

Kvalita života seniorů v domovech s pečovatelskou službou a domovech pro seniory

Bc. Andrea Ondrová

Diplomová práce
2023



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Andrea Ondrová**
Osobní číslo: **H20093**
Studijní program: **N0111A190013 Sociální pedagogika**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Kvalita života seniorů v domovech s pečovatelskou službou a domovech pro seniory**

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti stáří a stárnutí, kvality života seniorů a sociálních služeb pro seniory.

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

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníku.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

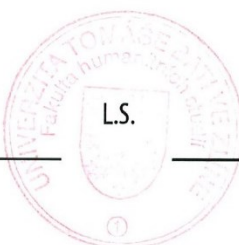
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. Kvalita života seniorů v domovech pro seniory. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.
CHRÁSKA, Miroslav, 2007. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1369-4.
MŮHLPACHR, Pavel, 2017. Kvalita života seniorů. Brno: MSD. ISBN 978-80-7392-260-3.
PŘIBYL, Hugo, 2015. Lidské potřeby ve stáří. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-437-1.
ŽUMÁROVÁ, Monika, 2012. Subjektivní pohoda a kvalita života seniorů. Prešov: Akcent print. ISBN 978-80-89295-43-2.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Jana Martincová, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **10. ledna 2023**
Termín odevzdání diplomové práce: **21. dubna 2023**


Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

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

Ve Zlíně dne 10. ledna 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

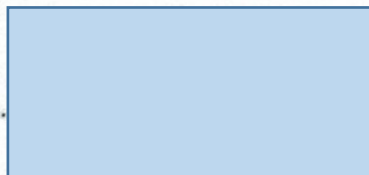
Beru na vědomí, že


- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 12. 04. 2023



 **Univerzita Tomáše Bati**
Fakulta humanitních studií

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá porovnáním kvality života seniorů žijících v domovech s pečovatelskou službou a domovech pro seniory.

Tato práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část je rozdělena do tří kapitol. Kapitola první je věnována stárnutí a stáří. Kapitola druhá charakterizuje seniorskou populaci a kapitola třetí pojednává o kvalitě života. Praktická část se zabývá analýzou a interpretací výsledků, kterých jsme dosáhli za pomoci dotazníkového šetření. Výzkumným souborem se stali senioři žijící v domovech s pečovatelskou službou a domovech pro seniory v Jihomoravském kraji.

Klíčová slova: stárnutí, stáří, seniorská populace, kvalita života

ABSTRACT

The diploma thesis deals with the comparison of the quality of life of seniors living in nursing homes and homes for the elderly.

This work is divided into a theoretical part and a practical part. The theoretical part is divided into three chapters. The first chapter is devoted to ageing and old age. Chapter two characterizes the senior population and Chapter three deals with quality of life. The practical part deals with the analysis and interpretation of the results we have achieved with the help of a questionnaire survey. The research group was made by seniors living in nursing homes and homes for the elderly in the South Moravian Region.

Keywords: ageing, old-age, senior population, quality of life

Děkuji paní Mgr. Janě Martinové, Ph.D., MBA. za kvalitní vedení diplomové práce, za její hodnotné rady, trpělivost a odbornou pomoc při zpracování.

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ	13
1.1 VYMEZENÍ POJMŮ.....	13
1.2 PŘÍČINY, PRŮBĚH STÁRNUTÍ.....	16
1.3 ZDRAVOTNÍ, PSYCHOSOCIÁLNÍ A SOCIOLOGICKÉ ASPEKTY STÁRNUTÍ ..	18
1.4 STÁRNOUCÍ ČLOVĚK.....	22
1.5 PŘÍPRAVA A ADAPTACE NA STÁŘÍ.....	22
1.6 KONCEPT AKTIVNÍHO STÁRNUTÍ.....	25
2 SENIORSKÁ POPULACE	28
2.1 CHARAKTERISTIKA A SPECIFIKA SENIORSKÉ POPULACE	28
2.2 RIZIKOVÉ FAKTORY V ŽIVOTĚ SENIORŮ.....	30
2.3 POTŘEBY SENIORŮ	32
2.4 SEXUALITA SENIORŮ	35
2.5 MÝTY O SENIORECH	38
2.6 AGEISMUS	40
3 KVALITA ŽIVOTA	44
3.1 VYMEZENÍ POJMU.....	44
3.2 HISTORICKO-FILOZOFICKÝ KONTEXT	46
3.3 KVALITA ŽIVOTA Z POHLEDU PSYCHOLOGIE A SOCIOLOGIE	49
3.4 ROZSAH KVALITY ŽIVOTA	52
3.5 DIMENZE KVALITY ŽIVOTA.....	53
3.6 MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA.....	55
3.7 PRVOTNÍ VÝZKUMY V ČR ZAMĚŘENÉ NA KVALITU ŽIVOTA	59
II PRAKTICKÁ ČÁST	61
4 VÝZKUM	62
4.1 METODIKA ZPRACOVÁNÍ	63
4.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY	64
4.3 VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO SOUBORU	66
5 PRŮBĚH A VÝSLEDKY VÝZKUMU	67
5.1 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ	67
5.2 SHRNUÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ A DOPORUČENÍ PRO PRAXI	83
ZÁVĚR	88

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	89
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	93
SEZNAM OBRÁZKŮ	95
SEZNAM TABULEK.....	96
SEZNAM PŘÍLOH.....	97

ÚVOD

Stárnutí, stáří a umírání byla témata, která ve všech epochách znepokojovala nejen lidstvo samo, ale i odborníky z různých oborů. Alchymie, medicína, náboženství i filozofie hledaly od počátku zrodu lidstva příčiny stárnutí člověka a snažily se tuto fázi života ulehčit, usnadnit, případně odsunout ji v čase.

Stárnutí není pouze záležitostí moderní doby, nicméně se v posledním století stalo běžnou zkušeností. Lidský věk se prodlužuje, populace stárne.

Především senioři, kteří bojují s přibývajícými zdravotními a sociálními komplikacemi si uvědomují možné a nastávající potíže související s jejich věkem. Zbývající část současné populace s klapkami na očích a permanentní orientací na bezprostřední prožívání aktuálních situací si nepřipouští blížící se finální etapu života, odolává vtíravým myšlenkám. Až setkání s pravdou, zármutkem a bolestí připomene naléhavost zbrždění životního tempa, povinnost kompenzace sil v mimopracovním režimu, občasné zastavení a ohlédnutí se za dosavadním během života.

Ve většině zemí světa se zvyšuje průměrná délka života, což vede ke stárnutí populace. Ani Česká republika není výjimkou. V důsledku toho se zvyšuje počet seniorů, kteří potřebují zvláštní péči a podporu pro zachování jejich kvality života. Výzkum kvality života je oblast, která je značně rozsáhlá a rychle se rozvíjí. V současnosti je přikládán velký význam kvalitě poskytovaných služeb. Rodina, přátelé i zaměstnanci v zařízeních, kteří poskytují služby seniorům, by si měli uvědomovat závažnost subjektivního vnímání kvality života této skupiny a měli by se snažit pochopit a podpořit potřeby současných seniorů. Zvyšování kvality života je klíčové pro jejich důstojný a spokojený život.

Cílem této diplomové práce je porovnání kvality života seniorů žijících v domovech s pečovatelskou službou a domovech pro seniory.

Diplomová práce se skládá ze dvou částí – teoretické a praktické. Teoretická část je rozdělena na tři hlavní kapitoly. Kapitola první vymezuje základní pojmy, popisuje příčiny a průběh stárnutí, přípravu a adaptaci na stáří a seznamuje s konceptem aktivního stárnutí. Druhá kapitola je zaměřena na charakteristiku seniorské populace. Popisuje specifika, potřeby, rizikové faktory v životě seniorů. Dále se zaměřuje na téma sexuality seniorů, které je v poslední době námětem mnoha diskuzí, mýty o seniorech a ageismus. Kapitola třetí je zaměřena na kvalitu života. Vymezuje pojem, seznamuje s historicko-filozofickým kontextem. Dále předkládá informace o kvalitě života z pohledu psychologie a sociologie,

objasňuje rozsah a dimenze. Seznamuje s metodami měření a uvádí dosavadní výzkumy, které proběhly v České republice.

Praktická část a výsledky výzkumného šetření jsou zpracovány na základě dotazníkového šetření. Úkolem dotazníku bylo porovnat kvalitu života seniorů žijících v domovech s pečovatelskou službou a domovech pro seniory.

Vybrané téma a z něj plynoucí výsledky výzkumu by měly přispět k lepšímu pochopení toho, jaké faktory mají vliv na pohodu a spokojenost seniorů. K vylepšení kvality péče a služeb poskytovaných v těchto zařízeních. Identifikovat oblasti, ve kterých je potřeba optimalizace nebo změna.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

V současnosti je známo přibližně 300 definic vymezujících stárnutí a stáří. Žádná z nich ovšem není absolutně platná a definitivní. Aristoteles vymezil stáří jako ztrátu tepla, Hippokrates jako ztrátu vlhka. Dle Galéna je stáří stav mezi zdravím a nemocí, který je navozen změnami tělních šťáv s úbytkem vlhka, tepla a krve. Pojetí definic je ovlivněno také tím, jakou optikou se na stáří nahlíží. Psychologie, sociální práce, demografie, gerontologie aj., každý z těchto oborů má svůj specifický pohled. Autoři zabývající se problematikou stárnutí a stáří se shodují na faktu, že stárnutí (senescence) je fyziologický proces a nikdo živý se mu nemůže vyhnout, zatímco stáří (senium) je konečnou etapou života, tedy vývojovým obdobím (Příbyl, 2015, s. 9).

Stárnutí a stáří jsou fáze přirozeného průběhu lidského života. Tyto fáze jsou odlišné, přesto však úzce propojené a vzájemně se ovlivňují. V průběhu stárnutí se tělo a mysl krok za krokem přizpůsobují novým podmínkám, tyto podmínky se s věkem mění, což může vést k různým výzvám v pozdějším stáří.

1.1 Vymezení pojmů

K vymezení pojmů je několik důvodů. Pojmy se vymezují především proto, aby se zajistila shoda mezi komunikujícími. Aby se určilo, co daný pojem znamená a lidé, kteří tento pojem používají si porozuměli. Dalším důvodem je usnadnění komunikace mezi specialisty v určité oblasti. Vymezení pojmů také napomáhá tomu, aby bylo možné je jednoznačně definovat a na základě toho používat v různých souvislostech. Přesné a jasné vymezení pojmů může přispívat také k větší efektivitě ve sféře vzdělávání, výzkumu a ostatních oblastech lidské činnosti. Tato kapitola nabízí vymezení pojmů stárnutí a stáří.

„Stárnutí je komplexní, nevratný, dynamický proces, který postihuje involučními změnami veškeré živé organismy kontinuálně již od jejich početí. Hovoří se o vzájemně propojených procesech biologického, psychologického a sociálního stárnutí, odehrávajících se s interindividuální variabilitou. Involuční změny a reakce, adaptace organismu na ně jsou tak procesem dezintegrováním a asynchronním, jenž je částečně geneticky podmíněn a zčásti je ovlivněn náhodnými jevy, poruchami“ (Příbyl, 2015, s. 9).

„Stárnutí je celoživotní proces, jehož involuční projevy se stávají zřetelnějšími zhruba od přelomu 4. a 5. decennia, a to v závislosti na prostředí“ (Mühlpachr, Bargel, 2011, s. 5).

Stárnutí – „Je to přirozený proces, při kterém jsou ohroženy některé faktory. Jestliže víme které, pak lze nalézt nejvhodnější prostředky k tomu, jak stárnutí, když ne zastavit, tak alespoň zpomalit, pozitivně ho využít, zaměřit se na jeho nejlepší součásti, přizpůsobit se mu“ (Dessaintová, 1999, s. 19).

„Stárnutí je závěrečnou fází lidského vývoje a je třeba ho posuzovat jako součást kontinuální proměny. Avšak právě proto, že se jedná o proměnu kontinuální, je nesnadné nalézt uspokojivou definici okamžiku, ve kterém končí střední věk a začíná stáří“ (Stuart–Hamilton, 1994, s. 18).

„Stárnutí se vyznačuje posloupností nezvratných změn, které nastávají v živém organismu a postupně omezují a zeslabují jeho jednotlivé funkce. Je to ústup po dosažení vrcholu anatomického i funkčního růstu v širokém slova smyslu. Stárnutí je proces, má určitou časovou dynamiku, je geneticky naprogramováno, řídí se druhově specifickým časovým zákonem, podléhá formativním vlivům prostředí“ (Pacovský, 1997, s. 54).

„Stárnutí je všudypřítomnou součástí naší živé i neživé přírody, a nakonec nám nezbyvá než si uvědomit, že tento proces probíhá i v nás samotných. Stárnutí je jediná fatální nutnost, která se nikomu z nás nemůže vyhnout“ (Hayflick, 1997, s. 28).

„Stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných změn sociálních (osamostatnění dětí, penzionování a jiné změny sociálních rolí). Všechny změny příčinné i následné se vzájemně prolínají, mnohé jsou protichůdné a jednotné vymezení a periodizace stáří se tak stávají velmi obtížnými“ (Mühlpachr, Bargel, 2011, s. 13).

„Stáří je životní fáze ohraničená dvěma časovými body. Horní věková hranice stáří je ostře vymezená smrtí. Spodní věková hranice je rozmazána tím, že jevy a procesy, které tvoří stáří, do života člověka vstupují postupně. Teprve úhrn těchto jevů a procesů tvoří stáří. Každý z jevů a procesů tvořících stáří má svůj vlastní čas a věk, v němž začne v životě člověka působit. Tato individuálnost je provázena a posilována jedinečností každého jedince. Stejně jevy a procesy nastupují u konkrétního člověka sice v určitém limitovaném věkovém rozpětí, ale v jiném individuálním věku. Časová diferenciacie nástupu jevů a procesů tvořících stáří vzniká na základě genetické zvláštnosti jedince, jeho životní

historie, ale také v důsledku společenských a kulturních faktorů“ (Sak, Kolesárová, 2012, s. 14).

„Stáří je označována poslední vývojová etapa lidského života, která končí smrtí. Jedná se o důsledek a projev involučních změn (funkčních i morfologických), které jsou determinovány geneticky, ale i dalšími faktory, např. nemocemi, způsobem života, životními podmínkami“ (Příbyl, 2015, s. 10).

Pichaud (1998) uvádí, že „stáří je období, kdy se výrazně mění dosavadní způsob života. Produktivní člověk přechází pozvolna do období stárnutí a stáří. Tento stav si nejčastěji poprvé uvědomí, když přijde období tzv. „syndromu prázdného hnízda“ – osamostatnění dospělých dětí a narození vnoučat“ (Dvořáčková, 2012, s. 10).

Dle Haškovcové (1990) je stáří „přirozeným obdobím lidského života a je vztahováno k životnímu období dětství, mládí a k době zralosti. Je třeba si však uvědomit, že stáří není nemocí, ale přirozeným procesem změn, které trvají celý život, jsou však patrné až v průběhu pozdějšího věku“ (Jarošová, 2006, s. 8).

Tošnerová (2002) předpokládá, že „pojmem stáří vyvolává v lidech většinou negativní pocity, bývá spojováno s nemocemi, samotou, umíráním a smrtí. Proto je vytěšňováno až na samotný okraj vědomí společnosti. Stáří bývá vnímáno jako finanční dluh, zátěž, závazek. Ve stáří lidé pak musí více než ostatní čelit nashromážděným ztrátám jako jsou odchod do důchodu, odchody dětí a narození vnoučat, biologické změny, smrt partnera a vrstevníků, změna bydlení, případně vstup do domova“ (Jarošová, 2006, s. 9).

Stárnutí je přirozeně plynoucí proces, kterým prochází naše tělo a je spojený s množstvím fyziologických změn. Tyto změny mohou být zapříčiněny genetickými faktory, vlivem prostředí, životním stylem a dalšími faktory. Změny, které se v průběhu stárnutí vyskytují zahrnují změny v tělesné stavbě a metabolismu, změny v hormonální hladině, změny v kognitivních funkcích, zvýšené riziko onemocnění. I když jsou tyto změny přirozeným dopadem stárnutí, může člověk za pomoci zdravého životního stylu, jako je zdravá strava, pravidelný pohyb, dostatek spánku a minimalizací stresu důsledky stárnutí zmírnit.

Stáří popisuje určité období života, které je spojené s pokročilým věkem. Toto období charakterizují některé specifické problémy a výzvy. Patří sem například změny fyzických funkcí, zvýšené riziko zdravotních problémů, psychologické změny, sociální změny a další. Třebaže stáří představuje řadu výzev, spousta lidí vidí tuto fázi života jako čas získávání

zkušeností a moudrosti, příležitost větší měrou se věnovat zájmům a koníčkům, příležitost trávit více času s rodinou a přáteli.

1.2 Příčiny, průběh stárnutí

Stárnutí je přirozený biologický proces, který se vyskytuje u všech živých organismů. Průběh stárnutí je velmi individuální a každý z nás stárne jinak.

Stárnutí je důležitou individuální zkušeností, se kterou se dříve nebo později setká každý z nás. Stárnou naše děti, rodiče, my, přátelé, blízcí. Stárnutí nicméně nelze chápat pouze jako proces úbytku sil, opakovaných ztrát a degradace. Je to období života, které má stejně jako ta období předchozí svoji cenu – své radosti, ale i smutky, hodnoty a trápení, naděje i zklamání. Všichni se musíme učit umění stárnout, protože kvalita a smysl života ve stáří do velké míry záleží na přístupu a postojích každého z nás (Ondrušová, 2011, s. 13).

V průběhu mnoha let lze sledovat proměnu lidských psychologických a fyzických znaků charakterizujících zpravidla střední věk ve znaky charakterizující stáří. Ovšem je velice nesnadné určit dobu, kdy se člověk definitivně stane starým. Nejčastějším měřítkem stárnutí je chronologický (kalendářní) věk – prostě řečeno, údaj, jak je člověk starý. Dalším běžně užívaným měřítkem je sociální věk, který se vztahuje ke společenskému očekávání chování přiměřeného určitému biologickému věku (Ondrušová, 2011, s. 14).

Příčiny stárnutí nejsou stále ještě dostatečně vysvětleny, pohledy na příčiny stárnutí se liší. Bylo formulováno množství hypotéz a teorií, z nichž k nejznámějším patří teorie genetické, které opomíjejí vnější faktory a předpokládají, že proces stárnutí je geneticky zakódován. Teorie metabolických omylů vycházejí z představy, že stárnutí je způsobeno náhodným hromaděním metabolických omylů, které se objevují v buněčném metabolickém cyklu. Mezi další teorie patří například teorie imunologické a autoimunitní, teorie stárnutí makromolekul, teorie hromadění odpadních látek, volných radikálů a mnohé další. Rozdílnost teorií poskytuje možnost vysvětlení procesu stárnutí z různých aspektů. Ve výše zmíněných teoriích převládají dva pohledy na stárnutí, a to biologický pohled a sociální teorie stárnutí. I přes rozmanitost teorií stárnutí můžeme říci, že dle posledních poznatků je stárnutí dějem multifaktoriálním, komplexním, na němž se podílejí genetické vlivy a faktory zevního prostředí (Ondrušová, 2012, s. 15-16).

Kalvach (1997) charakterizuje průběh procesu stárnutí zařazením do jedné z následujících kategorií:

Úspěšné stárnutí – zdravotní a funkční stav seniora je lepší než současný průměr, umožňuje nejen plnou soběstačnost, ale i žádoucí tělesnou, psychickou a sociální aktivitu zhruba do 9. decennia (desetiletí).

Obvyklé, normální stárnutí – zdravotní a funkční stav seniora, jeho sociální role, míra zdravotních obtíží a funkčních limitací odpovídá jeho vrstevníkům, současné normě v dané společnosti.

Neúspěšné, patologické stárnutí – zdravotní a funkční stav je horší než u vrstevníků, horší, než charakterizuje současná norma. Choroby vyššího věku, jejich projevy a důsledky jsou neobvykle výrazně vyjádřeny a/nebo nastupují neobvykle brzy, předčasně, jejich průběh je urychlený. Dominuje závislost na pomoci druhé osoby či progerie (předčasné stárnutí) (Ondrušová, 2012, s. 16).

Teorie o procesu stárnutí můžeme rozdělit do dvou hlavních skupin:

Teorie stochastické – teorie, které předpokládají, že události a děje spojené s procesem stárnutí jsou převážně náhodné. S věkem přibývají poruchy, chyby a organizmus se opotřebovává (smrt je nešťastnou náhodou, smrt stářím neexistuje). Mezi tyto teorie patří např.: Teorie omylů a katastrof proteosyntézy, Teorie překřížení, Teorie „opotřebení“, Teorie mutační, Teorie volných radikálů, Teorie spolehlivosti.

Teorie nestochastické – teorie, které předpokládají, že stárnutí je především geneticky předurčeno a naprogramováno (smrt stářím existuje, je geneticky determinována). Mezi tyto teorie řadíme např.: Pacemakerová teorie, Genetická teorie, Hayflickova teorie limitovaného počtu buněčných dělení, Existence genů dlouhověkosti či naopak progerie, Hledání „smyslu, potřeby a přínosnosti“ stárnutí (Čevela a kol., 2012, s. 21-22).

„Proces stárnutí je ovlivněn řadou faktorů, které lze dělit na vnitřní a vnější.

Za **vnitřní faktory** stárnutí se považují: **Genetická výbava** – činitelé buněčného přežití, vrozené genetické a získané genové mutace vedoucí ke vzniku onemocnění s důsledkem předčasného úmrtí. **Tělesné onemocnění a psychické poruchy**. Psychická výbava jedince – povahové zaměření, zvládání a zpracování zátěžových situací, způsoby vyrovnávání se s nemocí, stereotypy, životní cíle.

Vnější faktory ovlivňující stárnutí: **Fyzikální** – klima, životní prostředí, pracovní prostředí. **Chemické** – kožní, plicní komplikace. **Sociální** – způsob a kvalita bydlení, finanční zabezpečení, rodinné zázemí, vzdělání“ (Příbyl, 2015, s. 10).

Příbyl (2015) rozděluje stárnutí na fyziologické a patologické.

Fyziologické stárnutí – bývá někdy označováno jako primární nebo také zdravé stárnutí. Je provázáno běžnými projevy souvisejícími s věkem, kdy se vytváří typický obraz – stařecký fenotyp. Jedná se o nepřetržitý proces, který se urychluje po 65. roce věku.

Patologické stárnutí – označováno jako sekundární. Je chápáno jako stárnutí chorobné, kdy je urychlen proces stárnutí. Mezi patologické stárnutí se někdy řadí i nepoměr mezi kalendářním a funkčním stárnutím, kdy kalendářní věk je nižší než věk funkční.

Stárnutí terciární – uvádějí také někteří z autorů. Toto stárnutí bývá spojeno s rychlým tělesným úpadkem a umíráním.

Stárnutí je proces, kterým prochází tělo člověka a způsobuje postupné zhoršování výkonu a funkce různých orgánů, tkání a systémů. Příčiny a průběh stárnutí jsou velice složité a zahrnují několik faktorů. Tyto faktory mohou působit společně nebo samostatně a přispívají ke stárnutí a zhoršování zdraví. Stárnutí je proces, který může být ovlivněn vnějšími a vnitřními faktory. Vnější příčiny jsou ty, které pocházejí z prostředí, ve kterém žijeme. Zahrnují faktory jako je nadměrné užívání alkoholu, kouření cigaret, špatná výživa a nedostatek pohybu, nadměrné vystavení slunci, toxické prostředí. Vnitřní příčiny jsou spojeny s biologickými procesy, které probíhají v těle. Můžeme k nim přiřadit oxidační stres, snížení funkce imunitního systému, změny v hormonální rovnováze, akumulace buněčného odpadu a genetické predispozice. Podstatné je uvědomit si, že zdravý životní styl a dobré zdraví celkově mohou napomáhat minimalizovat dopady vnějších a vnitřních příčin stárnutí.

1.3 Zdravotní, psychosociální a sociologické aspekty stárnutí

Aspekty stárnutí jsou rozličná psychologická, biologická a sociální stanoviska, která mají vliv na proces stárnutí u jedince. Tato stanoviska jsou v interakci a mají vliv na duševní i fyzický stav člověka. Fyzické, kognitivní, sociální, psychologické a ekonomické změny řadíme mezi nejzákladnější stanoviska, která ovlivňují proces stárnutí. Je ovšem důležité mít

na paměti, že stárnutí je osobitý proces, každý prožívá stárnutí jinak, s odlišnou intenzitou a v různých oblastech života. Pro stárnoucího jedince je podstatné hledat a nacházet způsoby, jak se s nimi vypořádat a udržet svoji mysl i tělo v dobré kondici.

Do procesu stárnutí vstupuje celý člověk a v jeho průběhu dochází k četným, biologickým, sociálním a psychickým změnám. Příčiny některých z nich jsou více či méně ovlivnitelné, např. léčbou nemocí či životním způsobem. Jiné ovšem změnit nelze, jsou nám dány genetickou dispozicí. Stárnutí je fyziologický jev, a i ve stáří by měl být normou stav dobré duševní a fyzické kondice a s tím související soběstačnost. Chronické choroby, fyzická a mentální deteriorace (zhoršení stavu) a závislost na společnosti nejsou nevyhnutelnými příznaky stáří. Přesto se u starších lidí vyskytuje závažnější a častější nemocnost a s tím spojená snížená schopnost sebeobsluhy. S přibývajícimi lety se tak dostává na přední místo hodnota zdraví, na níž je závislá soběstačnost a autonomie (Ondrušová, 2012, s. 26-27).

V průběhu životního cyklu člověka se mění spektrum nemocnosti a ve stáří je zdůrazňována ve vztahu ke zdravotnímu stavu dvojí problematika. Jedná se o zvláštnosti chorob ve stáří, z nichž dominují polymorbidita (výskyt celé řady chorob), atypický průběh nemoci, sklon ke chronicitě, specifické geriatrické komplikace či odlišná strategie léčby oproti mladším nemocným. Podstatná je především úzká provázanost sociální a zdravotní situace. Druhou oblastí zájmu jsou typické choroby stáří, jako jsou cévní mozkové příhody, ischemická choroba srdeční, artróza, osteoporóza, Alzheimerova nemoc, věkem podmíněná molekulární degenerace aj. Dále také ovlivňují zdravotní stav seniorů funkčně závažné involuční změny – důsledky životního způsobu. Mezi ně zahrnujeme atrofii z nečinnosti, dekonkci (pokles zdatnosti), poruchy výživy a geriatrickou křehkost. Pro kvalitu seniora není rozhodující samotná přítomnost nějaké nemoci, ale úroveň funkčního poškození, které choroby způsobují (Ondrušová, 2012, s. 27).

Psychické změny v průběhu stárnutí a stáří nelze chápat jako izolované jevy, ale jako vývojový proces jedince žijícího v určité společnosti. Psychologové používají termín „life-span psychology“ - psychologie životní cesty, který zahrnuje proces stárnutí člověka v kontextu celého jeho života. Psychické změny ve stáří lze obecně shrnout jako postupnou změnu kognitivních funkcí, jejichž zhoršení nebývá rovnoměrné. Typické je zhoršování koncentrace, pozornosti, paměti, zpomalení psychomotorického tempa, senzomotorické funkční koordinace a snižování kvality percepce. Mohou se měnit potřeby a hodnoty, ale také postoje k druhým lidem a společnosti. Klesá schopnost adaptace a snižuje se zájem o okolí (Ondrušová, 2012, s. 30-31).

