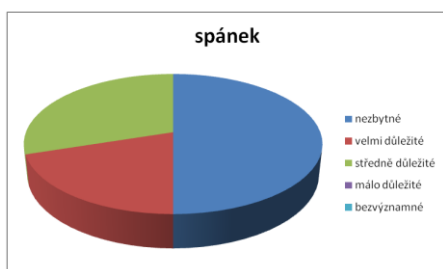
	spánek	%
zcela spokojen(a)	8	40%
velmi spokojen(a)	6	30%
spíše spokojen(a)	2	10%
nespokojen(a)	4	20%
velmi zklamán(a)	0	0%

Respondenti ze vzorku č. 2 považují spánek za nezbytný v počtu 8 (40%), za velmi důležitý 6 (30%) a střední důležitost mu překládají v 6 případech (30%).

Se svým spánkem je zcela spokojeno 8 respondentů (40%), velmi spokojeno 6 (30%), spíše spokojeno 2 (10%) a nespokojenost udávají 4 z nich (20%).

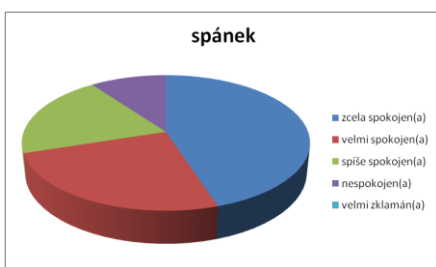
Doma

důležitost



	spánek	%
nezbytné	10	50%
velmi důležité	4	20%
středně důležité	6	30%
málo důležité	0	0%
bezvýznamné	0	0%

spokojenost



	spánek	%
zcela spokojen(a)	9	45%
velmi spokojen(a)	5	25%
spíše spokojen(a)	4	20%
nespokojen(a)	2	10%
velmi zklamán(a)	0	0%

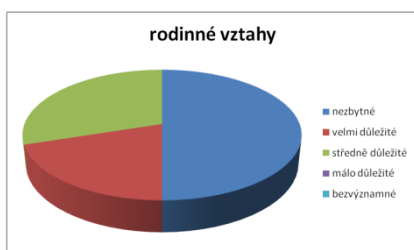
Respondenti z rodinného prostředí považují spánek za nezbytný 10 (50%), za velmi důležitý 6 (30%), za středně důležitý 4 z nich (20%).

Se svým spánkem je zcela spokojeno 9 respondentů (45%), velmi spokojeno 5 (25%), spíše spokojeni 4 (20%) a nespokojeny 2 (10%).

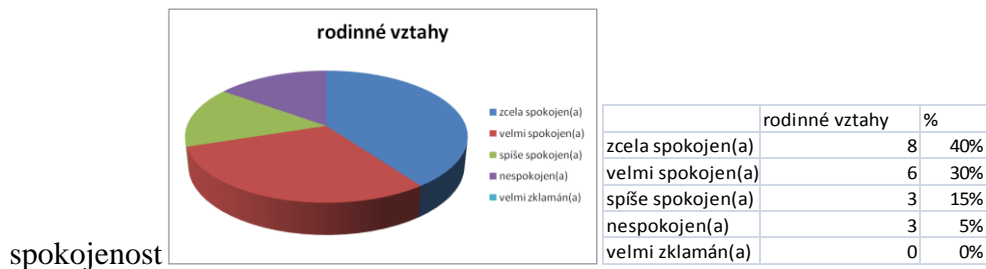
Rodinné vztahy

Brno

důležitost



	rodinné vztahy	%
nezbytné	10	50%
velmi důležité	4	20%
středně důležité	6	30%
málo důležité	0	0%
bezvýznamné	0	0%



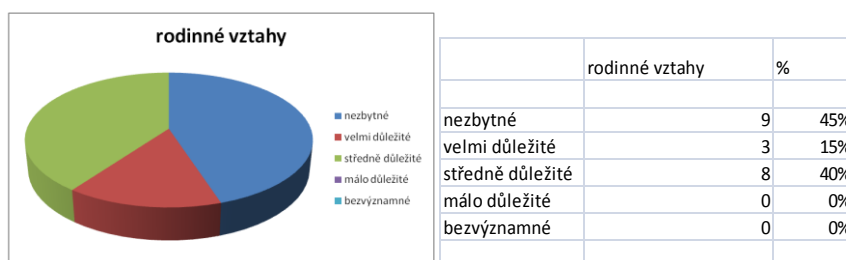
spokojenost

Respondenti vzorku č. 1 považují dobré rodinné vztahy za nezbytné 10 (50%), za velmi důležité 4(20%) a středně důležité 6 (30%).

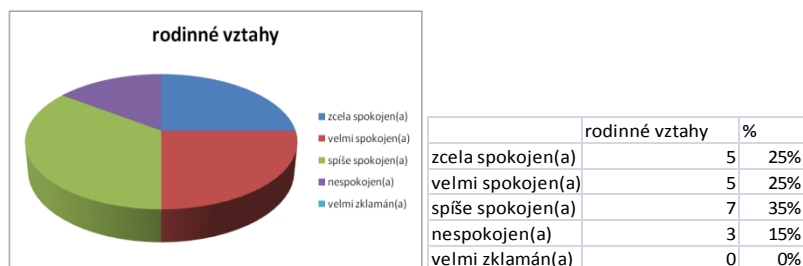
Se svými rodinnými vztahy je zcela spokojeno 8 respondentů (40%), velmi spokojeno 6 (30%), spíše spokojeny jsou 3 (15%). Nespokojenost udávají 3 respondenti (15%).

Rebešovice

důležitost



spokojenost

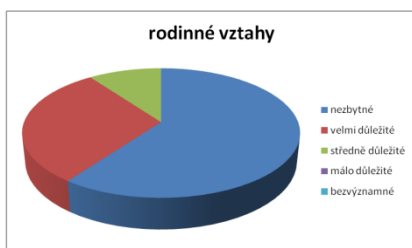


Respondenti ze vzorku č. 2 považují dobré rodinné vztahy za nezbytné v 9 odpovědích, za velmi důležité ve 3 případech (15%), za středně důležité v 8 odpovědích (40%).

Se svými rodinnými vztahy jsou zcela spokojeny v počtu 5 (25%), velmi spokojeno je 5 (25%) a spíše spokojeno je 7 respondentů (35%). Nespokojenost udávají ve 3 odpovědích (15%).

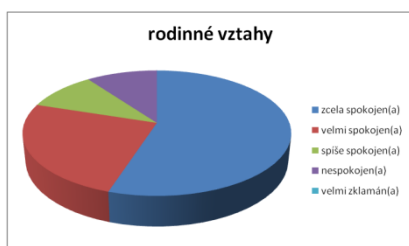
Doma

důležitost



	rodinné vztahy	%
nezbytné	12	60%
velmi důležité	6	30%
středně důležité	2	10%
málo důležité	0	0%
bezvýznamné	0	0%

spokojenost



	rodinné vztahy	%
zcela spokojen(a)	11	55%
velmi spokojen(a)	5	25%
spíše spokojen(a)	2	10%
nespokojen(a)	2	10%
velmi zklamán(a)	0	0%

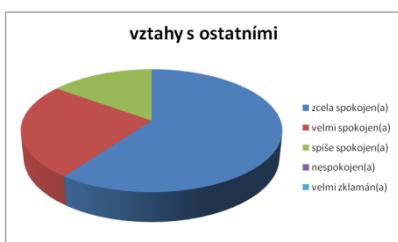
Respondenti z domácího prostředí považují dobré rodinné vztahy za nezbytné ve 12 odpovědích (60%), za velmi důležité v 6 (30%) a ve 2 případech za středně důležité (10%).

Se svými rodinnými vztahy je 11 respondentů zcela spokojeno (55%), velmi spokojeno v 5 odpovědích (25%), spíše spokojeno 2 (10%). Nespokojenost udávají 2 respondenti (10%).

Vztahy s ostatními

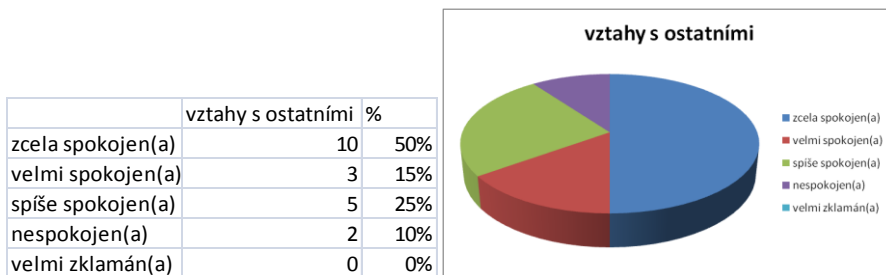
Brno

důležitost



	vztahy s ostatními	%
nezbytné	12	60%
velmi důležité	6	30%
středně důležité	2	10%
málo důležité	0	0%
bezvýznamné	0	0%

spokojenost

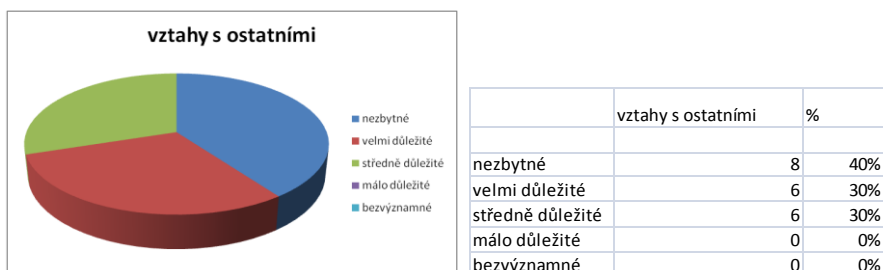


Respondenti ze vzorku č. 1 považují za nezbytné mít dobré vztahy s ostatními ve 12 odpovědích (60%), za velmi důležité v 6 (30%) a za středně důležité ve 2 případech (10%).

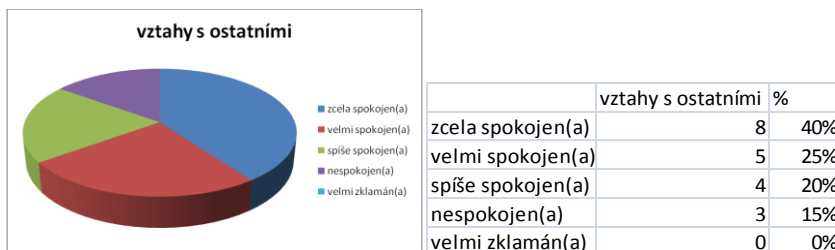
Se svými vztahy s ostatními lidmi je zcela spokojeno 10(50%), velmi spokojeno 3(15%) respondentů. Spíše spokojeno je 5 (25%) a nespokojenost udávají 2 respondenti (10%).

Rebešovice

důležitost



spokojenost

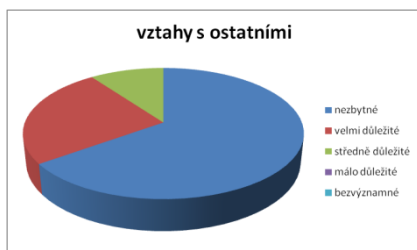


Respondenti vzorku č. 2 považují dobré vztahy s ostatními lidmi za nezbytné v 8 odpovědích (40%), za velmi důležité v 6 (30%) a za středně důležité v 6 případech (30%).

Se svými vztahy s ostatními lidmi je zcela spokojeno 8 respondentů (40%), velmi spokojeno je 5 (25%), spíše spokojeno jsou 4 (20%) z nich. Nespokojenost je udávána ve 3 případech (15%).

Doma

důležitost



	vztahy s ostatními	%
nezbytné	13	65%
velmi důležité	5	25%
středně důležité	2	10%
málo důležité	0	0%
bezvýznamné	0	0%



	vztahy s ostatními	%
zcela spokojen(a)	10	50%
velmi spokojen(a)	6	30%
spíše spokojen(a)	4	20%
nespokojen(a)	0	0%
velmi zklamán(a)	0	0%

Respondenti v domácím prostředí považují dobré vztahy s ostatními lidmi za nezbytné ve 13 odpovědích (65%), za velmi důležité v 5 (25%), za středně důležité ve 2 případech (10%). Se svými vztahy s ostatními lidmi je zcela spokojeno 10 respondentů (50%), velmi spokojeno 6 (30%) a spíše spokojeno ve 4 odpovědích (20%).

Mít a vychovávat děti

Brno

důležitost



	mít a vychovávat děti	%
nezbytné	3	15%
velmi důležité	10	50%
středně důležité	5	25%
málo důležité	2	10%
bezvýznamné	0	0%

spokojenost



	mít a vychovávat děti	%
zcela spokojen(a)	3	15%
velmi spokojen(a)	5	25%
spíše spokojen(a)	8	40%
nespokojen(a)	4	20%
velmi zklamán(a)	0	0%

Respondenti vzorku č. 1 považují mít a vychovávat děti za nezbytné v počtu 3 (15%), za velmi důležité 10 (50%) za středně důležité 5 (25%), za málo důležité ve 2 případech (10%). V otázce mít a vychovávat děti v průběhu svého života jsou zcela spokojeni 3 respondenti (15%), velmi spokojeno je 5 (25%) a spíše spokojeno 8(40%) z nich. Nespokojeni jsou 4 (20%) respondentů.

Rebešovice

důležitost



	mít a vychovávat děti	%
nezbytné	4	20%
velmi důležité	9	45%
středně důležité	5	25%
málo důležité	2	10%
bezvýznamné	0	0%

spokojenost



	mít a vychovávat děti	%
zcela spokojen(a)	4	20%
velmi spokojen(a)	6	30%
spíše spokojen(a)	6	30%
nespokojen(a)	4	20%
velmi zklamán(a)	0	0%

Respondenti vzorku č. 2 považují mít a vychovávat děti v počtu 4 za nezbytné (20%), za velmi důležité to považuje 9 (45%) odpovědí a středně důležité 5 (25%). Málo důležité je to ve 2 případech. (10%).

