

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

## Kvalita života seniorů

Vedoucí diplomové práce:  
Prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.

Vypracovala:  
Bc. Michala Hepnerová

Brno 2012

## **Prohlášení**

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

Elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné.

Brno 20. 3. 2012

.....

Bc. Michala Hepnerová

## **Poděkování**

Děkuji svému diplomovému vedoucímu Prof. PhDr. Pavlovi Mühlpachrovi, Ph.D.za odborné vedení, cenné připomínky a rady během vypracování diplomové práce.

V Brně 20. 3. 2012

# OBSAH

Úvod	5
1. Stáří jako společenský fenomén	6
1. 1. Definice a teorie stárnutí	8
1. 2. Stárnutí populace a jeho důsledky	12
1. 3. Tělesné, psychické a společenské změny ve stáří	16
1. 4. Stáří a identita starého člověka	31
2. Systém péče o seniory v ČR	33
2. 1. Tradiční a současná péče o seniory	34
2. 2. Druhy zřizovatelů a poskytovatelů sociálních služeb	37
2. 3. Péče o seniory v ambulantním a ústavním prostředí	37
2. 4. Zdravotní péče	41
3. Kvalita života ve stáří	45
3. 1. Vymezení pojmu kvalita života	45
3. 2. Přístupy k měření kvality života	50
3. 3. Metody měření kvality života	52
4. Výzkum kvality života seniorů	59
4. 1. Cíl výzkumu, cílová skupina, charakteristika metod, formulace hypotéz	59
4. 2. Demografické údaje	61
4. 3. Analýza získaných dat	63
4. 4. Závěry z výzkumné části	74
Závěr	75
Resumé	76
Anotace	77
Annotation	77
Použitá literatura a prameny	78
Příloha – Dotazník SQUALA	81
Poznámkový a odkazový aparát	86

## ÚVOD

Pro diplomovou práci jsem si zvolila téma „*Kvalita života seniorů*“. Toto téma je ve společnosti velice aktuální a to především vzhledem k narůstajícímu počtu starých lidí v populaci. Seniorů přibývá a populace stárne. Je nutné si uvědomit stáří nejen jako celospolečenský fenomén ale i jev, který má individuální rovinu. Dr. Haškovcová velice výstižně uvádí, kdy se máme stářím zaobírat. „*Na stárnutí by jsme měli myslet a to včetně umírání a smrti. Těžko říct kdy začít. Ve dvaceti? To je ještě brzo. Ve třiceti kdy už nám začínají stárnout rodiče? Ve čtyřiceti by jsme měli nejméně uvažovat a v padesáti už je nejvyšší čas...*“<sup>1</sup> Nicméně fakt je ten že většina lidí, kteří se mezi seniory ještě nepočítají, na stáří nechce ani pomyslet a veškeré problémy, které jsou spojené se stářím odmítají. Snad kvůli obavám z následku tohoto úseku života a vším co je s tímto spojené, a možná také kvůli svému vlastnímu strachu ze stáří, umírání a smrti. Současným trendem je ovlivnit či alespoň zmírnit známky stárnutí a nabídnout lidem, kteří se ocitnou za prahem důchodového věku, aktivity pro udržení kondice a životního elánu. Jedním z cílů je zvyšovat kvalitu života seniorů a v tomto kontextu je nutné brát ohled na individualitu každého jedince, jeho potřeby a hodnoty.

Cílem této diplomové práce byla analýza kvality života seniorů a na základě dotazníku zjistit jaké jsou nejdůležitější priority v životě seniorů. Na kvalitě života se podílí z velké části to, kde senior žije – zda sám nebo např. v domově důchodců. Proto je dalším cílem této práce porovnat kvalitu života seniorů žijících samostatně a seniorů žijících v domově důchodců. Jako výběrový soubor jsem zvolila obyvatele domova důchodců ve Světlé nad Sázavou a samostatně žijící seniory z Havlíčkova Brodu. Celkem se výzkumu zúčastnilo 56 respondentů. Jako metodu jsem použila dotazník SQUALA a analýzu odborné literatury.

---

<sup>1</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Panorama. Praha, 2010. S. 15.

# 1. STÁŘÍ JAKO SPOLEČENSKÝ FENOMÉN

*„Současné demografické výzkumy v Evropě a Severní Americe stále naléhavěji upozorňují na fenomén zvyšování průměrného věku populace. Posun v procentuálním rozložení obyvatelstva podle jednotlivých kategorií vyvolává řadu problémů k řešení v oblasti ekonomické, sociální, atd. Jednou z reakcí na tuto situaci je i zvyšující se zájem o kvalitu života seniorů.“<sup>2</sup>*

Často můžeme slyšet nepříliš šťastné prezentace populačního stárnutí jako zásadní problém sociální politiky a jako zásadní problém veřejných financí. Populační stárnutí je výsledkem racionalizace přístupu lidí k základním otázkám života v důsledku současného životního stylu, kvality života, s rozvojem celé řady nových poznatků či technologií ve všech vědních oborech a v neposlední řadě hraje roli také fakt, že vývoj společnosti je stále dynamičtější. Neméně důležitý je také postoj jednotlivců i celé společnosti vůči stárnutí. *„V Evropě mohutní hnutí seniorů, jejichž krédem je odmítání představ o tichém přizpůsobením se odchodu do penze a zdůrazňování požadavků na to, aby seniori byli plně integrovanými občany. Evropská komise proto vyzvala ke společnosti pro všechny věkové skupiny.“<sup>3</sup>*

Společenský přístup ke stáří má dva aspekty. Prvním jsou potřeby a zájmy stále početnějších seniorů, otázky smysluplnosti, kvality a zabezpečení jejich života. Druhým sociálně ekonomické důsledky stárnutí populace včetně ovlivnění hospodářského rozvoje.<sup>4</sup>

Nutno podotknout, že v dnešní společnosti je stáří chápáno jako období, kdy může člověk pouze chátrat, v nejlepším případě si zachová část toho, co získal dříve. Jeho zkušenosti i kompetence ztrácejí svůj význam, pro společnost není takový člověk tolik přínosný. *„Domnívám se, že mezi problémy týkající se seniorů patří skutečnost, že tato sociální skupina nevytváří obraz skupiny sebevědomé a vitální. Pro značnou část populace platí, že pokud se vysloví slovo ‚stáří‘ či ‚senior‘, vybaví se nám termíny jako nemoc, osamělost, nemohoucnost, závislost...“<sup>5</sup>*. Hodnotový systém společnosti, který zdůrazňuje zachování všech, především biologicky podmíněných kompetencí mládež

<sup>2</sup> VAĐUROVÁ H., *Měření a klasifikace faktorů ovlivňujících kvalitu života seniorů, nevyčísitelně nemocných a umírajících*. In Mühlpachr, P. (ED.), *Schola gerontologica*. Brno: MU 2005. S. 42.

<sup>3</sup> JAROLÍMOVÁ, E. *Problematika penzionování a význam práce v důchodovém věku*. Gerontologické aktuality, 2005, č. 2, s. 8.

<sup>4</sup> MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. MU, Ped. fakulta. Brno, 2009. S. 16.

<sup>5</sup> JAVORSKÁ, M. *Nové trendy v péči o seniory*. IN. MÜHLPACHR, P. (ED.), *Schola gerontologica*. Brno: MU 2005. S. 108.

(mladistvého vzhledu, výkonu, atd.), staré lidi silně znevýhodňuje. To zároveň znamená, že cokoliv, co takové není, je považováno za podřadné. Z tohoto hodnotového systému vychází ageismus.<sup>6</sup> V důsledku takového postoje dochází k symbolické i faktické diskriminaci pouze na základě stáří. Ageismus, stejně tak jako všechny ostatní předsudky, příliš zjednodušuje a nepřiměřeně generalizuje. Považuje za méněcenné všechny difference, které mezi lidmi této věkové kategorie existují. V naší společnosti začalo již v minulém století přibývat lidí starších 60 let rychleji než příslušníků jiných věkových kategorií. Šedesátníci proto tvoří silnou populační skupinu, jejíž počet se pohybuje kolem 18-20% celkového počtu obyvatel. Je to skupina, která se chce společensky uplatnit, má své nároky, svůj způsob života. Starých lidí v populaci přibývá díky zlepšování zdravotní péče a životního způsobu a snižování porodnosti.<sup>7</sup>

Dle Vágnerové lze tvrdit, že mladší generace ztrácí vědomí kontinuity všech generací, které se udržovalo společným soužitím rodinných příslušníků různého věku.<sup>8</sup> Vzhledem k tomu nepocituje se starými lidmi sounáležitost, chápe je jako příslušníky jiné, podřadnější kategorie, s níž nemá nic společného. Stáří z tohoto pohledu nemá žádné hodnotné kompetence a v závislosti na tom ani přijatelný sociální status.

Z hlediska ageismu je stáří obdobím ztrát, celkového úpadku a zhoršené kvality života. Společnost za těchto okolností od starých lidí nic pozitivního neočekává. Příčiny takto vyhraněného postoje mohou být různé, mohou být podmíněné biologicky i sociálně. Tímto způsobem se projevuje změna v oblasti obecně uznávaných hodnot, zvýšení důrazu na individuum, rozpad rodinných vazeb a z nich vyplývajících tradičních rolí atd. Negativní postoj ke starým lidem mohou posilovat i nezpracované obavy z vlastního stárnutí. Mohou se projevit generalizovaným odporem vůči starým lidem, kteří jsou chápáni jako představitelé něčeho nežádoucího.