Kubešová (2005) zmiňuje, že slovní zásoba, schopnost komunikace a obecné pozornosti jsou neměnné. Zhoršuje se schopnost selektivní pozornosti, plynulé řeči, prostorové představivosti a logické analýzy. Osobnostní rysy zůstávají neměnné, některé se s přibývajícím věkem zvýrazní a propisují se do změn chování. Příkladem může být spořivost, která se ve vyšším věku stává až lakomstvím. U dominantních osob může nastat i despotická fáze (Benešová, 2014, s. 28).

Bolest, která doprovází spoustu nemocí může ovlivňovat psychickou involuci. Je nutné uvést, že bolest je stále přítomná součást života seniora, a proto se s ní musí počítat při diagnostice nebo léčbě psychických změn. Psychické změny jsou vázané i na změny sociálního a biologického charakteru, a především změny mozku mohou vyvolávat závažné projevy v psychice. Stárnutí přináší větší moudrost, avšak zároveň menší bystrost a důvtip.

Mnoho autorů se zabývá sociálními aspekty, které ovlivňují stáří. S aspekty sociálního stárnutí souvisí pojem „sociální stáří“, který je vymezen jako kombinace různých sociálních změn nebo splnění určitého kritéria. Nejčastěji se jedná o odchod do důchodu. Přejít z aktivního pracovního života do penze je spojen s určitými změnami, které každý člověk prožívá odlišně. Na tyto změny lze nahlížet ze dvou hledisek, a to pozitivního a negativního.

Pozitivní sociální aspekty: Kvalitní mezilidské vztahy, vazby s dospělými dětmi a vnoučaty, vazby se širší rodinou působí jako prevence osamělosti a izolace. Navýšení volného času nabízí možnost věnovat se sám sobě, poskytuje prostor pro předchozí koníčky a zájmy seniora. Změna životního stylu znamená pro někoho pozitivní změnu, a naopak pro někoho může být negativem. Plánované finanční zabezpečení na stáří zajistí pocit jistoty.

Negativní sociální aspekty: Odchod do starobního důchodu snižuje společenskou prestiž a autoritu seniora. Hlavně muži hůře snášejí penzionování, což je viditelné na jejich klesající životní spokojenosti. Společnost na seniory pohlíží jako na méněcenné, méněhodnotné až zbytečné občany. Změny v ekonomickém zajištění mohou mít negativní dopad na společenský a kulturní život seniora. S postupujícím věkem je vyšší závislost seniora na pomoci a péči druhých osob, nejčastěji rodiny. Možnosti sociálního kontaktu se často zhoršují především v důsledku tělesných změn a úbytku schopností. Dostavuje se dojem opuštěnosti, osamělosti, strach. Prožívání generační osamělosti, která je způsobena úmrtím životního partnera, vrstevníků. Osamělost s menšími obtížemi snášejí ženy, a to z toho důvodu, že se o sebe dokážou obvykle lépe postarat než muži. Problém s využitím nadbytečného volného nestrukturovaného času. Dochází k omezení aktivit, které jsou spojené s větším tělesným a duševním úsilím (Jarošová, 2006, s. 29-32).

Přechod do penze z aktivního pracovního života je spojen se změnami, které každý jedinec prožívá odlišně.

„Podle Dragomirecké (2007) je známo, že sociální status člověka závisí na povaze a prestiži jeho profese, podílu na moci, dosažení vzdělání a způsobu života. Opuštění profesní role přispívá obecně ke snížení společenské prestiže seniorské populace. Stáří je v očích veřejnosti často ztotožňováno s výrazným zhoršením zdraví a ztrátou soběstačnosti, tedy s „nemocným“ stářím“ (Ondrušová, 2011, s. 35).

„Zajímavé poznatky přinesly výsledky rozsáhlého empirického šetření zaměřeného na životní podmínky, názory a postoje českých seniorů, které pod názvem „Život ve stáří“ popisují Kuchařová a kol. (2002). Autoři konstatují, že za přelomový věk, v němž se většinou mění podmínky a styl života seniorů, lze označit zhruba období 75-80 let, přičemž s věkem se částečně snižuje životní úroveň, zhoršuje zdravotní stav a aktivní přístup k životu a vzrůstá potřeba vnější pomoci. Spolu s tím narůstají problémy v subjektivním hodnocení života (pocity osamělosti, obavy o bezpečnost, potíže v porozumění technickým novinkám, problémy v chápání politického dění či při stále složitějším jednání na úradech). Staří lidé si postupně zvykají na to, že pomoc mohou hledat i mimo rodinu, přestože důvěra v pomoc rodiny zatím převládá. Závěry výzkumu naopak popírají představu o zvýšené kritičnosti a nespokojenosti či dokonce zatrpklosti seniorů a posilování takových postojů s věkem. Ani odchod do důchodu není u většiny respondentů vnímán s negativními dopady“ (Ondrušová, 2011, s. 35).

Zavázalová a kol. (2001) upozorňují na snižující se autoritu starší generace v širší rodině. Tánská (2001) zaznamenala zvyšující se napětí a odcizení mezi jednotlivými generacemi, které nastává jako důsledek stupňující se rozdílnosti životních stylů. Poukazuje na to, že především osamělí staří lidé se stále více uzavírají sami do sebe. Problémy ostatních je nezajímají, mají přece sami se sebou tolik problémů. Po ztrátě partnera je navazování dalších – nových vztahů s postupujícím věkem a rostoucí rigiditou značně nesnadné. Relativně častým důsledkem samoty jsou pak nepřetržitě se opakující vzpomínky na mládí a jejich častá idealizace (Ondrušová, 2011, s. 36).

Aktivní a zdravý životní styl, který zahrnuje pravidelné cvičení a zdravou stravu. Udržování pravidelného kontaktu s lidmi, rodinou, přáteli, známými. Navazování nových kontaktů. Učení nových věcí, cvičení paměti a pozornosti. Nalézání smysluplných aktivit, zájmů a koníčků. Pravidelné návštěvy lékaře, udržování těla v kondici, dodržování zdravých návyků, vyhýbání se škodlivým látkám, dostatek spánku. Zvládání stresu a úzkosti

prostřednictvím meditace, relaxace, terapie nebo zapojení do aktivit, které napomáhají relaxovat a uvolnit se. Toto vše jsou kroky, které mohou napomoci předcházet a zabránit dopadu aspektů stárnutí a pomoci udržet kvalitu života i v pozdním věku. Nejdůležitější z těchto kroků je pozitivní postoj k životu. Tento zahrnuje hledání pozitivní stránky života, potlačení negativního myšlení, hledání způsobů, jak se radovat z každého nového dne.

1.4 Stárnoucí člověk

Psychologové rozlišují tři různé formy stárnoucích lidí. První skupinu představují starší lidé, kteří jsou v relativně „normálním“ stavu. Druhou představují ti, kteří jsou v tzv. optimálním stavu a třetí skupina jsou lidé v tzv. patologickém stavu.

Za **stav normální** můžeme považovat situaci člověka, kdy stárnoucí člověk nemá žádnou biologickou nebo mentální patologickou charakteristiku. Jedná se o stav, kdy lidé nejsou nemocní. Jedná se o lidi, se kterými se setkáváme v běžném životě. **Stav optimální** můžeme brát jako určitý ideál, k němuž by mohlo dojít za nejlepších podmínek jeho životního prostředí, které by na něj působily po celý průběh jeho života. **Stav patologický** či nemocný je charakteristický přítomností nemoci, tj. syndromy nemoci a lékařskou etiologií. Za příklad takového stavu můžeme uvést demenci typu Alzheimerovy choroby.

Je velmi důležité rozlišování těchto tří forem stárnutí. A to z toho důvodu, aby nedocházelo k tomu, že lidé začnou považovat za normální stav člověka, který onemocněl např. Alzheimerovou chorobou. Takovýto přístup zkresluje situaci a škodí postoji společnosti ke stárnoucím lidem (Křivohlavý, 2011, s. 39-40).

Je podstatné, aby naše společnost měla v povědomí, že stárnutí není synonymem pro slabost a nemoc. Stárnoucí lidi bychom měli vnímat jako zdroj moudrosti, zkušeností a vědomostí. Od společnosti se očekává, že její postoj k stárnoucím lidem bude důstojný a respektující a bude usilovat o vytvoření pozitivnějšího klimatu pro tuto důležitou a rostoucí skupinu obyvatelstva.

1.5 Příprava a adaptace na stáří

Stárnutí je proces, kterému se nevyhne žádný člověk. Závisí pouze na každém jedinci, jak se na stáří připraví a jak se mu přizpůsobí. Kvalitní a dlouhodobá příprava dopomůže k tomu, aby naše stáří bylo co nejzdravější a nejkvalitnější.

Každý z nás si dříve či později uvědomí, že jednou bude starý. Nevelké množství z nás se však na toto období připravuje předem. Dle Gruberové (1999) by se příprava na stáří měla stát celoživotním, široce pojatým programem a každý z nás by měl pochopit, že je sám odpovědný za svoje stáří (Dvořáčková, 2012, s. 26).

Stáří má potenciál znaků, jejichž shrnutí vytváří novou kvalitu přístupu k životu a ke společnosti. Tak jako vše, i tento potenciál naplňují jednotlivci diferencovaně. Ve stáří dochází k průsečíku a souběhu skutečností, které mohou nastat teprve ve stáří. Senior má největší zásobu životních zkušeností. Zažil společnost v různých krizových a kritických situacích, získal nadhled nad společenským děním, vytvořil si programy pro analýzu, pochopení a hodnocení společenského dění (Kolesárová, Sak, 2012, s. 21).

V dřívějších dobách se málo seniorů dožilo vysokého věku v dobrém zdravotním stavu, proto společnost nevěnovala mnoho pozornosti otázkám aktivního stárnutí a přípravě na stáří. Situace se změnila se značným nárůstem podílu seniorů v populaci, a tak životní etapa stáří nabyla na významu. Mnohým působí nesnáze přechod z aktivního, produktivního období do období penzionování, stáří. Je potřebné se na stáří připravovat s předstihem, aby vstup do tohoto období nebyl bouřlivou a negativní změnou. Přípravu na stáří by měl každý člověk pojmout jako celoživotní úkol a svoji zodpovědnost. Úkolem státu, organizací, institucí je tuto problematiku dostat do povědomí široké veřejnosti. Je nutné přijmout stáří jako fakt a úkolem každého z nás je zajímat se o možnosti, jak aktivně a smysluplně žít i v seniorském věku. Připravený člověk bude moci své potřeby uspokojivě naplňovat i ve stáří (Příbyl, 2015, s. 22).

Příprava na stáří není pouze přizpůsobení nebo reakce na nově vzniklé podmínky, ale také dlouhodobý proces, který by měl započít již od brzkého věku člověka (Benešová, 2014, s. 32).

„Křivohlavý (2011) uvádí, že příprava na stáří by měla obsahovat snahu minimalizovat hromadění negativních vlivů a posilovat pozitivně působící vlivy.

Bradská (In Křivohlavý, 2011) vymezuje čtyři etapy přípravy na stáří:

Permanentní příprava, která zůstává po celý život člověka. **Přeladování** – v období přechodu mezi čtyřiceti do šedesáti let. **Akutní příprava** – přibližně pět let před nástupem do penze. **Aktuální příprava** – v průběhu důchodového věku“ (Benešová, 2014, s. 32).

Příbyl (2015) rozlišuje přípravu na stáří z časového hlediska na dlouhodobou, středně dlouhou a krátkodobou.

Dlouhodobá příprava na stáří – klíčovou roli hraje výchova ke smysluplnému a harmonickému životu, k rozvoji vzdělání, osobních zájmů a tvořivé činnosti, společenské aktivitě. Neméně důležité je celoživotní úsilí o stabilní rodinné vztahy. K posílení pozitivního obrazu stáří lze využít citové vazby mezi prarodiči a vnoučaty. V období dospívání je patřičné zaměřit výchovu k odpovědnému partnerství, manželství a nepřetržitému respektu k seniorům. Je žádoucí zapojit vnoučata do péče o své prarodiče, kteří potřebují pomoc. V rámci výchovy je neopomenutelná cesta vlastního příkladu, kdy je kladen důraz na zodpovědnost za vlastní život ve všech obdobích, tedy i v období stáří. Také životospráva, racionální výživa a dostatek pohybu jsou významnými faktory. **Středně dlouhá příprava** na stáří – započít by měla přibližně ve středním věku, nejpozději však deset let před završením ekonomické aktivity. Zahrnuje tři základní problémové okruhy: biologický – nabytí zásad zdravého životního stylu, psychologický – přijímání stáří jako součást života, duševní hygiena, sociální – sociální rovina je značně důležitá, je zaměřena na udržování a vytváření interpersonálních vztahů i mimo pracoviště, budování mimopracovních aktivit. Jedná se o tvorbu náhradního programu, aby člověk ve stáří mohl smysluplně vyplnit volný čas. **Krátkodobá příprava** na stáří – její započítí se doporučuje tři až pět let před plánovaným odchodem do starobního důchodu. Důležitý je v první řadě dostatek informací o dalších možnostech aktivního způsobu života. Celoživotní vzdělávání je výbornou aktivitou. Není podstatné, o jaký druh se jedná, je důležité, že přináší určitý řád, posiluje sociální síť. Udržovat kontakt s novými přáteli a známými je možné i v době po odchodu do penze. Stárnoucí jedinec by neměl podceňovat prvotní příznaky chorobných stavů, měl by stabilizovat svůj zdravotní stav. Je podstatné plány člověka a představy uvést do reálu, který odpovídá jeho skutečnému fyzickému a psychickému stavu. Rovněž je vhodné provést v tomto období úpravy v obydlí, kde senior žije. Změnit vybavení koupelen, nahradit dosluhující spotřebiče, instalace madel na schodech apod. (Příbyl, 2015, s. 23-24).

Významným způsobem ovlivňuje kvalitu života i ve stáří schopnost jedince reagovat a přizpůsobovat se životním změnám. Mezi klíčové činitele ovlivňující adaptaci na stáří patří osobnost člověka, jeho zkušenosti a životní filozofie.

Dle odezvy seniora i jeho okolí, ale také dle možností seniora získání pomoci, se rozlišují následující **modely adaptace na stáří**. Jedná se o kombinaci uvedených strategií, které se v běžném životě prolínají.

Konstruktivní přístup ke stáří – jedná se o ideální model adaptace na stáří. Člověk se již ve středním věku připravuje na stáří. Je aktivní, má smysl pro humor, těší se ze života –

pokračuje v aktivitách, kterým se začal věnovat již ve středním věku. Usiluje o to být v maximální možné míře soběstačný. Takového jedince vnímá okolí jako milého seniora, který je tolerantní, otevřený a přizpůsobivý. **Závislost na okolí** – tento přístup je mezi seniory relativně častý. Takový senior dává přednost pohodlí, bezpečí a odpočinku. Má pasivní přístup k životu. Snáší relativně dobře životní události, které se pojí se stářím. Spoléhá, že se o něj někdo postará, na svém okolí je závislý. Závislost na rodině nebo zdravotnickém personálu je obvykle důsledkem tělesných obtíží. V praxi se lze setkat s tím, že senior řeší symptomy onemocnění z důvodu potřeby přítomnosti personálu. Lepší takový kontakt než žádný. **Obranný postoj** – samotný název napovídá, že senior se stáří brání, odmítá jej. Jedná podle konvencí, emoce mívá obvykle nadměrně pod kontrolou. Do starobního důchodu odchází až tehdy, když je k tomu přinucen. Toto stanovisko se mnohdy objevuje u lidí, kteří byli po celý život nezávislí, aktivně se zapojovali do společenského dění, měli prestižní zaměstnání, chtějí si udržet své postavení. **Nepřátelský postoj** – nepřátelský je senior v situacích, kdy jeho adaptační mechanismy nestačí na novou obtížnou situaci. Žije v osamocení, stáří vidí jako nepřízeň osudu, má tendenci svalovat své neúspěchy na druhé. Vůči mladým lidem je závistivý, nepřátelství projevuje ke svým blízkým, lidem ve svém okolí. Bývá podezřívavý, mrzutý, chvílemi i agresivní. **Sebenávist** – senior se nemá rád, zlobí se sám na sebe. Kriticky a s pohrdáním hodnotí svůj život. Je lítostivý, cítí se zbytečně a osaměle, mívá sklon k depresím. Jako jediné východisko chápe smrt (Příbyl, 2015, s. 24-25).

Příprava a adaptace na stáří s sebou přinášejí pozitivní dopady na kvalitu života a zdraví v průběhu stáří. Pravidelná fyzická aktivita, zdravá strava, prevence fyzického a duševního zdraví, udržování společenských vztahů, finanční příprava, udržování pozitivního přístupu a mnohé jiné napomáhají předcházet případným problémům. Včasná a zodpovědná příprava může pomoci stárnoucí populaci přichystat se na změny, které sebou proces stárnutí nese a tím zmírnit stres a obavy spojené s těmito změnami. Adaptace na stáří je proces, který vyžaduje plánování a úsilí. Odměnou za tuto námahu je poté šťastné, spokojené a vyrovnané stáří.

1.6 Koncept aktivního stárnutí

Koncept aktivního stárnutí je v nynější době značně vyzdvihován a společnost na něj klade veliký důraz. Prostřednictvím tohoto konceptu chtějí mnohé země, nejen Česká republika,

reagovat na demografické změny ve společnosti. Průměrná délka života roste, a očekává se, že bude růst i nadále. Aktivní stárnutí ovlivňuje řada aspektů, jako jsou fyzická aktivita, prostředí, ve kterém žijeme, socioekonomické podmínky, zdravotní péče, intelektuální stimulace, mezigenerační solidarita, sociální vztahy a rodina. Tento koncept je založen na principu, že stárnutí není jen pasivní proces, ale že starší lidé mohou být platnými a aktivními členy společnosti a mohou nemalou měrou přispívat svými znalostmi a zkušenostmi.

Termín aktivní stárnutí přijala Světová zdravotnická organizace koncem devadesátých let dvacátého století. Jedná se o pojem, který zahrnuje více než „pouhé“ zdravé stárnutí, protože se netýká pouze zdraví a péče o něj. Pojem aktivní stárnutí vychází ze zásad Organizace spojených národů pro seniory, které je možno shrnout pod těmito názvy: důstojnost, nezávislost, péče a seberealizace, účast na životě společnosti. V pojmu je zahrnuta také účast na veřejných rozhodováních a ostatních aspektech komunitního života, respektování práva starších lidí na rovnost příležitostí, jejich zodpovědnost. Koncept dále respektuje, že starší lidé nejsou homogenní skupinou, a že tato rozmanitost s věkem stoupá. Proto je velmi důležité s přibývajícím věkem obyvatel připravit takové prostředí, které jim umožní co nejsamostatnější život (Dvořáčková, 2012, s. 29).

Holmerová (2006) uvádí, že Enabling environment – „věku přátelské prostředí“ – prostředí, které usnadňuje seniorům život, by mělo umožnit snazší život lidem, zejména seniorům s handicapem. Světová zdravotnická organizace uvádí možné příklady opatření ve veřejném životě: flexibilní pracovní doba pro seniory, vytvoření bezbariérových pracovních míst, modifikované pracovní prostředí, částečné úvazky, a to jak v sektoru soukromém, tak i v sektoru veřejném. Lepší bezpečnost na ulicích, zejména bezpečné chodníky pro chůzi, dobré dopravní značení, světelné značení na přechodech, které bude respektovat skutečnost, že senioři potřebují delší čas na přechod vozovky, dostupné veřejné toalety, celoživotní vzdělávací programy, pohybové programy pro seniory, které přispějí ke zlepšení mobility, rekonvalescenci, zachování svalové síly, dostatečné zabezpečení kompenzačními pomůckami v případě smyslových poruch aj. (Dvořáčková, 2012, s. 29).

Strategie aktivního stárnutí může být v budoucnosti řešením nejen pro celou společnost, ale i pro samotného seniora. Není nutné ve vyšším věku se vzdát aktivit, kterým se senior věnoval v dřívějších letech, pokud ho neomezuje nemoc či snížená soběstačnost. Podstatné je, aby i člověk ve vyšším věku nacházel smysluplnost svého života a byla co nejdéle zachována jeho autonomie. Zachování nezávislosti a soběstačnosti jedinců ve stárnoucí populaci by mělo být záměrem nejen samotného občana, ale také politiků a veřejných

činitelů. Člověk stárne se svými rodinnými příslušníky, přáteli, sousedy – ve vlastní společnosti. Tyto vztahy vzájemné soudržnosti, stejně tak jako mezigenerační vztahy jsou důležitými elementy aktivního stárnutí. Kvalita života lidí závisí na tom, jak využili příležitosti a vyrovnali se s možnými riziky, ale také na tom, jak se k nim chovají příslušníci mladších generací. Strategie aktivního stárnutí a stáří je výsledkem shody mnoha odborníků a měly by se stát základem pro seniorskou politiku obcí, měst, regionů i celé země (Dvořáčková, 2009, s. 24-30).

Dodržování principů aktivního stárnutí a správného životního stylu významnou měrou napomůže k vyřešení mnoha problémů, a to nejen individuálních, ale také problémů ohledně stárnutí populace. V globálu lze konstatovat, že koncept aktivního stárnutí je významným přístupem k podpoře zdravého a plnohodnotného stárnutí. Jednotlivci, organizace i vlády by měly podporovat tento koncept ve smyslu udržení kvality života seniorů a jejich možnosti přispívat společnosti.

2 SENIORSKÁ POPULACE

2.1 Charakteristika a specifika seniorské populace

Každé vývojové období lidského života má svoji charakteristiku a specifika. Výjimku netvoří ani senioři. Charakteristika populace seniorů se může odlišovat v závislosti na rozličných faktorech. Mezi tyto faktory řadíme věk, pohlaví, etnickou a rasovou příslušnost, ekonomický a sociální status, zdravotní stav a další. Avšak existují nějaké obecné charakteristiky, které jsou pro tuto populaci obvyklé. Mezi tyto obecné faktory můžeme zařadit funkční zdatnost, zdravotní stav, ekonomické podmínky, rodinná situace, změna role, vzdělání, přání, potřeby, priority, sociální izolace, omezení mobility, životní zkušenosti, hodnotový systém a mnohé jiné. Demografické trendy poukazují na to, že se celosvětově zvyšuje procento lidí, kteří jsou starší 65 let, což bude mít dopad na celkové uspořádání společnosti.

Vymezit seniora jako kategorii je velice nesnadné. Senior je jedinec, který se nachází v završující životní fázi a má specifické postavení ve společnosti. Generaci seniorů tvoří lidé, které navzájem něco spojuje, a naopak s mladou generací něco dělí diferencuje (Holčerová, Dvořáčková, 2013, s. 21).

Macháčková (in Tošnerová, 2000) označuje seniora „za osobu, jejíž psychický či fyzický stav vykazuje takové trvalé změny, pro které je zčásti nebo zcela závislá na pomoci jiných“ (Jarošová, 2006, s. 9).

Heterogenita, ohroženost a převaha žen patří k obecným charakteristikám současné seniorské populace. Populace seniorů představuje nejrozmanitější skupinu lidí v naší společnosti, přesto že ji mnozí vnímají jako zdánlivě stejnorodou. Velmi výrazně se senioři navzájem odlišují věkem, funkční zdatností, zdravotním stavem, ekonomickými podmínkami, rodinnou situací a sociálním zázemím, vzděláním, životními zkušenostmi a hodnotovým systémem. Ze vzájemné odlišnosti plyne také rozdílnost přání, potřeb a priorit, a to ve zdraví i nemoci. Ačkoliv ve stáří narůstá vliv individuálních rozdílů, určité charakteristiky jsou pro toto období příznačné: zpomalení psychomotorického tempa, zhoršení zdravotního stavu a potenciální závislost, ukončení profesní dráhy, změna životního stylu v důsledku ubývání sil a zhoršování finanční situace a v neposlední řadě ztráta partnera nebo blízké osoby (Ondrušová, 2011, s. 36-37).

Populace současných seniorů zahrnuje tvořivé, aktivní, zaměstnané jedince realizující své zájmy, žijící se svojí rodinou, v kontaktu s přáteli a známými. Zahrnuje ale také ty, kteří krok za krokem ztrácejí své životní role a nejbližší osoby. Do seniorské populace patří lidé zdraví, ale i nemocní, kterým ubývá sil a ztrácejí soběstačnost. Tuto etapu života může starý člověk prožívat jako plodný strom života bohatě naplněný zkušenostmi, prací, zážitky a dobrými vztahy vedoucími k rozvoji jeho vnitřního prožívání, moudrosti a celistvosti. Může ale také živořit jako osamělý, zahořklý, nešťastný jedinec, jehož náplní dne je rekapitulace duševních a fyzických ztrát, neustávající kritika a nespokojenost se vším a se všemi kolem (Ondrušová, 2011, s. 9-10).

Z hlediska funkční zdatnosti se seniorská populace člení dle následující klasifikace:

Elitní – schopni podávat extrémní výkony i ve vysokém věku. **Zdatní (fit)** – jsou v dobré tělesné i duševní kondici, zvládají život i v náročném prostředí, pravidelně se věnují pracovním a sportovním aktivitám. **Nezávislí (independent)** – jsou soběstační v běžných životních nárocích, instrumentální aktivity zvládají, ale funkční rezervy, odolnost a adaptabilitu mají nižší, mívají nižší svalovou sílu, přínosem pro ně jsou rekondiční programy. **Křehcí (frail)** – senioři s výkyvy funkčního i zdravotního stavu, mívají problémy s instrumentálními aktivitami denního života, jsou ohroženi náhlými dekompenzacemi stavu, potřebují pružnou intervenci (pečovatelská služba, tísňová péče). **Závislí (dependent)** – s nízkým potenciálem zdraví, s disabilitou (omezením), se závažným funkčním deficitem, vyžadující podporu a pomoc druhé osoby, systém dlouhodobé péče (propojení zdravotních a sociálních služeb). **Zcela závislí (totally dependent)** – senioři zpravidla zcela upoutaní na lůžko, s rozvinutým imobilizačním syndromem nebo senioři s pokročilým stádiem demence vyžadující trvalou ošetrovatelskou péči a dohled, podporu lidské důstojnosti. **Umírající** – příjemci paliativní péče (Příbyl, 2015, 38-39).

Malíková (2011) poukazuje na to, že seniorský věk má stejně jako každý jiný svá specifika a jedinečnosti. Nicméně období stáří je všeobecně chápáno spíše negativně a s obavami. Předpokládají se problémy, restrikce v důsledku ztráty samostatnosti, snížení kontaktů s okolním prostředím a pokles možnosti seberealizace. Negativní mýty o stáří vzbouzejí strach z ponížení či ze ztráty lidské důstojnosti. Tyto obavy nejsou odůvodněné, neboť při průběhu stárnutí automaticky nedochází k popsáným problémům. Závisí tedy na konkrétním průběhu stárnutí (Benešová, 2014, s. 26).

Charakteristiku a specifika seniorské populace zde popisují v rámci globálního pohledu. Nicméně je nutné si uvědomit, že senioři jsou skupina, která je značně heterogenní. Každý senior je individualita a podle toho je třeba na něj nahlížet.

2.2 Rizikové faktory v životě seniorů

Rizikové faktory neodmyslitelně patří k naší stárnoucí populaci. Existuje velké množství těchto faktorů, které mohou ovlivnit kvalitu života seniorů a tím zvýšit i jejich zranitelnost.

Dle vyjádření Topinkové (2005) není stáří nemoc, ale někteří senioři mají závažné funkční a zdravotní problémy. Jejich dopadem může být postupné ubývání samostatnosti a nárůst závislosti, což představuje závažný rizikový faktor ve stáří. Se zvyšujícím se věkem klesá počet osob, které jsou samostatné. Pro potřeby sociální péče a pro klinickou praxi je důležité diagnostikovat a léčit určitou nemoc, ale mnohem důležitější je posoudit funkční schopnosti a soběstačnost staršího nemocného (Ondrušová, 2011, s. 37).