Na otázku spokojenosti s možnostmi mít a vychovávat děti v průběhu svého života jsou zcela spokojeni 4 respondenti (20%), velmi spokojeno je 6 (30%) rovněž spíše spokojeno je v 6 případech (30%). Nespokojenost udávají 4respondenti (20%).

Doma

důležitost

	mít a vychovávat děti	%
nezbytné	12	60%
velmi důležité	5	25%
středně důležité	2	10%
málo důležité	1	5%
bezvýznamné	0	0%



spokojenost



	mít a vychovávat děti	%
zcela spokojen(a)	8	40%
velmi spokojen(a)	6	30%
spíše spokojen(a)	4	20%
nespokojen(a)	2	10%
velmi zklamán(a)	0	0%

Respondenti v domácím prostředí považují možnosti mít a vychovávat děti za nezbytné ve 12 odpovědích (60%), za velmi důležité v 5 případech (25%), středně důležité u 2 odpovědí (10%) za málo důležité v 1 případě (5%).

V otázce možností mít a vychovávat děti během svého života je zcela spokojeno 8 (40%) respondentů, velmi spokojeno 6 respondentů (30%), spíše spokojeno je uváděno ve 4 odpovědích (20%). Nespokojeni jsou pouze ve 2 případech (10%).

Postarat se o sebe

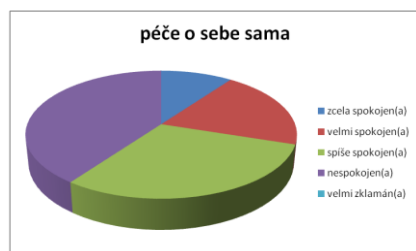
Brno

důležitost



	postarat se o sebe	%
nezbytné	6	30%
velmi důležité	8	40%
středně důležité	3	15%
málo důležité	3	15%
bezvýznamné	0	0%

spokojenost



	péče o sebe sama	%
zcela spokojen(a)	2	10%
velmi spokojen(a)	4	20%
spíše spokojen(a)	6	30%
nespokojen(a)	8	40%
velmi zklamán(a)	0	0%

Respondenti ze vzorku č. 1 považují schopnost postarat se o sebe za nezbytné v 6 odpovědích (30%), za velmi důležité v 8 případech (40%) a za středně důležité ve 3 odpovědích (15%). Za málo důležité je považováno u 3 respondentů (15%). Se

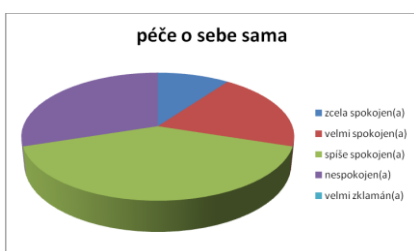
schopnostmi péče sama o sebe jsou zcela spokojeny pouze 2 (10%) respondenti, velmi spokojeny 4 (20%) odpovědi. V 6 odpovědích respondentů je uvedeno spíše spokojeno s péčí sama o sebe (30%). Nespokojeno je 8 respondentů (40%).

Rebešovice

důležitost



	postarat se o sebe	%
nezbytné	4	20%
velmi důležité	8	40%
středně důležité	4	20%
málo důležité	4	20%
bezvýznamné	0	0%



	péče o sebe sama	%
zcela spokojen(a)	2	10%
velmi spokojen(a)	4	20%
spíše spokojen(a)	8	40%
nespokojen(a)	6	30%
velmi zklamán(a)	0	0%

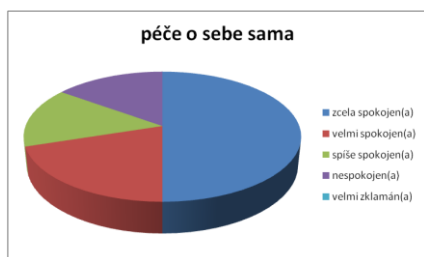
Respondenti ze vzorku č. 2 považují schopnost postarat se o sebe za nezbytné ve 4 odpovědích (20%), za velmi důležité v 8 odpovědích (40%), za středně důležité ve 4(20%) a za málo důležité ve 4 případech (20%). Se schopnostmi péče o sebe sama jsou zcela spokojeny 2 (10%) respondentů, velmi spokojeno udávají 4odpovědi (20%). Spíše spokojeno je uvedeno v 8 případech (40%). Nespokojeno se svými schopnostmi péče sama o sebe je 6 respondentů (30%). Vzhledem k jejich věku a mnoha nemocem je to pochopitelné.

Doma

důležitost



	postarat se o sebe	%
nezbytné	12	60%
velmi důležité	4	20%
středně důležité	3	15%
málo důležité	1	5%
bezvýznamné	0	0%



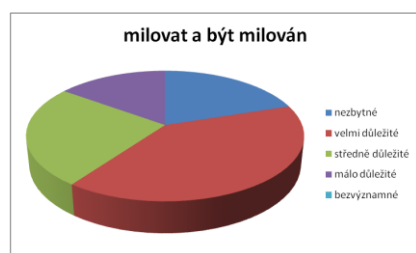
	péče o sebe sama	%
zcela spokojen(a)	10	50%
velmi spokojen(a)	4	20%
spíše spokojen(a)	3	15%
nespokojen(a)	3	15%
velmi zklamán(a)	0	0%

Respondenti v domácím prostředí považují schopnost postarat se sami o sebe za nezbytné ve 12 odpovědích (60%), za velmi důležité ve 4 případech (20%), za středně důležité u 3 respondentů (15%) a málo důležité jen v 1 případě (5%). Se svými schopnostmi péče o sebe sama je zcela spokojeno 10 (50%) respondentů, velmi spokojeni jsou ve 4 odpovědích (20%), spíše spokojeni jsou 3 z nich (15%). Nespokojeno se schopnostmi péče o sebe sama jsou 3 respondenti (15%).

Milovat a být milován

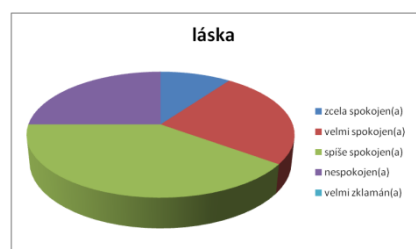
Brno

důležitost



	milovat a být milován	%
nezbytné	4	20%
velmi důležité	8	40%
středně důležité	5	25%
málo důležité	3	15%
bezvýznamné	0	0%

spokojenost



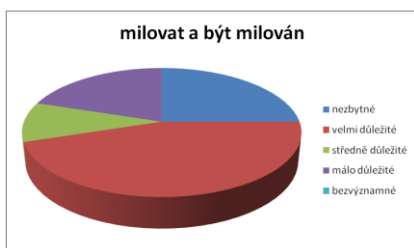
	láska	%
zcela spokojen(a)	2	10%
velmi spokojen(a)	5	25%
spíše spokojen(a)	8	40%
nespokojen(a)	5	25%
velmi zklamán(a)	0	0%

Respondenti ze vzorku č. 1 považují schopnost milovat a být milován za nezbytné ve 4 odpovědích (20%), za velmi důležité v 8 případech (40%), za středně důležité v 5 odpovědích (25%). Za málo důležité toto považují 3 respondenti (15%).

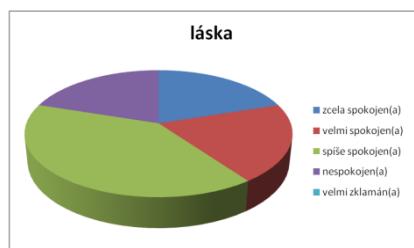
Láska je jedna z e základních lidských potřeb a je velmi důležité dávat i přijímat lásku. V otázce lásky jsou zcela spokojeni 2 respondenti (10%), velmi spokojeno s dáváním i přijímáním lásky je 5 odpovědí (25%), spíše spokojeno udává 8 respondentů (40%). Nespokojenost s potřebou lásky je uvedena v 5 případech (25%).

Rebešovice

důležitost



	milovat a být milován	%
nezbytné	5	25%
velmi důležité	9	45%
středně důležité	2	10%
málo důležité	4	20%
bezvýznamné	0	0%



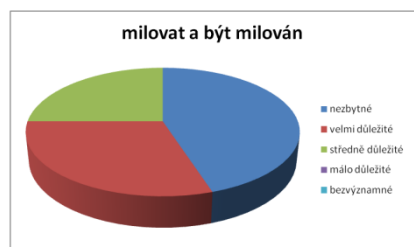
	láska	%
zcela spokojen(a)	4	20%
velmi spokojen(a)	4	20%
spíše spokojen(a)	8	40%
nespokojen(a)	4	20%
velmi zklamán(a)	0	0%

Respondenti ve vzorku č. 2 považují schopnost milovat a být milován za nezbytné v 5 odpovědích (25%), za velmi důležité v 9 případech (45%) a za středně důležité je udáno ve 2 odpovědích. Jako málo důležitou hodnotí potřebu milovat a být milován 4 z respondentů. (20%).

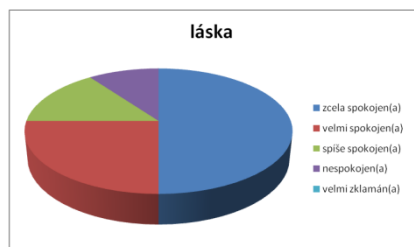
S naplněním jedné ze základních lidských potřeb, potřebou lásky jsou zcela spokojeni 4 respondenti (20%), velmi spokojeni jsou taktéž ve 4 odpovědích (20%), spíše spokojeni v 8 případech (40%). S potřebou lásky jsou nespokojeni 4 respondenti (20%).

Doma

důležitost



	milovat a být milován	%
nezbytné	9	45%
velmi důležité	6	30%
středně důležité	5	25%
málo důležité	0	0%
bezvýznamné	0	0%



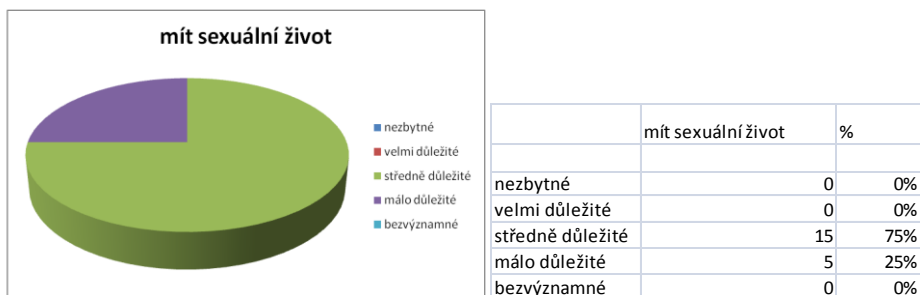
	láska	%
zcela spokojen(a)	10	50%
velmi spokojen(a)	5	25%
spíše spokojen(a)	3	15%
nespokojen(a)	2	10%
velmi zklamán(a)	0	0%

Respondenti z domácího prostředí považují lidskou schopnost milovat a být milován za nezbytné v 9 případech (45%), za velmi důležité jí udává 6(30%), za středně důležitou lidskou vlastnost jí považuje 5 respondentů (25%).

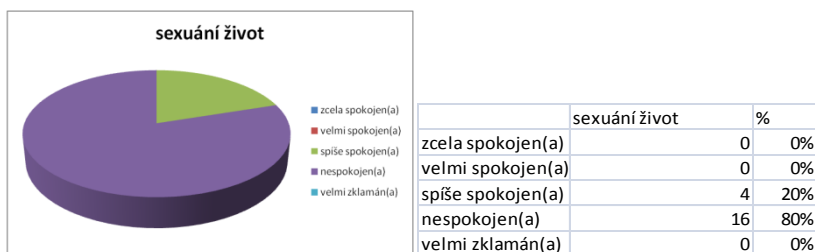
S potřebou dávat a přijímat lásku je zcela spokojeno 10 respondentů (50%), velmi spokojeno je 5 (25%), spíše spokojeno udávají ve 3 odpovědích (15%). Nespokojeno s potřebou lásky jsou 2 respondenti (10%).

Mít sexuální život

Brno - důležitost



spokojenost

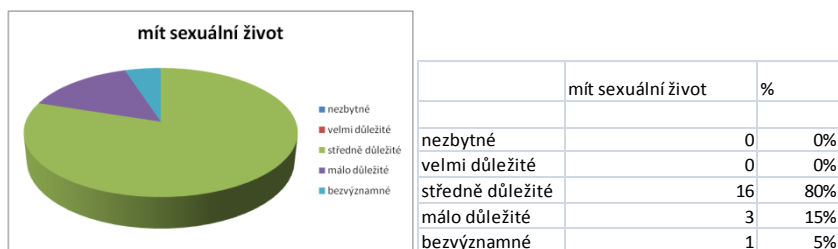


Respondenti ze vzorku č. 1 považují mít sexuální život za středně důležité v počtu 15 odpovědí (75%) a jako málo důležité jej hodnotí 5 respondentů (25%).

Se svým sexuálním životem jsou respondenti spíše spokojeni v počtu 4 (20%). Nespokojeno je 16 dotazovaných respondentů (80%).