Starí lidé mají nízký sociální status, jsou jim přičítány převážně negativní osobnostní vlastnosti a nízké kompetence. Jsou chápáni jako přítěž společnosti, skupina, která mnoho vyžaduje a nic nepřináší. Stáří má ovšem i určitý smysl. Soudobé poznání i úsilí směřují k posilování funkční zdatnosti seniorů, k jejich nezávislosti, k suverénní participaci na životě společenství, které obohacují.<sup>9</sup>

---

<sup>6</sup> Postoj, který vyjadřuje obecně sdílené přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti stáří a projevuje se podceňováním, odmítáním, eventuálně až odporem ke starým lidem.

<sup>7</sup> ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Grada. Praha, 2011. S. 101.

<sup>8</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Portál. Praha, 2002, s. 356.

<sup>9</sup> KAASCH, E. *Bilder des Alterns im Wandel*. Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Stuttgart. 2009. S. 12.

V současné době se zdůrazňuje koncept úspěšného stárnutí, rozvoj pozitivního myšlení a komunikačních schopností do nejvyššího věku, včetně schopnosti vyspěle zvládat životní protivenství a v případě potřeby dokázat „být sám.“ Je nutné také uvést fakt, že se čím dál více úroveň průběhu samotného stárnutí a stáří neustále zvyšuje. Do popředí zájmu se dostává snaha zabezpečit nemocné a závislé osoby, zlepšit jejich zdravotní a funkční stav, poskytovat kvalitní péči na všech úrovních a nabízet programy určené k prevenci závislosti. Snaha se projevuje také v prodlužování aktivního období života nabízením smysluplných volnočasových aktivit. „*Proto je také žádoucí vytvářet v naší společnosti projekty, programy a metody, kterými bychom dokázali ovlivňovat postoj společnosti vůči stárnutí a stáří.*“<sup>10</sup> Jednotlivé generace jsou na sobě vzájemně závislé. Předávání hodnot, kultury a zkušeností se uskutečňuje v rámci mezigeneračních vztahů. Mezigenerační solidarita a věková různost na pracovišti, v komunitě a rodině je faktorem sociální soudržnosti a ekonomického rozvoje. Mezigenerační vztahy mají zásadní význam pro rozvoj jedince i společnosti a pro kvalitu života v každém věku. Stáří přináší řadu pozitivních hodnot a seniorská generace hraje významnou roli v rodinách, komunitách a celé společnosti. Tato role by měla být podporována. Podpora mezigeneračních vztahů a spolupráce by proto měla být součástí všech aktivit realizovaných v reakci na stárnutí populace s cílem přispět k rozvoji společnosti pro všechny generace. Z větší mezigenerační soudružnosti a odstranění věkových bariér může mít prospěch celá společnost.<sup>11</sup>

## **1. 1. Definice a teorie stárnutí**

Změny, které se projevují v lidské psychice a na lidském těle, zajímaly lidstvo od nejstarších dob. Pochopitelně i stáří se se svými problémy stalo předmětem úvah nejen zdravotníků, ale také přírodovědců a filosofů. Již antičtí autoři do svých myšlenek, básní a aforismů ukládají své názory na stárnutí a stáří. Zda stáří přináší více výhod nebo nevýhod, zda v popředí jsou kladné změny nebo negativní a další podobné otázky se stávají hlavním předmětem jejich úvah. Jejich závěry bývají často protichůdné, protože zkušeností s prožíváním stáří jsou vždy individuálně zbarvené.<sup>12</sup>

---

<sup>10</sup> JAROLÍMOVÁ, E. *Problematika penzionování a význam práce v důchodovém věku*. Gerontologické aktuality, 2005, č. 2, s. 8.

<sup>11</sup> Srv. *Kvalita života ve stáří: národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*. MPSV. Praha, 2008. S. 13-14.

<sup>12</sup> KOCKA, J. *Altern: Familie, Zivilgesellschaft, Politik*. Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Stuttgart. 2009. S. 91.



„Platon chválí stáří, protože vede člověka k lepší životní harmonii, k opatrnosti a prohlubuje jeho moudrost. Starý člověk dovede lépe hodnotit kvality života, lépe ho dovede prožít, má zralý úsudek. Sokrates se naopak obává prodloužení života, neboť má strach, že bude muset zaplatit daň stáří, oslepne, ohluchne, nebude schopen se učit a bude rychle zapomínat. Cicero upozorňuje na to, že starý člověk musí prohloubit svou sebekontrolu, aby nezkresleně vnímal změny, které ho ve stáří čekají, jak v jeho individualitě, tak v okolní společnosti. Terentius vyslovuje příkrý, negativní výrok na stáří, *Senectus ipse est morbus*<sup>13</sup> a Seneca tento výrok ještě prohlubuje tím že říká.: *Stáří je nevyлéčitelná nemoc*. Do diskuse těchto filosofů však vstupuje Galén, který na základě svých studií tvrdí, že stáří není žádná nemoc, ale určitý stav organismu....“<sup>14</sup>

Q. Kämpel pokračuje výčtem jmen a vytyčuje pomyslné mezníky v historii gerontopsychiatrie – počínaje výše zmíněným Platonem a Galénem, přes středověk, osvícenství, až dochází ke 20.století kdy se psychiatrie ocitá ve znamení upřesňování diagnostických popisů a kdy se objevují první klasifikace nemocí ve stáří. „Zájem o stáří a jeho duševní živo měli již naši dávní předkové a vědci 19. století položili první solidní vědecké základy k jejich rozvoji.“<sup>15</sup>

V současné době existuje velké množství různých hypotéz a teorií o stárnutí. Je prokázáno, že stárnutí je vyvoláno více příčinami.

Zdeněk Kalvach tvrdí, že: „*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 sociálních změn (osamostatnění dětí, penzionování a jiné změny sociálních rolí). Všechny změny příčinné a následné se vzájemně prolínají, mnohé jsou protichůdné a jednotné vymezení i periodizace stáří se tak stávají velmi obtížnými.*“<sup>16</sup>

Dle Kalvacha můžeme stáří rozdělit na: **biologické stáří** a **sociální stáří**, kdy biologické stáří je charakteristické geneticky daným programem, různě rychle nastupujícím úbytkem funkcí jednotlivých orgánů, celoživotním působením vnějšího

---

<sup>13</sup> „Samo stáří je nemoc.“

<sup>14</sup> BAŠTECKÝ, J., KÜMPEL, Q., VOJTĚCHOVSKÝ, M. *Gerontopsychiatrie*. Grada Avicenum. Praha, 1994. S. 15.

<sup>15</sup> Tamtéž s. 20.

<sup>16</sup> KALVACH, Z. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Karolinum. Praha, 1997. S. 18.

prostředí, předcházejícím způsobem života a přítomností nebo nepřítomností nemocí. Sociální stáří je pak dáno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění.<sup>17</sup>

Velice často se uplatňuje následující stručné členění :

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

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

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

Vágnerová rozděluje stáří na dvě základní období:<sup>18</sup>

- **období raného stáří** – období po 60. roce života;
- **období pravého stáří** – období po 75. roce života.

*Rané stáří* přichází nenápadně, většinou bez varování. Mnoho lidí si v tomto období ještě nepřipouští, že patří k seniorské populaci, protože v naší společnosti je stále krajně nepopulární být starý. Během tohoto životního úseku je třeba dosáhnout určité integrity. Ta je možná za dodržení několika podmínek:

- *pravdivost k sobě samému* (již nemá smysl nic předstírat);
- *smíření* (naš život je třeba přijmout)
- *stabilizace a generalizace postoje k životu* (schopnost chápat život ve všech jeho souvislostech);
- *kontinuita* (chápaní života jako součásti většího celku).

---

<sup>17</sup> KALVACH, Z. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Karolinum. Praha, 1997. S. 20.

<sup>18</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Portál. Praha, 2002. S. 520.

Životní etapa *pravého stáří* již nebývá pro mnoho seniorů zcela příznivá, protože se často v jejich životě objevují různé zátěžové situace, které znesnadňují adaptaci na stáří. Mezi typické zátěžové situace tohoto údobí patří nejrůznější nemoci, zhoršení soběstačnosti, úmrtí partnera, ztráta jistoty soukromí a vynucená změna životního stylu. K zásadní změně životního stylu bezesporu patří umístění do domova důchodců, což velmi negativně ovlivňuje vyrovnávání se s životem ve stáří.

Dle Vágnerové lze ještě teorie stárnutí dělit do dvou skupin.<sup>19</sup>

- **Stochastické teorie**

- *Teorie omylů a katastrof* – předpokládá, že dochází k nahromadění chyb v syntéze proteinů při transkripci a translaci.

- *Teorie překřížení* – tato teorie má za to, že dochází k přehození proteinů a jiných buněčných makromolekul.

- *Teorie „opotřebení“* – dle této teorie jde o kumulativní poškození životně nenahraditelných částí organismu, což nakonec vede k zániku organismu jako celku.