Soběstačnost charakterizují Zavázalová a kol. (2001) jako „schopnost samostatné existence v daném prostředí. Je dána vhodným poměrem mezi zdatností (výkonností) člověka a nároky jeho prostředí. Má složku fyzickou (především pohyblivost), psychickou (zejména schopnost zařizovat si svoje věci samostatně), sociální (vazby na rodinu i širší společenství) a hmotnou (dostačující příjmy)“ (Ondrušová, 2011, s. 37).

Topinková (2005) užívá tuto definici soběstačnosti: „Soběstačný je člověk, který nemá podstatné omezení tělesných ani duševních schopností a který samostatně a bez pomoci nebo asistence druhých osob zvládá všechny potřebné činnosti denního života v prostředí, v němž žije“ (Ondrušová, 2011, s. 37). Důvodem zhoršené soběstačnosti starého člověka není tedy jen úbytek tělesných a duševních schopností nebo chronické choroby. Jako velice závažné „nemedicínské“ faktory závislosti považuje autorka špatné bytové podmínky, nedostupnost pečovatelské služby a nízký důchod. Nelze také opomenout neochotu anebo nemožnost poskytování podpory a pomoci ze strany rodiny (Ondrušová, 2011, s. 37).

Podle Topinkové (2005) se k posouzení komplexního zdravotního stavu a funkčních schopností seniora používá funkční geriatrické vyšetření. „Jedná se o zhodnocení celkové zdatnosti, soběstačnosti, psychosociální pohody a socioekonomické situace seniora. Kromě komplexního klinického vyšetření se provádí cílený screening zdravotních rizik, posouzení

fyzické výkonnosti a soběstačnosti, duševního zdraví a psychické pohody, sociálního prostředí a ekonomického zajištění“ (Ondrušová, 2011, s. 38).

Dle vyjádření Haškovcové (1989) je obtížné vyrovnat se ve stáří s postupnou závislostí na ostatních, když naše společnost považuje absolutní soběstačnost jako jednu z priorit. Snaha pečovat o starého člověka může měnit vztahy a úlohy jednotlivých členů širší rodiny. Právě rodina představuje pro seniory klíčové zázemí a dobře fungující vztahy v rodině jsou pro většinu z nich zdrojem radosti a pocitů jistoty a bezpečí. Hlavní prioritou při péči o nesoběstačného seniora v rodině je a mělo by být zachování jeho důstojnosti a autonomie (Ondrušová, 2011, s. 38).

S ubíhajícím časem dochází u každého jedince ke změnám sociálních rolí. Mění se role v partnerském vztahu, dochází ke ztrátě role rodičovské – výchovné, kterou může nahradit nová role prarodiče. Penzionování, jakožto významný životní mezník, řadíme k rizikovým situacím ve stáří. Převážně dochází k zásadní změně zažitého životního stylu. Senior má nadbytek volného času, chybí struktura dne, pravidelné kontakty se spolupracovníky jsou omezené, profesní prestiž upadá. Jak uvádí Haškovcová (2002), říká se, že „penzista získal roli nemít roli“ (Ondrušová, 2011, s. 38). Odchod do důchodu často provází pokles životní úrovně (Ondrušová, 2011, s. 38).

K nejtěžším životním zkouškám ve stáří patří ztráta životního partnera. Dle Vágnerové (2007) může vést ovdovění až k pocitům opuštěnosti a osobní bezvýznamnosti. Obdobně těžce prožívají staří lidé také ztrátu poslední blízké osoby, např. sourozence. Míru osamělosti nejvíce ovlivňuje rodinný stav a s tím související forma rodinného soužití. Značnou psychickou zátěž a ztrátu jistot představuje osamocení, která je znásobená postupným umíráním vrstevníků a osamostatněním dětí. Senioři se s ní jen velice těžce vyrovnávají. Nastávají případy, kdy dochází vlivem osamělosti k prohloubení pasivity, vystupňování úzkosti, depresivité a somatizaci jedince. Jak uvádějí Nešporová a kol. (2008), dalším velkým problémem stáří je obava, aby člověk nebyl zátěží pro rodinu a přátele (Ondrušová, 2011, s. 39).

V případě, že starý člověk již není schopen anebo není pro něj bezpečné žít v domácím prostředí, nastává jedna z psychicky nejnáročnějších situací dosavadního života, a to odchod do ústavního zařízení. Musí se přizpůsobit neznámým podmínkám a navazovat nové kontakty. V situaci snížené odolnosti a adaptability, hrozí ztráta intimity, adaptační šok a v neposlední řadě „syndrom poslední šance“. Kalvach a kol. (2004) řadí k rizikům, která provázejí institucionalizaci seniorů porušení dosavadních mezilidských vazeb, různé formy

deprivace, ohrožení autonomie i možnost nevhodného chování spolubydlících a jednání personálu (Ondrušová, 2011, s. 39).

Rizikové faktory v životě seniorů se vytvářejí z různých důvodů. Některé jsou spojeny s přirozeným procesem stárnutí, změnami v těle a genetickými faktory, zatímco jiné jsou způsobeny vnějšími faktory, jako jsou nezdravý životní styl, stres, izolace, finanční problémy. Mezi způsoby, jak pomoci, patří podpora seniora v tom, aby měl zdravou a plnohodnotnou stravu a v rámci svých možností se co nejvíce pohyboval. Pravidelné návštěvy u lékaře, udržování kontaktů s rodinou a přáteli, možnost sociálních aktivit jako jsou kroužky, setkávání s lidmi stejného věku nebo dobrovolnická činnost. V případě finančních problémů pomoc s nalezením zdrojů finanční podpory, jako jsou například sociální dávky, dávky na péči. Pomoc se zabezpečením domova, tak aby byl přístupný a bezpečný. Podstatné je respektovat potřeby seniora, být citlivý a pomoci mu v tom smyslu, aby si zachoval co největší míru nezávislosti a kvality života.

2.3 Potřeby seniorů

Senioři mají své potřeby, které vznikají z mnoha důvodů. Tyto potřeby souvisejí s fyzickými, psychologickými a sociálními změnami, které nastupují s věkem. Stránka fyzická zahrnuje potřebu pomoci s péčí o sebe, protože senioři jsou méně schopni vykonávat některé každodenní úkoly, jako například úklid, vaření, hygiena. Ztráta blízkých lidí, zhoršující se zdravotní stav, změny v životní situaci zapříčiňují vznik potřeb v oblasti emocionálního prožívání a sociální podpory, můžeme je tedy zahrnout do potřeb psychologických. Sociální faktory, jako je například omezení mobility, vedou k pocitu samoty a izolace, což se může projevit v potřebě častějšího kontaktu s rodinou, přáteli nebo jinými lidmi.

Nakonečný (1995) vysvětluje pojem potřeba „jako základní formu motivu, a to ve smyslu nějakého deficitu (nedostatku) v biologické či sociální dimenzi bytí. Během života se potřeby člověka mění, a to z hlediska kvality i kvantity“ (Dvořáčková, 2012, s. 38).

Trachtová (2001) uvádí, že „potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí“ (Dvořáčková, 2012, s. 38).

Matoušek (2008) ve Slovníku sociální práce popisuje potřebu jako „motiv k jednání. Pokud dochází k neuspokojení potřeb, vede to k deprivaci a ke strádání“ (Dvořáčková, 2012, s. 38).

Mnohé z typologií lidských potřeb se dělí na okruh vztahující se k tělesné pohodě, psychické rovnováze a bezpečí, na okruh spirituálních potřeb, na okruh související se vztahy k blízkým lidem, na okruh vztahující se ke společenskému uplatnění (Dvořáčková, 2012, s. 38-39).

Pichaud, Trareauová (1998) „nerozumí potřebou pouze něco, co člověku chybí, ale hlavně to, k čemu skrze ni směřuje. Jde tedy o určitou sílu, která člověkem hýbe a posouvá ho směrem k jiným lidem, předmětům a činnostem. Potřeba je projevem bytostného přání“ (Dvořáčková, 2012, s. 38).

Janečková (2005) uvádí, že „senioři potřebují, stejně tak jako kdokoliv jiný, uspokojovat v životě všechny své potřeby, přičemž jsou velice často odkázáni na pomoc svého okolí. Potřeba péče není primárně spojena s věkem, ale je spojena s poklesem funkčních schopností a soběstačnosti, které omezují jedince v jeho schopnosti uspokojovat své každodenní potřeby“ (Dvořáčková, 2012, s. 38).

V kontextu s vymezením potřeb u seniorů dle Navrátila a Musila (2000) je významné uvést koncept sociálního fungování. Sociální fungování je proces, který se uskutečňuje na základě interakcí mezi nároky jedince a nároky prostředí, ve kterém jedinec žije. V případě, že je porušena rovnováha mezi nároky prostředí a schopností člověka tyto nároky zvládat nastávající problémy v oblasti sociálního fungování (Dvořáčková, 2012, s. 38)

Dle slovníku vydaného americkou Národní asociací pracovníků, je sociální fungování – „naplnění rolí člověka ve společnosti, ve vztahu k lidem v bezprostředním sociálním okolí i ve vztahu k sobě samému“. Senior by měl tedy docílit naplnění svých potřeb, které jsou nezbytné pro jeho další život, v případě, že zvládá dobře své fungování a společenské role, které zastává (Dvořáčková, 2012, s. 38).

Motlová (2007) zmiňuje, že budeme-li hovořit o potřebách seniorů, neměli bychom opomenout, že senior, potřebuje mít pocit jistoty a bezpečí, touží po důvěře, stabilitě a spolehlivosti. V kontextu s potřebou bezpečí hovoříme o potřebě psychického a fyzického bezpečí a ekonomického zabezpečení. Někdy se snažíme seniorům pomáhat, což může v některých případech vést k přílišnému ochraňování a k rozvoji nežádoucí závislosti seniora na okolí. Je proto potřebné si uvědomit, zda naše snaha ochraňovat neomezuje vůli seniora rozhodovat o sobě, svých činnostech, o svém životě (Dvořáčková, 2012, s. 39).

Kaufmanová (2004) v rámci svého výzkumu dospěla ke zjištění, že k hodnotám, které jsou pro seniory důležité náleží zdraví, rodina, láska, soběstačnost, přátelství, sociální kontakt, vlastní domácnost, psychická a fyzická pohoda. Mezi nejdůležitější potřeby seniorů řadí

potřeby fyziologické, potřeby bezpečí a sociální potřeby. Předpokládá, že senioři zdůrazňují ty potřeby a hodnoty, které pocítují jako ohrožené, s tím, že je velice pravděpodobné, že podmínky budou záviset na zdravotním stavu, podmínkách k bydlení, na úrovni sociálních kontaktů apod. (Dvořáčková, 2012, s. 39).

„Šiklová (2008) je toho názoru, že v případě seniorů jsou v naší společnosti základní potřeby v zásadě uspokojeny (staří lidé neumírají hladem), ale strádají v potřebách rozvojových – tedy potřebě sociální důstojnosti, mezilidských vztahů a lásky od bližních“ (Ondrušová, 2011, s. 43).

„Nešporová a kol. (2008) na základě výzkumu provedeného v nestátních neziskových organizacích uvádějí, že podle pracovníků v sociálních službách vystupují u starých lidí do popředí zejména potřeby sociálních kontaktů, pocitu bezpečí, důstojnosti a respektu. Opakovaně jsou zmiňovány i základní biologické potřeby spojené hlavně s hygienou a výživou. Autoři si také všimají, že právě ve vyšším věku se stává zřetelnější a významnější potřeba spirituality“ (Ondrušová, 2011, s. 43-44).

V souvislosti s potřebami seniorů Kalvach (2009) upozorňuje, že „zatímco redukcionistické pojetí podléhá obavám, že společnost nemá dostatek prostředků a sil na to, aby smysluplný život seniorům zajistila, a prioritami jsou pak pouze základní životní potřeby, a to i za cenu ztráty individuality a smyslu, existenciální pojetí stárí by mělo podporovat smysluplnost života ve stárí a dbát na seberealizaci, sebeúctu a důstojnost seniorů“ (Ondrušová, 2011, s. 44).

„V zájmu odborníků zabývajících se problematikou potřeb seniorů lze identifikovat dva základní okruhy otázek. První z nich je identifikace samotných potřeb seniorů. *Jaké má starší člověk potřeby?* Druhým okruhem otázek je odlišnost potřeb seniorů od potřeb v mladším věku a způsob uspokojování potřeb. *V čem se liší lidské potřeby v mladším a v seniorském věku? Jakým způsobem jsou uspokojovány potřeby seniorů?*“ (Příbyl, 2015, s. 50). U laické veřejnosti a v některých případech i mezi zdravotníky se stále ještě objevuje jistý stereotyp vnímání potřeb starých lidí, a to v tom smyslu, že senioři vykazují „speciální“ potřeby, které mladší generace nevyžaduje. Nebo naopak je patrná tendence potřeby seniorů redukovat na pouhé základní fyziologické a materiální zajištění (Příbyl, 2015, s. 50).

Na základě výše uvedených poznatků dospěl autor k poznání, že struktura potřeb starších lidí je shodná s ostatní populací. Senioři nevykazují žádné „speciální“ potřeby. Co se mění, je subjektivní význam, stanovení priorit či způsob uspokojování potřeb. Příčiny této změny

je možné nalézt v poklesu potřeby nových podnětů nebo snížené ochoty tolerovat změny. Je snižena potřeba stimulace, nadměrné množství nových stimulů seniora dráždí a unavuje. Potřeba učení bývá obvykle také snížena. Neznamená to však, že by se senioři nechtěli vzdělávat vůbec, jen je nezbytné respektovat jejich tempo. V souvislosti se zhoršenou soběstačností se často senioři brání potřebě seberealizace. Tuto potřebu pak uspokojují převážně symbolicky a ve vzpomínkách, kdy zdůrazňují minulé aktivity a činnosti. Naopak zvýšení je zjištěno u potřeby bezpečí a citové jistoty. Senioři se cítí ohroženi sociálními změnami, nemocí a sníženou sebeobsluhou. Také potřeba být platný a prospěšný je značně rozvinuta. Potřeba bezpečí zahrnuje tři základní hlediska – psychické, fyzické a ekonomické. Hledisko psychické zahrnuje především pocit jistoty, možnost spolehnout se na své blízké, jsou to rodinné vztahy. Hledisko fyzické je spojeno především s potřebou žít bez bolesti. Senioři chtějí být soběstační alespoň v rámci svého obydlí. Silně je rozvinuta potřeba nebýt na obtíž svým blízkým. Hledisko ekonomické zahrnuje především pocit tzv. finanční autonomie. Senioři tuto autonomii vnímají jako určitou nezávislost, schopnost se materiálně o sebe postarat. Potřebují mít jistotu, že mají dostatek finančních prostředků na živobytí (Příbyl, 2015, s. 50-52).

Respektovat potřeby seniorů je klíčové pro zachování jejich důstojnosti. Starší lidé vykazují specifické potřeby ve sféře zdravotní péče a péče o sebe. V případě, že tyto potřeby nerespektují, může to mít negativní vliv na jejich zdraví a kvalitu života. Také kontakt s ostatními lidmi a sociální podpora napomáhá tomu, aby zůstali zdraví a aktivní. Uspokojování těchto potřeb může výrazně napomoci udržet a rozšířit jejich sociální síť. V neposlední řadě respektování potřeb seniorů může pomoci udržovat kladné vztahy mezi generacemi a být jednou z příčin, které přispějí k posílení solidarity v celé společnosti. V souhrnu lze konstatovat, že potřeby seniorů jsou značně individuální a záleží na faktických okolnostech a životních situacích, kterým čelí. Je důležité, aby tyto potřeby „kdokoliv“ z okolí seniorů zaznamenal a na základě toho byla poskytnuta vhodná péče a podpora, která umožní udržet co nejvyšší kvalitu života.

2.4 Sexualita seniorů

Sexualita je součástí života každého člověka. Začíná narozením a končí naší smrtí. Téma sexuality osob pokročilejšího věku je ještě větším tabu než u lidí se zdravotním postižením.

Nejen široká veřejnost, ale i odborníci, kteří se věnují péči o seniory, mají mnohdy dojem, že navazování nových vztahů, láska, intimita, se této kategorie již netýká.

Truhlářová, Marková (2007) jsou toho názoru, že sexualita seniorů byla a je vnímána naší společností jako tabu. Neustále přetrvává přesvědčení, že sexuální aktivita je doménou produktivního věku. Většina lidí zastává názor, že sexuální aktivita v určitém věku končí. Pravdou ovšem je, že pro mnoho seniorů zůstává sexualita důležitým a naplňujícím aspektem života i přesto, že fyzické změny způsobené stárnutím mohou ovlivňovat náruživost žen i mužů. Dezinformace a nepochopení o skutečném sexuálním životě starších lidí vychází především z rozšířených mýtů o stárnutí a stáří. Stáří se často připisuje mentální zaostalost, slabost a asexuální projevy. Mnozí lidé vycházejí z názoru, že senioři již nemají potřebu intimity, potažmo sexuality. Velice často přátelé i děti seniorů zastávají názor, že být starý znamená být bez sexu (Dvořáčková, 2012, s. 49).

Haškovcová (1990) definuje sexualitu jako „kvantitu sexuální energie člověka, zatímco erotika je dle této autorky určena kvalitativně a nevyžaduje čistě genitální aktivitu, aby se mohla projevit. Pohled, gesto, dotyk, úsměv může vyzařovat více erotického tepla než koitus“ (Haškovcová, 1990, s. 104). Někteří specialisté uvádějí, že páry, které spolu zestárnou ale i nově vzniklé páry si udržují sexuální aktivity až do pozdního věku, a to navzdory tomu, že „láska ve stáří má jinou podobu a jiný obsah“ (Dvořáčková, 2012, s. 41).

Moody (2002) uvádí, že i přestože existují důkazy pro hodnotný a živý intimní život partnerů ve vysokém věku, nesmíme opomenout, že ne všichni senioři jsou na tom stejně. Mnohdy se projevuje ztráta sexuální apetence anebo naopak i přes silnou apetenci není v možnostech seniora intimní chování uskutečnit (Dvořáčková, 2012, s. 41).

I odchod do důchodu může dle Haškovcové (1990) vést k závažným psychosociálním změnám ovlivňujícím sexualitu ve stáří. Člověk náhle přichází o postavení ve společnosti, zastává pasivní roli, často trpí pocity ztráty užitečnosti. Dostavují se deprese, které v mnohém ovlivňují fungování člověka a tím i možné změny v sexuálním životě (Dvořáčková, 2012, s. 50).

Pondělníček (1987) poukazuje na to, že další změna, která může nastat je tzv. syndrom prázdného hnízda. Děti opouští domov, zakládají vlastní rodiny a partneři zůstávají osamoceni. V této etapě života dochází mnohdy ke zvyšování citové závislosti stárnoucích manželů, kteří k sobě, jinak než v mládí, vzájemně přilnou. Končí rozepře týkající se výchovy a života dětí, ovzduší domova se zklidní. Partneři mají větší volnost, mají více času

na sebe a své potřeby a s tím souvisí i možnost zlepšení jejich dosavadního sexuálního života (Dvořáčková, 2012, s. 50).

Také odchod z domácího prostředí a přestěhování seniora do domova pro seniory nebo jiného obdobného zařízení dle Venglářové (2007) je podstatnou změnou, která ovlivňuje intimní život seniorů. Chybí soukromí, možnosti seznámení s novými partnery jsou značně omezené, pro personál daného zařízení je sexuální život seniorů často nepřipustný. Na seniory se velmi často nahlíží jako na asexuální bytost bez práva na plnohodnotný sexuální život. Pro zlepšení situace je vhodné, aby personál v těchto zařízeních dokázal mluvit o sexualitě ve stáří a byl způsobilý řešit otázky týkající se sexuality seniorů (Dvořáčková, 2012, s. 50).

V literatuře, která se věnuje problematice sexuálního života ve vyšším věku, se sexuální aktivita seniorů dává velice často do kontextu s nebezpečím, které s sebou přináší. Výzkumná zjištění Hrozenkové a Švihelové (2004) poukazují na fakt, že se ženy a muži v období začínajícího stárnutí obávají zdravotních nesnází, mají nedostačující dovednosti komunikovat o sexualitě a formulovat svoje sexuální touhy a potřeby. Senioři vyrůstali v sexuálně restriktivním období, kdy se o sexu hovořilo velmi málo anebo vůbec. Je velice pravděpodobné, že žena, která má v současnosti osmdesát let měla poprvé pohlavní styk až o svatební noci. Dotyky a něha patří mezi základní lidské potřeby, a tyto potřeby nás provázejí po celý život. Poté, co senior začne žít v ústavním nebo jiném zařízení, bývají tyto potřeby nenaplněné (Dvořáčková, 2012, s. 51).

Truhlářová a Marková (2007) upozorňují na to, že je velice nesnadné změnit negativní stanovisko na lásku a sexuální aktivitu u starších lidí, zejména tehdy, kdy tyto postoje jsou výsledkem všeobecného strachu z vlastního stárnutí a smrti a nadále přetrvávajících rozpaků týkajících se sexu. Společenské mýty výrazně ovlivňují postoj k aktivnímu způsobu života seniorů a k jejich sexuálnímu životu. V nemalé míře se také promítají v přístupu k péči o seniory v zařízeních sociálních služeb, z čehož vyplývá pro samotné seniory ještě větší nebezpečí. Právo na intimitu a plnohodnotný život má každý senior, a to ať žije v ústavním či zdravotnickém zařízení nebo v domácí péči (Dvořáčková, 2012, s. 51-52).

Sexuální život seniorů je třeba detabuizovat a oprostit od vnitřních a vnějších bariér. Naplnění emocionální a fyzické touhy a sdílení s partnerem je žádoucí i v pokročilém věku (Čevela a kol., 2012, s. 35).

Prožívání sexuality je významné v každém věku, pouze se v každé životní etapě může její naplňování lišit. I starší lidé touží po vztahu, dotecích, tělesné blízkosti a sexu. V současnosti se lidé dožívají vyššího věku, mají více volného času, který mohou věnovat sobě, jsou zdravější a vitálnější, mají zájem navazovat nové vztahy. Z různých výzkumů a šetření vyplývá, že sexuální aktivita ve stáří není ojedinělým jevem, ba naopak běžnou součástí života. Pro většinu z nás není ovšem lehké hovořit se seniory o otázkách sexuality a toto téma není snadné ani pro mnohé lékaře. Jedním z důvodů, proč se o vztazích a intimitě mezi staršími lidmi nemluví, může být i to, že tematika stárnutí a stáří je všeobecně velmi nepříjemná. Sami se třeba vlastního stáří bojíme, a protože nepříjemné věci máme tendenci odsouvat a potlačovat, vyhýbáme se jim i v přidružených tématech. Jiným důvodem může být to, jak média vykreslují seniory – jako bezmocné, neproduktivní, neaktivní a neatraktivní. I v pobytových zařízeních je téma intimity a sexuality mezi seniory určitým způsobem tabu. Existují zařízení, která vnímají sexualitu jako nedílnou součást života a základní lidské právo, a dokonce za tímto účelem školí svoje zaměstnance. Oproti tomu jiná zařízení chápou naplnění v sexuální oblasti spíše jako „něco navíc“, něco, s čím se nepočítá. Je třeba udělat kroky k osvětě v oblasti sexuality i mezi mladší generací. Měli bychom přestat s moralizováním seniorů a začít se k nim chovat jako k sobě rovným. Sexualita ve vyšším věku je především o prolomení zastaralých stereotypů, individuální volbě, otevřené komunikaci, sebeobjevování a radosti ze života.

2.5 Mýty o seniorech

Mnozí lidé v České republice pohlíží na seniory prostřednictvím mýtů. Často je vnímají jako skupinu lidí, kteří jsou neaktivní, nejdou s dobou, která je pro ně plná nepochopitelných technologií, nemají společenské ani pracovní uplatnění. Mýty a předsudky o seniorech jsou ve společnosti hluboce zakořeněny, a na základě tohoto jsou potom některé vlastnosti automaticky seniorům přisuzované. Vedou nejen k diskriminaci, sociální izolaci a pocitu bezcennosti ale také k omezení aktivní účasti ve společnosti a uplatnění na trhu práce. Mýty mají negativní dopad nejen na seniory ale i na celou společnost.

„Sociologický slovník vymezuje pojem „mýtus“ jako nepravdu, vybájené či vymyšlené tvrzení, jež nemá pravdivý základ. Mýtem lze tedy označit tvrzení, které se na základě různých polopravd šíří mezi lidmi. Jak se říká „na každém šprochu, pravdy trochu“, a tak jsou mýty ve společnosti hluboce zakořeněny. Seniorům jsou poté přisuzovány některé

vlastnosti automaticky jenom proto, že patří ke starší věkové skupině obyvatel“ (Příbyl, 2015, s. 26).

Mezi nejčastější mýty jsou zařazeny tyto:

Mýtus falešných představ – vychází z mylné představy, že míra osobní spokojenosti seniorů je přímo úměrná jejich ekonomickému a materiálnímu zajištění. Ekonomické a materiální zabezpečení je samozřejmě důležité, nelze však tvrdit, že nahradí zdraví, vztahy v rodině apod.

Mýtus zjednodušené demografie – vychází z přesvědčení, že člověk se stává starým dnem odchodu do starobního důchodu. Nebere v úvahu skutečnost, že i člověk v pokročilém věku může vést plnohodnotný život, mít své záliby. Ignoruje rozdíl mezi staršími a mladšími seniory.

Mýtus homogenity – je založen na dojmu, že všichni příslušníci seniorské populace jsou i díky tzv. stařeckému fenotypu ve své podstatě stejní. Důsledkem toho je to, že se většinou nereflektují individuální rozdíly v potřebách seniorů. Právě životní události a zkušenosti jsou příčinou toho, že jsou potřeby seniorů silně heterogenní.

Mýtus neužitečného času – je založen na představě, že senioři nic nedělají, nevydělávají peníze. Jsou již v podstatě k ničemu, lze je tedy ignorovat. Toto stanovisko vede k ignoraci a despektu starých lidí. A to i přesto, že velká část seniorů je i v důchodovém věku velmi aktivní, vypomáhají v různých spolicích jako dobrovolníci, vykonávají činnosti, ze kterých mají druzí prospěch.

Mýtus schematismu a automatismu – je propojen s přesvědčením, že senior funguje pouze na základě naučeného vzorce chování. Již není schopen se nic nového naučit, předat zkušenosti, které by byly využitelné v dnešní moderní době. Platí, že zapamatování nových věcí působí seniorům potíže. Nicméně jsou schopni novým věcem se naučit, trvá jim to pouze déle.

Mýtus o úbytku sexu – vychází z představy asexuálního stáří. Sexualitu ve vyšším věku považuje za nedůležitou či až dokonce nechutnou. Skutečnost je ovšem taková, že mnoho zdravých osmdesátníků považuje svůj sexuální život za dostatečný, fyzický kontakt s partnerem je pro ně velmi důležitý i v tomto věku.

Mýtus o lékařích – je založen na laické představě, že medicína má neomezené možnosti, že zázračně vyřeší všechny problémy, neduhy, nemoci. Senioři jsou přesvědčeni, že medicína jim navrátí zdraví a spokojenost bez jakéhokoliv osobního přičinění.

Mýtus o nemocech a panu Alzheimerovi – je velmi oblíbený, váže se k němu spousta historek a vtipů. Skutečnost, že všichni senioři jsou dementní a nemocní není pravdou. Obvyklá zapomětlivost se svádí „na sklerózu“. Je známo, že výskyt demence (nejen Alzheimerova typu) u seniorů nad 65 let je u 3% populace. V 75 letech je to již 15% populace, po 80. roce věku kolem 30% populace. Je pravda, že výskyt demence s věkem roste, nelze však tvrdit, že všichni staří lidé jsou dementní.