Rebešovice

důležitost



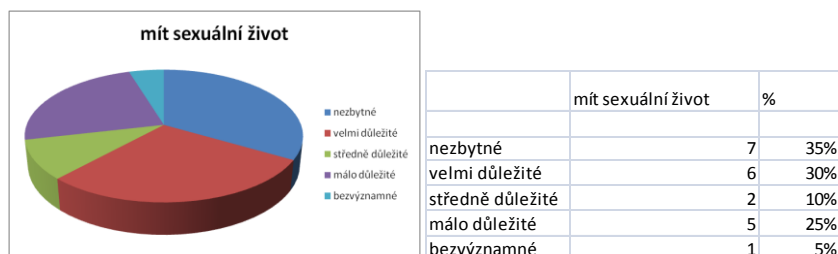
spokojenost



Respondenti ze vzorku č. 2 považují mít sexuální život za středně důležité v 16 odpovědích (80%), málo důležité ve 3 případech (15%) a jako bezvýznamné udává 1 respondent. (5%). Se svým sexuálním životem jsou podle odpovědi velmi spokojeni 4 respondenti (20%). Spíše spokojeno je 6 respondentů (30%). Nespokojeno je 10 respondentů (50%).

Doma

důležitost



spokojenost



Respondenti z domácího prostředí považují sexuální život za nezbytný v 7 odpovědích (35%), za velmi důležité ho považuje 6 respondentů (30%), za středně důležité 2 (10%), za málo důležité je udáván v 5 odpovědích (25%). Jako bezvýznamný je hodnocen 1 respondentem (5%). Se svým sexuálním životem je zcela spokojeno 7 (35%) respondentů, velmi spokojeno jsou 4 (20%), spíše spokojeno je ve 3 případech (15%). Nespokojenost se svým sexuálním životem udává 6 respondentů (30%).

Zajímat se o politiku

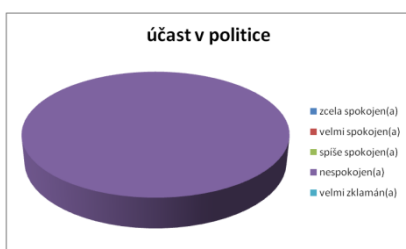
Brno

důležitost



	zajímat se o politiku	%
nezbytné	10	50%
velmi důležité	6	30%
středně důležité	4	20%
málo důležité	0	0%
bezvýznamné	0	0%

spokojenost

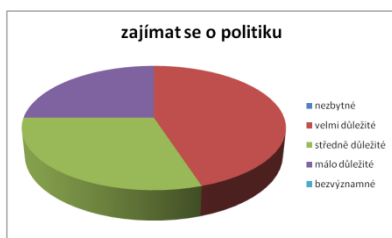


	účast v politice	%
zcela spokojen(a)	0	0%
velmi spokojen(a)	0	0%
spíše spokojen(a)	0	0%
nespokojen(a)	20	100%
velmi zklamán(a)	0	0%

Respondenti vzorku č. 1 považují za nezbytné zajímat se o politiku v počtu 10 (50%), za velmi důležité 6 (30%) a za středně důležité 4 z respondentů (20%). Se svoji účastí v politice jsou nespokojeni všichni respondenti (100%), protože bohužel nemohou se aktivně podílet na politice a tak se jí účastnit.

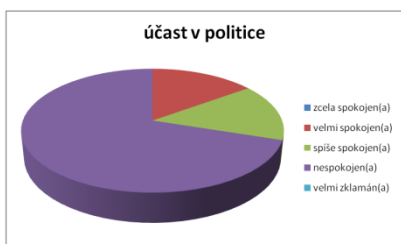
Rebešovice

důležitost



	zajímat se o politiku	%
nezbytné	0	0%
velmi důležité	9	45%
středně důležité	6	30%
málo důležité	5	25%
bezvýznamné	0	0%

spokojenost



	účast v politice	%
zcela spokojen(a)	0	0%
velmi spokojen(a)	3	15%
spíše spokojen(a)	3	15%
nespokojen(a)	14	70%
velmi zklamán(a)	0	0%

Respondenti ze vzorku č. 2 považují zajímat se o politiku za velmi důležité v odpovědích (45%), za středně důležité v 6 případech (30%) a v 5 případech za málo důležité (25%). Se svoji účastí v politice jsou velmi spokojeni 3 respondenti (15%), spíše spokojeno je udáno ve 3 odpovědích (15%). Nespokojeno se svojí účastí v politice je 14 respondentů (70%).

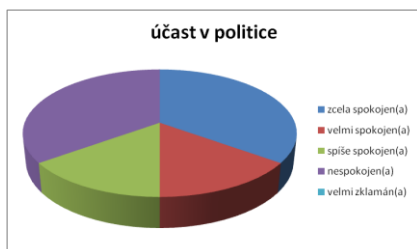
Doma

důležitost



	zajímat se o politiku	%
nezbytné	12	60%
velmi důležité	4	20%
středně důležité	2	10%
málo důležité	2	10%
bezvýznamné	0	0%

spokojenost



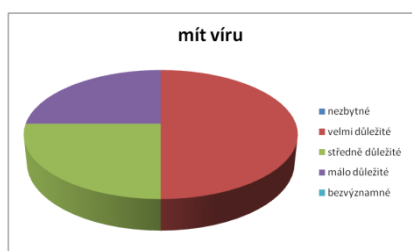
	účast v politice	%
zcela spokojen(a)	7	35%
velmi spokojen(a)	3	15%
spíše spokojen(a)	3	15%
nespokojen(a)	7	35%
velmi zklamán(a)	0	0%

Respondenti z domácího prostředí považují zajímat se o politiku za nezbytné pro 12 z nich. Za velmi důležité tento zájem považují 4 ve svých odpovědích (20%), střední důležitost této otázky dávají 2 respondenti (10%), Za málo důležité je chápán zájem o politiku u 2 respondentů (10%). Se svojí účastí v politice je zcela spokojeno 7 respondentů (35%) a velmi spokojeni jsou ve 3 odpovědích (15%) spíše spokojeni jsou 3 respondenti (15%). Nespokojeno se svou účastí v politice je 7 respondentů (35%).

Mít víru

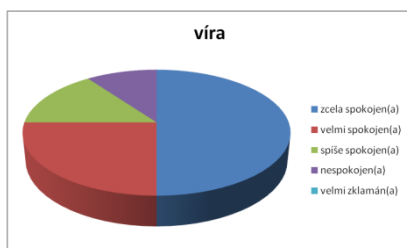
Brno

důležitost



	mít víru	%
nezbytné	0	0%
velmi důležité	10	50%
středně důležité	5	25%
málo důležité	5	25%
bezvýznamné	0	0%

spokojenost

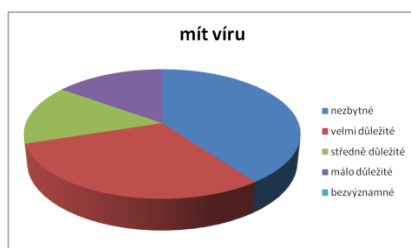


	víra	%
zcela spokojen(a)	10	50%
velmi spokojen(a)	5	25%
spíše spokojen(a)	3	15%
nespokojen(a)	2	10%
velmi zklamán(a)	0	0%

Ze vzorku respondentů č. 1 považuje mít víru za velmi důležité 10 respondentů (50%) a za středně důležité je chápáno v 5 případech (25%) a jako málo důležité je udáváno v 5 odpovědích (25%). Se svojí vírou je zcela spokojeno 10 respondentů (50%), velmi spokojeno je s vírou 5 respondentů (25%). Spíše spokojeno je udáno ve 3 odpovědích (15%). Se svojí vírou jsou nespokojeni 2 respondenti (10%).

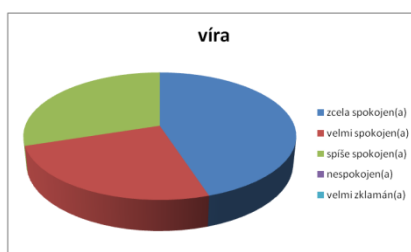
Rebešovice

důležitost



nezbytné	8	40%
velmi důležité	6	30%
středně důležité	3	15%
málo důležité	3	15%
bezvýznamné	0	0%

spokojenost

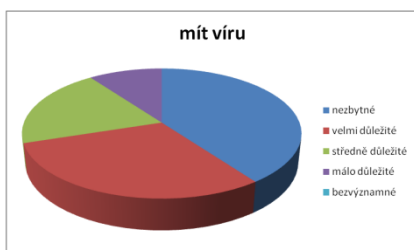


	víra	%
zcela spokojen(a)	9	45%
velmi spokojen(a)	5	25%
spíše spokojen(a)	6	30%
nespokojen(a)	0	0%
velmi zklamán(a)	0	0%

Respondenti ze vzorku č. 2 považují mít víru za zcela nezbytné v 8 případech (40%), za velmi důležité je považováno v 6 odpovědích (30%). Střední důležitost jí dávají 3 respondenti (15%) a jako málo důležitou jí považují 3 respondenti (15%). Se svojí vírou je zcela spokojeno 9 respondentů (45%) a velmi je spokojeno 5 dotázaných (25%). Se svojí vírou je spíše spokojeno 6 respondentů (30%)

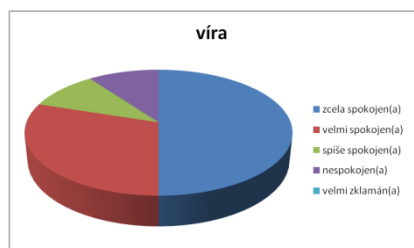
Doma

důležitost



	mít víru	%
nezbytné	8	40%
velmi důležité	6	30%
středně důležité	4	20%
málo důležité	2	10%
bezvýznamné	0	0%

spokojenost



	víra	%
zcela spokojen(a)	10	50%
velmi spokojen(a)	6	30%
spíše spokojen(a)	2	10%
nespokojen(a)	2	10%
velmi zklamán(a)	0	0%

Respondenti z domácího prostředí považují mít víru za nezbytné v 8 případech (40%). Jako velmi důležitou jí udávají v 6 odpovědích (30%) a za středně důležitou je považována u 4 respondentů (20%). Jako málo důležitou je pocíťována ve 2 případech (10%). Se svojí vírou je zcela spokojeno 10 respondentů (50%) a velmi spokojeno je udáno v 6 odpovědích (30%) a spíše spokojeni se svojí vírou jsou 2 respondenti (10%). Za nespokojené se považují 2 respondenti (10%).

Odpočívání ve volném čase

Brno

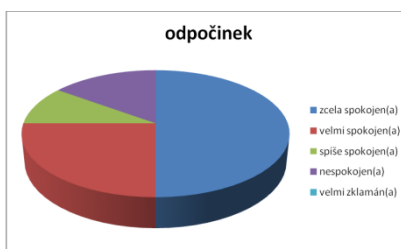
důležitost



	odpočívání ve volném čase	%
nezbytné	8	40%
velmi důležité	5	25%
středně důležité	7	35%
málo důležité	0	0%
bezvýznamné	0	0%

spokojenost

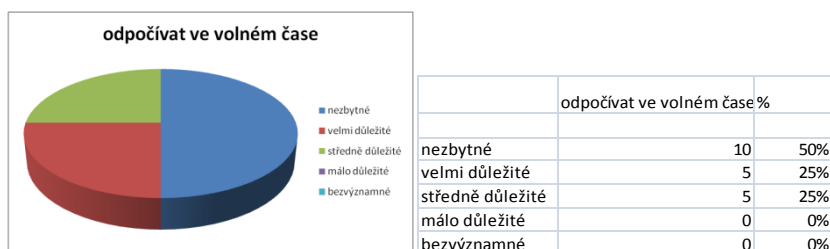
	odpočinek	%
zcela spokojen(a)	10	50%
velmi spokojen(a)	5	25%
spíše spokojen(a)	2	10%
nespokojen(a)	3	15%
velmi zklamán(a)	0	0%



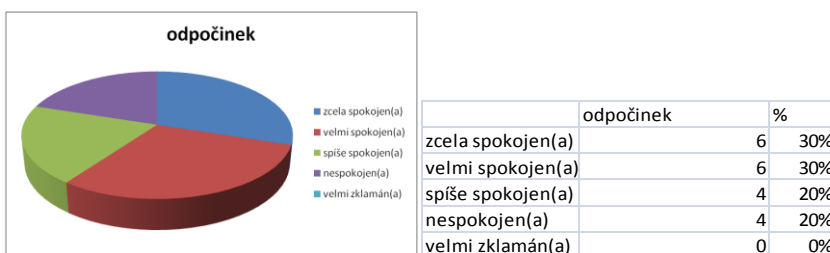
Respondenti ze vzorku č. 1 považují za nezbytné odpočívat ve volném čase v 8 případech (40%). Za velmi důležité je chápán odpočinek ve volném čase u 5 odpovědí (25%). Střední důležitost odpočinku přisuzují v 7 odpovědích respondentů (35%). Se svým odpočinkem je zcela spokojeno 10 respondentů (50%). Velmi spokojeni s odpočinkem jsou v 5 odpovědích (25%), spíše spokojeni jsou ve 2 případech (10%). Nespokojeni se svým odpočinkem jsou 3 respondenti (15%).

Rebešovice

důležitost



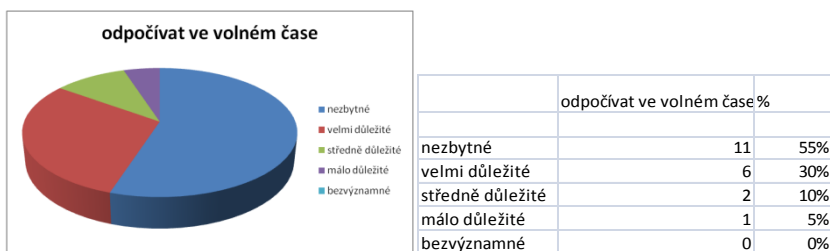
spokojenost



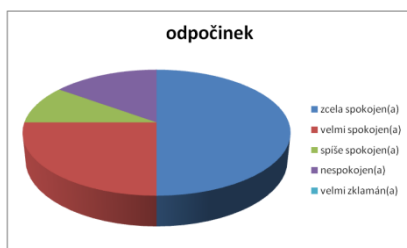
Respondenti ze vzorku č. 2 považují odpočívat ve volném čase za nezbytné v 10 případech (50%), za velmi důležité odpočinek považují v 5 odpovědích (25%) a střední důležitost mu přisuzuje 5 dotazovaných (25%).