- *Teorie volných radikálů* – organismus ve vyšším věku není již tak dobře schopen vylučovat tzv. volné radikály. Tato teorie je založená na tom, že superoxidové radikály kyslíku mohou poškodit membránové proteiny, enzymy a deoxynukleovou kyselinu.

- **Nestochastické teorie**

- *Pacemakerová teorie* (teorie genetických hodin) – tato teorie tvrdí, že některé z orgánů našeho těla jsou naprogramovány na určitou dobu života.

- *Genetická teorie* – dle této teorie mají na délku života, rychlost a průběh stárnutí výrazný vliv dědičné faktory.

Gerontologové na celém světě přijali dohodu o tzv. „věkové kategorizaci“, kterou doporučila Světová zdravotnická organizace a na půdě OSN byla přijata v roce 1980. Opírá se o patnáctileté periody lidského života a jako hranici stáří označila věk 60 let. „*Trvání jednotlivých období po dobu patnácti let není jen schematické: můžeme je*

---

<sup>19</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Portál. Praha, 2002. S. 528.

považovat za reálné dělení ve vývoji životního cyklu. Tento rytmus má patrně hluboký smysl, který se projevuje i sociálně ve výměně generací....<sup>20</sup>

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

## 1. 2. Stárnutí populace a jeho důsledky

Stárnutí populace patří k charakteristickým rysům většiny zemí světa. Jak již bylo řečeno, věková struktura obyvatelstva se v důsledku prodlužující se délky života a snižující porodnosti mění prakticky už více než sto let. Už v roce 1934 konstatovali francouzští vědci, že došlo k zásadní změně v tzv. reprodukčních zvyklostech člověka. Tuto změnu nazvali demografickou revolucí.<sup>21</sup> Václav Příhoda ve své „Ontogenezi lidské psychiky“ uvádí tato fakta: „Střední délka života byla v českých zemích roku 1900 jen 40, 3. Ještě v období 1929-1932 byla střední délka života u mužů 53, 7, u žen 57, 5, kdežto v roce 1964 to již bylo 67, 5 u mužů a 73, 7 u žen.“<sup>22</sup> Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR říká že, „...žena narozená v České republice by se dle úmrtnostních poměrů platných v roce 2006 v průměru dožila věku 79,7 roku a muž narozený v České republice věku 73,4 roku. Doba prožitá ve zdraví (bez omezení v běžných činnostech) by u žen činila 59,7 roku a u mužů 57,8 roku, což činí asi tři čtvrtiny života (u žen 75 % a u mužů 79 % života). Doba strávená s omezením v běžných činnostech je rozdělena u žen na 14,4 roku strávených s (mírným) omezením a 5,5 roku s vážným omezením. U mužů připadá 11,6 roku na mírné omezení a 4,1 roku na vážné omezení.“<sup>23</sup>

Rychle se měnící demografický obraz populace má dva základní aspekty: Mění se poměr věkových skupin obyvatelstva ve prospěch generační skupiny starých občanů. Mění se struktura životního času jednotlivce ve prospěch životního období, které je v ontogenezi považováno za závěrečné. Nicméně je zajímavé, že tento problém se netýká

<sup>20</sup> PŘÍHODA, V., *Ontogeneze lidské psychiky*. IV. díl. SPN. Praha. 1974. S. 9.

<sup>21</sup> PETŘKOVÁ, A., ČORNANIČOVÁ, R. *Gerontagogika*. UP Olomouc. Olomouc, 2004. S. 7.

<sup>22</sup> PŘÍHODA, V., *Ontogeneze lidské psychiky*. IV. díl. SPN. Praha. 1974. S. 10.

<sup>23</sup> <http://www.uzis.cz/rychle-informace/stredni-delka-zivota-prozita-zdravi-ceske-republice-roce-2006>.

pouze vyspělých zemích světa, ale také rozvojových zemí. „ ... Před dvaceti lety, na 1. světovém shromáždění o stárnutí konaném ve Vídni v roce 1982, se jako nejzávažnější jevílo stárnutí populace ve vyspělých zemích. Tento problém nadále přetrvává, nicméně v roce 2002 se tento trend podle statistických přehledů zřetelně projevuje i v rozvojových zemích. Z prognóz demografického vývoje vyplývá, že věková skladba populace v rozvojových zemích na tom bude v budoucnu hůře než v zemích rozvinutých. Zatímco v některých průmyslových zemích se starší populace zdvojnásobila v průběhu celého dvacátého století, v rozvojových zemích bude tento proces trvat pouze čtvrt století, snad i méně, a za padesát let by se v nich měla starší populace dokonce zečtyřnásobit. Takovéto prudké demografické změny spolu se znepokojivým růstem a rozsahem chudoby a tenčícími se finančními zdroji v rozvojových zemích vyžadují vypracování strategií zahrnujících přístupy zaměřené na větší aktivitu a zapojení starších lidí do společnosti i přehodnocení politických postojů k využívání přínosu starších občanů pro společnost.“<sup>24</sup>

Neméně aktuální je poznámka Zdeňka Kalvacha který tvrdí, že seniorská populace je vystavena mnohým rizikům a ohrožením<sup>25</sup>. Mezi ně patří např. pauperizace<sup>26</sup>, již zmíněný ageismus, segregace<sup>27</sup>, generační intolerance<sup>28</sup>, předsudky (např. přeceňování nemocnosti a poklesu funkční zdatnosti ve stáří), podceňování léčitelnosti zdravotních obtíží, maladaptace na stáří a s ním spojenou změnu sociálních rolí, osamělost, rychlý vývoj společnosti, zastarávání technologických znalostí (ztráta konkurenceschopnosti na trhu práce), vyšší nemocnost a při kombinaci a atypickém průběhu chorob ve stáří i vyšší riziko omylu, zvýšené riziko ztráty soběstačnosti, pokles schopnosti a vůle signalizovat své potřeby a potíže, manipulování, ztráta rozhodovacích schopností, zanedbávání a týrání nesoběstačných jedinců.

Vliv na život jedince má bezesporu právě společnost ve které žije. Politické, sociální a ekonomické uspořádání a také žebříček hodnot dané společnosti. Mezi znaky tzv. „vyspělé“ moderní společnosti patří existence nukleární rodiny, typ bydlení v urbanizovaných lokalitách, růst vzdělanosti, modernizace technologie ve světě práce, individualismus, sekularizace a akcent na výkon. Takové hodnoty jako společný život,

<sup>24</sup> [Http://www.mpsv.cz/cs/1215](http://www.mpsv.cz/cs/1215).

<sup>25</sup> KALVACH, Z., *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Karolinum. Praha, 1997. S. 122.

<sup>26</sup> Pauperizace – jde o ekonomické zbídačování, znemožňující uspokojit potřeby přiměřené dané společnosti.

<sup>27</sup> Segregace – vytěšňování, nedobrovolný život vně společnosti.

<sup>28</sup> Generační intolerance – kompetice o pracovní příležitosti, vedoucí pozice, o bydlení.

solidarita a pocit sounáležitosti byly a jsou zanedbávány. Cena, kterou člověk zejména ve stáří platí za zdůrazňování individualismu a nezávislosti, je izolace a samota.

Vyrovnění se s důsledky populačního stárnutí si dle Petřkové a Čornaničové vyžádá<sup>29</sup>:

- Uvědomování si stavu demografické struktury společnosti.
- Vytváření prostředků na pokrývání rostoucích nákladů (zdravotní a sociální péče).
- Vytváření společenské atmosféry ve prospěch seniorů.

K přehodnocování úlohy stárnoucí a staré populace ve společnosti dochází v průběhu 70. let. V roce 1977 se těmito otázkami na svém Valném shromáždění zabývala Organizace spojených národů : navrhla uspořádat světové shromáždění k otázkám stáří. Jak jsem se již zmínila výše, v r. 1978 rozhodla o jeho konání v r. 1982. Světové shromáždění o stárnutí, které se konalo ve Vídni, přijalo akční program „*Mezinárodní plán aktivit ke stárnutí*“. Byl formulován v podobě 118 bodů a 62 doporučení, které jsou průběžně vyhodnocovány orgány OSN. Stárnutí je v materiálu OSN chápáno jako celoživotní proces. Příprava na pozdější stádia života by měla být nedílnou součástí sociální politiky. Měla by zahrnovat faktory tělesné, duševní, kulturní, náboženské, ekonomické i zdravotní. Je třeba respektovat jednak potřeby a zájmy stále početnější skupiny starších lidí, otázky smysluplnosti, kvality jejich života, jednak sociálně ekonomické důsledky stárnutí populace. Tak např. v Zásadě č. 25 se uvádí, že spirituální, kulturní a sociálně ekonomický přínos stárnutí je cenný pro společnost a jako takový by měl být rozpoznán a dále chráněn. Náklady do problematiky stárnutí by měly být pokládány za trvalou investici.

Důraz je také kladen na věkově integrovanou společnost, ve které nedochází k věkové diskriminaci a nedobrovolné segregaci. Solidarita a vzájemná podpora mezi generacemi je považována za důležitou podmínku ekonomického rozvoje.<sup>30</sup> Z výše uvedeného vyplývá, že stáří je realita, která ovlivňuje nejen *kvalitu života* každého jedince, ale i rozvoj společnosti. *Kvalita života* je však kategorie velmi subjektivní a individuální, představuje různé věci pro různé lidi a v různém čase. Tempo stárnutí je individuální, což pochopitelně vede i k větší diferenciaci *kvality života* v postproduktivním věku. Kromě takových diferenciacních znaků jako věk, zdravotní stav

<sup>29</sup> PETŘKOVÁ, A., ČORNANIČOVÁ, R. *Gerontagogika*. UP Olomouc. Olomouc, 2004. S. 8.