Mýtů o stáří je nesrovnatelně více. Nadále přetrvávají ve společnosti, a to v nejrozmanitějších variantách. Mají tak podstatný vliv na vnímání stáří a vedou k projevům ageismu (Příbyl, 2015, s. 27).

Abychom předcházeli mýtům o seniorech, je důležité si vytvořit pozitivnější představu o stárnutí a seniorech. Mezi způsoby, jak tomu předcházet můžeme zahrnout například: propagaci pozitivních příkladů a úspěšné příběhy seniorů, podporu aktivit a programů pro seniory, aby se ukázalo, že jsou aktivní a přínosem pro společnost, vytváření možností pro mezigenerační setkávání a spolupráci, aby se zdokonalila komunikace a vzájemné porozumění mezi různými věkovými skupinami, vzdělávání o stárnutí a stárnoucí populaci.

Velmi důležité je také upozornit na fakt, že stáří a senioři jsou značně různorodí, že každý je jedinečná osobnost s individuálními schopnostmi, zájmy a potřebami. V globálu je velmi důležité zasvětit pozornost tomu, co se říká o stárnoucí populaci, jak jsou starší lidé vykreslováni v médiích a společnosti.

2.6 Ageismus

Diskriminace na základě věku je v České republice nejrozšířenější formou diskriminace. Ageismus je všudypřítomný a zároveň nejvíce sociálně akceptovaný. Společnost jej neodmítá tak, jako například sexismus a rasismus. Věková diskriminace vede k tomu, že senioři bojují s přibývajícím věkem formou oblékání, stylem života nebo plastickými operacemi, a to vše za nemalého výdeje finančních prostředků. Manažeři firem považují seniory za pomalé a nezpůsobilé přizpůsobit se změnám. V zemích, kde mají senioři lepší

ekonomické podmínky k životu, převažuje spíše úcta a obdiv k jejich znalostem a zkušenostem.

Dnešní doba bývá obvykle označována jako moderní, technická. Všeobecně uznáváme kult mladého, krásného, zdravého, úspěšného jedince, který si všechny nezbytné informace zjistí online. Zkušenosti a vědomosti starších lidí jej nezajímají, protože jsou staré a neaktuální. Senioři jsou dnes často vnímáni jako přítěž pro rodinu i pro stát. Zavrhování stáří, stárnutí, starých lidí se časem změnilo ve skrytý či otevřený boj proti seniorům – ageismus (Příbyl, 2015, s. 27).

Pojem ageismus nejdříve použil americký psychiatr Robert Butler v roce 1968 v souvislosti se segregací bytovou politikou. V roce 1979 byl „ageism“ poprvé začleněn do slovníku „The American Heritage Dictionary of the English Language“. V jiných jazycích a v jazyce českém je používán ve své původní podobě a jeho globální překlad je – věkově podmíněná diskriminace. Odborná literatura předkládá mnoho odlišných definic ageismu, kde je interpretován jako postoj a projevy nepříjemného podvědomého pocitu vůči stáří, bezmoci, chorobám a smrti. Stáří je vnímáno jako nekompetentní, a to se projevuje podceňováním, odmítáním až antipatií ke starým lidem. Je popisován také jako diskriminace seniorů, obdoba rasismu. Původní Butlerova definice je spojena s diskriminací a stereotypizováním lidí pro jejich stáří. Vidovičová (2005) uvádí: „Ageismus – neboli věková diskriminace je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu. Projevuje se skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité generaci“ (Příbyl, 2015, s. 27).

Ageismus dle přístupu dělíme na: **Benevolentní** (pozitivní) – kdy záměrem je seniory chránit. **Hostilní** – který je vůči seniorům nepřátelský a negativní. **Ambivalentní** – jedná se o prolínání obou předcházejících přístupů (Příbyl, 2015, s. 28).

Dle Tošnerové (2002) k ageismu přispívají tyto čtyři faktory: **Strach ze smrti v dnešní společnosti** – v dobách minulých byla smrt běžnou a přirozenou součástí života, byla přechodem ze života pozemského do života věčného. Dnes je toto téma tabu, a proto tím více obávané. Smrt je častým tématem stáří, stáří je dle mnohých „čekárnou na smrt“. **Kult mládí v západní společnosti** – hromadné sdělovací prostředky předkládají obraz úspěšného člověka, který je mladý, krásný a úspěšný v práci. Oproti tomu starý člověk je samotář, má ochablé tělo a je vrásčitý. Nelze se tedy divit, že stáří vyvolává strach, obavy a mnohdy i odpor. **Zdůrazňování výkonnosti, tj. ekonomického potenciálu v západní společnosti**

– jedinec po odchodu do důchodu ztrácí pro společnost význam. Děti jsou sice také neproduktivní, ale jejich čas teprve přijde, společnost na ně nahlíží jako na „ekonomické investice“. Na seniory společnost nahlíží jako na „ekonomickou ztrátu“. Podoba starých lidí, kteří jsou „na obtíž a k ničemu“ dopadá i na jejich sebepojetí a oni se tak často cítí a vnímají sami. **Způsob, jakým bylo stáří zpočátku studováno** – výzkumné soubory různých klinických studií tvořili především staří lidé z institucí dlouhodobé péče. Pravdou ovšem je, že pouze pět procent seniorů vyžaduje dlouhodobou péči (Špatenková, 2013, s. 20).

Průzkumy signalizují, že samotní senioři podléhají degradujícímu postoji médií, pozbývají sebedůvěru a začínají se s ageistickým stanoviskem ztotožňovat. Nynější západní společnost je zaměřená prvotně na zisk, produktivitu člověka chápe pouze v ekonomických rozměrech. Zrození a smrt vnímá jako neproduktivní období, střední generace nese tíži všech nákladů za obě generace (děti i seniory). Společnost je rozdělena na věkové skupiny, mezi kterými probíhá minimální komunikace. Rodový způsob života vymizel, rozhodují vzájemné odlišnosti, namísto toho, aby se hledaly sjednocující prvky. V důsledku toho se pak senioři uzavírají do sebe, mají psychické problémy, mohou být apatičtí a přestávají o sebe pečovat (Příbyl, 2015, s. 28).

Bylo by nesprávné se domnívat, že fenomén ageismu je rozvinut ve všech kulturách naší planety. Velice zjednodušeně lze vyjádřit, že čím méně je daná společnost rozvinutá, tím více respektu a úcty ke starým lidem chová. Výjimkou je vysoce civilizované Japonsko, kde je úcta ke starým lidem značná. Na Blízkém východě je stáří považováno za vyvrcholení života a senioři jsou u všech v úctě, prakticky zde neexistují domovy pro seniory nebo jiné obdobné instituce (Příbyl, 2015, s. 28).

Společnost stárne, bylo by tedy žádoucí změnit ageistický postoj. Existuje více možností, jak se ageismu postavit. Nejdříve je třeba začít ve své rodině. Takový, jaký bude náš postoj ke stáří, jak se my budeme chovat ke svým rodičům, tak se budou chovat naše děti k nám. Je třeba posílit toleranci a úctu ke starému a nemohoucímu člověku. Také média mohou přispět nemalým podílem. Mohou ukazovat zkušenosti a moudrost starší generace (Příbyl, 2015, s. 28).

V kontextu s preventivním jednáním Debrecéniová (2012) upozorňuje na to, že na účinnou prevenci nejsou vždy nutné finanční zdroje. Většinou postačí připustit si a uvědomit vlastní předsudky a respektovat odlišnost a potřeby jiných lidí (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 58).

Důsledkem diskriminace stáří dle Tošnerové (2005) může být např. alkoholismus, zneužívání psychotropních látek, stěhování do segregovaných bydlení, sebevražda. Nebo naopak, senior rozpozná pokus o jeho vyloučení a brání se. V tomto případě se jedná o aktivní postoj k diskriminaci (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 55-56).

Cesta k nápravě vede i přes zvyšování životní úrovně starších občanů. Dokud bude stáří v naší společnosti vyvolávat představu chudoby, bude těžké postavení seniorů zvrátit a vydobýt jim více úcty a vážnosti ve společnosti. Také je nutné vzdělávat společnost v tom smyslu, že je důležité uznávat a respektovat všechny věkové skupiny. Je potřeba umožnit seniorům realizovat jejich opravdový potenciál ve všech oblastech života. Povinností vyspělé společnosti je osoby staršího věku integrovat, ne segregovat.

3 KVALITA ŽIVOTA

Pojem kvalita života se zpravidla používá k popisu obecného stavu a úrovně blaha, spokojenosti a pohody jednotlivce nebo komunity. Zahrnuje různé sféry, jako je fyzické a duševní zdraví, vztahy, zaměstnání, vzdělání, příjem a zabezpečení, podmínky bydlení, zábava a volný čas, umění a kultura, spiritualita, bezpečnost a další. Kvalita života se také může lišit v závislosti na faktorech jako je pohlaví, věk, kulturní a sociální pozadí, vzdělání, zdravotní stav a další. Zlepšení kvality života je záměrem mnoha jednotlivců, skupin, výzkumných institucí, organizací a vlád prostřednictvím sociálních, ekonomických, politických a jiných opatření.

3.1 Vymezení pojmu

Jak jsem již uvedla v podkapitole 1.1 pojmy se vymezují především proto aby se usnadnila komunikace mezi laickou veřejností, odborníky a aby bylo možné pojmy jednoznačně definovat a na základě toho používat v různých souvislostech. Také jasné a přesné vymezení napomáhá přispívat k větší efektivitě ve sféře vzdělávání, výzkumu a ostatních oblastech lidské činnosti.

V běžném životě hovoříme o kvantitě – délce života. Kvantita bývá vyjádřena počtem let a lze ji stanovit poměrně snadno. To však neplatí o kvalitě života, protože ta je něčím, na co mají lidé odlišné názory. Nahlédneme-li na slovo kvalita sémanticky, můžeme hovořit o „jakosti“ nebo „hodnotě“. Výzkumy, které se zabývají kvalitou života nejrůznějších skupin jsou v poslední době relativně časté. Je to zcela logické, protože pojem kvality života nabývá stále více na významu a stává se klíčovým pro hodnocení individuálního i kolektivního lidského života (Křivohlavý, 2002, s. 162-163).

Za kvalitu života a jeho smysl ve stáří odpovídá v převážné míře stárnoucí člověk sám, nicméně je i v zájmu celé společnosti, aby nynější i příští generace seniorů byly zdravější, samostatnější, zdatnější a na stáří připravené. Aby se lidé dokázali včas a dobře rozhodnout jak a také na kterém místě poslední etapu svého života prožijí (Ondrušová, 2011, s. 10).

Při zběžném pohledu na počet vědních oborů, do kterých kvalita života zasahuje, je zřejmé, že vymezení tohoto konceptu je velmi obtížné. Vzhledem ke svému kulturně podmíněnému, multidimenzionálnímu, dynamickému a velmi subjektivnímu charakteru nespočívá kategorie kvality života na jednotném teoretickém základu. Zvyšující se zájem o zkoumání

kvality života se projevil snahou o přesné vymezení a podstatu jednotlivých aspektů a faktorů, které ji ovlivňují (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 5).

Křížová (2005) uvádí, že odborná veřejnost se shoduje na tom, že pojem kvalita života zahrnuje tři ústřední oblasti, a to psychickou pohodu, fyzické prožívání a sociální postavení jedince a jeho vztahy k druhým lidem. Nicméně kvalita života nepředstavuje pouze individuální životní standard, jak popisuje Fahey a kol. (2006) ale je i značně spjata s prostředím, ve kterém lidé žijí, s jejich požadavky a potřebami. Podle Dragomirecké, Prajsové (2009) lze chápat kvalitu života jako výsledek působení spousty faktorů, a to jak zdravotních, sociálních, ekonomických, tak i environmentálních podmínek, které na sebe navzájem působí. Také otázky smyslu a pocitu užitečnosti vlastního života i subjektivní hodnocení života v pojmech osobní svobody a spokojenosti charakterizují kvalitu života. Psychologie a medicína také považují kvalitu života za vícerozměrný, subjektivní a měřitelný konstrukt, který je vhodnějším indikátorem zdraví než mortalita nebo morbidita. Považuje se za kladný ukazatel souhrnného stavu jedince, který umožňuje klasifikovat komplexně zaměřené zdravotní a psychosociální intervence. Halečka (2002) je toho názoru, že hovoříme-li o kvalitě života jako o mnohorozměrném fenoménu, můžeme hovořit o rozměru duchovním, společenském, individuálním a materiálním, z nichž může některý rozměr dominovat, a naopak jiný může být potlačený či deformovaný. Vymezení kvality života a stanovení jednotlivých indikátorů této kvality je mezioborový problém. Jeho řešení vyžaduje sjednocení hledisek z oblasti sociologie, ekonomie, filozofie, politologie, ekologie, etiky, psychologie a mnoha dalších vědeckých disciplín (Dvořáčková, 2012, s. 56-57).

Podle Moraga (2008) je kvalita života definovaná jako „rozsah prožívání, jehož naděje a ambice zápasily se zkušenostmi, jako individuální vnímání její pozice v životě, vnímané v kontextu kulturního a hodnotového systému (vztah k jejich cílům a očekáváním), jako odhad týkající se současného stavu, postavený proti vlastním ideálům. Vždy jde o záležitosti (věci, jevy), které lidé považují ve svém životě za důležité“ (Hudáková, Majerníková, 2013, s. 36).

Kvalita života dle Hnilicové (2005) je „velice široký a nejednoznačný pojem a můžeme ji definovat z různých úhlů pohledu. S jistým zjednodušením lze říci, že koncept kvality života má dvě dimenze, a to objektivní a subjektivní. Subjektivní kvalita života souvisí s psychickou pohodou a všeobecnou spokojeností se životem. Objektivní kvalita života znamená naplnění požadavků, které se týkají sociálních a materiálních podmínek života

a fyzického zdraví. Obecně existují tři přístupy ke zkoumání kvality života: medicínský, psychologický a sociologický“ (Haškovcová, 1990, s. 45).

Čornaničová (2004) upozorňuje, že „obsah pojmu kvalita života se může značně lišit v různých životních obdobích a životních situacích. Tak lze hovořit i o specifických aspektech kvality života seniora v kontextu určité životní etapy, soukromé, rodinné či zdravotní situace“ (Haškovcová, 1990, s. 48).

Světová zdravotnická organizace vytvořila definici kvality života, která definuje podstatu kvality života jako to, „jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“. Jinak lze také říci, že kvalita života vyjadřuje to, jak člověk hodnotí svoji životní situaci (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 9).

Kvalita života se krok za krokem stává hlediskem při posuzování a hodnocení stavu společnosti. Společnost nahlíží na kvalitu života odlišnými pohledy. Tyto pohledy mohou být ovlivněny různými faktory, jako jsou například sociální, ekonomické, kulturní a environmentální podmínky. Vzhledem k neustálým změnám a také na základě nových objevů v oblasti zdraví a psychologie se pohled společnosti na kvalitu života neustále vyvíjí a mění.

3.2 Historicko-filozofický kontext

Podle názoru Hrozenské (2008) není žádnou novinkou současné společnosti zájem o původ lidského blaha, štěstí a kvality života. Dříve než vědci, se úvahami o tom, co je podstatou blaha zabývali filozofové a teologové. Antický pohled vnímal především subjektivní pohodu jako nejvýraznější indikátor kvality života. Neopomínal ale také zároveň na komplexnější vnímání celého problému, které zahrnovalo strategie zvládnání a postoje, péči o tělo a všeobecně i sociální aspekty s velkým důrazem na potřebu nezávislosti jedince a spirituální potřeby. Seneca považoval za klíčový ukazatel kvality života sociální a ekonomickou rovinu lidského života. Filozofie Antiky pracovala se strategií zvládnání. Etické koncepty Aristotela a Platóna představují různé strategie zvládnání, které zahrnují strategii vyhledávání sociální opory, strategie zaměřené na cíl (hédonismus) a zvládnání emocí. Jedná se o strategie naučitelné, které v konečném důsledku znamenají osvojování si faktorů životního stylu, který vede k odolnosti proti stresu, zátěži i proti chorobám (Dvořáčková, 2012, s. 59).

Filozofické myšlení ve středověku ovládlo křesťanství. Mezi největší osobnosti tohoto období, jak uvádí Störig (2007), patřili Tomáš Akvinský a Augustinus Aurelius. Tomáš Akvinský ve své filozofii morálky navazoval na Aristotela. Upřednostňoval při rozhodování rozum před vůlí. Kázal, že největším poznáním a vrcholem štěstí v životě jedince je poznání Boha. Také Augustinus Aurelius viděl Boha jako nejdokonalejší předmět poznání v kontextu s nejvyššími cíli a lidským štěstím. Osmnácté století je považováno za dobu osvícenského myšlení a smyslem existence se stává sám život. Klíčovými hodnotami jsou štěstí a seberealizace, nikoliv služba králi nebo Bohu. Velký význam spočívá na jedinci samém. Immanuela Kanta můžeme řadit k největším filozofům tohoto období. Kant zdůrazňuje, že mravní zákon pozvedá člověka nad pouhé přežití a dává jeho existenci hodnotu a svobodu. Sebeúcta je jediným účinným prostředkem pro naplnění smyslu života. Filozofie devatenáctého století se zabývá smyslem života a pracuje s pojmem vnitřní dialog (Dvořáčková, 2012, s. 59-60).

Balcar (2005) upozorňuje na to, že pojem smysl života také úzce souvisí s kvalitou života. Viktor E. Frankl tento pojem uvedl do psychoterapie, kde se stal základním východiskem v přístupu k lidským problémům v rámci směru, který nazýváme existenciální analýza a logoterapie (Dvořáčková, 2012, s. 60).

Utilitarismus patřil ve dvacátém století mezi hlavní směry, které se zabývaly otázkami smyslu a kvality života. Dle Silversteina (2000) významně ovlivnil současné pojetí kvalitního života, obrátil se zpět k antickým kořenům, hédonizmu. Aplikuje princip dobra na co nejvyšší počet lidí, obsahuje v sobě určitý sociální aspekt. I v současnosti je dosud diskutovaným tématem otázka, zda pocit štěstí a radost jsou jediným cílem lidského konání (Dvořáčková, 2012, s. 60).

Poprvé zmínil pojem „kvalita života“ Pigou v roce 1920 ve své práci, která se zabývala ekonomikou a sociálním zabezpečením. Tématem jeho výzkumu byl dopad státní podpory pro sociálně slabší vrstvy na jejich život a také na státní rozpočet. V této době se však nesetkal s ohlasem. K opětovnému objevení pojmu došlo až po druhé světové válce. Světová zdravotnická organizace rozšířila definici zdraví o fyzickou, duševní a sociální pohodu, což vedlo k diskuzím o měřitelnosti tohoto konceptu a rostoucí sociální nerovnosti mezi jednotlivými západními společnostmi se staly v šedesátých letech dvacátého století podnětem pro různé politické iniciativy a různá sociální hnutí. V tomto období opětovně pojem „kvalita života“ uvedli do politiky J. F. Kennedy a L.B. Johnson. Jednalo se především o změnu image USA, kdy měla být oproštěna od jisté nekulturnosti, všeobecné

nejistoty, vykořisťovatelských prvků a tvrdého „boje o život“. Spolupráce, pomoc rozvojovým zemím a úcta k menšinám se staly předmětem zájmu. Přibližně ve stejné době Elkington zveřejnil v lékařském časopisu článek s názvem „Lékařství a kvalita života“, kde se zaměřil na otázku zodpovědnosti v medicíně a jako příklad si vybral pacienty prodávající transplantaci ledvin. V Evropě se pojem „kvalita života“ objevil v programu švýcarské nevládní organizace – Římský klub v roce 1968. Tato organizace kritizovala negativní tendence kapitalistické společnosti, vyzývala k potlačení hrozby jaderné války, odsuzovala zbrojení a hledala prostředky a způsoby humanizace světa a člověka. Jednou z klíčových aktivit Římského klubu bylo programové zvyšování životní úrovně lidí a jejich kvality života. V sedmdesátých letech se autoři v mnohých publikacích zabývali definicí pojmu kvalita života (quality of life, QOL). Klíčovým problémem, který byl společný pro všechny snahy, bylo stanovení indikátorů skutečné kvality života. Toto úsilí vyústilo v založení časopisu „Zkoumání sociálních indikátorů“ (Social Indicators Research), který vycházel od roku 1974 v Nizozemí a USA (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 7-8).

Kebza (2005) uvádí, že poznatků o kvalitě života zřetelně přibýlo zejména v důsledku posuzování postavení člověka na škále zdraví – nemoc. Vědci dospěli k názoru, že k vystižení komplexní charakteristiky zdravotního stavu již nepostačují předešlé postupy, které vycházejí ze stanovení diagnózy nebo dobyžití. Je nezbytné také identifikovat a zhodnotit i psychické, behaviorální a sociální determinanty lidského života (Dvořáčková, 2012, s. 61).

Aaronson (2011) upozorňuje na fakt, že problém kvalitního života jedince není v současnosti záležitostí pouze jednotlivce, ale směřuje k bytí veškeré lidské civilizace. Na závažnosti nabývá spirituální a biopsychosociální stránka života člověka (Dvořáčková, 2012, s. 61-62).

Různé filozofické směry se v průběhu dějin zaobíraly tím, co znamená „dobrý život“, jaké jsou nejvyšší hodnoty a cíle, které tento život charakterizují a které by se měly sledovat. V antickém Řecku se kvalita života pojila s následováním a uctíváním bohů společně s rozvojem filozofického způsobu života a rozvojem racionálního myšlení. V křesťanské teologii se kvalita života vztahuje k věčnému životu v nebi, oproti tomu v islámu je kvalita života viděna v poslušnosti vůči Alláhu a dodržování zákonů Koránu. V moderní filozofii se pojmy kvality a smyslu života propojují s individuálními cíli a hodnotami, s rozvojem a naplňováním individuálního potenciálu, s přírodou a se vztahy s ostatními lidmi. Lze tedy říci, že historicko-filozofický kontext má podstatný vliv na to, jak chápeme pojmy smyslu a kvality života, jaké jsou nejvyšší hodnoty a cíle které bychom měli sledovat.

3.3 Kvalita života z pohledu psychologie a sociologie

V průběhu času nespočetná řada učenců, myslitelů a odborníků nahlížela na kvalitu života různými úhly pohledu a na základě tohoto vybírala a volila ukazatele, které ji hodnotily. Mnoho oborů vědy svým specifickým způsobem nahlíží na kvalitu života a vybírá si určitou, pro svůj obor podstatnou, část problematiky, kterou se zaobírá. V našem případě se jedná o kvalitu života z pohledu psychologie a sociologie.

Dle Veenhovea (2000) může být v **psychologickém pojetí** kvalita života chápána z více hledisek. Může se týkat zjišťování životní spokojenosti, kdy hledáme odpovědi na to, co činí lidi spokojenými. Hledáme, jaké faktory ovlivňují a přispívají ke spokojenosti. V dalším případě hovoříme o prožívání subjektivní pohody a klademe důraz na všeobecné hodnocení kvality života. Tato subjektivní stránka kvality života se velmi často označuje jako štěstí. Prožitek osobní svobody (well-being) je velice podstatnou složkou zdraví a Kebza (2005) uvádí, že v české terminologii je užíván často ve spojení s dimenzí duševní pohody. Toto spojení ne zcela vyčerpává pojem well-being a tak považuje za patřičnější užívat český ekvivalent „osobní pohoda“. V české terminologii se tento pojem užívá v mnoha variantách např. jako „pohoda“, „životní pohoda“, „pocit či prožitek osobní pohody“, „duševní pohoda“, „životní spokojenost“, „prožitek“, „pocit blaha“, „štěstí“ nebo „radost“ (Dvořáčková, 2012, 62-63).

Hrozenká (2008) poukazuje na to, že v psychologickém pojetí rozumí kvalitou života to „co člověku přináší pocit pohody a spokojenosti v životě. Tyto koncepty vycházejí z hlubší analýzy individuálního životního stylu, způsobu života, rodinné a zdravotní situace, hodnotového systému i postojů člověka. Subjektivní pohoda (resp. nepohoda) odráží širokou škálu pozitivních (resp. negativních) citových reakcí člověka na uspokojování jeho potřeb a nároků v různých oblastech“ (Dvořáčková, 2012, s. 63).

Podle Tokárové (2002) některé specifické schopnosti člověka (např. zvládat zátěžové situace nebo přizpůsobit se změněným podmínkám) souvisejí s pocity subjektivní pohody a spokojeností člověka. Tyto pocity mohou být příležitostné a týkají se pouze některých oblastí, anebo mohou mít nepřetržitější charakter a zabírají tak více stránek života. Individualizace kvality života a životní úrovně se projevuje v životním stylu jedince (Dvořáčková, 2012, s. 63).

Předmětem zájmu psychologického přístupu je prožívání, sebehodnocení, myšlení a hodnocení člověka, seberealizace a negativní indikátory, jako například životní trauma, deprese, poruchy nálad, krize. Definice K. C. Calmana (2002) říká, že jedinec považuje svůj život za kvalitní, jestliže jsou jeho očekávání ve shodě se subjektivně hodnocenou životní realitou. Vymětal (2001) doplňuje tuto definici o potřebu uplatnění ve společnosti a prožívání pozitivní citové odezvy. Dostává-li jedinec tuto odezvu od blízkého okolí a osob, které jsou pro něj autoritami, roste jeho sebeúcta. Dalšími základními složkami jsou autonomie (sebeřízení a možnost rozhodovat), autenticita (jedinec je sám sebou) a kompetentnost člověka (jeho porozumění světu a možnost ovlivňování) (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 29).

Abbate a kol. (2001) uvádějí, že **sociologické pojetí** ve spojení s kvalitou života může sledovat atributy sociální úspěšnosti, životní styl, společenský status, vzdělání, majetek, vybavení domácnosti apod. Také výzkumy zabývající se dopadem určitých zdravotních či sociálních programů na kvalitu života obyvatel určité oblasti mají sociologický ráz (Dvořáčková, 2012, s. 63-64).

Vojtovič (2002) poukazuje na to, že důležitý termín, který souvisí s kvalitou života je – životní styl. Tento pojem je možné definovat jako všeobecné sociální podmínky, které určují kvalitu života a způsob života lidí ve společnosti. Na principu „stylu života“ se posuzují nejen všeobecné sociální procesy, ale i například poměr intelektuální a manuální práce, ale také poměr jednotlivých činností v životě člověka. V tomto ohledu je styl života důležitým ukazatelem kvality života lidí ve společnosti a také kvality života jednotlivých osobností. Ekonomickým postavením jedince i celé společnosti je také ovlivněn životní styl. Skladba příjmů i výdajů se může změnit velmi rychle a nečekaně. Chování člověka je ovlivněné jeho životním krédem, dominantní hodnotou. Když je pro člověka nejdůležitější jeho práce (politika, rodina), tato skutečnost ovlivňuje způsob života i v jiných sférách, včetně jeho životního stylu (Dvořáčková, 2012, s. 64).

V obecné rovině je kvalita života z pohledu sociologie určena především protikladem k objemovým, ekonomickým a se ziskem souvisejícím kritériím výkonnosti a úspěšnosti společenského systému. Kvalita života na úrovni života jednotlivce je vymezována proti konzumnímu životnímu stylu preferujícímu vlastnictví, které samo o sobě nemůže člověka zcela uspokojit a nahradit nedostatek či absenci uspokojování jiných potřeb, především duchovního charakteru (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 14).

Pojem kvalita života se v sociologii užívá ve čtyřech rozdílných určeních.