Se svým odpočinkem je zcela spokojeno 6 respondentů z domácího prostředí (30%) a, že je velmi spokojeno uvedlo v 6 odpovědích (30%). Spíše spokojeno se svým odpočinkem se cítí 4 respondenti (20%). Se svým odpočinkem nejsou spokojeni 4 respondenti (20%).

Doma



spokojenost



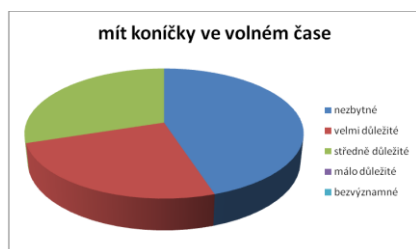
	odpočinek	%
zcela spokojen(a)	10	50%
velmi spokojen(a)	5	25%
spíše spokojen(a)	2	10%
nespokojen(a)	3	15%
velmi zklamán(a)	0	0%

Respondenti v domácím prostředí považují za nezbytné odpočívat ve volném čase v 11 odpovědích (55%) a jako velmi důležité odpočinek pocítuje 6 z nich (30%). Odpočinek jako středně důležitý hodnotí ve 2 případech (10%) a malou důležitost mu přikládá 1 respondent (5%). Se svým odpočinkem je zcela spokojeno 10 respondentů (50%), velmi spokojeni s odpočinkem jsou v 5 případech (25%), spíše spokojeni ve 2 odpovědích (10%). Nespokojenost s odpočinkem udávají 3 respondenti (15%).

Mít koníčky ve volném čase

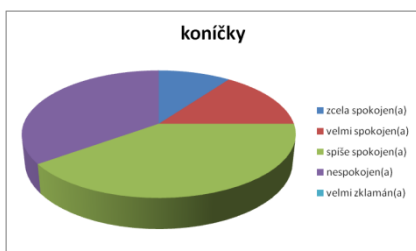
Brno

důležitost



	mít koníčky ve volném čase	%
nezbytné	9	45%
velmi důležité	5	25%
středně důležité	6	30%
málo důležité	0	0%
bezvýznamné	0	0%

spokojenost



	koníčky	%
zcela spokojen(a)	2	10%
velmi spokojen(a)	3	15%
spíše spokojen(a)	8	40%
nespokojen(a)	7	35%
velmi zklamán(a)	0	0%

Respondenti vzorku č. 1 považují koníčky ve volném čase za nezbytné v 9 případech (45%), za velmi důležité v 5 odpovědích (25%) a jako středně důležité jsou chápány v 6 odpovědích (30%). Se svými koníčky jsou zcela spokojeni 2 respondenti (10%), velmi spokojeni jsou ve 3 případech (15%) a spíše spokojenost je udávána v 8 odpovědích (40%). Nespokojeno se svými koníčky je 7 respondentů. (35%). Nejspíše je to z důvodu omezení pohybu těchto seniorů a přetrhání některých dřívějších vazeb na vrstevníky a kamarády.

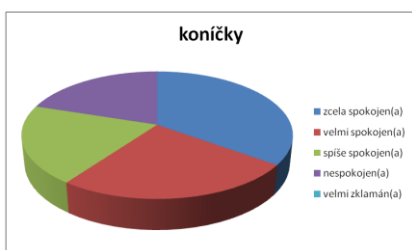
Rebešovice

důležitost



	mít koníčky ve volném čase %	
nezbytné	6	30%
velmi důležité	6	30%
středně důležité	6	30%
málo důležité	2	10%
bezvýznamné	0	0%

spokojenost

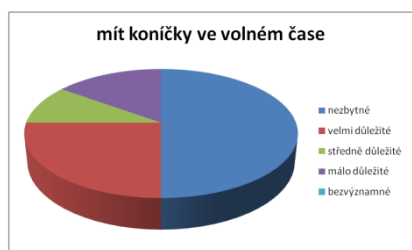


	koníčky	%
zcela spokojen(a)	7	35%
velmi spokojen(a)	5	25%
spíše spokojen(a)	4	20%
nespokojen(a)	4	20%
velmi zklamán(a)	0	0%

Respondenti vzorku č. 2 považují mít svoje koníčky ve volném čase za nezbytné v 6 odpovědích (30%), za velmi důležité je považuje 6 respondentů (30%) a střední důležitost jim dává v 6 odpovědích (30%). Malou důležitost jim přiřádají 2 respondenti (10%). Se svými koníčky je zcela spokojeno 7 respondentů (35%) a velmi spokojeno je s nimi v 5 případech (25%). Spíše spokojeni se svými koníčky jsou 4 respondenti (20%). Nespokojenost se svými koníčky udávají 4 respondenti.

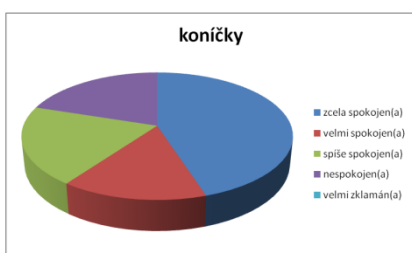
Doma

důležitost



	mít koníčky ve volném čase %	
nezbytné	10	50%
velmi důležité	5	25%
středně důležité	2	10%
málo důležité	3	15%
bezvýznamné	0	0%

spokojenost



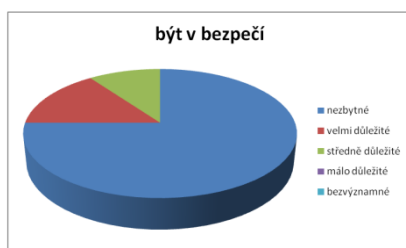
	koníčky	%
zcela spokojen(a)	9	45%
velmi spokojen(a)	3	15%
spíše spokojen(a)	4	20%
nespokojen(a)	4	20%
velmi zklamán(a)	0	0%

Respondenti žijící v domácím prostředí považují mít koníčky ve volném čase za nezbytné a také velmi rozmanité v 10 případech (50%) a za velmi důležité mít koníčky hodnotí 5 respondentu (25%). Střední důležitost koníčkům přiřádají ve 2 odpovědích

(10%). Koníčky jako málo důležité považují 3 respondenti (15%). Se svými koníčky ve volném čase je zcela spokojeno 9 respondentů. Mezi tyto koníčky můžeme řadit třeba zahradničení, turistiku, návštěvy kulturní akcí, divadelních představení, koncertů mnoha různých žánrů, křížovky, sudoku, počítače i mnoho možností vzdělávání v rámci univerzity Třetího věku. Velmi spokojeno se svými koníčky jsou 3 respondenti a spíše spokojeni jsou ve 4 případech (20%). Nespokojenost se svými koníčky udávají 4 respondenti (20%).

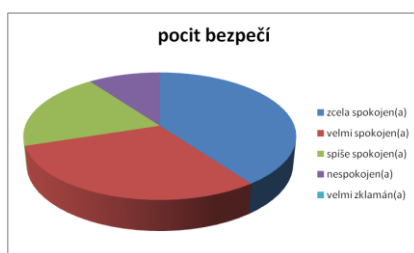
Být v bezpečí

Brno



	být v bezpečí	%
nezbytné	15	75%
velmi důležité	3	15%
středně důležité	2	10%
málo důležité	0	0%
bezvýznamné	0	0%

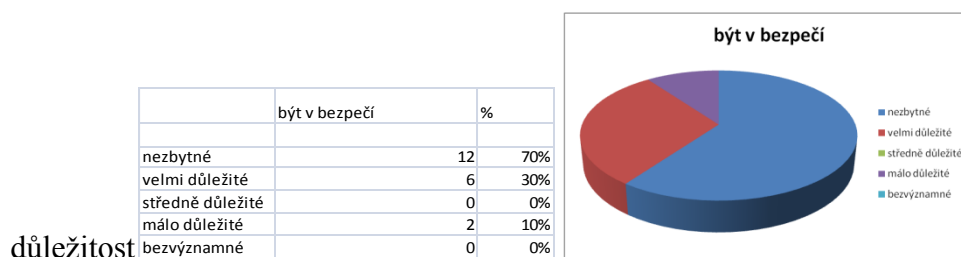
spokojenost



	pocit bezpečí	%
zcela spokojen(a)	8	40%
velmi spokojen(a)	6	30%
spíše spokojen(a)	4	20%
nespokojen(a)	2	10%
velmi zklamán(a)	0	0%

Respondenti vzorku č. 1 považují pocit bezpečí za nezbytné v 15 případech (75%) a za velmi důležité ve 3 odpovědích (15%). Středně i důležitost pocitu bezpečí připisují ve 2 případech (10%). S pocitem vlastního bezpečí je zcela spokojeno 8 respondentů (40%) a velmi spokojeno je v 6 případech (30%). Spíše spokojeni s pocitem bezpečí jsou 4 respondenti (20%). Nespokojeni se svým bezpečím jsou 2 respondenti (10%).

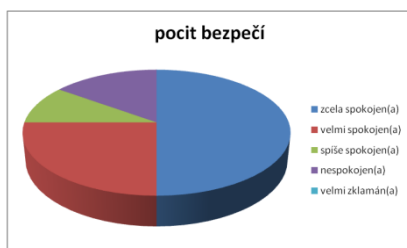
Rebešovice



	být v bezpečí	%
nezbytné	12	70%
velmi důležité	6	30%
středně důležité	0	0%
málo důležité	2	10%
bezvýznamné	0	0%

důležitost

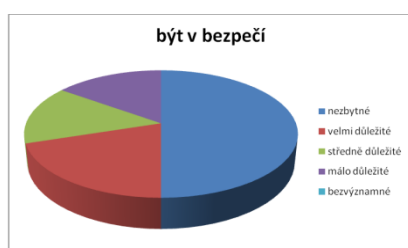
spokojenost



	pocit bezpečí	%
zcela spokojen(a)	10	50%
velmi spokojen(a)	5	25%
spíše spokojen(a)	2	10%
nespokojen(a)	3	15%
velmi zklamán(a)	0	0%

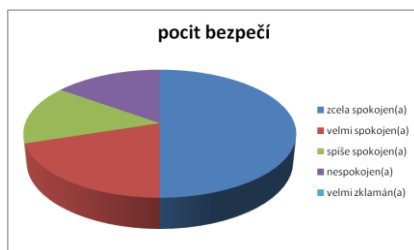
Respondenti vzorku č. 2 považují pocit bezpečí za nezbytný ve 12 odpovědích (60%) a za velmi důležitý v 6 případech (30%) a za málo důležité je považován u 2 respondentů (10%). S pocitem vlastního bezpečí jsou zcela spokojeni v 10 případech. Velmi spokojeni (50%) jsou v 5 odpovědích (25%) respondentů a spíše spokojeno se svým pocitem bezpečí jsou 2 respondenti (10%). Nespokojenost s pocitem vlastního bezpečí udávají 3 respondenti (15%).

Doma



	být v bezpečí	%
nezbytné	10	50%
velmi důležité	4	20%
středně důležité	3	15%
málo důležité	3	15%
bezvýznamné	0	0%

spokojenost



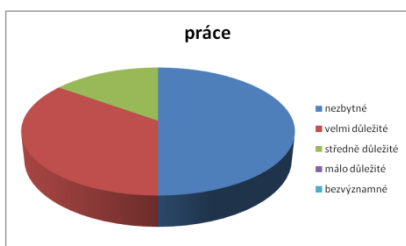
	pocit bezpečí	%
zcela spokojen(a)	10	50%
velmi spokojen(a)	4	20%
spíše spokojen(a)	3	15%
nespokojen(a)	3	15%
velmi zklamán(a)	0	0%

Respondenti žijící v domácím prostředí považují pocit bezpečí za zcela nezbytné v 10 případech (50%) a za velmi důležité ve 4 odpovědích (20%). Střední důležitost pocitu bezpečí dávají 3 respondenti (15%) a za málo důležité pokládají pocit bezpečí 3 respondenti (15%).

Práce

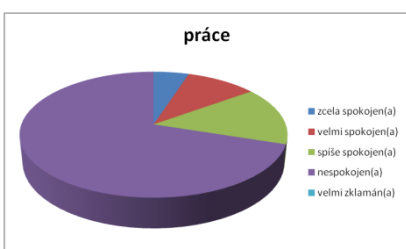
Brno

důležitost



	práce	%
nezbytné	10	50%
velmi důležité	7	35%
středně důležité	3	15%
málo důležité	0	0%
bezvýznamné	0	0%

spokojenost

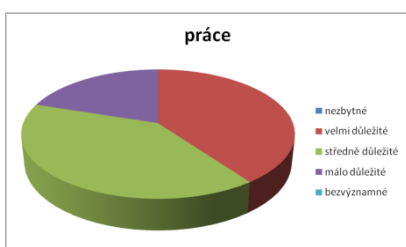


	práce	%
zcela spokojen(a)	1	5%
velmi spokojen(a)	2	10%
spíše spokojen(a)	3	15%
nespokojen(a)	14	70%
velmi zklamán(a)	0	0%

Respondenti vzorku č. 1 považují práci za nezbytnou v 10 případech (50%) a jako na velmi důležitou se na ní dívá jí v 7 odpovědích (35%) a střední důležitost je jí přisuzována u 3 respondentů (15%). S možností práce je zcela spokojen 1 respondent (5%) a velmi spokojeno s prací jsou spokojeni ve 2 odpovědích (10%). Spíše spokojeni s prací jsou 3 respondenti (15%). Nespokojenost je udávána ve 14 případech (70%).