<sup>30</sup> Tamtéž, s. 16.

a s ním související fyzická a psychická výkonnost se do *kvality života* promítají další faktory: pohlaví, rodinná situace, životní úroveň, vzdělanostní úroveň, získaný sociálně profesní status apod. Subjektivní prožívání *kvality života* v seniorském věku ovlivňují i životní aspirace jedince, hodnotové orientace, zejména pak hodnoty spojené s kultivací osobnosti.

Obecně lze konstatovat, že i ve starším věku je nejdůležitějším kritériem *kvality života* různorodost potřeb a možnost jejich uspokojování, ať už jde o potřeby základní nebo o potřeby vyšší. Jak již bylo řečeno výše, stárnutí populace se chápe jako přirozený civilizační vývoj přinášející řadu šancí i výzev týkajících se např. povahy dlouhého života ve stáří, seberealizace a využití potenciálu starších lidí, změny konceptu zaměstnanosti a penzionování, financování zdravotnických a sociálních systémů i stereotypů při poskytování podpory a služeb.<sup>31</sup> Za *kvalitu života* ve stáří a aktivní zapojení se do společnosti nesou nedílnou odpovědnost jednotlivci i společnost. Nutno dále podotknout, že důstojné a aktivní postavení starších lidí vyplývá mimo jiné z aktivního přístupu a odpovědnosti za vlastní život i za mezigenerační vztahy, předávání důležitých zkušeností, tradic a hodnot. Starší lidé by měli usilovat o aktivní roli a přínos společnosti, komunitě a rodině. „*Starší lidé stejně jako všichni mají odpovědnost za využití příležitosti k uplatnění a za odpovědný přístup ke svému životu a ke svému zdraví. Společnost by měla poskytnout podmínky a rovné šance lidem každého věku pro zdravý a aktivní život. Kvalita života ve stáří vyžaduje také osobní zralost a odpověď na hlubší duchovní otázky života. Stáří, stárnutí a umírání je zásadní téma a jedinečná osobní zkušenost. Stáří nelze redukovat na otázku kvality péče a životních podmínek.*“<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> KALVACH, Z., *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Grada. Praha, 2008. S. 21.

<sup>32</sup> Viz. *Kvalita života ve stáří: národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*. MPSV. Praha, 2008. S. 15.

### **1. 3. Tělesné, psychické a společenské změny ve stáří**

Na otázku, kdy se člověk stává starým, není snadné najít jednoznačnou odpověď. Vždyť začínáme stárnout již okamžikem našeho narození. V současnosti se věková hranice stáří stále více posouvá. V minulosti se lidé nedoživali tak vysokého věku, jako je tomu dnes, a proto se ještě nedávno pracovalo s věkem kolem šedesáti let. Samozřejmě k tomu také vedly potřeby ekonomické a administrativní.

Stárnutí přináší zhoršení tělesného i duševního stavu. Tento proces bývá individuálně variabilní z hlediska času, rozsahu i závažnosti projevů. *„Změny v průběhu procesu stárnutí postihují jednotlivé struktury a funkce v různé míře, existují rozdíly mezi jedinci v nástupu, pořadí a rychlosti změn.“*<sup>33</sup> Proces stárnutí závisí na interakci dědičných předpokladů a důsledků různých vlivů prostředí, které se v organismu stárnoucího člověka postupně nahromadily. 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 i periodizace stáří se tak stávají velmi obtížnými.

#### **TĚLESNÉ ZMĚNY VE STÁŘÍ**

Stárnutí je obecně biologickým jevem. Nelze nalézt živého organismu či struktury, které by nepodléhaly procesu stárnutí. *„Když si člověk uvědomil, že lidský život je konečný, začaly se objevovat snahy tuto skutečnost nějak zvrátit. Získat nesmrtelnost, a nebo alespoň dobu svého bytí nějak prodloužit. Nesmrtelnost byla kýženým nesplnitelným cílem, a proto byla připisována bohům, stala se vlastností pohádkových bytostí.“*<sup>34</sup>

---

<sup>33</sup> KRAMÁŘOVÁ, N. *Gerontopsychiatrie*. Jihočeská univerzita. České Budějovice, 2005. S. 7.

<sup>34</sup> KALVACH, Z. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Karolinum. Praha, 1997. S. 25.



Při biologických projevech gerontogeneze sehrávají důležitou roli genetické dispozice, životní styl a individualita každého jedince. Mezi nejčastější změny patří:

- *Změny pohybového aparátu* – během stárnutí dochází k atrofii svalových vláken a snižuje se počet červených svalových vláken. Dochází k úbytku svalové síly, ovšem některé motorické stereotypy zůstávají relativně v dobrém stavu i v pozdním věku.
- *Změny kardiovaskulárního systému* – nejvíce se stárnutí odráží ve stavu cév, důsledkem je potom v mnoha případech ateroskleróza a hypertenze. Později také stoupá počet mozkových příhod.
- *Změny respiračního systému* – v průběhu stárnutí se snižuje rychlost dýchání, množství vdechovaného i vydechovaného vzduchu. Snížená funkce dýchacího systému pak vede k hypoxii.
- *Změny termoregulace* – v důsledku změn metabolismu dochází k obtížím v udržování tělesné teploty. Často je starým lidem zima, mají problém adaptovat se na výraznější změny teploty.
- *Změny trávicího systému* – poměrně často dochází ke změnám v zaživacím systému seniorů, někteří trpí dyspeptickým syndromem, jiní trpí zácpou a dalšími potížemi.
- *Změny nervového systému* – dochází k poklesu počtu neuronů, na periférii se zpomaluje vedení vzruchu (porucha chůze, rovnováhy a postoje).
- *Změny vylučovacího systému* – dochází ke snížení glomerulární filtrace, narůstá inkontinence.
- *Změny v činnosti štítné žlázy* – až 4% seniorů trpí poruchou štítné žlázy. Vzniká hormonální nerovnováha, mění se citlivost tkání vůči hormonům.
- *Změny kostry* – ve stáří tvoří kostra pouze 10% celkové váhy člověka, častý je výskyt osteoporózy a zlomenin kostí.
- *Změny chrupu* – zde jsou velké změny, které můžeme pozorovat zvláště při řeči nebo při jídle.
- *Změny celkového vzhledu* – zvyšuje se počet vrásek, zejména v obličejí a u hubených lidí pozorujeme stále ostřejší rysy v obličejí, u obézních seniorů se

objevuje „druhá brada“. Kůže je suchá a tenká s pigmentací. Vlasy u většiny starých lidí šedivější, u mužů je častý úbytek vlasů, což má vliv na jejich sebehodnocení.

Tělesné změny ve stáří jsou jednou z příčin značných interindividuálních rozdílů. Především je důležité si vždy uvědomovat, že věk chronologický se nemusí krýt s věkem biologickým. Jednotlivé funkce organismu se mohou u osob stejného věku lišit.<sup>35</sup> Obecně lze říci, že lidé mají zakódován počátek a průběh stárnutí i určitou pravděpodobnou délku života. To je základ tzv. primárního stárnutí. Jak již bylo výše řečeno, dědičné předpoklady jsou však pouze jedním z faktorů, které mohou ovlivnit rychlost a kvalitu stárnutí. Nicméně DNA, která je nositelem genetické informace, ovlivňuje proces stárnutí nejenom prostřednictvím mutací, ale v rámci svých standardních funkcí.<sup>36</sup> Tento proces je na úrovni DNA regulován, jde o tzv. genetické hodiny. To znamená, že v určité době se aktivují geny, které mají vliv na průběh stárnutí. Existují teorie, které předpokládají, že stárnutí je ovládáno jedním nebo několika specifickými geny. Avšak je pravděpodobnější, že tento vývojový proces - stejně tak jako všechny ostatní - závisí na interakci mnoha genů a různých vlivů vnějšího prostředí.<sup>37</sup> Nutno dále podotknout, že tempo stárnutí ovlivňují i různé vnější faktory, na nichž bude záviset, do jaké míry se člověk přiblíží předpokládané maximální délce života. V tomto směru lze mluvit o tzv. sekundárně podmíněném stárnutí. Exogenní zátěže ovlivňovaly v průběhu celého dosavadního života různé tělesné funkce, event. celý organismus. Výsledkem je aktuální stav, který může být právě z tohoto důvodu horší, než bychom mohli na základě genetických předpokladů očekávat.

Stáří je pozdním obdobím života, a tak není divu, že se v něm projeví i způsob prožití všech minulých fází (ovlivněných např. životním stylem, výživou, zatěžováním jednotlivých funkcí). V průběhu stárnutí musí zcela logicky docházet k postupnému zhoršování všech těchto funkcí. Změny jednotlivých orgánových struktur a funkcí však bývají individuálně specifické. Stárnutí neprobíhá rovnoměrně ani v rámci jednoho organismu.