Jako odborný pojem, který vyjadřuje a operacionalizuje kvalitativní stránky životních procesů a kritéria jejich hodnocení. **Jako programové politické heslo**, které obrací pozornost široké veřejnosti k novým úkolům společnosti, jež přesahují materiální úroveň a vojenskou sílu. **Jako sociální hnutí** (za kvalitu života), které vznikají z iniciativy ekologických, protikonzumentských a protirasových hnutí. **Jako reklamní, zcela bezobsažný slogan**, který nabízí nové oblasti konzumu (zejména volný čas, vnímání umění, cestování, bydlení) a orientují spotřebitele na oblast prestižní, demonstrativní spotřeby (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 14-15).

Groffen (2001) je toho názoru, že na stylu života lidí mají velký podíl hodnoty ovlivněné rodinným zázemím, individuální zkušeností a výchovou. Tyto hodnoty je možno rozdělit na individualistické (úspěch, sebeurčení, moc nebo touha po štěstí) a kolektivistické (benevolence či spravedlnost). Z hlediska jiného můžeme hovořit o hodnotách konzervativních (disciplinovanost, bezpečí, dodržování tradic) a o hodnotách liberálních (autonomie, svoboda, nezávislost nebo touha po změně). Jako na hodnoty můžeme pohlížet i na takové situace a determinanty životního stylu, jako je věk, pohlaví, povolání, životní události, politická orientace nebo společenské změny (Dvořáčková, 2012, s. 64-65).

Z **pohledu psychologie** se kvalita života týká subjektivního hodnocení jedince v tom smyslu, jak dobře se mu daří uspokojovat své cíle a potřeby v různorodých oblastech života. Zaměřuje se na faktory, jako jsou osobnostní charakteristiky, spokojenost se sebou samým a se svým životem, pocit osobní autonomie a kompetence, pocit osobní svobody aj. Jinak řečeno. Psychologie se zabývá celkovým subjektivním hodnocením života jako takového z pozice jedince, ale i o to, které faktory a jak jeho život ovlivňují a co dělá člověka spokojeného.

Sociologický pohled na kvalitu života zahrnuje zkoumání společenských faktorů, které ovlivňují život jedinců nebo skupin v různých oblastech života. Kvalitu života lze tedy chápat jako sociální konstrukt, který obsahuje širokou škálu faktorů, jako jsou např. životní podmínky, rodinné vztahy, pracovní podmínky, vzdělání, sociální a kulturní aktivita aj. Lze konstatovat, že sociologické pojetí směřuje k objektivním sociálním atributům úspěšnosti jako je vzdělání, majetek, status, tzv. sociálním indikátorům a zkoumá jejich vztah ke kvalitě života, která je chápána jako subjektivní životní pocit.

3.4 Rozsah kvality života

Pojem rozsah můžeme definovat jako soubor hodnot, akcí nebo informací, které jsou zahrnuté do určitého celku. Lze tedy říci, že rozsah kvality života souvisí se všemi aspekty života, které ovlivňují celkovou pohodu, zdraví a spokojenost člověka. Fyzické a mentální zdraví, elementární životní potřeby, kvalita vztahů, zábava a volnočasové aktivity, sociální interakce, bezpečnost a stabilita, kreativita a přístup k zdravotní péči, tyto faktory se významně podílí na rozsahu kvality života.

Měření kvality života se neomezuje výhradně na jednotlivce. Kvalita života jedince je pouze dílčí oblastí. Engel a Bergsma (in Křivohlavý, 2002) rozlišují tyto odlišné sféry:

Makro-rovina – tato rovina se týká života velkých společenských celků, např. dané země nebo kontinentu. Jedná se o absolutní smysl života, o nejhlubší zamyšlení nad problematikou kvality života. Téma kvality života se stává součástí hlavních politických úvah, např. problematika boje s terorizmem, epidemiemi, hladomorem.

Mezo-rovina – zahrnuje měření kvality života v malých sociálních skupinách, např. škola, nemocnice, podnik. Přední místo, vedle respektu k morální hodnotě života, zaujímají také otázky sociálního klimatu a vzájemných vztahů mezi lidmi, uspokojování nebo neuspokojování základních potřeb kteréhokoliv člena dané skupiny.

Personální rovina – na této úrovni stojí ve středu zájmu život jednotlivce. Při klasifikaci kvality života se zohledňuje subjektivní hodnocení zdravotního stavu, spokojenosti, bolesti, nadějí apod. Vzhledem k tomu, že získávané informace jsou subjektivního charakteru, je nutné brát v potaz také osobní hodnoty jednotlivce, očekávání, představy apod., které mohou vnímání kvality života v nemalé míře ovlivnit.

Rovina fyzické existence – tato rovina se zabývá fyzickou (tělesnou) existencí člověka. Zahrnuje pozorovatelné chování druhých lidí, které je objektivně měřitelné a srovnatelné, např. chůze před a po ortopedické operaci (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 15).

Kováč (2001) prezentuje model kvality života, který dle jeho teorie tvoří tři navzájem provázané úrovně:

Bazální (existenční, všelidská) – zahrnuje způsobilost pro život, somatický stav, psychické fungování, fungující rodinu, materiálně-sociální zabezpečení, životní prostředí. **Mezo-úroveň** (individuálně specifická, civilizační). **Meta-úroveň** (elitní, kulturně duchovní).

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

Celková kvalita života je u každého člověka odlišná. Odvíjí se od individuálních preferencí, potřeb a životního stylu jedince. Může se obměňovat v závislosti na situaci a životní etapě člověka, jako jsou změny v zaměstnání, rodinném stavu, věku nebo zdraví. Vyvážený přístup ke všem aspektům života a úsilí o vzájemné udržování rovnováhy mezi nimi je návodem k dosažení vysoké kvality života.

3.5 Dimenze kvality života

Rozměr, rozsah, zaměření, míra, to vše jsou výrazy, kterými je možné charakterizovat pojem dimenze. Dimenze kvality života jsou oblasti, které ovlivňují spokojenost, vyrovnanost, zdraví a pohodu člověka. Do těchto dimenzí můžeme zařadit mentální, fyzické, emocionální, sociální a environmentální faktory. Je nutné uvést, že každý jedinec vnímá své potřeby rozdílně, a to i v závislosti na věku a životní situaci. Aby člověk docílil vysoké kvality života, je potřeba aby udržoval rovnováhu mezi jednotlivými dimenzemi.

Vymětal (2001) uvádí, že koncept kvality života můžeme rozdělit na dvě základní hlediska, a to hledisko subjektivní a hledisko objektivní. V současnosti se odborníci napříč obory výrazně přiklánějí k subjektivnímu hodnocení kvality života, které umožňuje lepší poznání jedince. Tento trend nastal i v lékařství, kde se dlouhodobě preferovaly objektivně měřitelné ukazatele zdraví (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 17).

Objektivní kvalita života zahrnuje materiální zabezpečení, sociální podmínky, sociální status a fyzické zdraví. Můžeme ji tedy vymezit jako soubor ekonomických, zdravotních, sociálních a environmentálních podmínek, které ovlivňují nějakým způsobem život člověka.

Subjektivní kvalita života zahrnuje jedincovo vnímání svého postavení ve společnosti v souvislosti jeho kultury a hodnotového systému. Výsledná spokojenost se odvíjí od jeho osobních cílů, očekávání a zájmů (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 17).

Payne (2005) vymezuje objektivní kvalitu života jako naplnění požadavků, které se týkají fyzického zdraví, sociálních a materiálních podmínek života. Subjektivní kvalitu života dává do souvislosti s psychickou pohodou a všeobecnou spokojeností se životem (Dvořáčková, 2012, s. 65).

Z rozličných výzkumů plyne, jak uvádějí Libigerová, Müllerová (2001), že subjektivní a objektivní hodnocení kvality života poskytují rozdílná data, avšak obě tato hodnocení jsou nepostradatelnou částí celkového hodnocení (Dvořáčková, 2012, s. 69).

Světová zdravotnická organizace rozdělila jednotlivé oblasti kvality života do čtyř základních okruhů, jak popisuje Mühlpachr (2005). Tyto okruhy charakterizují dimenze lidského života bez ohledu na pohlaví, věk, etnikum nebo postižení. Okruh první obsahuje fyzické zdraví a úroveň samostatnosti, kterými jsou např. únava, energie, bolest, odpočinek, schopnost pracovat, každodenní život, mobilita nebo závislost na lékařské pomoci. Okruh druhý zahrnuje psychické zdraví a duchovní stránku, které reprezentují např. sebehodnocení, sebepojetí, pozitivní nebo negativní pocity, myšlení, paměť, víra nebo spiritualita. Okruh třetí se týká sociálních vztahů jako např. osobní vztahy nebo sociální podpora. Poslední, čtvrtý okruh pracuje s prostředím, např. klima, domácí prostředí, finanční zajištění, dostupnost zdravotnické a sociální péče nebo příležitosti pro nabytí nových vědomostí a dovedností (Dvořáčková, 2012, s. 71).

Různí autoři a instituce v rámci tvorby nástrojů a mapování kvality života vytvořili mnohé seznamy konkrétních domén a dimenzí. Tyto seznamy se při detailním pohledu vzájemně doplňují a prolínají. Pokusíme-li se o souhrn, můžeme uvést následující domény:

- fyzické možnosti a zdraví člověka, míra jeho závislosti na okolí, míra samostatnosti a sebeobsluhy, možnost mobility, závislost na lékařské péči – životní prostředí a prostor člověka, klima a kvalita životního prostředí, konkrétní podmínky života včetně ekonomických faktorů, dostupnost zdravotnické a sociální péče – psychické zdraví a duchovní stránka, emocionální stav a pocit pohody, spokojenost s vlastním zdravím a životem, sebepojetí, víra a spiritualita, hodnotová orientace, předpoklady a představy týkající se vlastního života, dojem řízení průběhu vlastního života – společenské a kulturní podmínky života, úroveň společnosti, názor na problematiku života a kulturní vlivy.

3.6 Měření kvality života

Měření kvality života má velký význam, protože poskytuje informace o tom, jak dobře nebo špatně lidé žijí, jaké jsou jejich potřeby. Měření umožňuje: zlepšit individuální kvalitu života, identifikovat oblasti, které je třeba vylepšit, hodnotit úspěšnost programů a intervencí, hodnotit vliv politických rozhodnutí a porovnání mezi zeměmi.

V současné době odborníci zastávají shodné stanovisko, že vymezení pojmu a volba měřicího nástroje v případě kvality života závisí na účelu měření. Nejužívanější formou zkoumání kvality života je použití strukturovaných rozhovorů a dotazníků (Ondrušová, 2011, s. 50).

Existuje velké **množství metod**, kterými se měří kvalita života. Dělíme je na tři skupiny:

Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu hodnotí druhá osoba – metody objektivní.

Metody měření kvality, kde hodnotitelem je sama daná osoba – metody subjektivní.

Metody smíšené, vzniklé kombinací výše uvedených metod.

Metody objektivní:

Metoda APACHE II – Acute Physiological and Chronic Health Evaluation Systems (Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu) – jedná se o metodu, která se pokouší vyjádřit celkový stav pacienta („měří“ vážnost nemoci) fyziologickými a patofyziologickými kritérii. Základ měření vychází z předpokladu, že vážnost onemocnění je možné posuzovat dle toho, jak se kvantitativně odchyluje daný stav pacienta od stavu normálního. Východiskem tohoto přístupu je předpoklad, že mezi informací o vážnosti onemocnění a mortalitou pacientů pravděpodobně existuje vyšší míra korelace. Výsledek se vyjadřuje číselně – jedním číslem (Křivohlavý, 2002, s. 165).

Karnofskyho index – tímto indexem vyjadřuje lékař svůj názor na celkový zdravotní stav pacienta k danému datu (Křivohlavý, 2002, s. 166).

Vizuální škálování celkového stavu pacienta – tato metoda zahrnuje vidění kvality pacientova života jako jeho celkového stavu, ne pouze souboru jeho zdravotních potíží. Jedná se o viditelnou analogovou škálu – tzv. VAS – Visual Analogous Scale. Úkolem osoby, která hodnotí momentální stav pacienta je udělat křížek na vodorovné, popř. v úhlu čtyřicetipětistupňové stoupající úsečce. Tato úsečka je označena dvěma extrémy: celkový

pacientův stav je velice dobrý a celkový pacientův stav je mimořádně špatný. Hodnotitel umístí křížek tam, kde se pravděpodobně posuzovaný pacient v dané chvíli nachází. Dle pohledu odborníků je nevýhoda takového hodnocení velice subjektivní forma, rozdíly při tomto hodnocení mohou být diametrálně odlišné. Naopak výhodou je to, že se jedná o relativně obecné kritérium, které přistupuje k hodnocení kvality života komplexně (Křivohlavý, 2002, s. 166-167).

Symbolické vyjádření kvality života – jedná se o „normalizované“ hodnocení života pacienta. Pro vyjádření kvality života používá hodnotitel soustavu křížků v rozmezí od jednoho do čtyř. Při hodnocení platí, čím více křížků, tím horší kvalita pacientova života. Hodnotitel posuzuje v první řadě samoobslužnost pacienta, jeho schopnost komunikace s obsluhujícím personálem a jeho celkový psychický stav (Křivohlavý, 2002, s. 167).

Tabulka 1- Symbolické vyjádření kvality života

+	Pacient je po fyzické stránce v pořádku, obslouží se sám, dobře se s ním komunikuje i kooperuje, má realistický postoj
++	Pacient není psychicky zcela v pořádku (je vzrušen nebo v depresi), při některých úkonech sebeobsluhy potřebuje asistenci, jeho vztah k dalším pacientům není nejlepší
+++	Pacient není zcela soběstačný, při sebeobsluze potřebuje pomoc, komunikace není dobrá, styk s rodinou a přáteli zjevně není příliš funkční
++++	Pacient je v sebeobsluze zcela odkázán na druhé lidi. Nemá příliš představu o tom, co se okolo něj děje

(Křivohlavý, 2002, s. 167)

ILF – slovní vyjádření kvality života. Kritéria hodnocení jsou předem stanovená. Jedná se např. o to, jak pacient zvládá těžkosti spojené s nemocí, jak se dokáže sám obsloužit, jakou má sociální oporu, jak zvládá bolest a jaký je celkový psychický stav. Výhody spočívají v tom, že stanovení kritérií kvality života nezávisí pouze na hodnotiteli, souhlasí s ním větší počet lidí. Metody slovního hodnocení kvality života se postupem času vyvíjely a měnily (Křivohlavý, 2002, s. 168).

Kritéria kvality dle W.O. Spitzera patří dosud k nejčastěji užívaným systémům zaznamenávání kvality života pacientů po celém světě. Tato kritéria zahrnují: vztah pacienta s jeho primární sociální skupinou, komunikace s okolím, vědomí o následcích nemoci,

způsob trávení volného času, nálada pacienta, jeho nepohodlí, bolesti, způsob trávení volného času, finanční situace, pracovní schopnost a fyzická nezávislost na cizí pomoci (Křivohlavý, 2002, s. 168).

Metody subjektivní:

WHOQOL – jedná se o dotazník, který byl vytvořený na podnět Světové zdravotnické organizace. Tento nástroj spoluvytvářeli zástupci patnácti výzkumných center z celého světa a z toho důvodu existují různé jazykové verze, včetně jazyka českého. Dotazník zahrnuje vnímání a sebehodnocení samotných respondentů. Existuje ve dvou verzích – v plné WHOQOL-100 a zkrácené WHOQOL-BREF. Tyto verze se vzájemně odlišují počtem zkoumaných dimenzí. WHOQOL-BREF se dotazuje na fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí a dvě samostatné položky, které hodnotí celkovou kvalitu života. Plná verze WHOQOL-100 zahrnuje fyzické zdraví, prožívání, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, prostředí, spiritualitu a celkovou kvalitu života. Dragomirecká a Prajsová vytvořily speciální modul tohoto dotazníku WHOQOL-OLD, který slouží ke zkoumání kvality života osob ve vyšším věku. Dotazníky slouží k hodnocení kvality života skupin nebo populací. Umožňují srovnání skupin s různými sociodemografickými charakteristikami nebo regionální a mezinárodní srovnání (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 10-16).

SEIQol – Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (Systém individuálního hodnocení kvality života). Jedná se o způsob zjišťování kvality života, který vychází z osobních představ dotazovaného – co považuje za důležité. Elementární data tvoří výpovědi dané osoby. Pojetí kvality života tak závisí na jejím vlastním systému hodnot, který je při měření kvality plně respektován. Důležitost každého aspektu člověka v dané situaci se posléze zjišťuje a měří za pomoci metody analýzy názorů a přesvědčení jedince. Aspekty se mohou v průběhu života měnit. Pro starší osoby je podstatná sociální činnost, volnočasové aktivity, životní podmínky a víra. Oproti tomu mladí lidé uvádějí zaměstnání, finance, sociální vztahy přesahující sféru rodiny a štěstí. Rodina, zdraví a nezávislost zůstává s postupem věku relativně stabilní a neměnná (Křivohlavý, 2002, s. 169).

DDRS – Distress and Disability Rating Scale (Posuzovací škála stresu a neschopnosti). Tato posuzovací škála reprezentuje jeden z nejčtenějších indexů kvality života. Byla sestavena na základě mimořádně objemného výzkumu hodnot, které v různých částech světa lidé zdraví i nemocní považují za důležité (Křivohlavý, 2002, s. 169).

SWLS – The Satisfaction with Life Scale (Stupnice spokojenosti se životem). Jedná se o velice široké pojetí kvality života, jak sám autor (Ed Diener) uvedl, jedná se o spokojenost s životem jako jednoduším celkem. K tomuto konceptu autoři přistoupili na základě výsledků faktorové analýzy údajů o celkové spokojenosti lidí v deseti různých oblastech, kdy došli k závěru, že v pozadí všech údajů je pouze jeden klíčový faktor. Na tento faktor se poté zaměřili. K diagnostice využili dotazník s pěti otázkami, kdy stupeň souhlasu je vyjádřen v sedmibodové škále (1 ... minimum souhlasu, 7 ... maximum souhlasu). V tomto přístupu se velmi rozšířil rozsah oblastí, ve kterých se zjišťuje míra spokojenosti. Závisí na vůli daného člověka, kterou oblast si zvolí pro hodnocení (Křivohlavý, 2002, s. 169-170).

Metoda teorie her a matematického rozhodování – slouží k měření závažnosti osobních cílů. Byla použita k měření závažnosti negativních změn zdravotního stavu u pacientů, kteří dostali možnost srovnání dvou situací: žít s daným postižením tak, jak se v současnosti vyskytuje nebo souhlasit se zkrácením života, ve kterém by se ale dané postižení (např. chronické onemocnění) nevyskytovalo. Pacient volil z několika možností. Jednalo se například o možnost zkrácení života o pět, deset, patnáct let apod. Takovýmto způsobem se získala jednotná míra závažnosti zdravotního postižení (Křivohlavý, 2002, s. 171).

Smíšené metody zjišťování kvality života:

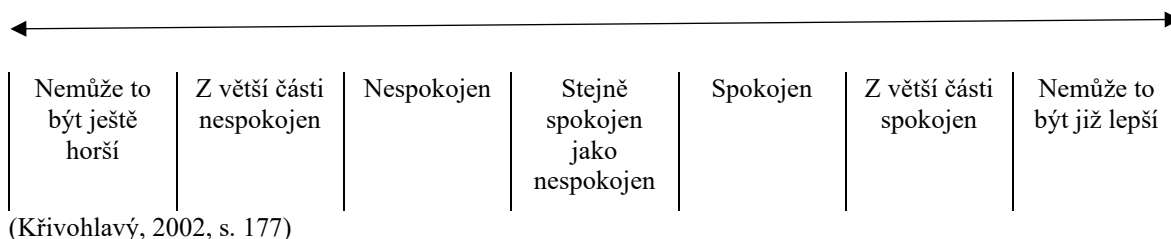
MANSA – Manchester Short Assessment of Quality of Life (Krátký způsob hodnocení kvality života). Tato metoda zahrnuje variaci nazývanou LQoLP – Lancashire Quality of Life Profile, v jejímž rámci je rozpracována metodika LSS – Life Satisfaction Scale (Škála životního uspokojení). Kvalita života se zde měří tím způsobem, že se hodnotí celková spokojenost se životem a spokojenost s řadou předem přesně stanovených dimenzí života.

„V rámci metody MANSA jde o zjišťování spokojenosti: s vlastním zdravotním stavem, sebezpojetím (self-concept), sociálními vztahy, rodinnými vztahy, bezpečnostní situací, právním stavem, životním prostředím, finanční situací, náboženstvím (vírou), účastí na aktivitách volného času, zaměstnáním – prací (školou). Cílem autorů MANSA je „vystihnout celkový obraz kvality života daného člověka tak, jak ten se mu jeví v dané chvíli“ (Křivohlavý, 2002, s. 176).

LSS – Life Satisfaction Scale (škála-stupnice spokojenosti). Jedná se o metodu, kterou se měří každá z výše uvedených dimenzí života daného člověka. V podstatě se jedná o vizuální

stupnici typu VAS (Visual Analogous Scale), která má sedm stupňů. Ty jsou uvedeny na vodorovné ose od minima až po maximum (Křivohlavý, 2002, s. 176-177).

Obrázek 1 – Stupnice spokojenosti podle MANSA



Obdobou metodiky LSS je tzv. Cantrill's Ladder – Cantrilův žebřík, který má skutečně podobu žebříku s dvanácti příčkami. Úkolem toho, kdo má hodnotit svůj celkový stav je udělat ležatý křížek na některé příčce před ním stojícího obrázku žebříku. Tento údaj se označuje jako Cantrill's Ladder Score (Křivohlavý, 2002, s. 177).

MANSA a jí podobné způsoby měření širšího rozsahu kvality života jsou používány nejen k diagnostice podstatných charakteristik života pacientů, ale také k diagnostice podstatných charakteristik života občanů. Tyto metody se využívají například jako podklad k řízení sociální a zdravotní politiky v daném regionu, v určité populaci (Křivohlavý, 2002, s. 177).

V souhrnu lze uvést, že měření kvality života je podstatné, protože nám přináší důležité informace. Pomáhá zjišťovat potřeby, určovat prioritu a klasifikovat účinnost opatření. Na základě těchto informací je možné nalézat cesty, které povedou ke zlepšení kvality života jednotlivců i celých komunit.

3.7 Prvotní výzkumy v ČR zaměřené na kvalitu života

Již v osmdesátých letech v ČR probíhal výzkum kvality života seniorů za pomoci pětipoložkového dotazníku VAS (Vizuální analogová stupnice Křivohlavého). V devadesátých letech byla podobná (jednopoložková VAS) metoda upotřebena pro zjištění obecné spokojenosti starých lidí v Institutu pro postgraduální vzdělávání.

Studie realizované v devadesátých letech se zaměřily v první řadě na zdravotní a sociální podmínky starých lidí v určitých oblastech, spokojenost s institucionální péčí, zátěž pečovateli a obecné životní podmínky ve starším věku. Jako nástroje vědci využili strukturované rozhovory, které se týkaly základních potřeb, spotřeby zdravotní a sociální

péče, mobility, subjektivního zdravotního stavu a spokojenosti. Pro zjištění míry vyhoření u pečovateli použil Křivohlavý standardizovaný dotazník Burnout Measure (Dragomirecká, 2007, s. 42)).

Kožený (2005) se zabíral činiteli, které ovlivňují přizpůsobení seniorek na stárnutí, a to především vlivem temperamentu. Na skupině seniorek, které žijí ve vlastní domácnosti zjistil, že schopnost vytvořit si postačující síť sociálních vztahů závisí spíše na stránce extraverte než emocionální lability, resp. stability. Vztah extraverte a adaptace na stáří se potvrdil i u žen žijících v domovech sociální péče shodně jako předpoklad vztahu emocionální lability a životní spokojenosti ovlivněného mírou deprese. Jako prostředek, který by mohl pozitivně ovlivnit životní spokojenost v institucích, doporučuje vytváření příjemného podnětného prostředí a intenzivnější zapojení širší rodiny do péče o seniory (Dragomirecká, 2007, s. 42).

Realizace výzkumů napomáhá rozvíjení vědeckého poznání, zlepšování kvality života, rozvoji společnosti a přispívají k vědeckému dědictví. Výzkumy umožňují rozvíjet a ověřovat nové teorie a hypotézy z různých oborů, napomáhají zlepšit život lidí, mohou přispět k lepšímu pochopení problémů. Také mohou být zdrojem nových informací a poznatků a jako součást vědeckého odkazu mohou být využity k následnému výzkumu a objevům v budoucnosti.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUM

Předmětem výzkumného šetření je porovnání kvality života seniorů žijících v domovech s pečovatelskou službou a domovech pro seniory na základě oblastí, které jsou důležité pro osoby vyššího věku. Pro získání dat jsem použila standardizované dotazníky Světové zdravotnické organizace WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF. „Dotazník je vlastně způsob psaného řízeného rozhovoru. Na dotazy, které jsou na rozdíl od rozhovoru psané, se vyžadují písemné odpovědi. Dotazník je méně časově náročný než rozhovor. Dotazník umožňuje zkoumat i velký počet osob současně, takže v krátké době je možno získat velké množství výpovědí. Odpovědi však bývají často subjektivně zkreslené (i nevědomě)“ (Disman, 2008, s. 139). Dotazník WHOQOL-OLD zahrnuje 24 otázek a dotazník WHOQOL-BREF (krátká verze) 26 otázek. Dohromady tedy respondenti odpovídali na 50 otázek. Dotazník WHOQOL-OLD není určen pro samostatné použití, ale pouze jako dodatkový modul pro dotazníky kvality života WHOQOL-100 nebo WHOQOL-BREF (dotazník WHOQOL-BREF je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100). Oba dotazníky mapují kvalitu života v posledních dvou týdnech života a dotazník WHOQOL-OLD je určen pro respondenty od 65. let věku. Dotazník WHOQOL-OLD pokrývá šest oblastí (domén), a to: fungování smyslů (FCES), nezávislost (soběstačnost, schopnost sám se o sebe postarat, rozhodovat o svém životě, NEZ), naplnění (ve smyslu dosažení cílů v minulosti, přínosu v přítomnosti a výhledu do budoucnosti, NAP), sociální zapojení (kontakty s lidmi a dostatek smysluplných činností, SOCZ), postoj ke smrti a umírání (SAU) a blízké vztahy (intimita, BVZT). Dotazník WHOQOL-BREF zahrnuje čtyři oblasti (domény) a to: fyzické zdraví (DOM1), prožívání (DOM2), sociální vztahy (DOM3), prostředí (DOM4) plus dvě samostatné položky, které se týkají hodnocení kvality života a spokojenosti se zdravím.

Pro výzkum jsem vybrala čtyři domovy s pečovatelskou službou a čtyři domovy pro seniory z Jihomoravského kraje, kdy každé zařízení se nachází v jiném městě. Pomocí tohoto dotazníkového šetření proběhl výzkum, který slouží k porovnání kvality života v uvedených zařízeních na základě domén dotazníků.

Před začátkem šetření jsem dotazníky v zařízeních nechala vyplnit několika seniory, abych zjistila, že otázky jsou dostatečně srozumitelné a respondenti správně chápou jejich obsah. V instrukcích k vyplnění obou dotazníků je informace, že odpovědi se týkají posledních dvou týdnů života respondentů a prosba o vyplnění všech otázek. Tyto informace jsem opětovně zdůraznila před započítáním vyplňování. Také jsem ujistila respondenty, že dotazník je anonymní a výsledky slouží pouze pro zpracování mé diplomové práce. Věk respondentů

při vyplňování byl stanoven na 65 let a výše a podmínkou bylo zachování kognitivních funkcí na takové úrovni aby, výsledky dotazníků bylo možné zahrnut do zpracování výzkumného šetření.