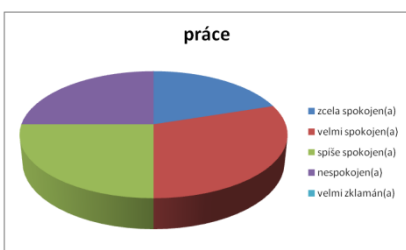
Rebešovice

důležitost



	práce	%
nezbytné	0	0%
velmi důležité	8	40%
středně důležité	8	40%
málo důležité	4	20%
bezvýznamné	0	0%

spokojenost

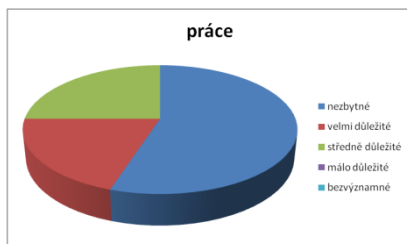


	práce	%
zcela spokojen(a)	4	20%
velmi spokojen(a)	6	30%
spíše spokojen(a)	5	25%
nespokojen(a)	5	25%
velmi zklamán(a)	0	0%

Respondenti ze vzorku č. 2 pokládají práci za velmi důležitou v 8 případech (40%) za středně důležitou ji pokládá rovněž 8 respondentů (40%). Práci za málo důležitou považují ve svých odpovědích 4 respondenti (20%). Se svoji schopností práce jsou zcela spokojeni 4 respondenti (20%), velmi spokojeno je uvedeno v 6 případech (30%) a spíše spokojeno je 5 respondentů (25%) Nespokojeno se svoji prací je 5 respondentů (25%).

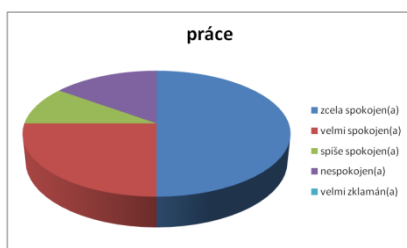
Doma

Důležitost



	práce	%
nezbytné	11	55%
velmi důležité	4	20%
středně důležité	5	25%
málo důležité	0	0%
bezvýznamné	0	0%

spokojenost



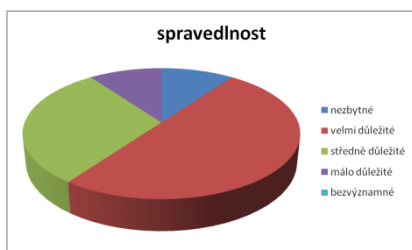
	práce	%
zcela spokojen(a)	10	50%
velmi spokojen(a)	5	25%
spíše spokojen(a)	2	10%
nespokojen(a)	3	15%
velmi zklamán(a)	0	0%

Respondenti z domácího prostředí považují práci za zcela nezbytnou v 11 případech (55%) a za velmi důležitou ve 4 odpovědích (20%) Střední důležitost jí dává 5 respondentů (25%). Se svoji prací je zcela spokojeno 10 respondentů (50%) a velmi spokojeno 5 v 5 případech (25%). Spíše spokojeni jsou s prací 2 respondenti (10%).

Nespokojenost udávají 3 respondenti (15%).

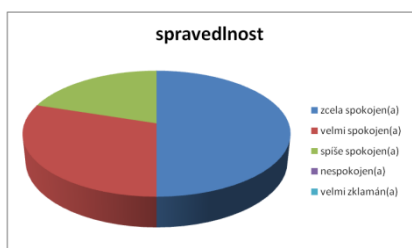
Spravedlnost

Brno



	spravedlnost	%
nezbytné	2	10%
velmi důležité	10	50%
středně důležité	6	30%
málo důležité	2	10%
bezvýznamné	0	0%

spokojenost

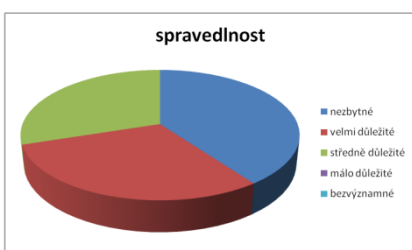


	spravedlnost	%
zcela spokojen(a)	10	50%
velmi spokojen(a)	6	30%
spíše spokojen(a)	4	20%
nespokojen(a)	0	0%
velmi zklamán(a)	0	0%

Respondenti ze vzorku č. 1 považují spravedlnost za nezbytnou ve 2 případech (10%). Za velmi důležitou je považována u 10 odpovědí (50%), za středně důležitou jí považuje 6 respondentů (30%). Jako málo důležitou jí cítí 2 respondenti, Se spravedlností je zcela spokojeno 10 respondentů (50%) a velmi spokojeno je uvedeno v 6 odpovědích (30%). Se spravedlností se cítí být spíše spokojeni 4 respondenti (20%).

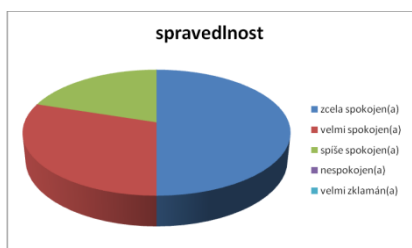
Rebešovice

důležitost



	spravedlnost	%
nezbytné	8	40%
velmi důležité	6	30%
středně důležité	6	30%
málo důležité	0	0%
bezvýznamné	0	0%

spokojenost

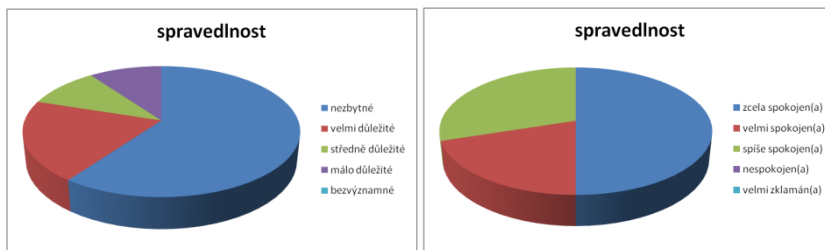


	spravedlnost	%
zcela spokojen(a)	10	50%
velmi spokojen(a)	6	30%
spíše spokojen(a)	4	20%
nespokojen(a)	0	0%
velmi zklamán(a)	0	0%

Respondenti ze vzorku č. 2 považují spravedlnost za zcela nezbytnou v 8 případech (40%). Za velmi důležitou je považována v 6 odpovědích (30%) a za středně důležitou jí považuje 6 respondentů (30%). Se spravedlností je zcela spokojeno 10 respondentů (50%). Velmi spokojeno je se spravedlností 6 dotázaných (30%) a spíše spokojeni jsou ve 4 případech (20%).

Doma

důležitost



	spravedlnost	%
nezbytné	12	60%
velmi důležité	4	20%
středně důležité	2	10%
málo důležité	2	10%
bezvýznamné	0	0%

	spravedlnost	%
zcela spokojen(a)	10	50%
velmi spokojen(a)	4	20%
spíše spokojen(a)	6	30%
nespokojen(a)	0	0%
velmi zklamán(a)	0	0%

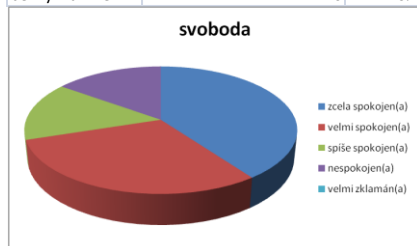
Respondenti z domácího prostředí považují spravedlnost za nezbytnou ve 12 případech (60%), za velmi důležitou je považována ve 4 odpovědích (20%) a střední důležitost jí dána ve 2 případech (10%). Jako málo důležitá je považována ve 2 případech (10%). Se spravedlností je zcela spokojeno 10 respondentů (50%) a velmi spokojeni jsou ve 4 případech (20%), spíše spokojeni jsou v 6 respondentů (30%).

Svoboda

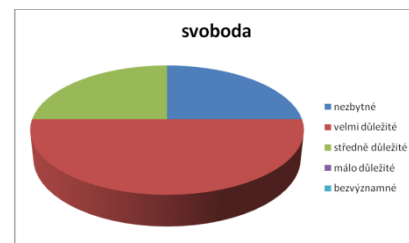
Brno

důležitost

	svoboda	%
nezbytné	5	25%
velmi důležité	10	50%
středně důležité	5	25%
málo důležité	0	0%
bezvýznamné	0	0%



	svoboda	%
zcela spokojen(a)	8	40%
velmi spokojen(a)	6	30%
spíše spokojen(a)	3	15%
nespokojen(a)	3	15%
velmi zklamán(a)	0	0%

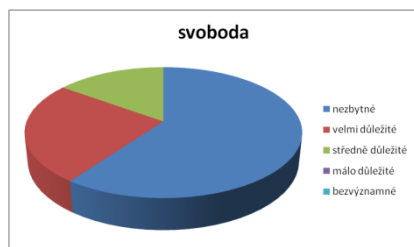


Respondenti ze vzorku č. 1 považují svobodu za nezbytnou v 5 případech (25%) a za velmi důležitou v 10 odpovědích (50%) a střední důležitost jí dává 5 respondentů.

Se svojí svobodou je zcela spokojeno 8 respondentů (40%) a velmi spokojeno je v 6 případech (30%) a se svobodou jsou spíše spokojeni 3 (15%) respondenti. Nespokojenost udávají 3 respondenti. (15%).

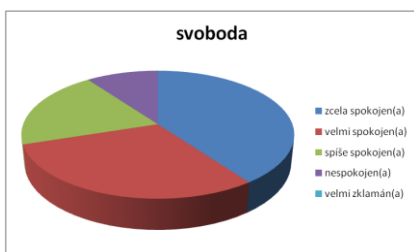
Rebešovice

důležitost



	svoboda	%
nezbytné	12	60%
velmi důležité	5	25%
středně důležité	3	15%
málo důležité	0	0%
bezvýznamné	0	0%

spokojenost

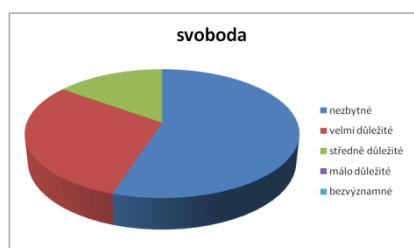


	svoboda	%
zcela spokojen(a)	8	40%
velmi spokojen(a)	6	30%
spíše spokojen(a)	4	20%
nespokojen(a)	2	10%
velmi zklamán(a)	0	0%

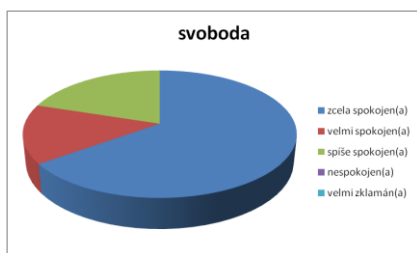
Respondenti vzorku č. 2 považují svobodu za nezbytnou ve 12 případech (60%), za velmi důležité je považováno v 5 odpovědích (25%) a jako středně důležité je na ní ukazováno u 3 respondentů (15%). Zcela spokojeno se svobodou je 8 respondentů (40%) a velmi spokojeno je 6 respondentů (30%) a spíše spokojeni jsou ve 4 případech (20%). Nespokojenost se svobodou udávají 2 respondenti (10%).

Doma

důležitost



	svoboda	%
nezbytné	11	55%
velmi důležité	6	30%
středně důležité	3	15%
málo důležité	0	0%
bezvýznamné	0	0%



	svoboda	%
zcela spokojen(a)	13	65%
velmi spokojen(a)	3	15%
spíše spokojen(a)	4	20%
nespokojen(a)	0	0%
velmi zklamán(a)	0	0%

Respondenti z domácího prostředí považují svobodu za nezbytnou v 11 případech (55%), za velmi důležitou v 6 odpovědích (30%) a jako středně důležitou jí pociťují 3 respondenti (15%). Se svojí svobodou je zcela spokojeno 13 respondentů (65%) a velmi spokojeni udávají ve 3 případech (15%) a spíše spokojeno se cítí 4 respondenti (20%).

20 krása a umění

Brno

důležitost



	krása a umění	%
nezbytné	0	0%
velmi důležité	6	30%
středně důležité	12	60%
málo důležité	2	10%
bezvýznamné	0	0%



	krása a umění	%
zcela spokojen(a)	2	10%
velmi spokojen(a)	4	20%
spíše spokojen(a)	8	40%
nespokojen(a)	6	30%
velmi zklamán(a)	0	0%

spokojenost

Respondenti ze vzorku č. 1 považují krásu a umění za velmi důležité v 6 případech (30%) a středně důležité ve 12 odpovědích (60%) a za málo důležité krásu a umění pociťují 2 respondenti (10%). S krásou a uměním jsou zcela spokojeni 2 respondenti (10%) a velmi spokojeni jsou ve 4 odpovědích (20%). Spíše spokojeno s touto oblastí je 8 respondentů (40%). Nespokojeno s krásou a uměním je 6 respondentů (30%).