---

<sup>35</sup> ŠVANCARA, J. *Kompendium vývojové psychologie*. Státní pedagogické nakladatelství. Praha, 1973. S. 183.

<sup>36</sup> KALVACH, Z. *Geriatric a gerontologie*. Grada. Praha, 2004. S. 86.

<sup>37</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Portál, Praha 2002. S. 502.

„Stáří není samo o sobě chorobným stavem, avšak v průběhu stárnutí dochází k sumaci nepříznivých vlivů, a proto přibývá nemocných lidí“<sup>38</sup>. Každý člověk v průběhu svého života prodělá řadu nemocí, které ovlivní jeho somatické funkce, některé z těchto chorob mají chronický charakter. Základním znakem nemocnosti ve stáří je polymorbidita<sup>39</sup>. Staré lidi netrápí jen somatické choroby, ale i duševní potíže, které nebývají vždycky správně diagnostikovány. Mohou zůstat skryty, popřípadě jsou považovány za reakci na somatické onemocnění nebo životní zátěž. Takovým způsobem bývají často hodnoceny např. deprese. Četnost duševních onemocnění je ve stáří až překvapivě velká, předpokládá se, že postihují přibližně 20% starých lidí.<sup>40</sup>

Ve stáří má velký význam subjektivní postoj k vlastním potížím, které jsou v tomto věku běžné. Stáří je spojeno s nutností přizpůsobit se svým možnostem a akceptovat omezení. Zdůrazňování zdravotních potíží a zaměřenost na vlastní tělo může významně zkomplikovat i sociální pozici starého člověka. Pokud se někdo bude na své choroby nadměrně koncentrovat a o nic jiného neprojeví zájem, zvýší se riziko, že bude ostatními lidmi odmítán. Tendence vynuocovat si pozornost pomocí takového jednání nebývá uspokojivá. Člověk, který si neustále na něco stěžuje, bývá obtížný a nepříjemný. Napjatá atmosféra, která za těchto okolností vzniká, ostatní lidi spíše odpuzuje a pouhá povinnost, popř. soucit, nemohou být základem uspokojujícího vztahu.

Předpokládaný průběh stárnutí a pravděpodobná doba úmrtí se liší ve vztahu k pohlaví. Střední délka života v České republice je u mužů 69 let a u žen 77let. To znamená, že se již na počátku stáří může významným způsobem zhoršit zdravotní stav mnoha lidí, a někteří z nich v této době dokonce zemřou. Nejčastější příčinou úmrtí lidí starších 65 let jsou kardiovaskulární, cerebrovaskulární a nádorová onemocnění. Ženy žijí v průměru o něco déle než muži. Je zde však větší riziko, že kvalita jejich života nebude v této době příliš vysoká (staré ženy žijí delší dobu jako vdovy, často ve špatném zdravotním stavu, bezmocné a závislé, trpí samotou a sociální izolací.)

Stáří mění viditelným způsobem i zevnějšek člověka a tímto způsobem ovlivňuje jeho sociální status. Lidé jej v důsledku této změny začínají vnímat jako starce a podle toho se k němu chovají. Rychlost a míra proměny zevnějšku není u všech

<sup>38</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Portál, Praha 2002. S. 520.

<sup>39</sup> Starý člověk trpí současně větším počtem různých, zpravidla chronických onemocnění.

<sup>40</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Portál, Praha 2002. S. 522.

lidí stejná. V některých případech může dojít k tak kvalitativně významné změně, že starý člověk ztrácí své typické rysy, vypadá jinak než dřív, jako by se proměnila celá jeho bytost. Může nápadněji ztloustnout, vyhubnout, shrbit se, stane se vrásčitým, zešedivý mu vlasy apod. Stejně tak jako jiné tělesné funkce, mívá proměna vzhledu individuálně typický průběh.

Zevnějšek starého člověka může signalizovat, jaký je jeho celkový, somatický i psychický stav. Mnozí staří lidé o sebe velice pečlivě dbají a toto úsilí podporuje jejich sebeúctu.

Generalizovaná rezignace, event. výraznější úpadek osobnosti v rámci demence (případně jiných zvláštních onemocnění), se projeví také nezájmem o vlastní vzhled.

## **PSYCHICKÉ ZMĚNY VE STÁŘÍ**

Je známo, že ve stáří se mění i mnohé psychické funkce. Některé z těchto změn jsou podmíněny biologicky, jiné jsou důsledkem různých psychosociálních vlivů.

Během stárnutí dochází k mnoha změnám psychických funkcí. Důležitou roli zde sehrává osobnost seniora, která se formovala po celý jeho život. Zvyšuje se strach z osamělosti a opuštěnosti, který se může stupňovat.<sup>41</sup> Mění se hodnoty starého člověka, často se obrací k duchovnu a v mnoha případech pozorujeme, že se postupně mění i rysy osobnosti. Vyšší věk je typický také snížením adaptačních schopností člověka, zvýšenou precitlivělostí, větším zaměřením na sebe a na své problémy.

Nastávají změny v jednotlivých dílčích funkcích a také v kognitivní činnosti (změny v dílčích psychických funkcích<sup>42</sup>, změny v kognitivní oblasti). Nastává zhoršení paměti (zejména v oblasti zpracování nových informací), zhoršuje se schopnost učení, rostou obtíže s přijímáním nových podnětů, je oslabena schopnost tvořit nové spoje (asociace naučeného s novým), je snížena adaptabilita, flexibilita, klesá schopnost přepracovat osvojené vzory chování, je zvýšena fixace a integrace. Dále jsou patrné změny v životní orientaci – starý člověk by měl realisticky pohlížet do budoucnosti, ale je prokázáno, že u velkého počtu stárnoucích jedinců je kognitivní budoucnost poddimezována. Mnoho seniorů není dobře připravených na stárnutí. Neméně

<sup>41</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Panorama. Praha, 1990. S. 98.

<sup>42</sup> Jsou patrné změny v oblasti vidění (změny zrakové ostrosti, změny ve vnímání barev) a změny ve vnímání akustických podnětů (snížení citlivosti k vyšším frekvencím akustického spektra, nedoslýchavost). Dále jsou to změny ve vnímání chuťových podnětů, změny v oblasti vnímání vůní a pachů, změny řeči a spánku. Omezení těchto činností může vést k pocitům nudy, úzkosti až deprese.

významnou roli hrají změny v emocionální oblasti – v průběhu stárnutí nastává pokles emocionální aktivity a to i při zachování její dobré kvality. Starému člověku často schází bezprostřednost, která je typická pro mladší věk.

Také u většiny seniorů je patrné psychomotorické zpomalení, kdy klesá vitalita a energie, zhoršuje se chůze a zvyšuje se nerozhodnost.

Veškeré vyjmenované změny provázející stárnutí jsou pouze obecným shrnutím změn, které se mohou u seniora vyskytovat v menší či větší míře. Nelze je vztahovat na všechny seniory, vždy musíme brát v úvahu individuálnost každého člověka.

Nyní výše zmíněné změny popíšu podrobněji, jelikož na kvalitě života mají nemalý podíl.

Pro přehlednost je rozdělím do dvou skupin: biologicky podmíněné změny a psychosociálně podmíněné změny.

#### ➤ Biologicky podmíněné změny

Mohou mít různý charakter. Jde o změny, které jsou pouhým projevem stárnutí, a lze je z tohoto hlediska považovat za normální. (Například celková zpomalenost, obtíže v zapamatování a vybavování, snížení frustrační tolerance atd.)

- Změny, které vyvolal nějaký chorobný proces, a nelze je proto hodnotit jako pouhý důsledek stárnutí. Jejich rozlišení může být zejména na počátku dost obtížné.

Proces stárnutí vede k různým strukturálním i funkčním změnám mozku, které se projeví i v psychické oblasti. Klesá hmotnost mozku, tloušťka mozkové kůry, zvyšuje se objem mozkových komor. Tyto projevy, např. úbytek mozkové kůry v oblasti čelních laloků, bývají považovány za příčinu zhoršení funkce tzv. fluidní inteligence.<sup>43</sup>

Změny podmíněné stárnutím se často projevují zpomalením reakcí. Příčinou může být snížená produkce klíčových neurotransmiterů, které umožňují přenos nervových impulzů. Jinou příčinou tohoto zpomalení může být i změna průtoku krve mozkovými cévami. Za těchto okolností nemůže člověk plně využívat všechny nové informace, které přicházejí, nedokáže je dostatečně rychle zpracovávat, a proto není schopen uvažovat o více faktech najednou. V důsledku toho se jeho myšlení zpomaluje a ochuzuje.

---

<sup>43</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Portál, Praha 2002. S. 450.

Změny prožívání, uvažování a chování starých lidí mohou být důsledkem stárnutí, ale může rovněž jít o příznaky nějakého chorobného procesu, jehož vznik je ve stáří pravděpodobnější, než byl dřív.

➤ Psychosociálně podmíněné změny.