Dotazníkové šetření proběhlo v měsíci prosinci 2022 a měsíci lednu 2023 a zúčastnilo se jej 145 seniorů. Při zpracování bylo 8 dotazníků vyřazeno z důvodu nevyplnění všech otázek nebo označení vícero odpovědí. Při dotazníkovém šetření jsem byla přítomna ve všech zařízeních osobně, v některých zařízeních jsem pracovala samostatně, v některých zařízeních byli přítomni sociální pracovníci nebo zástupci vedení. Před započatím dotazníkového šetření jsem se představila, nastínila problematiku, vysvětlila, k jakému účelu bude šetření použito a byla k dispozici respondentům z důvodu případných dotazů k otázkám. V druhé části schůzky jsem odpovídala seniorům na jejich otázky k tématu, diskutovala problematiku stárnutí, stáří, seniorské populace.

4.1 Metodika zpracování

Pro svoji diplomovou práci jsem zvolila kvantitativní typ výzkumu, z něhož získám numerické výsledky sledovaného jevu. Kvantitativní výzkum lze charakterizovat jako „záměrnou a systematickou činnost, při které se empirickými metodami zkoumají (ověřují, verifikují, testují) hypotézy mezi jevy“ (Skutil, 2011, s. 59). Výzkum začíná stanovením výzkumného problému. Po jeho stanovení následuje formulace hypotéz, které se ve vlastním empirickém výzkumu ověřují a hypotéza může být potvrzena nebo vyvrácena. V závěrečné fázi výzkumu výzkumník vyvodí závěry z šetření a prezentuje své výsledky.

K měření kvality života podle instrumentu WHOQOL-OLD je třeba spočítat hrubé skóry jednotlivých domén, které představují standardizované průměrné hodnoty ze čtyř položek příslušných ke každé doméně. První doména FCES – fungování smyslů – je průměrnou hodnotou z položek OLD1, OLD2, OLD10 a OLD20. Hrubý skór domény NEZ–nezávislost– je tvořen položkami OLD3, OLD4, OLD5 a OLD11. Doména NAP– naplnění – zahrnuje průměrnou hodnotu z položek OLD12, OLD13, OLD15 a OLD19. Doména SOCZ – sociální zapojení – představuje průměrnou hodnotu z položek OLD14, OLD16, OLD17 a OLD18. Doména SAU – smrt a umírání – obsahuje průměrnou hodnotu z položek OLD6, OLD7, OLD8 a OLD9. Hrubý skór domény poslední BVZT – blízké vztahy – je tvořen položkami OLD21, OLD22, OLD23 a OLD24. Pro možné odpovědi je zvolena číselná stupnice od 1 do 5, kdy č. 1 znamená – vůbec ne, č.2 – trochu, č. 3 – středně, č.4 –

hodně a č. 5 – maximálně. K měření kvality života dle instrumentu WHOQOL-BREF je potřeba také spočítat hrubé skóry jednotlivých domén. Doména jedna DOM1 – fyzické zdraví – zahrnuje průměrnou hodnotu ze sedmi položek Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17 a Q18. Doména dva DOM2 – prožívání – je hrubým skórem ze šesti položek Q5, Q6, Q7, Q11, Q19 a Q26. Doména tři DOM3 – sociální vztahy – zahrnuje průměrnou hodnotu ze tří položek Q20, Q21 a Q22. U poslední domény DOM4 – prostředí – je hrubý skór vypočten z osmi položek Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24 a Q25. Pro možné odpovědi je opět zvolena číselná stupnice od 1 do 5, kdy pro otázky Q3 až Q9 č. 1 znamená – vůbec ne, č.2 – trochu, č. 3 – středně, č. 4 – hodně a č. 5 – maximálně. Pro otázky Q10 až Q14 č. 1 znamená – vůbec ne, č. 2 – spíše ne, č. 3 – středně, č. 4 – většinou ano, č. 5 – zcela. Pro otázku Q15 č. 1 znamená – velmi špatně, č. 2 – špatně, č. 3 – ani špatně ani dobře, č. 4 – dobře, č. 5 – velmi dobře. Pro otázky Q16 až Q25 č. 1 znamená – velmi nespokojen/a, č. 2 – nespokojen/a, č. 3 – ani spokojen/a ani nespokojen/a, č. 4 – spokojen/a, č. 5 – velmi spokojen/a. Pro otázku Q26 č. 1 znamená – nikdy, č. 2 – někdy, č. 3 – středně, č. 4 – celkem často, č. 5 – neustále. Skóre v jednotlivých doménách dotazníků bylo vypočteno dle skórovacího manuálu na intervalu 0–100. Porovnání těchto skóre v případě domovů s pečovatelskou službou a domovů pro seniory bylo provedeno pomocí Welchova t-testu. Kromě výsledné p-hodnoty tohoto testu byly reportovány průměry, směrodatné odchylky a v rámci krabicového grafu medián, dolní a horní kvartil, minimum a maximum. Výpočty byly provedeny v programu TIBCO STATISTICA, hladina významnosti činila 5 %.

4.2 Výzkumné otázky a hypotézy

Cílem výzkumu bylo porovnání kvality života seniorů žijících v domovech s pečovatelskou službou a domovech pro seniory. Na základě teoretické části diplomové práce jsem stanovila hlavní výzkumnou otázku a následně dílčí výzkumné otázky.

Hlavní výzkumná otázka: Jaké faktory ovlivňují kvalitu života seniorů v domovech s pečovatelskou službou a v domovech pro seniory?

Dílčí cíle:

1. Porovnat, zda fungování smyslů ovlivňuje kvalitu života seniorů v domovech pro seniory a v domovech s pečovatelskou službou.

2. Porovnat, jestli samostatné rozhodování ovlivňuje kvalitu života seniorů v domovech pro seniory a v domovech s pečovatelskou službou.
3. Porovnat, zda pocit vlastního naplnění ovlivňuje kvalitu života seniorů v domovech pro seniory a v domovech s pečovatelskou službou.
4. Porovnat, zda zapojení seniorů do společenského života ovlivňuje kvalitu života seniorů v domovech pro seniory a v domovech s pečovatelskou službou.
5. Porovnat, zda smrt a umírání ovlivňuje kvalitu života seniorů v domovech pro seniory a v domovech s pečovatelskou službou.
6. Porovnat, zda blízké vztahy, které udržují senioři ovlivňují kvalitu života seniorů v domovech pro seniory a v domovech s pečovatelskou službou.
7. Porovnat, zda vlastní hodnocení fyzického zdraví ovlivňuje kvalitu života seniorů v domovech pro seniory a v domovech s pečovatelskou službou.
8. Porovnat, zda spokojenost seniorů se svým životem ovlivňuje kvalitu života seniorů v domovech pro seniory a v domovech s pečovatelskou službou.
9. Porovnat, zda sociální vztahy seniorů ovlivňují kvalitu života seniorů v domovech pro seniory a v domovech s pečovatelskou službou.
10. Porovnat, zda prostředí, ve kterém senioři žijí ovlivňuje kvalitu života seniorů v domovech pro seniory a v domovech s pečovatelskou službou.

Hypotéza 1: Existuje předpoklad, že skóre v doméně fungování smyslů se pro seniory z domovů pro seniory a seniory z domovů s pečovatelskou službou liší.

Hypotéza 2: Existuje předpoklad, že skóre v doméně nezávislost se pro seniory z domovů pro seniory a seniory z domovů s pečovatelskou službou liší.

Hypotéza 3: Existuje předpoklad, že skóre v doméně naplnění se pro seniory z domovů pro seniory a seniory z domovů s pečovatelskou službou liší.

Hypotéza 4: Existuje předpoklad, že skóre v doméně sociální zapojení se pro seniory z domovů pro seniory a seniory z domovů s pečovatelskou službou liší.

Hypotéza 5: Existuje předpoklad, že skóre v doméně smrt a umírání se pro seniory z domovů pro seniory a seniory z domovů s pečovatelskou službou liší.

Hypotéza 6: Existuje předpoklad, že skóre v doméně blízké vztahy se pro seniory z domovů pro seniory a seniory z domovů s pečovatelskou službou liší.

Hypotéza 7: Existuje předpoklad, že skóre v doméně fyzické zdraví se pro seniory z domovů pro seniory a seniory z domovů s pečovatelskou službou liší.

Hypotéza 8: Existuje předpoklad, že skóre v doméně prožívání se pro seniory z domovů pro seniory a pro seniory z domovů s pečovatelskou službou liší.

Hypotéza 9: Existuje předpoklad, že skóre v doméně sociální vztahy se pro seniory z domovů pro seniory a seniory z domovů s pečovatelskou službou liší.

Hypotéza 10: Existuje předpoklad, že skóre v doméně prostředí se pro seniory z domovů pro seniory a seniory z domovů s pečovatelskou službou liší.

4.3 Vymezení výzkumného souboru

Pro vymezení výzkumného souboru jsem zvolila záměrný typ souboru. Kritériem pro výběr byl věk nad 65 let a pobyt v Jihomoravském kraji. Účelně jsem zvolila klienty žijící v domovech s pečovatelskou službou a klienty žijící v domovech pro seniory, jak je již obsaženo v názvu této diplomové práce. Výzkumu se zúčastnilo 66 seniorů ze čtyř domovů s pečovatelskou službou a 71 seniorů ze čtyř domovů pro seniory. Výzkumný soubor není rozdělen dle pohlaví.

5 PRŮBĚH A VÝSLEDKY VÝZKUMU

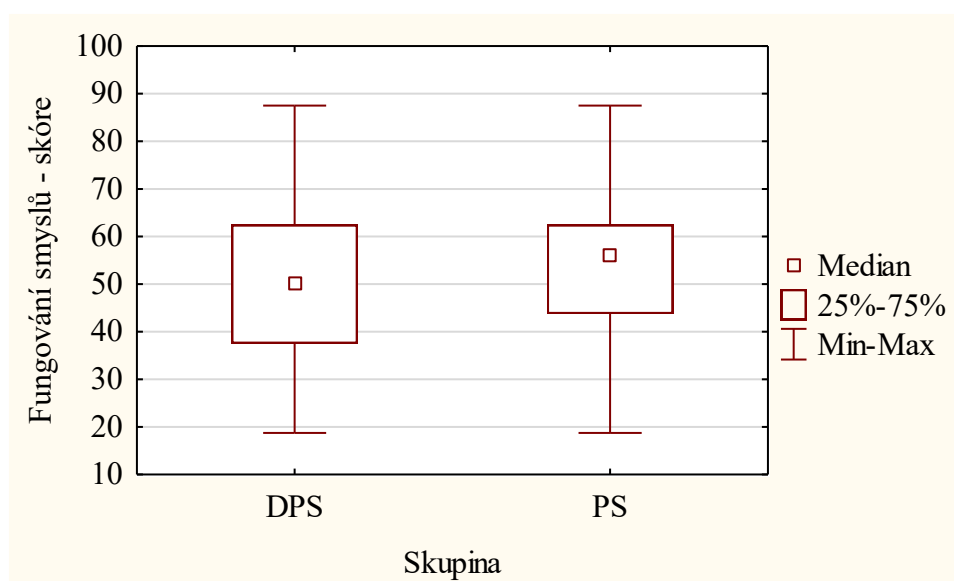
5.1 Výsledky výzkumného šetření a testování hypotéz

Vzhledem ke skutečnosti, že obě zařízení pro seniory mají ve svých názvech shodná počáteční písmena, byly při vyhodnocování výzkumného šetření pro jasné rozlišení použity zkratky DPS – domov pro seniory a PS – domov s pečovatelskou službou.

Výsledky výzkumného šetření podle instrumentu WHOQOL-OLD. Všechny domény obsahují shodně čtyři položky.

Doména FCES – fungování smyslů – zahrnuje tyto otázky. OLD1 (F25.1) Do jaké míry ovlivňuje zhoršení Vašich smyslů (např. sluch, chuť, hmat, zrak nebo čich) Váš každodenní život? OLD2 (F25.3) Do jaké míry ovlivňuje ztráta, například sluchu, zraku, chuti, čichu nebo hmatu, Vaši schopnost zapojit se do různých činností? OLD10 (F25.4) Do jaké míry ovlivňují potíže se smysly (např. sluch, chuť, hmat, zrak, čich) Vaši komunikaci s ostatními lidmi? OLD20 (F25.2) Jak byste hodnotil/a to, jak Vám slouží smysly (například sluch, zrak, chuť, čich, hmat)?

Obrázek 2 - Grafické znázornění domény - fungování smyslů



Tabulka 2 - Numerické hodnoty domény fungování smyslů

Skupina	Min	Dolní kvartil	Medián	Horní kvartil	Max
DPS	18,8	37,5	50,0	62,5	88
PS	18,8	43,8	56,3	62,5	88

Dotazníkovým šetřením u domény – **fungování smyslů** – bylo zjištěno, že senioři z DPS dosáhli hodnoty minima 18,8 shodně se seniory z PS, stejně tak v hodnotách horní kvartil 62,5 a v hodnotě maxima 88. Rozdílné byly výsledky dolního kvartilu, kdy senioři z DPS dosáhli hodnoty 37,5 a senioři z PS hodnoty 43,8. Také je patrný rozdíl ve výsledcích mediánu, senioři z DPS dosáhli hodnoty 50,0 a senioři z PS hodnoty 56,3. V průměru hodnotili senioři z DPS kvalitu života v doméně fungování smyslů nižší než senioři z PS.

H_0 : Existuje předpoklad, že skóre v doméně fungování smyslů se pro seniory z domovů pro seniory a seniory z domovů s pečovatelskou službou neliší.

H_A : Existuje předpoklad, že skóre v doméně fungování smyslů se pro seniory z domovů pro seniory a seniory z domovů s pečovatelskou službou liší.

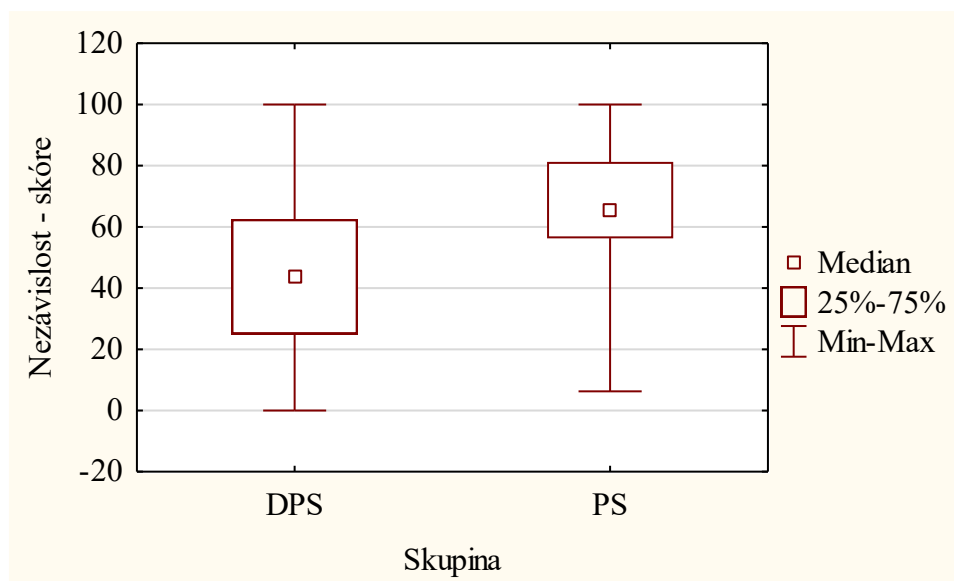
Tabulka 3 - Welchův t-test – vyhodnocení domény fungování smyslů

Skupina	počet	průměr	sm. odch.	p-hodnota
DPS	71	52,7	18,9	0,703
PS	66	53,9	16,4	(nezamítáme H_0)

Skóre v doméně fungování smyslů činilo pro seniory z domovů pro seniory v průměru 52,7 při směrodatné odchylce 18,9 a pro seniory z domovů s pečovatelskou službou v průměru 53,9 při směrodatné odchylce 16,4. P-hodnota Welchova t-testu vyšla s ohledem na tři desetinná místa 0,703, tj. vyšší než hladina významnosti 0,05. **Nulová hypotéza nebyla zamítnuta.** Na hladině významnosti 0,05 nebyl prokázán rozdíl ve skóre v doméně fungování smyslů pro seniory z domovů pro seniory a seniory z domovů s pečovatelskou službou. Pořadové statistiky obou skupin byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu.

Doména NEZ – nezávislost – zahrnuje tyto otázky. OLD3 (F26.1) Do jaké míry můžete svobodně rozhodovat o svých záležitostech? OLD4 (F26.2) Do jaké míry můžete rozhodovat o své budoucnosti? OLD5 (F26.4) Máte pocit, že lidé okolo Vás respektují Vaši svobodu? OLD11 (F26.3) Do jaké míry se můžete věnovat věcem, které byste rád/a dělal/a?

Obrázek 3 - Grafické znázornění domény - nezávislost



Tabulka 4 - Numerické hodnoty domény nezávislost

Skupina	Min	Dolní kvartil	Medián	Horní kvartil	Max
DPS	0,0	25,0	43,8	62,5	100
PS	6,3	56,3	65,6	81,3	100

Dotazníkovým šetřením u domény – **nezávislost** – bylo zjištěno, že shodné hodnoty dosáhli senioři z obou zařízení v hodnotě maxima a to 100. Senioři z DPS dosáhli hodnoty 0,0 v minimu a oproti tomu senioři z PS dosáhli v minimu hodnoty 6,3. Dolní kvartil u seniorů z DPS reprezentuje hodnota 25, u seniorů u PS tato hodnota činí 56,3. Medián u seniorů z DPS vyjadřuje hodnota 43,8 a u seniorů z PS hodnota 65,6. Horní kvartil u DPS představuje hodnota 62,5 a u seniorů z PS hodnota 81,3. V průměru hodnotili senioři z DPS kvalitu života v doméně nezávislost nižší než senioři z PS.

H_0 : Existuje předpoklad, že skóre v doméně nezávislost se pro seniory z domovů pro seniory a seniory z domovů s pečovatelskou službou neliší.

H_A : Existuje předpoklad, že skóre v doméně nezávislost se pro seniory z domovů pro seniory a seniory z domovů s pečovatelskou službou liší.

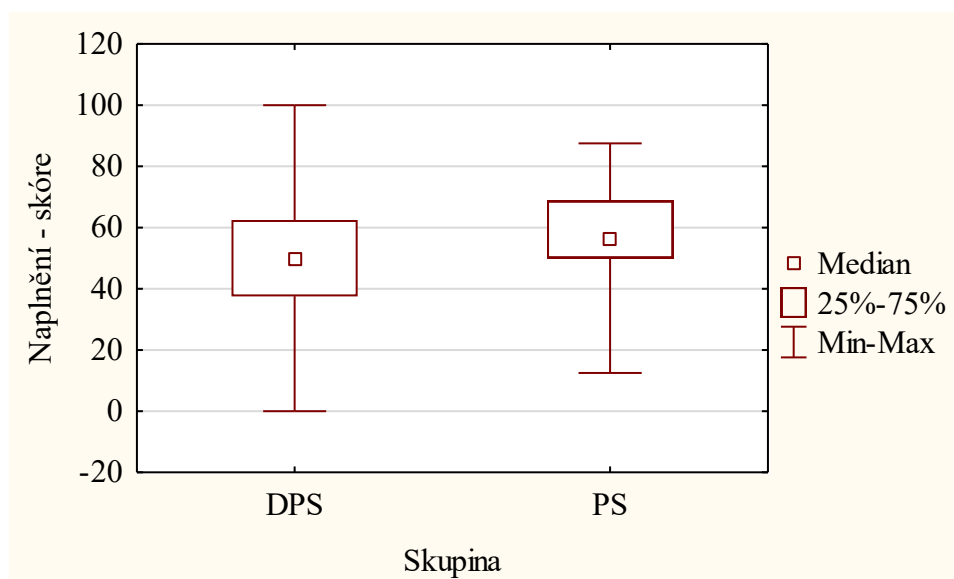
Tabulka 5 - Welchův t-test - vyhodnocení domény nezávislost

Skupina	počet	průměr	sm. odch.	p-hodnota
DPS	71	44,0	25,1	0,000
PS	66	65,6	19,9	(zamítáme H_0)

Skóre v doméně nezávislost činilo pro seniory z domovů pro seniory v průměru 44,0 při směrodatné odchylce 25,1 a pro seniory z domovů s pečovatelskou službou v průměru 65,6 při směrodatné odchylce 19,9. P-hodnota Welchova t-testu vyšla s ohledem na tři desetinná místa 0,000, tj. nižší než hladina významnosti 0,05. **Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy.** Na hladině významnosti 0,05 byl prokázán rozdíl ve skóre v doméně nezávislosti pro seniory z domovů pro seniory a seniory z domovů s pečovatelskou službou. Skóre seniorů z domovů s pečovatelskou službou bylo v doméně nezávislost statisticky významně vyšší než skóre seniorů z domovů pro seniory. Pořadové statistiky obou skupin byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu.

Doména NAP – **naplnění** – zahrnuje tyto otázky. OLD12 (F27.3) Jste spokojen/a se svými možnostmi nadále v životě něčeho dosáhnout? OLD13 (F27.4) Myslíte si, že se Vám v životě dostává uznání, které si zasloužíte? OLD15 (F27.5) Jste spokojen/a s tím, čeho jste v životě dosáhl/a? OLD19 (F27.1) Jak jste spokojen/a s věcmi, na které se můžete těšit?

Obrázek 4 - Grafické znázornění domény - naplnění



Tabulka 6 - Numerické hodnoty domény naplnění

Skupina	Min	Dolní kvartil	Medián	Horní kvartil	Max
DPS	0,0	37,5	50,0	62,5	100
PS	12,5	50,0	56,3	68,8	88

Dotazníkovým šetřením u domény – **naplnění** – byly zjištěny tyto výsledky: Hodnota minima pro seniory z DPS činí 0,0 pro seniory z PS 12,5. Dolní kvartil zastupují hodnoty pro DPS 37,5 pro seniory z PS 50,0. Medián u seniorů z DPS činí 50,0 u seniorů z PS 56,3. Horní kvartil zastupují hodnoty 62,5 u DPS a 68,8 u PS. Maximum u seniorů z DPS činí 100, u seniorů z PS 88. V průměru hodnotili seniory z DPS kvalitu života v doméně naplnění nižší než seniory z PS.

H_0 : Existuje předpoklad, že skóre v doméně naplnění se pro seniory z domovů pro seniory a seniory z domovů s pečovatelskou službou neliší.

H_A : Existuje předpoklad, že skóre v doméně naplnění se pro seniory z domovů pro seniory a seniory z domovů s pečovatelskou službou liší.

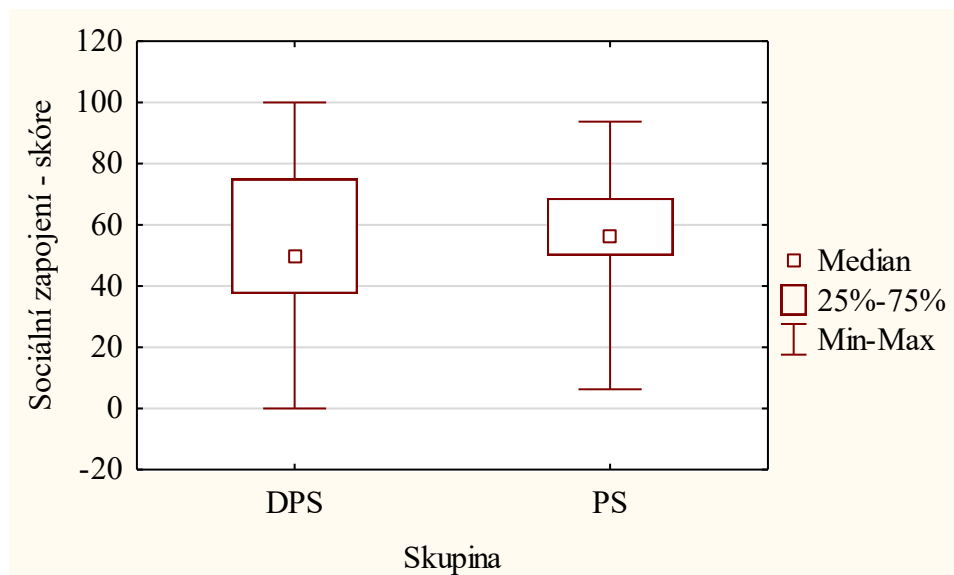
Tabulka 7 - Welchův t-test - vyhodnocení domény naplnění

Skupina	počet	průměr	sm. odch.	p-hodnota
DPS	71	48,0	21,9	0,018
PS	66	55,7	15,3	(zamítáme H_0)

Skóre v doméně naplnění činilo pro seniory z domovů pro seniory v průměru 48,0 při směrodatné odchylce 21,9 a pro seniory z domovů s pečovatelskou službou v průměru 55,7 při směrodatné odchylce 15,3. P-hodnota Welchova t-testu vyšla s ohledem na tři desetinná místa 0,018, tj. nižší než hladina významnosti 0,05. **Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy.** Na hladině významnosti 0,05 byl prokázán rozdíl ve skóre v doméně naplnění pro seniory z domovů pro seniory a seniory z domovů s pečovatelskou službou. Skóre seniorů z domovů s pečovatelskou službou bylo v doméně naplnění statisticky významně vyšší než skóre seniorů z domovů pro seniory. Pořadové statistiky obou skupin byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu.

Doména SOCZ – **sociální zapojení** – zahrnuje tyto otázky. OLD14 (F28.4) Myslíte si, že máte každý den dostatek činností? OLD16 (F28.1) Jste spokojen/a s tím, jak trávíte svůj čas? OLD17 (F28.2) Jste spokojen/a s tím, nakolik jste aktivní? OLD18 (F28.7) Jste spokojen/a s možnostmi svého zapojení do společenského (místního) dění?

Obrázek 5 - Grafické znázornění domény - sociální zapojení



Tabulka 8 - Numerické hodnoty domény sociální zapojení

Skupina	Min	Dolní kvartil	Medián	Horní kvartil	Max
DPS	0,0	37,5	50,0	75,0	100
PS	6,3	50,0	56,3	68,8	94

Dotazníkovým šetřením u domény – **sociální zapojení** – byla zjištěno u seniorů z DPS hodnota minima 0,0 u seniorů z PS hodnota 6,3. Dolní kvartil reprezentuje u DPS hodnota 37,5 a u PS hodnota 50,0. Medián u DPS dosáhl výsledku 50,0 u PS hodnoty 56,3. 75,0 představuje hodnota horního kvartilu u seniorů z DPS a 68,8 u seniorů z PS. Maximální hodnota dosažená u DPS je 100 a u seniorů z PS je 94. V průměru hodnotili senioři z DPS kvalitu života v doméně sociální zapojení nižší než senioři z PS.

H_0 : Existuje předpoklad, že skóre v doméně sociální zapojení se pro seniory z domovů pro seniory a seniory z domovů s pečovatelskou službou neliší.

H_A : Existuje předpoklad, že skóre v doméně sociální zapojení se pro seniory z domovů pro seniory a seniory z domovů s pečovatelskou službou liší.