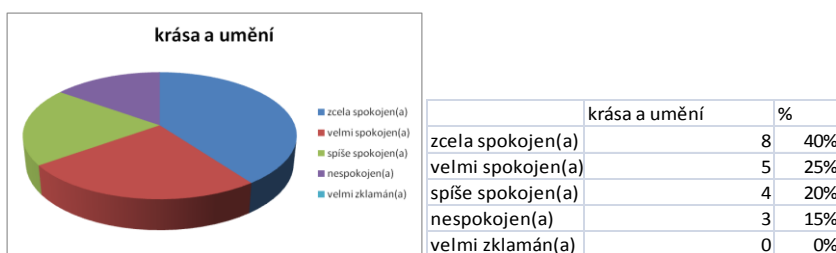
Rebešovice

důležitost



	krása a umění	%
nezbytné	0	0%
velmi důležité	8	40%
středně důležité	6	30%
málo důležité	6	30%
bezvýznamné	0	0%

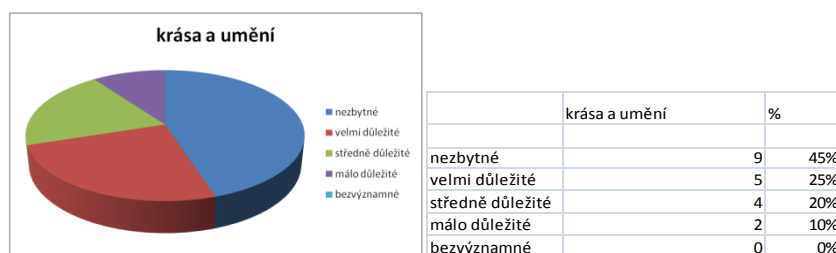
spokojenost



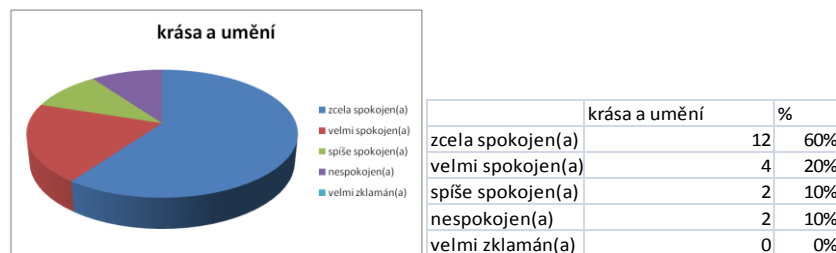
Respondenti vzorku č. 2 považují krásu a umění za velmi důležité v 8 případech (40%) a za středně důležité v 6 odpovědích (30%) a malou důležitost jí přisuzuje 6 respondentů (30%). S krásou a uměním je zcela spokojeno 8 respondentů (40%) a velmi spokojeno v 5 případech (25%). Spíše spokojenost udávají 4 respondenti (20%). Nespokojeni jsou 3 respondenti (15%).

Doma

důležitost



spokojenost

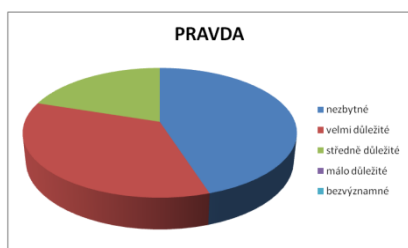


Respondenti z domácího prostředí považují krásu a umění za nezbytné v 9 případech (45%) a za velmi důležité v 5 odpovědích (25%), za středně důležité pocítují krásu a umění ve 4 případech (20%). Malou důležitost jim přisuzují 2 respondenti (10%). S krásou a uměním ve svém prostředí je zcela spokojeno 12 respondentů (60%) a velmi spokojeni jsou ve 4 odpovědích (20%) a spíše spokojeni ve 2 případech (10%). Nespokojeni s naplněním krásy a umění jsou 2 respondenti (10%).

21 pravda

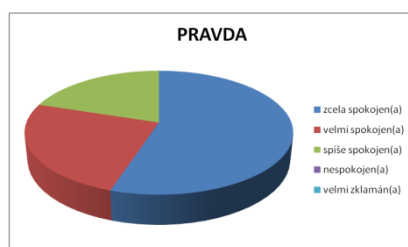
Brno

důležitost



	PRAVDA	%
nezbytné	9	45%
velmi důležité	7	35%
středně důležité	4	20%
málo důležité	0	0%
bezvýznamné	0	0%

spokojenost



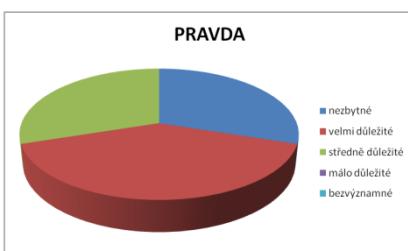
	PRAVDA	%
zcela spokojen(a)	11	55%
velmi spokojen(a)	5	25%
spíše spokojen(a)	4	20%
nespokojen(a)	0	0%
velmi zklamán(a)	0	0%

Respondenti vzorku č. 1 považují pravdu za nezbytnou v 9 případech (45%), za velmi důležitou v 7 odpovědích (35%) a za středně důležitou jí pociťují 4 respondenti (20%).

S pravdou je zcela spokojeno 11 respondentů (55%) a velmi spokojeni jsou v 5 případech (25%) a spíše spokojeni v 4 odpovědích (20%).

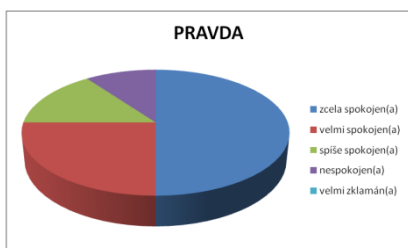
Rebešovice

důležitost



	PRAVDA	%
nezbytné	6	30%
velmi důležité	8	40%
středně důležité	6	30%
málo důležité	0	0%
bezvýznamné	0	0%

spokojenost



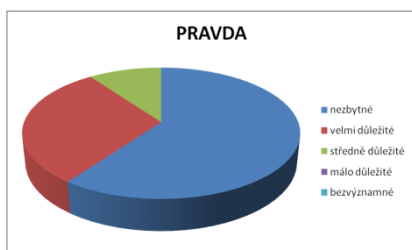
	PRAVDA	%
zcela spokojen(a)	10	50%
velmi spokojen(a)	5	25%
spíše spokojen(a)	3	15%
nespokojen(a)	2	10%
velmi zklamán(a)	0	0%

Ze vzorku č. 2 považuje pravdu za nezbytnou 6 respondentů (30%), za velmi důležitou je uvedena v 8 odpovědích (40%), za středně důležitou jí považuje 6 respondentů (30%). S pravdou je zcela spokojeno 10 respondentů (50%) a velmi spokojeni jsou v 5

případech (25%) a spíše spokojeni jsou ve 3 odpovědích (15%). Nespokojenost je udávána u 2 respondentů (10%).

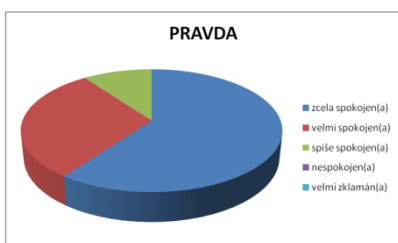
Doma

důležitost



	PRAVDA	%
nezbytné	12	60%
velmi důležité	6	30%
středně důležité	2	10%
málo důležité	0	0%
bezvýznamné	0	0%

spokojenost



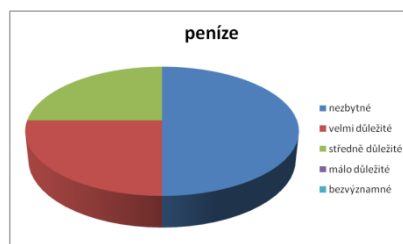
	PRAVDA	%
zcela spokojen(a)	12	60%
velmi spokojen(a)	6	30%
spíše spokojen(a)	2	10%
nespokojen(a)	0	0%
velmi zklamán(a)	0	0%

Respondenti z domácího prostředí považují pravdu za nezbytnou ve 12 případech (60%) a za velmi důležité 6 respondentů (30%) a střední důležitost udávají ve 2 odpovědích (10%). S pravdou kolem sebe jsou zcela spokojeni ve 12 případech (60%) a velmi spokojeno je 6 respondentů (30%) a spíše spokojeni jsou 2 z respondentů (10%).

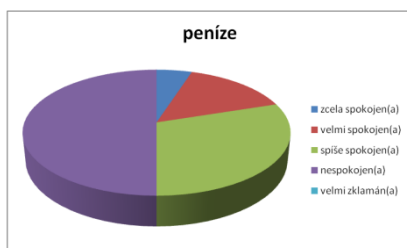
22 peníze

Brno důležitost

	peníze	%
nezbytné	10	50%
velmi důležité	5	25%
středně důležité	5	25%
málo důležité	0	0%
bezvýznamné	0	0%



spokojenost

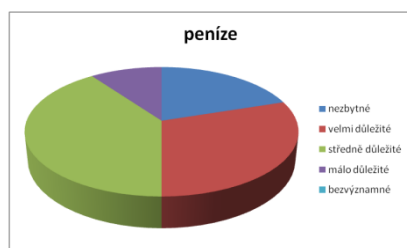


	peníze	%
zcela spokojen(a)	1	5%
velmi spokojen(a)	3	15%
spíše spokojen(a)	6	30%
nespokojen(a)	10	50%
velmi zklamán(a)	0	0%

Respondenti ze vzorku č. 1 považují peníze za nezbytné v 10 případech (50%), za velmi důležité v 5 odpovědích (25%) a za středně důležité je považuje 5 respondentů. (25%). S množstvím peněz a celkově s penězi je zcela spokojen 1 respondent (5%), a velmi spokojeni jsou ve 3 případech (15%) a spíše spokojeni si připadá 6 dotázaných (30%). Nespokojenost s penězi udává 10 respondentů (50%).

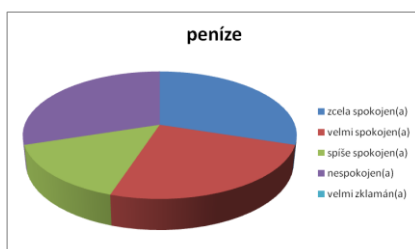
Rebešovice

důležitost



	peníze	%
nezbytné	4	20%
velmi důležité	6	30%
středně důležité	8	40%
málo důležité	2	10%
bezvýznamné	0	0%

spokojenost

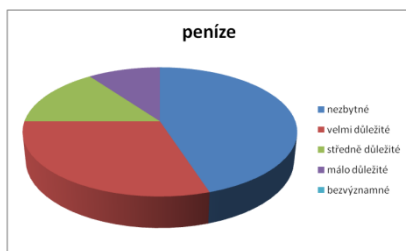


	peníze	%
zcela spokojen(a)	6	30%
velmi spokojen(a)	5	25%
spíše spokojen(a)	3	15%
nespokojen(a)	6	30%
velmi zklamán(a)	0	0%

Respondenti ze vzorku č. 2 považují peníze za nezbytné ve 4 případech (20%) a za velmi důležité je považuje 6 respondentů (30%). Střední důležitost jim přisuzuje v 8 odpovědích (40%) a jako málo důležité se zdají 2 respondentům (10%). S penězi je zcela spokojeno 6 respondentů (30%) a velmi spokojeni jsou v 5 případech (25%) a spíše spokojeni ve 3 odpovědích (15%). Nespokojenost s penězi udává 6 respondentů. (30%).

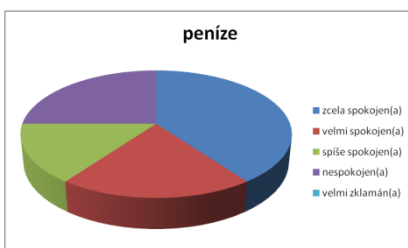
Doma

důležitost



	peníze	%
nezbytné	9	45%
velmi důležité	6	30%
středně důležité	3	15%
málo důležité	2	10%
bezvýznamné	0	0%

spokojenost



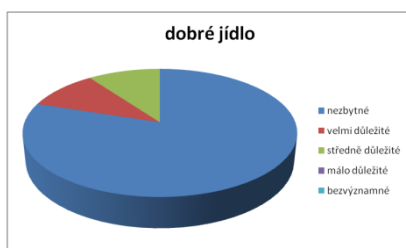
	peníze	%
zcela spokojen(a)	8	40%
velmi spokojen(a)	4	20%
spíše spokojen(a)	3	15%
nespokojen(a)	5	25%
velmi zklamán(a)	0	0%

Respondenti z domácího prostředí považují peníze za nezbytné v 9 případech (45%), za velmi důležité v 6 odpovědích (30%). Střední důležitost jim přisuzují 3 respondenti (15%) a za málo důležité jsou považovány ve 2 případech (10%). S penězi je zcela spokojeno 8 respondentů (40%) a velmi spokojeni jsou ve 4 případech (20%) a spíše spokojenost udávají ve 3 odpovědích (15%). Nespokojeno s penězi je 5 respondentů (25%).

23. Dobré jídlo

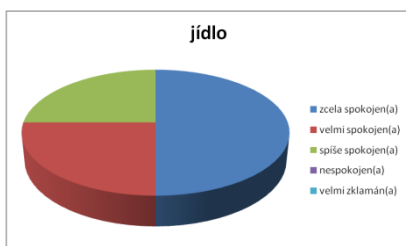
Brno

důležitost



	dobré jídlo	%
nezbytné	16	80%
velmi důležité	2	10%
středně důležité	2	10%
málo důležité	0	0%
bezvýznamné	0	0%

spokojenost



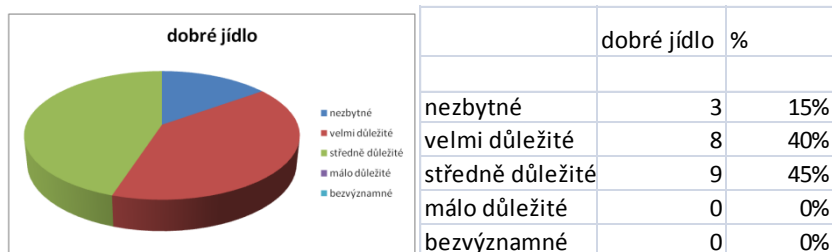
	jídlo	%
zcela spokojen(a)	10	50%
velmi spokojen(a)	5	25%
spíše spokojen(a)	5	25%
nespokojen(a)	0	0%
velmi zklamán(a)	0	0%

Respondenti ze vzorku č. 1 považují dobré jídlo za nezbytné v 16 případech (80%) a za velmi důležité ho považují 2 respondenti (10%) a za středně důležité je považováno ve 2

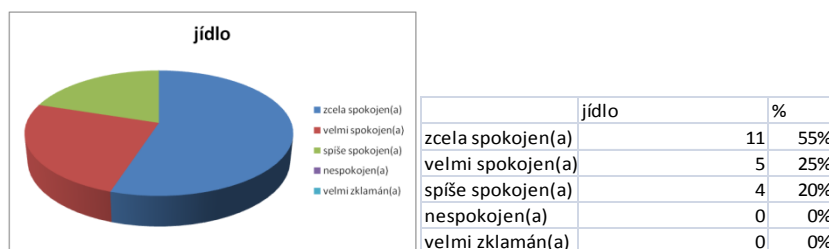
odpovědích (10%). Jídlo je jedna ze základních lidských potřeb, a proto je tato položka velmi oblíbená. S jídlem je zcela spokojeno 10 respondentů (50%) a velmi spokojeni jsou u 5 dotázaných (25%) a spíše spokojenost udává 5 respondentů (25%).