Postupný pokles funkčních rezerv a zhoršení adaptačních schopností, včetně inteligence, mohou ovlivňovat i různé psychosociální faktory:

- Změny psychických funkcí v době stáří mohou být ovlivněny tzv. kohortovou zkušeností. Lidé stejné generace získali obdobnou sociální zkušenost, působily na ně podobné sociokulturní vlivy. V průběhu svého života byli zatíženi stejným makrosociálními traumaty a stresy apod.
- Psychické změny v době stáří může ovlivňovat určitý, individuálně specifický životní styl a různé návyky.
- Ke změnám mohou přispívat očekávání a postoje společnosti, které manipulují staré lidi k přijetí určitého modelu chování, k pasivitě, jejímž důsledkem je stagnace a úpadek kompetencí, které přestaly být využívány.<sup>44</sup>

Celkově lze říci, že psychické změny v období stáří závisí jak na biologických, tak na sociokulturních vlivech. Doba, kdy se změny dané stárnutím začnou projevovat, jejich dynamika i způsob, jakým na ně starý člověk reaguje, jsou individuálně rozdílné. Závažným momentem v životě každého jedince je okamžik, kdy si své stárnutí poprvé uvědomí.<sup>45</sup>

### **Změny poznávacích procesů ve stáří**

Ve stáří dochází k nerovnoměrné proměně, resp. úpadku, různých dílčích schopností i celkové struktury. Změny dané stárnutím se projevují v oblasti těch procesů, které slouží k zaznamenávání, ukládání a využívání informací.

➤ Změny aktivační úrovně

Staří lidé jsou celkově pomalejší, prodlužují se jejich reakční časy. Zpracování informací a rozhodování, resp. volba adekvátní reakce, vyžaduje delší dobu než dřív.

---

<sup>44</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Portál, Praha 2002. S. 450-451.

<sup>45</sup> ŠVANCARA, J. *Kompendium vývojové psychologie*. Státní pedagogické nakladatelství. Praha, 1973. S. 192.

Déle se rozhodují a sám fakt, že se musí o něčem rozhodovat, pro ně často představuje zátěžovou situaci. Zpomalení tempa se projevuje v celkové těžkopádnosti. Zvýšená pomalost je podmíněna biologickými změnami, ale mohou k ní přispívat i psychogenní zátěže (např. podnětové strádání dané sociální izolací, stereotyp podnětů v době hospitalizace). Staří lidé bývají unavitelnější, zpomalenější. Na druhé straně se může pomalost projevovat i pozitivně - staří lidé bývají rozvážní a trpělivější než dřív.

➤ Změny v oblasti orientace v prostředí

Se stářím je spojeno zhoršování zrakové a sluchové ostrosti. Obtíže v oblasti vnímání mohou ve značné míře ovlivňovat i ostatní poznávací procesy. Starý člověk se musí mnohem víc soustředit, aby dobře viděl a slyšel všechno, co potřebuje. Musí používat kompenzační pomůcky a leckdy mu ani tyto pomůcky nepomáhají k bezproblémové orientaci. Nelze opomíjet ani sociální význam takových pomůcek: liší se postoj k brýlím, které jsou přijímány neutrálně, protože je potřebuje většina lidí, a k naslouchadlům. Naslouchadla ve větší míře symbolizují úpadek kompetencí typický pro stáří, více svého nositele stigmatizují. Kromě toho, je obtížné se na ně adaptovat. Zesílení zvuku zabírá i různé šумы a ty mohou starého člověka dráždit a rušit.

Výsledkem zátěže, dané obtížností vnímání a větším zátěžím pozornosti, bývá únava a s ní spojené emoční reakce: napětí, sklon k afektivním výbuchům, ale i úzkost a deprese. V důsledku toho se mnozí staří lidé od společnosti raději izolují, aby se podobným nepříjemnostem vyhnuli. Často rezignují na mnohé činnosti, které jsou pro ně obtížnější, než byly dřív. Člověk, který špatně vidí a slyší, nevyhledává sociální kontakt a v důsledku toho se může cítit osamělý a podmětově deprimovaný. Problémy v oblasti komunikace vedou ke zvýšení podezíravosti a vztahovačnosti. Takový člověk je přesvědčen, že jej všichni přehlížejí, popřípadě o něm špatně mluví a nechtějí aby to slyšel.<sup>46</sup>

Pro adekvátní orientaci je důležitý tzv. sensorický registr, který ve značné míře závisí i na funkci krátkodobé paměti. Ta udržuje vnímanou informaci a umožňuje, aby byla selektivně zpracována. Stárnutí příslušné procesy zpomaluje a snižuje jejich efektivitu. Trvá déle, než je informace zaregistrována a zpracována. Mnohé z nich mohou být v důsledku těchto změn zkresleny nebo ztraceny.

---

<sup>46</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Portál, Praha 2002. S. 455.

➤ Úbytek paměťových kompetencí a obtížnost učení.

Pokles paměťových funkcí je individuálně specifický. Závisí na genetických předpokladech, na aktuálním zdraví, ale i na zkušenostech a postoji k duševním činnostem. I v tomto případě platí, že snáze upadá aktivita, která není používána.

Staří lidé bývají ve větší míře zaměřeni do minulosti, která je pro ně často subjektivně uspokojivější a je zkrášlena vzpomínkovým optimismem. To je další důvod obecné tendence lidí tohoto věku vyprávět staré historky. Mnohdy jim v tomto směru chybí autokorekce, opakují tyto příběhy mnohokrát po sobě, aniž si uvědomují, že je posluchači již znají.<sup>47</sup>

Přijatelná funkce paměti je důležitá pro uchování vlastní identity. Člověk, který nepoznává své okolí, nezná svou minulost a neví, kdo je, svou identitu ztrácí. Je to důsledek patologického procesu, který vede ke komplexnímu postižení psychiky a demenci.

➤ Změny intelektových funkcí

Změny intelektových funkcí jsou opět individuální a závisí na mnoha faktorech biologických i psychosociálních. Věkové změny inteligence patří k otázkám, v nichž se závěry autorů dosti liší. Všeobecně se udává, že snížení intelektové výkonnosti je patrné od třicátých let věku a po 70. roce.<sup>48</sup>

Starý člověk hůře chápe nové situace, obtížněji se čemukoliv novému učí, a proto se všemu novému hůře přizpůsobuje. Zátěž může představovat jakákoliv změna, dokonce i taková, která je obecně chápána jako pozitivní. Staří lidé dost často na nové zkušenosti předem rezignují. Bývají konzervativní, protože zaběhaný stereotyp je pro ně méně náročný. Standardní situace dovedou řešit bez větších problémů, dovedou je i předvídat, a proto nezvyšují jejich obavy a neposilují úzkostnost. Nové situace je nezajímají a někdy se jich i bojí. Často je považují za zbytečné, dřívější život je neobsahoval, a nebyli proto nijak ochuzeni. Staří lidé dávají stále více přednost rutině a stereotypu.

Nechuť ke všem novotám je dána větší náročností jejich zpracování a obtížnější adaptací na takovou situaci.

Pohodlnost může být i signálem omezenější energie a zvýšené unavitelnosti. Celková rigidita a lpění na stereotypu se projevuje rovněž moralizováním. Staří lidé

---

<sup>47</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Portál, Praha 2002. S. 452.

<sup>48</sup> ŠVANCARA, J. *Kompendium vývojové psychologie*. Státní pedagogické nakladatelství. Praha, 1973. S. 186.



kladou větší důraz na bezvýhradné respektování řádu, který činí lidské jednání srozumitelné, což je pro staré lidi důležité. Ve stáří se zvětšuje tendence k dogmatismu, k odmítání nových a neověřených způsobů uvažování. Zvýšená unavitelnost a rigidita starých lidí se projeví v oblasti myšlení ulpívavostí a rozvláčností, popřípadě zabíhavostí od hlavního tématu. Ale i rigidita má svou pozitivní stránku: zvyšuje se stabilita názorů a postojů starých lidí.

Postoj k vlastním psychickým změnám ve stáří, tj. subjektivní zpracování těchto změn, je signálem úrovně zachovalých psychických kompetencí, ale i celkové vyrovnanosti osobnosti.

Základem adaptivní strategie starého člověka je<sup>49</sup>:

Selekce - tj. nezbytnost diferencovat v oblasti svých aktivit a cílů, odhadnout svoje schopnosti i způsoby, jak dosáhnout toho, co je třeba. Vybrat si jen to, na co člověk stačí. Projevem adaptace na stáří je redukce nároků na sebe sama, omezení vlastního životního programu. Taková redukce je nutná, avšak měla by být přiměřená, negativní důsledky má i zbytečná rezignace.

Optimalizace - tj. hledání způsobu, jak co nejlépe využít svých zachovaných schopností.

Kompenzace - tj. schopnost vyrovnávat úbytek některých kompetencí využitím jiných, které zůstaly zachovány.

Pokud si starý člověk uvědomuje, že jeho kompetencí ubývá, může reagovat snížením sebedůvěry.<sup>50</sup> To je jedna z příčin, proč se staří lidé vyhýbají novým a složitějším životním situacím - nevěří, že by je dokázali zvládnout. Zátěž může představovat i časová náročnost nějaké činnosti. Tento pocit nemusí být oprávněný, pod vlivem zvýšené citlivosti a úzkostnosti se může zhoršit sebehodnocení starého člověka ve větší míře, než by odpovídalo realitě. Je důležité připomenout, že zhoršení v oblasti intelektových funkcí může být sekundárním následkem somatického onemocnění. Negativně mohou v tomto směru působit např. kardiovaskulární choroby a dysfunkce dýchacího systému, které vedou ke zhoršenému prokrvení a nedostatečnému zásobování mozku kyslíkem. Obecně platí, že jakákoliv závažná somatická choroba v různé míře zatěžuje všechny, tedy i psychické funkce nemocného organismu.