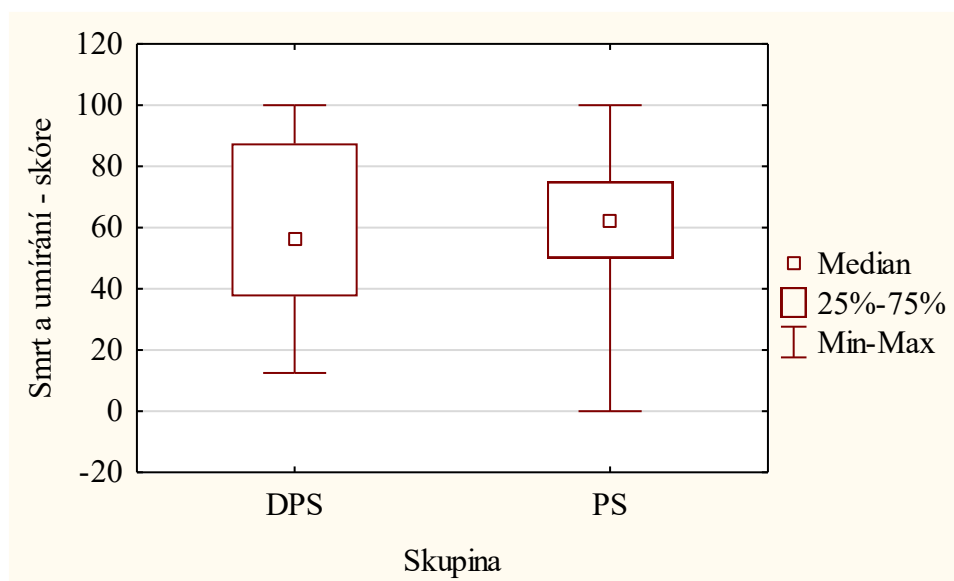
Tabulka 9 - Welchův t-test - vyhodnocení domény sociální zapojení

Skupina	počet	průměr	sm. odch.	p-hodnota
DPS	71	54,3	24,3	0,415
PS	66	57,3	18,1	(nezamítáme H_0)

Skóre v doméně sociální zapojení činilo pro seniory z domovů pro seniory v průměru 54,3 při směrodatné odchylce 24,3 a pro seniory z domovů s pečovatelskou službou v průměru 57,3 při směrodatné odchylce 18,1. P-hodnota Welchova t-testu vyšla s ohledem na tři desetinná místa 0,415, tj. vyšší než hladina významnosti 0,05. **Nulová hypotéza nebyla zamítnuta.** Na hladině významnosti 0,05 nebyl prokázán rozdíl ve skóre v doméně sociální zapojení pro seniory z domovů pro seniory a seniory z domovů s pečovatelskou službou. Pořadové statistiky obou skupin byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu.

Doména SAU – **smrt a umírání** – zahrnuje tyto otázky. OLD6 (F29.2) Znepokojujete se tím, jak zemřete? OLD7 (F29.3) Nakolik se obáváte ztráty kontroly v souvislosti se smrtí? OLD8 (F29.4) Jak moc se bojíte umírání? OLD 9 (F29.5) Jak moc se bojíte bolesti při umírání?

Obrázek 6 - Grafické znázornění domény - smrt a umírání



Tabulka 10 - Numerické hodnoty domény smrt a umírání

Skupina	Min	Dolní kvartil	Medián	Horní kvartil	Max
DPS	12,5	37,5	56,3	87,5	100
PS	0,0	50,0	62,5	75,0	100

Dotazníkovým šetřením u domény – **smrt a umírání** – byly zjištěny maximální totožné hodnoty 100 u obou zařízení. Minimální hodnoty 12,5 dosáhli senioři z DPS a hodnoty 0,0 senioři z PS. Dolní kvartil u DPS vyjadřuje hodnota 37,5, u PS hodnota 50,0. Medián u DPS činí 56,3 a u PS 62,5. Horní kvartil u seniorů DSP zastupuje hodnota 87,5 a u seniorů z PS hodnota 75,0. V průměru hodnotili senioři z DPS kvalitu života v doméně smrt a umírání nižší než senioři z PS.

H_0 : Existuje předpoklad, že skóre v doméně smrt a umírání se pro seniory z domovů pro seniory a seniory z domovů s pečovatelskou službou neliší.

H_A : Existuje předpoklad, že skóre v doméně smrt a umírání se pro seniory z domovů pro seniory a seniory z domovů s pečovatelskou službou liší.

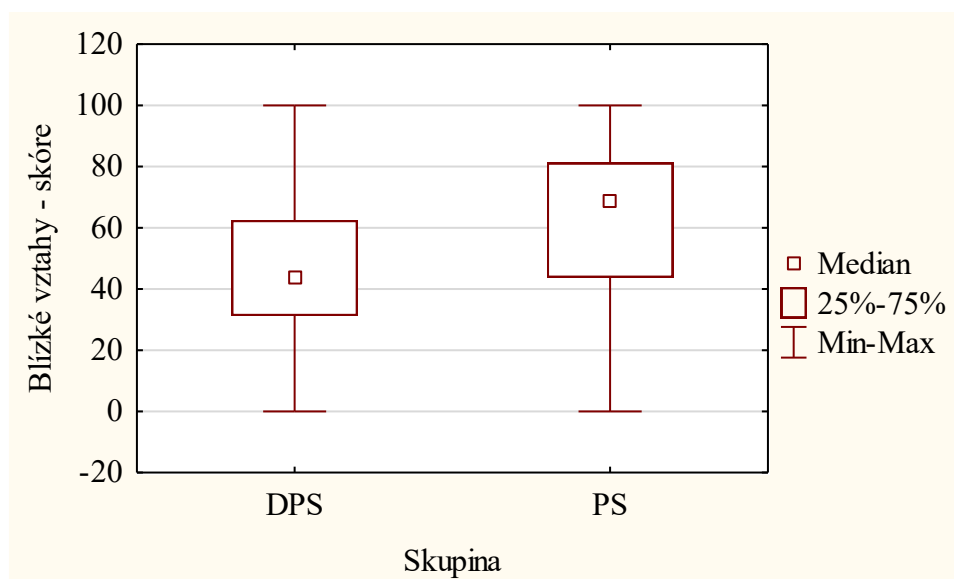
Tabulka 11 - Welchův t-test - vyhodnocení domény smrt a umírání

Skupina	počet	průměr	sm. odch.	p-hodnota
DPS	71	60,1	27,1	0,929
PS	66	60,5	23,6	(nezamítáme H_0)

Skóre v doméně smrt a umírání činilo pro seniory z domovů pro seniory v průměru 60,1 při směrodatné odchylce 27,1 a pro seniory z domovů s pečovatelskou službou v průměru 60,5 při směrodatné odchylce 23,6. P-hodnota Welchova t-testu vyšla s ohledem na tři desetinná místa 0,929, tj. vyšší než hladina významnosti 0,05. **Nulová hypotéza nebyla zamítnuta.** Na hladině významnosti 0,05 nebyl prokázán rozdíl ve skóre v doméně smrt a umírání pro seniory z domovů pro seniory a seniory z domovů s pečovatelskou službou. Pořadové statistiky obou skupin byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu.

Doména BVZT – **blízké vztahy** – zahrnuje tyto otázky. OLD21 (F30.2) Jak velký význam má ve Vašem životě přátelství? OLD22 (F30.3) Kolik je ve Vašem životě lásky? OLD23 (F30.4) Máte příležitost někoho milovat? OLD24 (F30.7) Máte příležitost být někým milován?

Obrázek 7 - Grafické znázornění domény - blízké vztahy



Tabulka 12 - Numerické hodnoty domény blízké vztahy

Skupina	Min	Dolní kvartil	Medián	Horní kvartil	Max
DPS	0,0	31,3	43,8	62,5	100
PS	0,0	43,8	68,8	81,3	100

Dotazníkovým šetřením u domény – **blízké vztahy** – byly shodně u obou zařízení zjištěny hodnoty pro minimum 0,0 a hodnoty pro maximum 100. Dolní kvartil reprezentují hodnoty 31,3 pro seniory z DPS a 43,8 pro seniory z PS. Hodnota 43,8 představuje hodnotu mediánu pro DPS a 68,8 hodnotu pro PS. Horní kvartil pro DPS představuje hodnota 62,5 a 81,3 pro PS. V průměru hodnotili senioři z DPS kvalitu života v doméně blízké vztahy nižší než senioři z PS.

H_0 : Existuje předpoklad, že skóre v doméně blízké vztahy se pro seniory z domovů pro seniory a seniory z domovů s pečovatelskou službou neliší.

H_A : Existuje předpoklad, že skóre v doméně blízké vztahy se pro seniory z domovů pro seniory a seniory z domovů s pečovatelskou službou liší.

Tabulka 13 - Welchův t-test - vyhodnocení domény blízké vztahy

Skupina	počet	průměr	sm. odch.	p-hodnota
DPS	71	48,2	24,5	0,000
PS	66	64,0	24,0	(zamítáme H_0)

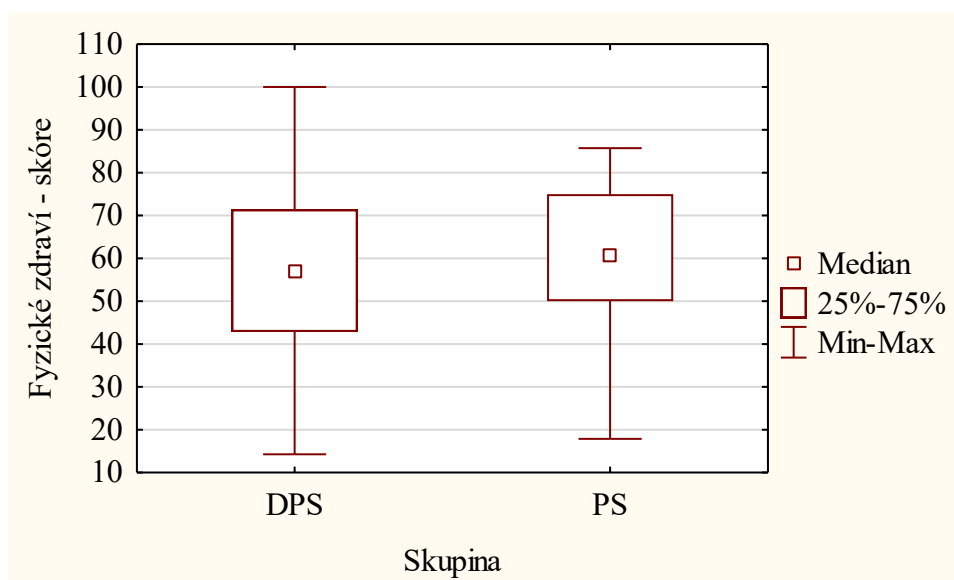
Skóre v doméně blízké vztahy činilo pro seniory z domovů pro seniory v průměru 48,2 při směrodatné odchylce 24,5 a pro seniory z domovů s pečovatelskou službou v průměru 64,0 při směrodatné odchylce 24,0. P-hodnota Welchova t-testu vyšla s ohledem na tři desetinná místa 0,000, tj. nižší než hladina významnosti 0,05. **Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy.** Na hladině významnosti 0,05 byl prokázán rozdíl ve skóre v doméně blízké vztahy pro seniory z domovů pro seniory a seniory z domovů s pečovatelskou službou. Skóre seniorů z domovů s pečovatelskou službou bylo v doméně blízké vztahy statisticky významně vyšší než skóre seniorů z domovů pro seniory. Pořadové statistiky obou skupin byly vyobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu.

Výsledky výzkumného šetření podle instrumentu WHOQOL-BREF

Domény obsahují různý počet položek.

DOM 1 – **fyzické zdraví** – zahrnuje sedm položek. Q3 Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat? Q4 Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě? Q10 Máte dost energie pro každodenní život? Q15 Jak se dokážete pohybovat? Q16 Jak jste spokojen/a se svým spánkem? Q17 Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti? Q18 Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?

Obrázek 8 - Grafické znázornění domény - fyzické zdraví



Tabulka 14 - Numerické hodnoty domény fyzické zdraví

Skupina	Min	Dolní kvartil	Medián	Horní kvartil	Max
DPS	14,3	42,9	57,1	71,4	100
PS	17,9	50,0	60,7	75,0	86

Dotazníkovým šetřením u domény – **fyzické zdraví** – byly zjištěny tyto hodnoty: Minimum pro DPS činí 14,3 a hodnota pro PS činí 17,9. Hodnota 42,9 představuje výsledek dolního kvartilu pro seniory z DPS a hodnota 50,0 výsledek pro seniory z PS. Medián pro DPS představuje hodnota 57,1, pro PS hodnota 60,7. Horní kvartil u DSP dosáhl hodnoty 71,4

a u PS hodnoty 75,0. Maximum pro seniory z DPS činí 100, pro seniory z PS hodnota 86. V průměru hodnotili senioři z DPS kvalitu života v doméně fyzické zdraví nižší než senioři z PS.

H_0 : Existuje předpoklad, že skóre v doméně fyzické zdraví se pro seniory z domovů pro seniory a seniory z domovů s pečovatelskou službou neliší.

H_A : Existuje předpoklad, že skóre v doméně fyzické zdraví se pro seniory z domovů pro seniory a seniory z domovů s pečovatelskou službou liší.

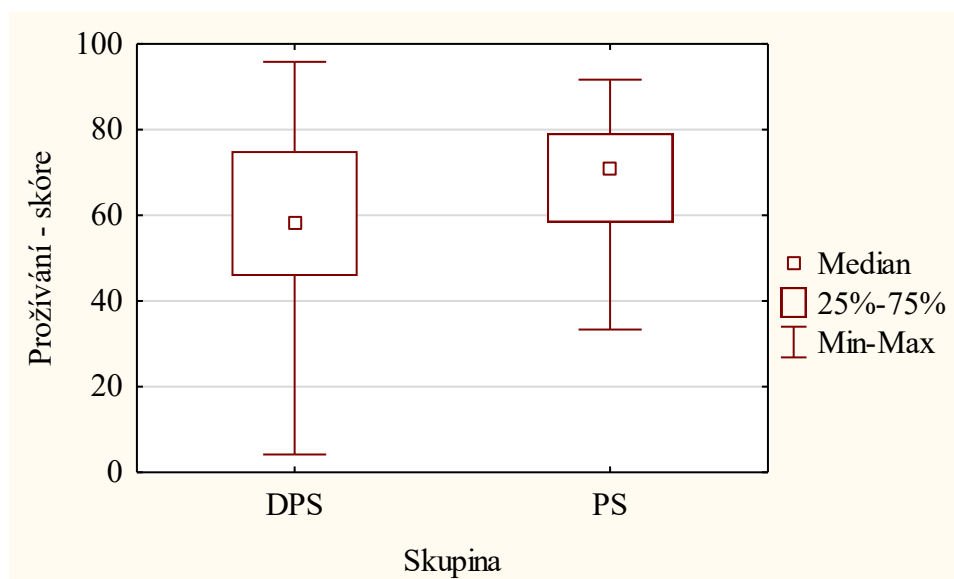
Tabulka 15 - Welchův t-test - vyhodnocení domény fyzické zdraví

Skupina	počet	průměr	sm. odch.	p-hodnota
DPS	71	55,8	17,8	0,101
PS	66	60,5	15,6	(nezamítáme H_0)

Skóre v doméně fyzické zdraví činilo pro seniory z domovů pro seniory v průměru 55,8 při směrodatné odchylce 17,8 a pro seniory z domovů s pečovatelskou službou v průměru 60,5 při směrodatné odchylce 15,6. P-hodnota Welchova t-testu vyšla s ohledem na tři desetinná místa 0,101, tj. vyšší než hladina významnosti 0,05. **Nulová hypotéza nebyla zamítnuta.** Na hladině významnosti 0,05 nebyl prokázán rozdíl ve skóre v doméně fyzické zdraví pro seniory z domovů pro seniory a seniory z domovů s pečovatelskou službou. Pořadové statistiky obou skupin byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu.

DOM 2 – **prožívání** – zahrnuje 6 položek. Q5 Jak moc Vás těší život? Q6 Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl? Q7 Jak se dokážete soustředit? Q11 Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled? Q19 Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou? Q26 Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?

Obrázek 9 - Grafické znázornění domény - prožívání



Tabulka 16 - Numerické hodnoty domény prožívání

Skupina	Min	Dolní kvartil	Medián	Horní kvartil	Max
DPS	4,2	45,8	58,3	75,0	96
PS	33,3	58,3	70,8	79,2	92

Dotazníkovým šetřením u domény – **prožívání** – minimální hodnoty 4,2 dosáhli senioři z DPS a hodnoty 33,3 senioři z PS. Dolní kvartil zastupují hodnoty 45,8 u DPS a 58,3 u PS. Medián činí 58,3 u DPS a 70,8 u PS. Horní kvartil je vyjádřen hodnotami 75,0 u DPS a 79,2 u PS. Maximum u DPS dosáhl hodnoty 96 a u PS hodnoty 92. V průměru hodnotili senioři z DPS kvalitu života v doméně prožívání nižší než senioři z PS.

H_0 : Existuje předpoklad, že skóre v doméně prožívání se pro seniory z domovů pro seniory a pro seniory z domovů s pečovatelskou službou neliší.

H_A : Existuje předpoklad, že skóre v doméně prožívání se pro seniory z domovů pro seniory a pro seniory z domovů s pečovatelskou službou liší.

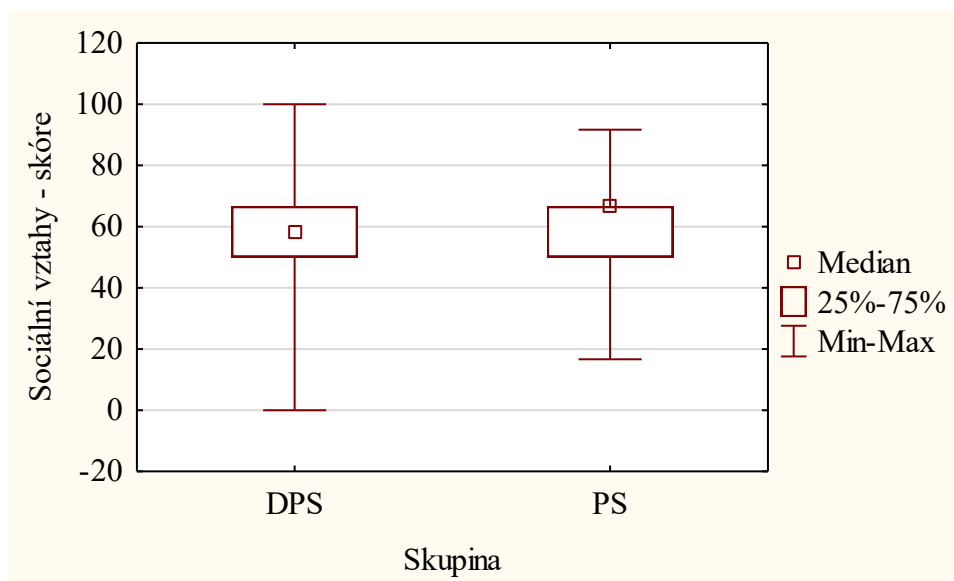
Tabulka 17 - Welchův t-test - vyhodnocení domény prožívání

Skupina	počet	průměr	sm. odch.	p-hodnota
DPS	71	59,2	18,9	0,001
PS	66	68,9	13,9	(zamítáme H_0)

Skóre v doméně prožívání činilo pro seniory z domovů pro seniory v průměru 59,2 při směrodatné odchylce 18,9 a pro seniory z domovů s pečovatelskou službou v průměru 68,9 při směrodatné odchylce 13,9. P-hodnota Welchova t-testu vyšla s ohledem na tři desetinná místa 0,001, tj. nižší než hladina významnosti 0,05. **Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy.** Na hladině významnosti 0,05 byl prokázán rozdíl ve skóre v doméně prožívání pro seniory z domovů pro seniory a seniory z domovů s pečovatelskou službou. Skóre seniorů z domovů s pečovatelskou službou bylo v doméně prožívání statisticky významně vyšší než skóre seniorů z domovů pro seniory. Pořadové statistiky obou skupin byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu.

DOM 3 – **sociální vztahy** – zahrnuje tři položky. Q20 Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy? Q21 Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem? Q22 Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?

Obrázek 10 - Grafické znázornění domény – sociální vztahy



Tabulka 18 - Numerické hodnoty domény sociální vztahy

Skupina	Min	Dolní kvartil	Medián	Horní kvartil	Max
DPS	0,0	50,0	58,3	66,7	100
PS	16,7	50,0	66,7	66,7	92

Dotazníkovým šetřením u domény – **sociální vztahy** – bylo zjištěno: Shodně bylo dosaženo hodnoty 50,0 u dolního kvartilu a hodnoty 66,7 u horního kvartilu. Minimum u seniorů z DPS zastupuje hodnota 0,0 u seniorů z PS 16,7. Medián vyjadřují hodnoty 58,3 pro DPS a 66,7 hodnoty pro PS. Maximální hodnoty 100 bylo dosaženo u seniorů v DPS a hodnoty 92 u seniorů v PS. V průměru hodnotili senioři z DPS kvalitu života v doméně sociální vztahy nižší než senioři z PS.

H_0 : Existuje předpoklad, že skóre v doméně sociální vztahy se pro seniory z domovů pro seniory a seniory z domovů s pečovatelskou službou neliší.

H_A : Existuje předpoklad, že skóre v doméně sociální vztahy se pro seniory z domovů pro seniory a seniory z domovů s pečovatelskou službou liší.

Tabulka 19 - Welchův t-test - vyhodnocení domény sociální vztahy

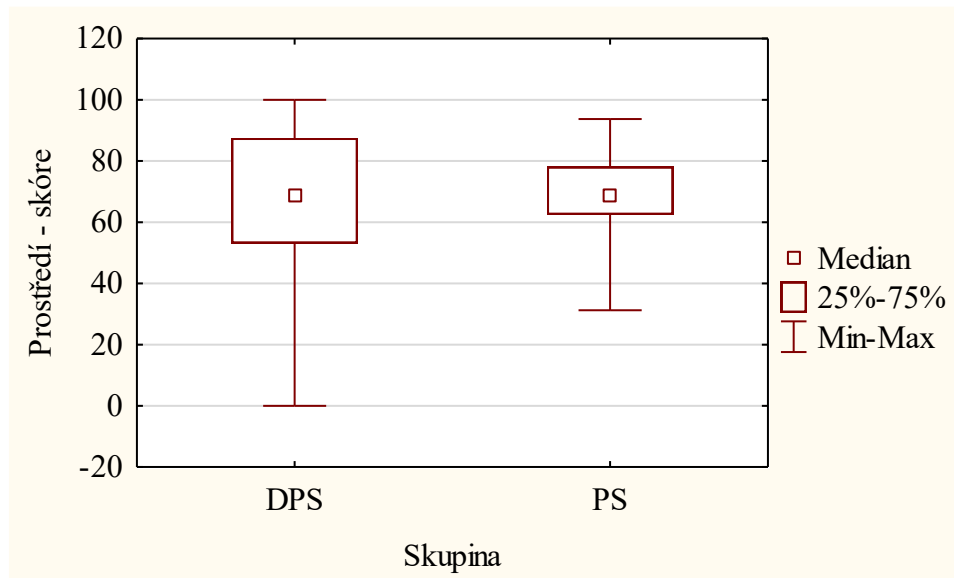
Skupina	počet	průměr	sm. odch.	p-hodnota
DPS	71	55,0	15,9	0,032
PS	66	60,5	13,8	(zamítáme H_0)

Skóre v doméně sociální vztahy činilo pro seniory z domovů pro seniory v průměru 55,0 při směrodatné odchylce 15,9 a pro seniory z domovů s pečovatelskou službou v průměru 60,5 při směrodatné odchylce 13,8. P-hodnota Welchova t-testu vyšla s ohledem na tři desetinná místa 0,032, tj. nižší než hladina významnosti 0,05. **Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy.** Na hladině významnosti 0,05 byl prokázán rozdíl ve skóre v doméně sociální vztahy pro seniory z domovů pro seniory a seniory z domovů s pečovatelskou službou. Skóre seniorů z domovů s pečovatelskou službou bylo v doméně sociální vztahy významně vyšší než skóre seniorů z domovů pro seniory. Pořadové statistiky obou skupin byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu.

DOM 4 – **prostředí** – zahrnuje osm položek. Q8 Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě? Q9 Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete? Q12 Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb? Q13 Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život? Q14 Máte možnost věnovat se svým zálibám? Q23 Jak jste spokojen/a

s podmínkami v místě, kde žijete? Q24 Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?
Q25 Jak jste spokojen s dopravou?

Obrázek 11 - Grafické znázornění domény - prostředí



Tabulka 20 - Numerické hodnoty domény prostředí

Skupina	Min	Dolní kvartil	Medián	Horní kvartil	Max
DPS	0,0	53,1	68,8	87,5	100
PS	31,3	62,5	68,8	78,1	94

Dotazníkovým šetřením u domény – **prostředí** – byla zjištěna totožná hodnota 68,8 u obou zařízení pro medián. Minimum činí 0,0 pro seniory z DPS a 31,3 pro seniory z PS. Dolní kvartil zastupují hodnoty 53,1 pro DPS a 62,5 pro PS. Horní kvartil představují hodnoty 87,5 pro seniory z DPS a 78,1 pro PS. Maximální hodnota 100 reprezentuje seniory z DPS a hodnota 94 reprezentuje seniory z PS. V průměru hodnotili senioři z DPS kvalitu života v doméně prostředí shodně se seniory z PS.

H_0 : Existuje předpoklad, že skóre v doméně prostředí se pro seniory z domovů pro seniory a seniory z domovů s pečovatelskou službou neliší.

H_A : Existuje předpoklad, že skóre v doméně prostředí se pro seniory z domovů pro seniory a seniory z domovů s pečovatelskou službou liší.

Tabulka 21 - Welchův t-test - vyhodnocení domény prostředí

Skupina	počet	průměr	sm. odch.	p-hodnota
DPS	71	66,5	22,8	0,284
PS	66	69,8	12,8	(nezamítáme H_0)

Skóre v doméně prostředí činilo pro seniory z domovů pro seniory v průměru 66,5 při směrodatné odchylce 22,8 a pro seniory z domovů s pečovatelskou službou v průměru 69,8 při směrodatné odchylce 12,8. P-hodnota Welchova t-testu vyšla s ohledem na tři desetinná místa 0,284, tj. vyšší než hladina významnosti 0,05. **Nulová hypotéza nebyla zamítnuta.** Na hladině významnosti 0,05 nebyl prokázán rozdíl ve skóre v doméně prostředí pro seniory z domovů pro seniory a seniory z domovů s pečovatelskou službou. Pořadové statistiky obou skupin byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu.

5.2 Shrnutí dotazníkového šetření a doporučení pro praxi

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že senioři z DPS a senioři z PS hodnotí rozdílně kvalitu života v pěti doménách, a to: nezávislost, naplnění, blízké vztahy, prožívání a sociální vztahy.

Skóre v doméně **fungování smyslů** se pro seniory z DPS a seniory z PS **neliší**. Nulová hypotéza nebyla zamítnuta.

Skóre v doméně **nezávislost** se pro seniory z DPS a seniory z PS **liší**. Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy. Z výzkumu Přihodilové (2004) vyplynulo, že při hodnocení nezávislosti senioři nejčastěji uvádějí fyzickou soběstačnost (78,3 %), méně zastoupená byla nezávislost finanční (43,3 %) a pocit zdraví uvedlo (41,7 %) (Hudáková, Majerníková, 2013, s. 156).

Skóre v doméně **naplnění** se pro seniory z DPS a seniory z PS **liší**. Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy.

Skóre v doméně **sociální zapojení** se pro seniory z DPS a seniory z PS **neliší**. Nulová hypotéza nebyla zamítnuta.