Rebešovice

důležitost

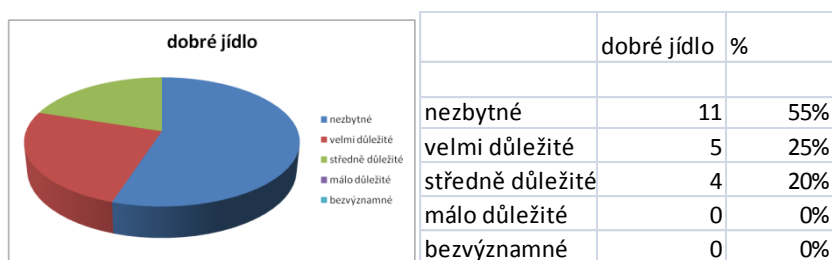


spokojenost



Respondenti ze vzorku č. 2 považují jídlo za nezbytné ve 3 případech (15%), za velmi důležité ho považují v 8 případech (40%) a za středně důležité ho považují v 9 odpovědích (45%). S jídlem je zcela spokojeno 11 respondentů (55%) a za velmi spokojeno 5 odpovědí (25%) a spíše spokojenost udávají 4 respondenti.

Doma



spokojenost



Respondenti z domácího prostředí považují dobré jídlo za nezbytné v 11 případech (55%), za velmi důležité ho hodnotí v 5 případech (25%) a za středně důležité je považováno u 4 respondentů (20%). S jídlem je zcela spokojeno 11 respondentů (55%) a velmi spokojeno jsou v 5 odpovědích a spíše spokojeno jsou 2 z respondentů (10%). Nespokojeno s jídlem doma jsou 2 respondenti (10%),

5.4 Vyhodnocení výzkumné praktické části.

Pomocí Zannotiho dotazníku jsem zjišťovala kvalitu života seniorů v různých zařízeních pro seniory, která jsem v rámci své pracovní pozice poznala. Snažila jsem se i pomocí vzájemných rozhovorů poznat, které aktuální problémy současné doby trápí seniory ve více věkových kategoriích.

Hypotéza č. 1: Seniori žijící ve svém domácím prostředí jsou spokojenější než seniori žijící v domovech nebo penzionech pro seniory. Tato hypotéza by se dala prohlásit za prokázanou, protože skoro ve všech otázkách dotazníku je to potvrzeno. I ve svých rozhovorech se seniory žijícími v domácím prostředí se mi jen na základě mého pozorování zdají šťastnější.

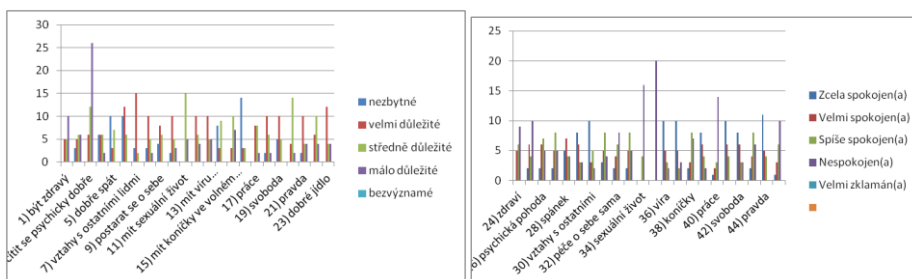
Hypotéza č. 2: Ženy jsou spokojenější, než muži. Tato hypotéza se také dle výsledků jevila jako pravděpodobná, ale myslím si, že bohužel pro malý počet respondentů - mužů v rámci dotazníkového šetření v domovech pro seniory nebyla úplně potvrzena. Bohužel v okamžiku dotazníkového šetření bylo v těchto zařízeních mužů málo, proto nelze s určitostí říci, že v těchto domovech byly ženy spokojenější. Protože každý z nás je zcela zvláštní osobnost, mnohdy může být spokojenější muž. Současné seniorky jsou z generace žen, které byly svojí rolí předurčeny k péči o domácnost a rodinu. Posláním muže bylo zabezpečit rodinu materiálně. Muž byl uznávanou hlavou rodiny. Většinou nebyl nucen zabývat se vařením, úklidem a podobnými činnostmi, proto ani nedokáže posoudit jejich náročnost. Touha po dominantním postavení v myšlení mužů přetrvává dodnes a neradi se ocitají v „podřízené“ pozici. Ženy přistupují k hodnocení celkové péče daleko objektivněji a zároveň shovívavěji. Jsou tolerantnější a méně konfliktní než muži. Potvrdily to i výsledky mého výzkumu např. v oblasti spokojenosti seniorů s personálem, kvalitou a množstvím poskytované stravy, s vybavením pokoje i ostatních prostor domova. Ženy na rozdíl od mužů více využívají a jsou spokojeny s nabídkou akcí organizovaných domovem. Váží si pobytu v domově a jsou vděčné za projevenou přízeň. Hypotézu považuji za potvrzenou.

Hypotéza č. 3: Seniori žijící ve svém prostředí považují práci a koníčky za důležitější. Ta hypotéze předpokládá výrazný rozdíl v důležitosti práce a koníčků ve volném čase u seniorů žijících ve svém rodinném prostředí a seniorů žijících v domovech pro seniory. V otázce 15 a 17 je toto prokázáno. Koníčky každého člověka posouvají dále, rozšiřuje si tak zájmy, a také se udržuje aktivní třeba turistikou, plaváním nebo nord walkingem či jízdou na kole, návštěvou koncertů nebo divadelních představení.

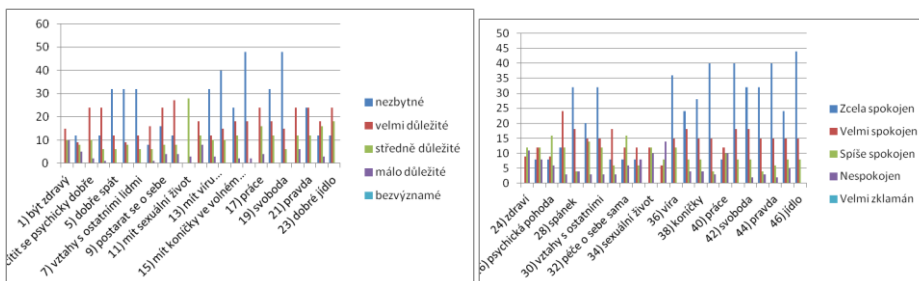
Celková tabulka

Na této stránce mám ukázky celkových grafů sestavených z odpovědí na otázky pokládané v použitém dotazníku; jsou zde patrné rozdíly jak v důležitosti, tak i ve spokojenosti.

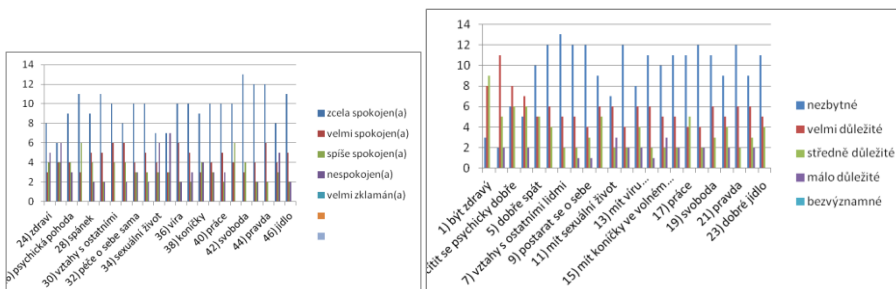
Brno



Rebešovice



Doma



Závěr

Stáří je životní etapa, která se nepochybně dotýká všech lidí na světě. Vždyť mladí a ekonomicky výkonní přímo nebo nepřímo se podílí na rozhodování o kvalitě života současné generace seniorů. Svou činností si však také připravují dobré nebo špatné podmínky svého vlastního života ve vzdáleném stáří. S postupným stárnutím se mnozí z nás neradi vyrovnávají, a proto se zaměřují na různé způsoby, jak si délku svého života prodloužit. Je mnoho odborných publikací zabývajících se problémem vyrovnání se s nezvratnými změnami v životě seniorů. Během vytváření své diplomové práce jsem získala mnoho nových poznatků a informací o možnostech jak se smířit se stářím a brát postupné regresivní změny s humorem a úsměvem. Velmi se mi líbily vtipně podané příručky, které vyjadřují podstatu úspěšných snah o zlepšení kvality

života na úroveň umožňující zachovat si co nejdéle dobu vitality a optimismus v životě a tak ovlivnit své zdraví a soběstačnost. Faktorů ovlivňujících kvalitu života je mnoho. Pokusím se o malé shrnutí možností, jak se bránit negativním projevům stárnutí. Nejdříve je dobré zjistit si příčiny úmrtí svých předků a zjištěnou míru rizikových faktorů konzultovat se svým lékařem, vyslechnout jejich rady a zařídit se podle nich. Je potřeba podstoupit preventivní vyšetření, nekouřit, neholdovat alkoholu, snažit se o zachování přibližně stejné hmotnosti, dbát na zdravou výživu a pravidelné stravování. Důležité je naučit se relaxovat, zvládat stresové situace a dostatečně spát. Velmi důležité je neztratit optimismus, umět se zasmát a radovat se ze všeho, co život nám přinese. Hlavní je nepodléhat depresivním myšlenkám z přibývajících věku a myšlenkám na smrt. Důležité je nepřestat se radovat z každého nového dne. U každého z nás je však pojem „kvality života“ myšlen rozdílně na základně důležitých hodnot a potřeb nebo zájmů, které konkrétní člověk uznává. V postatě by se dalo potvrdit, že na stáří se postupně a vědomě můžeme připravovat po celý život. Velký vliv má na naše stáří způsob, kterým jsme dosud žili. Zahrnuje životní styl společně s péčí o zdraví, životosprávu, psychickou a fyzickou aktivitu, pěstování koníčků a neustálé přizpůsobování se novým technologiím i rozmanitost sociálních vztahů. U každého člověka záleží na vlastní zodpovědnosti, s níž přistupuje k přípravě na vlastní stáří, a na tom, jak dokáže využít všech dostupných prostředků k dosažení důstojného a hodnotného prožití nelehké fáze života. Jedním z úkolů celé naší společnosti je zapojit se do osvěty k podpoře starší generace v přípravě na stáří. Na pocíťovanou kvalitu vlastního života má vliv samotný jedinec, ale také celá společnost. Ze strany společnosti se jedná hlavně o zdravotní a sociální péči a nabídky různých kulturních či zájmových činností, programů vzdělávání a aktivizace a možností zapojení se do společenského života. Stále se rozšiřuje nabídka sociálních služeb podporující setrvání seniorů ve svém domácím prostředí. Na základě studia různých materiálů a vlastních profesních zkušeností mohu potvrdit, že péče o seniory má v posledních letech zvyšující se tendenci. Potěšující je zájem o otázku seniorů v celé naší společnosti i politika vlády České republiky zaměřující se na podporu důstojného a kvalitního prožití stáří. Ta schválila návrh národního programu přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012. Za jednu z hlavních priorit programu je nutno považovat udržení a zvýšení zaměstnanosti starších lidí. Cílem je zajištění kvalitního a aktivního života budoucím seniorům.

Prognózy hovoří o stálém zvyšování podílu stárnoucí populace v celkovém počtu obyvatel v příštích desetiletích, proto je nutné přizpůsobit nabídku, množství a kvalitu sociálních služeb a rozšířit síť domovů pro seniory. Závažným problémem je, že tím, jak populace stárne, stále stoupá počet seniorů, kteří se díky zlepšující se kvalitě zdravotních služeb sice dožívají vyššího věku, ale nedokážou se o sebe úplně postarat. Je zde mnoho organizací, které nabízí služby umožňující setrvání seniorů ve svém domácím prostředí. Zvyšuje se však počet seniorů, kteří nemají rodinné zázemí. V případě, že je senior sám nebo se jeho rodina o něj nedokáže z mnoha důvodů, hlavně zdravotních, postarat, nastupují na řadu sociální služby a domovy pro seniory. Počet lidí, kteří se dostanou do takové životní situace, se bude se stárnutím populace zvyšovat, což se stane velkým problémem. Ten by se měl řešit jak rozšiřováním nabídky služeb

pro tyto osoby, tak navyšováním počtu domovů pro seniory, jejichž posláním je poskytnout svým klientům ubytování, stravování, kvalitní zdravotní a sociální péči, což jim společně s velmi účinnou rehabilitací, kulturním a společenským vyžitím zlepšit kvalitu jejich života. V těchto zařízeních je snaha o vytvoření příjemného domácího prostředí, ve kterém se budou mít senioři pocit spokojenosti a bezpečí.