---

<sup>49</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Portál, Praha 2002. S. 454.

<sup>50</sup> ŠVANCARA, J. *Kompendium vývojové psychologie*. Státní pedagogické nakladatelství. Praha, 1973. S. 186.

## Změny regulačních procesů v období stáří

Jedním z typických znaků stárnutí je zpomalení a oslabení většiny regulačních funkcí. V důsledku toho dochází ke snížení adaptability, k narušení odolnosti k zátěžím. Tato změna nepostihuje jen biologickou složku organismu, ale i psychické regulační funkce. Zhoršení v oblasti autoregulace může mít i sociální příčiny. Například důchodce, který tráví většinu času ve svém soukromí, už nemusí svoje projevy ovládat v takové míře jako dřív. Vzhledem k tomu dochází k uvolnění návyku chovat se podle požadavků společenských norem.

### ➤ Změny emočního prožívání a emoční reaktivity

Staří lidé bývají citově labilnější a hůře své emoční projevy ovládají. Všeobecně se ve stáří stává citové prožívání méně bezprostřední a snižuje se intenzita emocí. Staří lidé mívají větší sklon k úzkostem a depresím.<sup>51</sup> Staří lidé bývají i více sugestibilní (emočně ovlivnitelní). Ke změně emoční reaktivity mohou přispívat různé somatické změny (např. výkyvy krevního tlaku apod.), ale mohou být ovlivněny psychogenně.

Změny a výkyvy emočního ladění ovlivňují všechny ostatní psychické funkce. Zhoršují kvalitu pozornosti a paměťových funkcí, snižují využití rozumových schopností, omezují motivaci k jakékoliv aktivitě, a tím i celkovou adaptační rezervu starého člověka. Staří lidé mívají častěji zhoršené emoční ladění a z toho vyplývá i pocit komplexní osobní nepohody. Pro tuto situaci jsou typické stížnosti typu necítím se dobře. Příčiny vzniku takové nálady mohou být různé, obvykle jde o součet mnoha drobnějších zátěží a osobních dispozic.

Ve stáří také dochází ke změnám vůle. Ve stáří dochází k typické proměně volních procesů. Aktivní vůle bývá velmi často inhibována. Jak již bylo výše řečeno, staří lidé se obtížně, pomalu a neradi rozhodují. Bývají ulpívaví, někdy tvrdohlaví. Mívají obtíže v hledání přijatelného a účinného způsobu, jak svoje rozhodnutí uskutečnit.<sup>52</sup>

Pasivní vůle, to znamená stálost, vytrvalost a trpělivost, bývá někdy ještě silnější, než byla dříve. Mnohdy dochází až k akcentaci formální vůle, staří lidé mohou trvat na nějakém rozhodnutí za každou cenu. Takový projev je možné chápat jako méně

<sup>51</sup> ŠVANCARA, J. *Kompendium vývojové psychologie*. Státní pedagogické nakladatelství. Praha, 1973. S. 191.

<sup>52</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Portál, Praha 2002. S. 456.

adekvátní obrannou reakci. Starý člověk se potřebuje alespoň nějak prosadit a tak potvrdit hodnotu své osobnosti. Leckdy nejde o dosažení určitého cíle, ale o prosazení sama sebe. Tvrdohlavost může být na druhé straně signálem úbytku soudnosti. Starý člověk už není schopen přiměřeného hodnocení situace. Bývá projevem ulpívavosti, potřeby neměnnosti a nechuti přizpůsobovat se novým podnětům, které by starého člověka příliš zatěžovaly. Důraz na prosazování, resp. spíše udržování určitého režimu, různých aktivit apod., často slouží jako důkaz zachování vlastních kompetencí. Starý člověk si tímto způsobem posiluje sebeúctu. S postupem stárnutí, v důsledku ubývání všech kompetencí, může dojít k úpadku všech projevů vůle, k rezignaci a apatii. Stáří je charakteristické poklesem potřeby změny (resp. alespoň ochoty nevyhnutelnou změnu akceptovat) a vzestupem potřeby jistoty a stability. Prožívání změn daných stářím a adaptace na toto období je spojena s větší koncentrací na vlastní potřeby. V období stáří se mění zaměření těchto potřeb i jejich subjektivní význam.

- Potřeba stimulace je snížena
- Potřeba učení je snížena
- Potřeba citové jistoty a bezpečí se zvyšuje
- Potřeba seberealizace
- Potřeba otevřené budoucnosti a naděje

#### ➤ Změny osobnosti ve stáří

V průběhu stáří se může nějakým způsobem měnit i osobnost starého člověka. Nejčastěji dochází ke zdůrazňování některých vlastností. Osobnost stárnoucího člověka je dána celým jeho předcházejícím vývojem, životními zkušenostmi a navyklými způsoby vyrovnání se s náročnými životními zkušenostmi.<sup>53</sup> Ve stáří se mění struktura celé osobnosti a samozřejmě i projevy chování takového člověka. Změny mohou být v některých případech velice nápadné, nové projevy naprosto neodpovídají osobnosti určitého člověka. V těchto případech jde obvykle o projev nějakého chorobného procesu. Změny osobnosti, k nimž dochází ve stáří, jsou obecně považovány za negativní, i když je nelze vždycky takto hodnotit. Např. Vágnerová uvádí, pro lepší porozumění, tři kategorie:

---

<sup>53</sup> ŠVINGALOVÁ, D. *Kapitoly z psychologie III. díl*. Katedra pedagogiky a psychologie, Liberec. Liberec, 2002. S. 45.

- Úbytek kompetencí zvyšuje nejistotu a snižuje sebedůvěru, působí obtíže i v orientaci. Tato skutečnost se projeví zdůrazněním takových osobnostních vlastností, jako je opatrnost, nerozhodnost a puntičkářství.
- Úbytek v oblasti různých funkcí a z toho vyplývající nižší tolerance k zátěži se projevuje i změnou emotivních projevů. U starých lidí jsou proto vyhraněnější takové vlastnosti, jako je bázlivost, úzkostnost a sklon k nespokojenosti.
- Nejistota ve vztahu k lidem, kterým starý člověk nestačí a občas ani nerozumí, ale je na nich více závislý, než byl dřív, mění další osobnostní vlastnosti. V tomto případě především ty vlastnosti, které se nějak projevují ve vztahu k lidem. Je to egocentrismus, který se často jeví jako sobectví, akcentovaná extravertze, která se může projevit jako familiárnost a dotěrnost, dále podezíravost a vztahovačnost, nesnášenlivost, lakota či prohloubení introvertze, vedoucí až k samotářství a odmítání kontaktu.

Nutno však podotknout, že všechny výše uvedené změny nepostihují každého člověka ve stejné míře. Většinou, pokud nejde o patologické projevy, nějakým způsobem navazují na dřívější strukturu osobnosti a prohlubují její typické znaky.

## **SPOLEČENSKÉ ZMĚNY VE STÁŘÍ**

Staří lidé bývají ve větší míře izolováni ve svém soukromí, mají méně sociálních kontaktů. Ve stáří dochází k větší koncentraci na sebe, resp. na rodinu a známé v nejbližším okolí.

Tento postoj je posilován ubýváním různých schopností : staří lidé hůře vidí a slyší, jsou labilnější, pomalejší a hůře přizpůsobiví. Na zátěž často reagují uzavíráním do svého soukromí. Z hlediska starého člověka se vnější svět příliš rychle mění a občas je těžké se v něm vyznat. Změny sociálního chování lze chápat i jako signál míry deteriorace psychického stavu člověka.<sup>54</sup>

Přispívá k němu fakt, že současná společnost starým lidem nenabízí téměř žádnou přijatelnou a zvládnutelnou roli. Rozsah i tempo změn v oblasti sociálních kompetencí jsou, stejně jako všechny ostatní proměny, individuálně specifické.

---

<sup>54</sup> KOCKA, J. *Altern: Familie, Zivilgesellschaft, Politik*. Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Stuttgart. 2009. S. 191.

➤ Potřeba sociálního kontaktu a způsob jejího uspokojování

Kontakt s lidmi je pro staré lidi důležitý, ale musí být přiměřený z hlediska kvantity a kvality.

- Staří lidé potřebují i své soukromí, aby nebyli vystaveni zátěži nadměrné stimulace.
- Staří lidé preferují kontakty se známými lidmi, které je příliš nezatěžují. Tuto potřebu zpravidla uspokojuje vlastní rodina a přátelé. S pokračujícím stářím se počet takových lidí zmenšuje a člověk se může cítit osamělý. K tomuto pocitu přispívá i omezenější schopnost starých lidí navazovat nové kontakty.
- Kontakt s vrstevníky přináší starému člověku jiné uspokojení než kontakt s mladšími lidmi. Staří lidé cítí silnější generační solidaritu, vrstevníci starému člověku lépe rozumějí. Mají stejné zkušenosti a chápou i jeho současné potíže. Mechanismus podobnosti usnadňuje sociální kontakt a posiluje pocit akceptace. Vrstevníci spoluvytvářejí svět starého člověka po celý jeho život. Důraz na vrstevníky je ve stáří stejně silný, jako byl v době dětství a dospívání. Obě zmíněné generační skupiny jsou nějak závislé na dospělých, na rodině i na společnosti. Vědomí této závislosti podporuje hledání opory ve skupině, která má stejné problémy a k níž náleží.<sup>55</sup>

Jedním z problémů, které přináší stáří, je osamělost, spojená se ztrátou mnoha sociálních kontaktů. Pocit osamělosti může být dán izolací od společnosti, ale i proměnou okolního světa, který se v důsledku toho jeví starému člověku cizí. Ve stáří se zvyšuje strach z opuštěnosti. Riziko samoty a izolace starých lidí mohou ovlivňovat různé faktory: jde především o sociální situaci, fyzický a psychický stav.