Skóre v doméně **smrt a umírání** se pro seniory z DPS a seniory z PS **neliší**. Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Pro porovnání uvádím výsledky výzkumu Dvořáčkové, Kajanové (2012), které se zaměřily na to, jak ovlivňuje kvalitu života vnímání smrti a umírání u seniorů z DPS a seniorů U3V (Univerzity třetího věku). Bylo zjištěno a), že muži z DPS se od mužů z domácího prostředí liší ve výskytu negativních pocitů spojených s umíráním a smrtí, b) postoje ke smrti a umírání se liší u mužů a u žen v domácím prostředí. Vztah mezi muži v DPS a v U3V se ukazuje jako významný, tedy muži z U3V hodnotí svoji kvalitu života výše než muži z DPS. Dalším zjištěním je, že u žen je v této doméně subjektivně hodnocena kvalita života vyšší než u mužů (Dvořáčková, Kajanová, 2012, s. 334-336).

Skóre v doméně **blízké vztahy** se pro seniory z DPS a seniory z PS **liší**. Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy. Dvořáčková, Kajanová (2012) výzkumným šetřením mezi seniory z DPS a seniory U3V zjišťovaly, zda se liší senioři žijící v DPS a z U3V z hlediska hodnocení úrovně blízkých vztahů. Bylo zjištěno, že je: a) statisticky významný vztah mezi ženami z DPS a ženami z U3V ($p=0,025$), tedy ženy z DPS hodnotí svoji kvalitu života níže než ženy z U3V, b) významný vztah byl zaznamenán i mezi muži z DPS a muži z U3V ($p < 0,0005$) (Dvořáčková, Kajanová, 2012, s. 335-336).

Skóre v doméně **fyzické zdraví** se pro seniory z DPS a seniory z PS **neliší**. Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Při realizaci výzkumného šetření zaměřeného na kvalitu života v Lotyšsku v zařízeních pro seniory Veide (2019) za použití vlastního dotazníkového šetření s otevřenými otázkami dospěl k těmto výsledkům. Senioři v rámci odpovědí uvedli šest oblastí, které nejvíce ovlivňují kvalitu jejich života a to: důležitost vnitřního lidského potenciálu nebo osobnostních rysů (41 %), materiální zabezpečení (27 %), **zdraví (23 %)**, spokojenost s prací, mezilidské vztahy a příbuzní (18 %) a prostředí a jeho dostupnost (16 %). Nejčastěji senioři v oblasti zdraví zdůrazňují zdraví samotné, ale v některých případech je jeho význam spojen s nedostatkem bolesti. Zdraví dělá život lepším, protože člověk může „chodit“ a „sloužit si“, zdraví tedy dává člověku příležitost k nezávislosti. Senioři bez vyššího vzdělání uváděli tuto kategorii třikrát častěji, než senioři s vyšším vzděláním (Veide, 2019, s. 232-233). Sýkorová (2004) při objektivním hodnocení zdravotního stavu seniorů ve výzkumu „Senioři a zdraví“ dospěla k závěru, že senioři uváděli ve velké míře polymorbiditu jako součást svého života (Hudáková, Majerníková, 2013, s. 154).

Skóre v doméně **prožívání** se pro seniory z DPS a pro seniory z PS **liší**. Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy. Vranková (2019) výzkumným šetřením kvality života osob v seniorském věku u seniorů z DPS a seniorů z domácího prostředí za použití standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF zjistila, že doména prožívání nabyla číselné hodnoty 14,5. Rozpětí hrubého skóru se pohybuje v rozpětí od minima 4 do maxima 20, přičemž vyšší hodnota poukazuje na lepší kvalitu života. Fyzické zdraví nabylo hodnoty 13,5, sociální vztahy 15,3 a prostředí 15,6. Celý soubor respondentů hodnotí doménu prožívání jako druhý nejnižší ukazatel kvality života (Vranková, 2019, s. 42). Mohylová (2003) uvádí, že senioři, kteří žijí v domově pro seniory trpí častěji negativními pocity, než senioři žijící v domácím prostředí (Hudáková, Majerníková, 2013, s. 157).

Skóre v doméně **sociální vztahy** se pro seniory z DPS a seniory z PS **liší**. Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy. Dle výsledků výzkumu Vidovičové, Rabušice (2003), jsou čeští senioři relativně pevně navázáni na primární sociální vazby, jsou součástí přátelských nebo mezigeneračních příbuzenských sítí, kdy kvalita těchto sociálních vazeb vyznívá velice příznivě. Respondenti deklarují hojně kontakty rodinných příslušníků mladší a střední generace se seniory a v případě potřeby také faktickou pomoc starším členům rodiny. Dotazovaní se přiklánějí k názoru, že pokud je starý člověk nesoběstačný, měla by mu být péče poskytována nejbližšími rodinnými příslušníky (Ondrušová, 2011, s. 35).

Skóre v doméně **prostředí** se pro seniory z DPS a seniory z PS **neliší**. Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Z výzkumného šetření Veide (2019) v Lotyšsku, jak již je uvedeno v doméně fyzické zdraví dále vyplynulo, že prostředí a jeho dostupnost jako indikátor kvality života uvedlo (16 %) seniorů. Prostředí v odpovědích identifikují senioři jako vhodný prostor pro život, ale také ekologickou bezpečnost, která mezi jinými zahrnuje sociální a lékařskou péči a také to nejnütnější v životě – dobré jídlo, čerstvý vzduch, možnost opustit svůj domov (což může souviset např. s přítomností výtahu, invalidního vozíku), kontakt s živou přírodou apod. (Veide, 2019, s. 233).

Pro praxi uvádím doporučení, jak by bylo možné vylepšit přístup zařízení k doménám, které se liší.

Nezávislost – senioři by měli být zapojeni do rozhodování o věcech, které se jich bezprostředně týkají, jako jsou strava, zdravotní péče, volnočasové aktivity a další. Měli by

mít možnost komunikovat s personálem a vedoucími pracovníky, možnost vyjádřit své přání a potřeby a možnost o těchto věcech diskutovat, navrhnout oboustranně přijatelná řešení. Dále by měli mít možnost plánovat svou budoucnost a rozhodnout o tom, co dělat v případě zhoršení jejich zdravotního stavu. Senioři mají právo být informováni o svých právech a povinnostech. Samozřejmostí je podpora ze strany rodiny a přátel. V případě, že senior nemá již žádné příbuzné a známé, je úkolem zařízení tuto podporu poskytnout nebo zprostředkovat. Také možnost aktivně komunikovat své zájmy s personálem a ostatními seniory, čímž mohou přilákat pozornost k těm aktivitám, které by rádi dělali. Využití nabízené aktivity a programy, které odpovídají jejich zájmům. Navrhovat nové aktivity, popřípadě se zapojit do organizace aktivit. Důležité je respektování soukromí při osobních záležitostech a vytváření podmínek pro soukromí.

Naplnění – senioři žijící v zařízeních pro seniory mohou stále dosáhnout mnoha věcí. Stáří není překážkou pro to, aby lidé rozvíjeli své zájmy a učili se nové věci. K tomu mohou dopomoci aktivity pořádané zařízením ve kterém žijí, jako jsou například přednášky, vzdělávací kurzy, cvičení nebo nabídka zapojení se do různých projektů společně s ostatními klienty. Možnost využití různých moderních technologií umožňuje seniorům učit se nové věci, rozvíjet již dosažené vědomosti, získávat informace a všeobecný přehled, komunikovat s rodinou a přáteli, zapojit se do různých komunit. Je důležité, aby senioři měli přístup k zařízením s technologiemi a také někoho na koho se mohou obrátit v případě potřeby pomoci s těmito technologiemi. Zaměstnanci by měli být trpěliví, vstřícní a ohleduplní k potřebám seniorů. Měli by seniorům poskytovat uznání a respekt, které si zaslouží za své přínosy a zkušenosti a také za to že jsou stále aktivní a plnohodnotní členové naší společnosti.

Blízké vztahy – přátelství má velký význam v životě seniora, zvláště v situacích, kdy jsou senioři izolováni od svých rodin, přátel a známých. Přátelství a láska mohou výrazně napomáhat k udržení psychického a fyzického zdraví. Vzhledem k tomu, že pro seniory v zařízeních je mnohem obtížnější navazovat nová přátelství, je důležité ze strany vedoucích pracovníků a také zaměstnanců podporovat prostředí, které vytváří příležitosti pro setkávání a vytváření nových vztahů. Vytváření prostoru pro romantiku, například za pomoci dekorací a osvětlení zvyšuje možnosti seniorů vytvářet nové, nejen přátelské vztahy. Pozitivní přístup vedoucích pracovníků a zaměstnanců k sexu a intimitě, respektování intimity a vytváření podmínek pro to, aby senioři mohli na toto téma s nimi komunikovat, je neméně

důležité. Podpora kontaktu seniora s rodinou, přáteli a známými může napomoci k udržování plnohodnotných a seniory tolik oceňovaných vztahů.

Prožívání – každý senior má své individuální preference a potřeby. Ze strany zařízení, kde senior žije je potřeba vytvoření podmínek, které se co nejvíce přizpůsobí zájmům a potřebám seniorů, aby se cítili co nejlépe a mohli si užívat věci, které je baví. Tyto podmínky zahrnují společenské aktivity, možnost využití moderních technologií, vytvoření přátelského a příznivého prostředí, zajištění kvalitní péče, podporu vztahů s rodinou a přáteli, možnost vzdělávání a rozvoje, podporu pozitivního myšlení, poskytnutí psychologické pomoci, poskytnutí dostatku soukromí a osobního prostoru, poskytnutí dostatečného množství informací, zajištění fyzické aktivity aj.

Sociální vztahy – důležitou součástí budování a udržování dobrých vztahů je komunikace. Zařízení pro seniory by měla nabízet a umožnit seniorům různé aktivity a programy, kde mohou aktivně komunikovat s ostatními, navazovat nová přátelství a udržovat přátelství již vzniklá. Také by měla být nápomocna při řešení konfliktů ať již mezi klienty navzájem anebo mezi klienty a personálem. Samozřejmostí je umožnění kontaktu s rodinou, přáteli a známými. Možnost využití moderních technologií, jako jsou například sociální sítě nebo videohovory, v případě, že rodina a přátele nejsou v dosahu. Důležité je respektování rozmanitosti mezi klienty bez ohledu na jejich zájmy, náboženské přesvědčení nebo původ. Sexualita a intimní vztahy jsou důležitou součástí lidí všech věkových skupin, včetně seniorů. Je důležité, aby senioři měli možnost otevřeně hovořit o svých sexuálních potřebách s personálem domova nebo odborníkem z této oblasti. Měli by mít přístup k informacím o sexuálním zdraví a prevenci pohlavně přenosných nemocí. Personál zařízení by měl být citlivý, empatický a ochotný pomoci seniorům s jakýmkoliv problémem týkajícím se nejen této oblasti.

ZÁVĚR

Senioři tvoří významnou součást naší populace. Zastoupení seniorů v populaci se zvyšuje s rostoucím věkem a snižující se porodností. Kvalita života seniorů se týká jejich zdraví, spokojenosti, pohody a celkového blahobytu. Je tedy nezbytné zkoumat faktory, které mohou mít pozitivní nebo naopak negativní vliv na jejich kvalitu života a hledat možnosti a způsoby, jak tuto kvalitu vylepšovat a zdokonalovat. Především rodina, ale i přátelé a známí hrají důležitou roli v podpoře seniorů a mohou napomoci k lepší kvalitě jejich života. Také zaměstnanci a vedoucí pracovníci zařízení pro seniory hrají klíčovou roli v ovlivňování kvality života seniorů zde žijících. Téma kvality života seniorů je aktuální a velmi důležité, tato skupina potřebuje specifickou péči a pozornost.

Cílem diplomové práce bylo porovnání kvality života seniorů žijících v domovech s pečovatelskou službou a domovech pro seniory. Výzkumná šetření probíhala na základě hodnocení oblastí, které jsou, dle odborníků, podstatné pro kvalitu života seniorů. Do těchto oblastí řadíme: fungování smyslů, nezávislost, naplnění, sociální zapojení, smrt a umírání, blízké vztahy, fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí.

V teoretické části byly popsány pojmy stárnutí a stáří, jejich příčiny, průběh, adaptace a koncept aktivního stárnutí. Byla charakterizována seniorská populace – její specifika, rizikové faktory, potřeby. Dále byla nastíněna problematika kvality života – rozsah, dimenze, metody měření a výzkumy, které proběhly v České republice.

Praktickou část tvoří popis a analýza dotazníkového šetření, které se uskutečnilo mezi seniory žijícími v domovech pro seniory a seniory žijícími v domovech s pečovatelskou službou. Výzkumné šetření prokázalo, že kvalita života seniorů mezi oběma zkoumanými soubory se liší v doménách (oblastech), a to: nezávislost, naplnění, blízké vztahy, prožívání a sociální vztahy. Naopak v doménách fungování smyslů, sociální zapojení, smrt a umírání, fyzické zdraví a prostředí se kvalita života seniorů neliší. Z celkového počtu deseti domén, bylo zjištěno, že kvalita života seniorů žijících v domovech pro seniory a v domovech s pečovatelskou službou se shodně liší a neliší v pěti z uvedených domén.

Samotní senioři mohou také ovlivnit kvalitu svého života a to tím, že si zachovají aktivní a zdravý životní styl, udržují kontakt s rodinou a přáteli, zajímají se o nové věci, zapojují se do aktivit nabízených těmito zařízeními a komunikují o svých potřebách, představách a problémech s managementem zařízení. Neméně důležité je naučit se přijímat změny, které přicházejí a hledat způsoby, jak se s nimi vypořádat.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BENEŠOVÁ, Dana, 2014. Gereontagogika: vybrané kapitoly. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha. ISBN 978-80-7452-039-6.

ČEVELA, Rostislav, KALVACH, Zdeněk a Libuše ČELEDOVÁ, 2012. Sociální gerontologie: úvod do problematiky. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3901-4.

DESSAINT, Marie-Paule, 1999. Nezačínajte stárnout: [jak žít co možná nejdéle příjemně, samostatně a důstojně]. Praha: Portál. ISBN 80-7178-255-6.

DISMAN, Miroslav, 2008. Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-0139-9.

DRAGOMIRECKÁ, Eva, 2007. Prediktory kvality života ve vyšším věku. Praha: Univerzita Karlova

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka PRAJSOVÁ, 2009. WHOQOL-OLD: příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 978-80-87142-05-9.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. Kvalita života seniorů v domovech pro seniory. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.

GREGOR, Ota, 1990. Stárnout, to je kumšt. 2. vyd. Praha: Olympia. ISBN 978-80-238-4791-0.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. Fenomén stáří. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAYFLICK, Leonard, 1997. Jak a proč stárneme. Praha: Columbus. ISBN 978-80-7176-536-3.

HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. Volnočasové aktivity pro seniory. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-4697-5.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. Sociální péče o seniory. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-4139-0.

HUDÁKOVÁ, Anna a Ľudmila MAJERNÍKOVÁ, 2013. Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství. Praha: Protisk. ISBN 978-80-247-4772-9.

- CHRÁSKA, Miroslav, 2007. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1369-4.
- JANDOUREK, Jan, 2001. Sociologický slovník. Praha: Portál. ISBN 80-7178-535-0.
- JANIŠ, Kamil a Jitka SKOPALOVÁ, 2016. Volný čas seniorů. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-271-9542-8.
- JAROŠOVÁ, Darja, 2006. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 978-80-7368-110-4.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. Psychologie nemoci. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0179-0.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2009. Psychologie zdraví. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2011. Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie. Možnosti, které čekají. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3604-4.
- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 1998. Vývojová psychologie. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-195-X.
- MALÍKOVÁ, Eva, 2011. Péče o seniory v pobytových zařízeních. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MÜHLPACHR, Pavel, 2017. Kvalita života seniorů. Brno: MSD. ISBN 978-80-7392-260-3.
- MÜHLPACHR, Pavel, 2017. Životní styl seniorů. Brno: MSD. ISBN 978-80-7392-265-8.
- MÜHLPACHR, Pavel a Miroslav BARGEL, 2011. Seniori z pohledu sociální pedagogiky. Brno: Institut mezioborových studií. ISBN 978-80-87182-21-5.
- ONDRUŠOVÁ, Jiřina, 2011. Stáří a smysl života. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-2461-997-2.
- PACOVSKÝ, Vladimír, 1990. O stárnutí a stáří. Praha: Avicenum. ISBN 80-201-8076-8.
- PACOVSKÝ, Vladimír, 1994. Geriatrická diagnostika. Praha: Scientia Medica. ISBN 80-855-2632-5.
- PAYNE, Jan a kol., 2005. Kvalita života a zdraví. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-657-2.
- PŘIBYL, Hugo, 2015. Lidské potřeby ve stáří. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-437-1.
- REICHEL, Jiří, 2009. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3006-6.

SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ, 2012. Sociologie stáří a seniorů. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3850-5.

SIRGY, M, Joseph, 2002. The Psychology of Quality of Life. Wellbeing and Positive Mental Health. Dordrecht: Kluwer Academic Publisher. ISBN 978-3-030-71888-6.

SKUTIL, Martin, 2011. Zásady pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-778-7.

STUART-HAMILTON, Ian a Jiří KREJČÍ, 1999. Psychologie stárnutí. Praha: Portál. ISBN 80-7178-274-2.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2013. Gerontagogika: studijní text pro kombinované studium. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3653-1.

VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR, 2005. Kvalita života: teoretická a metodologická východiska. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-3754-7.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. Vývojová psychologie II.- Dospělost a stáří. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.

VÁŽANSKÝ, Mojmír, 2015. Život jako dar. Brno: MSD. ISBN 978-80-7392-243-6.

ŽUMÁROVÁ, Monika, 2012. Subjektivní pohoda a kvalita života seniorů. Prešov: Akcent print. ISBN 978-80-89295-43-2.

INTERNETOVÉ ZDROJE

BERGSMA, J. a G. L. ENGEL. Quality of life: Does measurement help? Health Policy [online]. Dec 1988 s. 267-279. [cit. 2004/04/04]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/10291118>.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar a Alena KAJANOVÁ, 2012. Vybrané aspekty kvality života seniorů z dotazníku WHOQOL-OLD – smrt, umírání a blízké vztahy. ISSN 1804-7122 [online]. [cit. 2012-09-27] Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2012/03/09.pdf>.

VRANKOVÁ, M. Hodnocení kvality života osob v seniorském věku. Olomouc, 2019. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné výchovy, Katedra aplikovaných pohybových aktivit. Vedoucí diplomové práce Julie Wittmannová.

VEIDE, M. The Understanding of Life Quality by Latvian Seniors Nowadays. Rural Environment Education Personality [online]. May 2019, vol. 12, s. 231-238. ISSN 2661-5207. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/334541852_The_Understanding_of_life_Quality_by_Latvian_Seniors_Nowadays.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Aj.	a jiné
APACHE II	Acute Physiological and Chronic Health Evaluation Systems
Apod.	a podobně
Atd.	a tak dále
BVZT	blízké vztahy
ČR	Česká republika
DDRS	Distress and Disability Rating Scale
DOM	doména
FCES	fungování smyslů
Kol.	kolektiv
LQoLP	Lancashire Quality of Life Profile
LSS	Life Satisfaction Scale
MANSA	Manchester Short Assesment of Quality of Life
NAP	naplnění
Např.	například
NEZ	nezávislost
Popř.	popřípadě
QOL	Quality of Life
Resp.	respektive
SAU	smrt a umírání
SEIQoL	Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life
SOCZ	sociální zapojení
SWLS	The Satisfaction with Life Scale
Tj.	to je(st)
Tzv.	takzvaný

USA	Spojené státy americké
U3V	Univerzita třetího věku
VAS	Visual Analogous Scale
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life Assessment
WHOQOL-BREF	instrument pro měření kvality života (zkrácená verze WHOQOL-100)
WHOQOL-OLD	instrument pro měření kvality života ve vyšším věku (dodatkový modul pro WHOQOL-BREF nebo WHOQOL-100)
WHOQOL-100	instrument pro měření kvality života

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – Stupnice spokojenosti podle MANSA	59
Obrázek 2 - Grafické znázornění domény - fungování smyslů.....	67
Obrázek 3 - Grafické znázornění domény - nezávislost.....	69
Obrázek 4 - Grafické znázornění domény - naplnění	71
Obrázek 5 - Grafické znázornění domény - sociální zapojení.....	72
Obrázek 6 - Grafické znázornění domény - smrt a umírání	74
Obrázek 7 - Grafické znázornění domény - blízké vztahy	75
Obrázek 8 - Grafické znázornění domény - fyzické zdraví	77
Obrázek 9 - Grafické znázornění domény - prožívání.....	79
Obrázek 10 - Grafické znázornění domény – sociální vztahy	80
Obrázek 11 - Grafické znázornění domény - prostředí.....	82

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Symbolické vyjádření kvality života	56
Tabulka 2 - Numerické hodnoty domény fungování smyslů.....	68
Tabulka 3 - Welchův t-test - vyhodnocení domény fungování smyslů	68
Tabulka 4 - Numerické hodnoty domény nezávislost	69
Tabulka 5 - Welchův t-test - vyhodnocení domény nezávislost.....	70
Tabulka 6 - Numerické hodnoty domény naplnění	71
Tabulka 7 - Welchův t-test - vyhodnocení domény naplnění.....	71
Tabulka 8 - Numerické hodnoty domény sociální zapojení	72
Tabulka 9 - Welchův t-test - vyhodnocení domény sociální zapojení.....	73
Tabulka 10 - Numerické hodnoty domény smrt a umírání.....	74
Tabulka 11 - Welchův t-test - vyhodnocení domény smrt a umírání	75
Tabulka 12 - Numerické hodnoty domény blízké vztahy.....	76
Tabulka 13 - Welchův t-test - vyhodnocení domény blízké vztahy	76
Tabulka 14 - Numerické hodnoty domény fyzické zdraví	77
Tabulka 15 - Welchův t-test - vyhodnocení domény fyzické zdraví.....	78
Tabulka 16 - Numerické hodnoty domény prožívání	79
Tabulka 17 - Welchův t-test - vyhodnocení domény prožívání.....	79
Tabulka 18 - Numerické hodnoty domény sociální vztahy	80
Tabulka 19 - Welchův t-test - vyhodnocení domény sociální vztahy.....	81
Tabulka 20 - Numerické hodnoty domény prostředí	82
Tabulka 21 - Welchův t-test - vyhodnocení domény prostředí	83

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník WHOQOL-BREF (krátká verze)

KVALITA ŽIVOTA DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

WHOQOL-BREF (krátká verze)

INSTRUKCE

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

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na Váš

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
	1	2	3	④	5

život za **poslední dva týdny**. Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, kolik pomoci se Vám od ostatních

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
	①	2	3	4	5

dostávalo během posledních dvou týdnů. Pokud se Vám dostávalo od ostatních hodně podpory, zakroužkoval/a byste tedy číslo 4.

Pokud se Vám v posledních dvou týdnech nedostávalo od ostatních žádné pomoci, kterou potřebujete, zakroužkoval/a byste číslo 1.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	velmi nespokojen n/a	nespokojen n/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokoj en/a	velmi spokojen /a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

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

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

WHOQOL-OLD – česká verze

Instrukce

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte různé stránky kvality svého života a zaměřuje se na oblasti, které mohou být pro Vás, jako staršího člověka, důležité.

Odpovězte prosím na všechny otázky. Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, vyberte prosím tu odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se na Váš život za **poslední dva týdny**.

Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

Obáváte se toho, co přinese budoucnost?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, do jaké míry jste si během posledních dvou týdnů dělal/a starosti s budoucností. Pokud jste se „hodně“ obával/a budoucnosti, zakroužkoval/a byste číslo 4; pokud jste se „vůbec“ neobával/a budoucnosti, zakroužkoval/a byste číslo 1. Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

Děkujeme Vám za spolupráci

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci, jako např. svobodu rozhodovat o svých záležitostech a o svém životě. Pokud jste měl/a tyto pocity v maximální míře, zakroužkujte číslo vedle slova „maximálně“. Pokud jste tyto pocity vůbec neměl/a, zakroužkujete číslo vedle výrazu „vůbec ne“. Pokud chcete vyjádřit, že Vaše odpověď leží někde mezi „vůbec ne“ a „maximálně“, měl/a byste zakroužkovat jedno z čísel ležících mezi nimi. Otázky se týkají posledních dvou týdnů.

1. (F25.1) Do jaké míry ovlivňuje zhoršení Vašich smyslů (např. sluch, chuť, hmat, zrak nebo čich) Váš každodenní život?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

2. (F25.3) Do jaké míry ovlivňuje ztráta, například sluchu, zraku, chuti, čichu nebo hmatu, Vaši schopnost zapojit se do různých činností?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

3. (F26.1) Do jaké míry můžete svobodně rozhodovat o svých záležitostech?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

4. (F26.2) Do jaké míry můžete rozhodovat o své budoucnosti?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

5. (F26.4) Máte pocit, že lidé okolo Vás respektují Vaši svobodu rozhodování?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

6. (F29.2) Znepokojujete se tím, jak zemřete?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

7. (F29.3) Nakolik se obáváte ztráty kontroly v souvislosti se smrtí?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

8. (F29.4) Jak moc se bojíte umírání?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

9. (F29.5) Jak moc se bojíte bolesti při umírání?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, v **jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech, např. chodit ven tak, jak byste rád/a. Pokud jste mohl/a provádět tyto činnosti v plném rozsahu, zakroužkujte číslo u slova „zcela“. Pokud jste je vůbec nemohl/a provádět, zakroužkujte číslo u výrazu „vůbec ne“. Pokud chcete naznačit, že Vaše odpověď leží někde mezi „vůbec ne“ a „zcela“, zakroužkujete jedno z čísel, které leží mezi nimi. Otázky se vztahují k posledním dvěma týdnům.

10. (F25.4) Do jaké míry ovlivňují potíže se smysly (např. sluch, chuť, hmat, zrak, čich) Vaši komunikaci s ostatními lidmi?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

11. (F26.3) Do jaké míry se můžete věnovat věcem, které byste rád/a dělal/a?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

12. (F27.3) Jste spokojen/a se svými možnostmi nadále v životě něčeho dosáhnout?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

13. (F27.4) Myslíte si, že se Vám v životě dostává uznání, které si zasloužíte?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

14. (F28.4) Myslíte si, že máte každý den dostatek činností?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á nebo spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech. Např. se svou účastí ve společenském životě nebo s tím, co jste v životě dosáhl/a. Rozhodněte se, jak jste spokojený/á nebo nespokojený/á s každou oblastí svého života a zakroužkujte číslo, které nejlépe odpovídá tomu, jak se cítíte. Otázky se vztahují k posledním dvěma týdnům.

15. (F27.5) Jste spokojen/a s tím, čeho jste v životě dosáhl/a?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

16. (F28.1) Jste spokojen/a s tím, jak trávíte svůj čas?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

17. (F28.2) Jste spokojen/a s tím, nakolik jste aktivní?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

18. (F28.7) Jak jste spokojen/a s možnostmi svého zapojení do společenského (místního) dění?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

19. (F27.1) Jak jste spokojen/a s věcmi, na které se můžete těšit?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

20. (F25.2) Jak byste hodnotil/a to, jak vám slouží smysly (například sluch, zrak, chuť, čich, hmat)?

velmi špatně	špatně	ani dobře ani špatně	dobře	velmi dobře
1	2	3	4	5

Následující otázky se týkají Vašich **velmi blízkých (intimních) vztahů**, které máte. Uvažujte, prosím, o těchto otázkách ve vztahu ke svému partnerovi nebo jinému blízkému člověku, se kterým sdílíte blízkost více než s kýmkoliv jiným ve svém životě.

21. (F30.2) Jak velký význam má ve Vašem životě přátelství?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

22. (F30.3) Kolik je ve Vašem životě lásky?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

23. (F30.4) Máte příležitost někoho milovat?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

24. (F30.7) Máte příležitost být někým milován/a?

vůbec ne	málo	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

Chcete k dotazníku něco dodat?

DĚKUJEME VÁM ZA SPOLUPRÁCI