Cílem těchto aktivit je podpořit důstojný a co nejaktivnější způsob života. V současné době se stále mluví o prodlužování odchodu do penze a postupně nebude v možnostech rodiny o starého a nesoběstačného člověka pečovat doma. Cílem mé diplomové práce bylo zhodnotit úroveň kvality poskytovaných služeb v malých domovech pro seniory a kvalitu života seniorů z hlediska spokojenosti žen a mužů žijících v těchto domovech. A dále jsem se zaměřila na rozdíly mezi seniory, kteří žijí ve svém domácím prostředí a seniory v domovech pro seniory. Úroveň kvality života seniorů lze vyčíst z výsledků mého šetření ve výzkumné části práce. Z výsledků šetření vyplývá, že senioři, kteří žijí ve svém domácím prostředí, jsou spokojenější než senioři, kteří žijí v domovech pro seniory. Tato hypotéza byla potvrzena. Další hypotéza, tvrdí, že senioři v rodinném prostředí přikládají větší důležitost práci a koníčkům ve volném čase. Také tato hypotéza byla potvrzena na základě výsledků výzkumu. Další hypotéza, že ženy jsou spokojenější než muži, rovněž byla potvrzena. Toto potvrzení hypotézy bylo nejvíce ovlivněno rozhovory se seniory, kteří žijí v domácím prostředí. Bohužel jsem ve svém výzkumném vzorku měla málo seniorů mužského pohlaví, jelikož zrovna v době dotazníkové metody převažovaly ženy v obsazenosti ve zkoumaných domovech pro seniory. Celkové pojetí a vypracování této diplomové práce velmi obohatilo mě samotnou, získané poznatky hodlám v budoucnu uplatňovat, prohlubovat a dále rozšiřovat. Cílem mé diplomové práce bylo zjistit úroveň kvality života seniorů. Porovnat kvalitu života seniorů žijících v malém domově pro seniory a seniorů žijících samostatně. Zaměřit se na teoretické vymezení a přístupy k této problematice, dále na nástroje a metody měření. Úroveň kvality života seniorů můžeme vyčíst z výsledků, které prezentuji v univariální analýze, kde jsou zaznamenány průměrné hodnoty důležitosti a spokojenosti u jednotlivých položek týkajících se určitých oblastí života.

Resumé

Diplomová práce je zaměřena na problematiku kvality života seniorů. Vychází z odborné literatury a zjištěných informací o dané problematice. Toto téma jsem si vybrala, protože jsem se chtěla o tomto období života dozvědět nové poznatky. V této době je to velmi aktuální téma, protože se neustále zvyšuje počet seniorů a mluví se o tzv. „Epidemii stáří“.

První kapitola je věnována charakteristice pojmu stáří a stárnutí. Zaměřuje se na jednotlivé roviny osobnosti, které tomuto procesu podléhají. Dále jsou zmiňovány vědy, které se stářím a stárnutím zabývají, a choroby, které se nejčastěji u starší populace objevují. První kapitola je orientována na teoretické vymezení pojmu stáří, charakteristiku procesu stárnutí. Zaměřuje se na nejčastější choroby stáří. V další části se zabývám tím, které vědy souvisí s problematikou stáří.

Ve druhé kapitole je podáván přehled současného systému péče o seniory v České republice. Je rozdělen do čtyř základních oblastí, a to ústavní sociální péče, terénních sociálních služeb, zdravotní péče a sociální péče. Druhá kapitola je věnována nabídce a přiblížení sociálních služeb, o kterých se v této době stále častěji hovoří.

Třetí kapitola se zabývá kvalitou života. Zaměřuje se na její teoretické vymezení, dimenze a přístupy ke kvalitě života, nástroje a metody měření. Poslední část této kapitoly je věnována kvalitě života seniorů a faktorům, které ji ovlivňují. Třetí kapitola se zabývá teoretickým vymezením kvality života a tím, jak je možné ovlivnit kvalitu svého vlastního života.

Výzkumná část se zaměřuje na zjišťování kvality života seniorů. Porovnává kvalitu života seniorů žijících v domově důchodců a seniorů žijících samostatně. Zaměřuje se na zjišťování míry důležitosti a spokojenosti v různých oblastech životních hodnot. Výzkumná část se zaměřuje na zjišťování kvality života seniorů ve dvou různých malých domovech pro seniory a na kvalitu života seniorů žijící samostatně ve svém domácím prostředí. Hodnotí úroveň kvality poskytovaných služeb v domovech pro seniory a kvalitu života seniorů z hlediska spokojenosti žen a mužů žijících v těchto domovech.

Anotace

Tato diplomová práce se zaměřuje na kvalitu života seniorů v domovech pro seniory a na kvalitu života starších lidí žijících ve svém domácím prostředí. Cílem práce je zhodnotit úroveň kvality služeb poskytovaných v domovech pro seniory a kvality života seniorů z hlediska spokojenosti mužů a žen žijících v těchto domech. Kvalita života je jev multidimenzionální a z hlediska jednotlivých seniorů velmi subjektivní a individuální pojem. To ovlivňuje řada faktorů, mezi které patří zdraví, životní styl, sociální prostředí, zdravotní péče, sociální služby, fyzická bezpečnost, bydlení a etické principy používané ve společnosti. Je potřeba udržovat kvalitu života na požadované úrovni, adaptovat se na změny ve společnosti, poznatky vědy a neustále hledat možnosti zlepšení Praktická část diplomové práce vychází z empirických dat získaných na základě dotazníkového šetření, částečněji obohacen o poznatky z cílených rozhovorů se seniory. Na základě takto získaných poznatků jsou analyzovány výsledky a verifikovány stanovené hypotézy.

Klíčová slova

Stáří, proces stárnutí, gerontologie, geriatrie, geragogika senior, rodina, péče

státu o seniory, sociální služby, standardy kvality sociálních služeb, domov pro seniory,

kvalita života, adaptace a aktivita seniorů zájmy a koníčky.

Abstract:

This diploma thesis deals with the quality of life of seniors living in the nursing homes as well as the quality of life of elderly persons living at their own homes. The main goal of this work is to evaluate the quality of services provided in nursing homes and the quality of life of seniors in terms of the sense of satisfaction of the men and women living here. The quality of life is a multidimensional phenomenon which is very subjective and individual. It is influenced by several factors like health, life style, social environment, medical care, social services, personal safety, housing and also ethical principles used in the society. The quality of senior's life should meet certain requirements which should reflect also the changes in the society as well as current level of scientific knowledge and it should have been constantly improved. The practical part of this diploma thesis is based on the processing of empirical data obtained from the survey and it is partly enriched with the findings from targeted interviews with seniors. On the basis of all these finding and of the results of data analysis preliminary hypothesis are verified.

Key words

-old age, the process of ageing, gerontology, geriatrics, geragogics, senior, family, state care about the seniors, social services, the standars of the quality of social services, nursing home, the quality of life, adaptation, active life, leisure activities

Použitá literatura

Právní předpisy, zákony, vyhlášky

1. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
2. Zákon č. 206/2009 Sb., kterým se mění zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony.
3. Zákon č.109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách.

4. Vyhláška č.239/2009 Sb., kterou se mění vyhláška č.505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů ([www. m psv.cz](http://www.mpsv.cz))

Knihy a monografie:

1. ČÁMSKÝ, P. SEMBDNER, J KRUTILOVÁ, D. Sociální služby v ČR v teorii a praxi, 1.vyd. Praha, Portál, 2011, ISBN 978 -80-262-0027-7.
2. DIENSTBIER, Z, Průvodce stárnutím aneb jak ho oddálit, 1.vyd, Praha, Radix, 2009, ISBN 978-80-86013-88-0.
3. DIENSTBIER, Z, Ó sladké stáří, 1.vyd.Praha, Radix, 2011, ISBN 978-80-87573-00-6.
- 4.DRAGOMIRECKÁ, E., ŠKODA, C. Kvalita života. Vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii. In ČS Psychiatrie, 93, 1997, 102-108 s.
5. GREGOR, O. Stárnout to je kumšt. 2.vyd. Praha: Olympia, 1990, 139 s. ISBN 80-7033-040-6.
6. HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. 1. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2
7. HRABOVSKÁ, P. Diplomová práce, Kvalita života seniorů, Katedra speciální pedagogiky, Brno, 2006.
8. CHARVÁT, J. Život a adaptace a stres, 2. vyd. Praha, Avicenum, 1970, ISBN 08-044-70.
9. JANEČKOVÁ, H. Životní události a kvalita života. In Kvalita života a zdraví. Praha: Triton, 2005, 629 s., ISBN 80-7254-657-0
10. KALVACH, Z. et al. Úvod do gerontologie a geriatrie. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997, 193 s. ISBN 80-7184-366-0.
11. KOHOUTEK, R. Základy sociální psychologie, Brno, CERM, 1998, ISBN 80-7204-064-2.
12. KOUKOLÍK, F. JIRÁK, R. Diagnostika a léčení syndromu demence. Praha. Grada Publishing,1999
13. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. 1. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
14. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví. Praha: Portál 2001, ISBN 80-7178-551-2.
15. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

16. MAROON, J. Faktor dlouhověkosti, 1. vyd. Bratislava, Noxi, ISBN 978-80 - 8111
17. MAŘÍKOVÁ, H., PETRUSEK, M., VODÁKOVÁ, A. a kol. Velký sociologický slovník I., II. Praha: Karolinum 1996, ISBN 80-7184-164-1 -031-3
18. MATOUŠKOVÁ, H. Zdravý životní styl, podmínky ovlivňující zdraví, závěrečná práce, DPS, Fakulta humanitních studií IMSBrno, 2010
19. MÜHLPACHR, P. Gerontopedagogika. 1. Brno: Institut mezioborových studií, 2009.
20. MÜHLPACHR, P. Gerontopedagogika, 2. vyd. Brno: Muni PRESS, 2009, 203 s. ISBN 978 – 80 – 210 – 5029 – 703 s. ISBN 80-210-3345-2.
21. MÜHLPACHR, P. (ed.) Schola gerontologica. 1. vyd. Brno: MU, 2005, 314 s. ISBN 80-210-3838-1.
22. MÜHLPACHR, P. (ed.) Schola gerontologica. 1. vyd. Brno: MU, 2005, 314 s. ISBN 80-210-3838-1.
23. PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H. Gerontologie. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1981, 298 s.
24. PŘÍHODA, V. Ontogeneze lidské psychiky. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1974, 495 s.
25. ŘEHULKOVÁ, O. ŘEHULKA, E, et al. Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci, Brno 2008, ISBN 978-80-7392-073-9.
26. SMÉKAL, V. HOBZOVÁ, H. Kvalita života seniorů, Brno, 2008, ISBN 978-80-7392-073-9.
27. SČEPKOVÁ, O. Diplomová práce, Kvalita života seniorů v současné společnosti, fakulta humanitních studií IMS, Brno, 2011.
28. ŠIGUTOVÁ, A. Diplomová práce, Kvalita života seniorů v domovech pro seniory, fakulta humanitních studií Brno IMS, 2008.
29. ŠOLCOVÁ, I. Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory. In Sborník příspěvků z konference Kvalita života konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004, 21-32 s. ISBN 80-86625-20-6.

30. TOKÁROVÁ, A. (ed.). Sociálna práca. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce. Prešov: FF PU 2002, ISNB 80-8068-086-8 .

31. TOŠNEROVÁ, T. Jak si vychutnat seniorská léta, 1.vyd. Brno, Computer Press, 2009, ISBN 978-80-251-2104-7.

32. VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. Kvalita života. 1. vyd. Brno: MU, 2005, 143 s. ISBN 80-210-3754-7.

33. VIGUÉ, J. Zdraví pro třetí věk. 1. vyd. Praha: Rebo Productions, 2006, 270 s.

34. Humanum – Kolegium edukacji praktycznej

Międzynarodowe Studia Społeczno-Humanistyczne Warszawa 2008

Odborné časopisy: sociální služby květen 2011, www.socialnisluzby.eu

Sociální služby prosinec 2011,

Příloha č.1

Dotazník kvality života

(SQUALA)

Pořadové číslo ____

Id. Číslo ____

Vážený pane, vážená paní!

Cílem tohoto dotazníku je hodnocení kvality života.

V první části dotazníku Vás prosíme, abyste odpověděl/a, jaké hodnoty považujete v životě za důležité, jak si jich ceníte. Ve druhé části zjišťujeme, nakolik jste Vy osobně spokojen/a v různých oblastech životních hodnot.

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

Děkujeme Vám za spolupráci na naší výzkumné práci.

DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Zaškrtněte, prosím, odpovídající položky:

1) POHLAVÍ

2) VĚK __

muž.....1

žena.....2

3) BYDLÍTE V:

obci do 10 000 obyvatel 1

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

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

velkoměstě nad 100 000 obyvatel.....4

4) UKONČENÉ VZDĚLÁNÍ

neukončené základní..... 1

základní..... 2

střední bez maturity..... 3

střední s maturitou..... 4

vysokoškolské..... 5

5) ZAMĚSTNÁNÍ

a) Jste soukromník?.....ano – ne

b) Zaměstnáváte další osoby..ano – ne

c) Pokud pracujete, uveďte své hlavní zaměstnání:

d) Pokud nepracujete, uveďte jeden z důvodů:

studující.....	1
mateřská dovolená.....	2
v domácnosti.....	3
důchodce (neprac.).....	4
v invalidním důchodu.....	5
t.č. nezaměstnaný/á	
hledající práci.....	6
voják základní služby.....	7
jiné.....	8

6) HMOTNÉ ZABEZPEČENÍ

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

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

7) RODINNÝ STAV

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

8) MÁTE DĚTI?

ano – ne

pokud ano, pak počet dětí žijící s vámi ____

HODNOCENÍ DŮLEŽITOSTI

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

Je ještě něco jiného, co považujete v životě za důležité?

	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					