➤ Komunikace

Součástí sociálního kontaktu, tj. vzájemné dorozumívání, výměna informací. Aby byl takový způsob sociálního kontaktu vůbec realizovatelný, musí být oba komunikující partneři ochotni a schopni takovou výměnu informací uskutečnit. Specifické znaky komunikace starých lidí lze shrnout do několika bodů:

- Staří lidé velmi často trpí nedoslýchavostí.
- Komunikaci zatěžuje i zvýšená pomalost, typická pro staré lidi.

---

<sup>55</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Portál, Praha 2002. S. 460.

- Staří lidé často trpí poruchami paměti a v důsledku toho si obtížně vybavují potřebné slovní výrazy.
- Staří lidé mají tendenci svoje sdělení opakovat.

Určitá změna je zřejmá i ve vztahu k obsahu sdělení. Staří lidé žijí většinou v relativní izolaci od společenského dění a v jejich životě se za normálních okolností mnoho nového neděje.<sup>56</sup> Z tohoto důvodu dochází k relativizaci významu většiny událostí – i běžné dění a každodenní banální problémy jsou posuzovány jako pozoruhodné a důležité. Starý člověk jim přičítá větší význam, než ve skutečnosti mají. Takové sdělení opakuje, protože jsou pro něho důležité.

#### ➤ Postoj k normám chování

Staří lidé odmítají změny i v oblasti hodnot a norem. V průběhu stáří vzrůstá rigidita a ulpívání na důsledném dodržování řádu, který je považován za významný. K takovému postoji vede staré lidi zvýšená potřeba jistoty a bezpečí, kterou může uspokojovat důraz na bezvýhradné dodržování pravidel. Postkonvenční chápání relativní platnosti různých pravidel v závislosti na kontextu je příliš náročné a neodpovídá možnostem starého člověka. Schopnost vidět problém z pozice jiné osoby zatěžuje vyšší úzkostnost, ale i omezenější rozumové kompetence.

#### ➤ Sociální role starého člověka

V období stáří působí velmi naléhavě sociální změny. Především jde o osamělost, nejistotu, bezcílnost, atd.<sup>57</sup> Stáří je typické úbytkem a proměnou sociálních rolí. Příčiny těchto změn mohou být různé:

- Sociálně podmíněnou změnou role je odchod do důchodu.
- Změna mnoha dalších rolí je podmíněna biologicky. Starý člověk ztratí manželského partnera a získá roli vdovce, může onemocnět a získat roli nemocného, resp. bezmocného. Z tohoto důvodu může ztratit i soukromí svého domova a získat roli pacienta léčebny dlouhodobě nemocných nebo obyvatele domova důchodců.
- Ztrátu některých rolí ovlivňují ekonomické faktory – např. role vázané na členství v různých společenstvích, role zákazníka. Takové ztráty nejsou

<sup>56</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Portál, Praha 2002. S. 460.

<sup>57</sup> WEDLICOVÁ, I. HEŘMANOVÁ V. *Kapitoly z vývojové psychologie*. Univerzita J. E. Purkyně. Ústí nad Labem, 2008. S. 112.

nevyhnutelné, jsou spíše jakýmsi sekundárním důsledkem odchodu do důchodu.<sup>58</sup>

Změny rolí, které jsou typické pro stáří, vedou ke stále větší anonymizaci, ke ztrátě individuálně specifických znaků. Symbolizují ztrátu prestiže a potvrzují zvýšení celkové závislosti starého člověka na společnosti.

#### **1. 4. Stáří a identita starého člověka**

Identita starého člověka se pod tlakem okolností mění, někdy velmi zásadním způsobem. Stáří je dobou ztrát mnoha rolí a úpadku různých kompetencí, které byly do této doby nezpochybnitelnou součástí identity. Nyní mohou zůstat zachovány jen ve formě vzpomínek. Nicméně i v této podobě mohou být subjektivně velmi významné.

Součástí identity zůstávají, i když už jen na symbolické úrovni, osobně významné minulé role a kompetence. Zejména takové, které potvrzovaly tohoto člověka. Starý člověk rád připomíná, kým byl, event. jak vypadal, když byl mladší, čeho dosáhl atd. Starý člověk používá minulost k podpoře sebeúcty a k vylepšení své aktuální identity.

V současném pojetí identity starého člověka se velmi často projevuje důraz na zachovalé kompetence. Starý člověk se musí vyrovnávat se ztrátami a s negativní proměnou své osobnosti. Jednou z obran identity je důraz na vlastní, relativně dobré kvality, které mu zatím vydržely. V tomto směru slouží jako referenční skupina vrstevníci, mladší lidé jen velmi vzácně. Proklamování relativních kvalit v oblasti zevnějšku, tělesných i duševních kompetencí, sociální pozice apod. signalizuje, že tyto vlastnosti jsou subjektivně důležitou součástí jeho identity. Dokonce i tehdy, jsou-li z objektivního hlediska zanedbatelné.<sup>59</sup>

Pro starého člověka je důležité, kam a ke komu patří. Jeho identita je vázána na příslušnost k určité skupině a určitému místu.

Velmi důležitou složkou identity je rodina a teritorium (místo kde žije a společnost k níž náleží). Identitu starého člověka velice významně ovlivňuje jeho zdravotní stav.

---

<sup>58</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Portál, Praha 2002. S. 464.

<sup>59</sup> HOWELLS, G. J. *Modern Perspective in the Psychiatry of Old Age*. Brunner/Mazel, Publishers. New York, 1975. S. 108.

## 2. SYSTÉM PÉČE O SENIORY V ČR

V sociální oblasti došlo po roce 1989 k podstatným změnám. Sociální služby už neposkytuje jen stát, ale především kraje a obce, nestátní neziskové organizace, církve, fyzické i právnické osoby. „Dnes už více než 85% ústavů sociální péče zřizují právě kraje nebo obce. Nestátní organizace se zaměřují na terénní a ambulantní služby. To ale neznamená, že by ústavy sociální péče byly zatraceny...“<sup>60</sup>

Nicméně v úvodu této kapitoly bych ráda zabrousila hlouběji do historie a nastínila tradiční a poté současnou péči o staré lidi. S tím také souvisí vymezení základních pojmů kterými jsou: *gerontologie* a *geriatrie*.

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

**Gerontologie se člení do tří hlavních proudů :**

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

---

<sup>60</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Panorama. Praha, 2010. S. 235.



**Geriatricie** - v širším slova smyslu klinická gerontologie. Pojem je odvozen z řeckých slov gerón (stařec) a iatro (léčím). Poprvé byl použit pravděpodobně roku 1909 I. L. Nascherem (1863-1944, americký lékař vídeňského původu).

V užším slova smyslu v některých státech ( např. Česká republika, Slovensko, Španělsko, Velká Británie) existuje jako samostatný specializační lékařský obor, který vychází z vnitřního lékařství a zabývá se kromě interní problematiky i problémy rehabilitačními, neurologickými, psychiatrickými, ošetrovatelskými a zároveň je propojen s primární péčí (praktický lékař, domácí ošetrovatelská péče) a sociálními službami. Cílem oboru je zachování a obnova soběstačnosti a rozvoj specifického geriatrického režimu.

## **2. 1. Tradiční a současná péče o seniory**

Celková vyspělost země se projevuje mimo jiné i v hmotném zabezpečení těch občanů, kteří z různých důvodů nemají možnost řádného výkonu výdělečné činnosti.<sup>61</sup> V dávných dobách se o tyto lidi starala výhradně rodina. Někteří staří nemocní měli rodinu dysfunkční, někteří ji neměli vůbec. Živořili v nedůstojných podmínkách, potulovali se, žebrali. Postupně se rozvíjely charitativní formy péče a pomoci. V době raného křesťanství se církevní instituce, které pomáhaly starým lidem, jmenovaly Gerontotrofium a ty, které pomáhaly chudým, Ptochotrofium.<sup>62</sup> Později byly zakládány chudobince, starobince a chorobince. Chudobince a starobince plnily především azylové funkce.

Již ve 14. a 15. století vznikaly „domovy pro staré osoby“. V roce 1504 vyšel v Anglii snad první zákon, který se pokoušel řešit problémy starých lidí. Teprve v roce 1909 však bylo ustanoveno, že každý nemajetný a chudý člověk starší 70 let získá penzi, a to ve výši 5 šilinků týdně.

Od dob Josefa II. je podle tzv. farní chudinské ústavy také v zemích koruny české rozvíjena péče o staré, a to především na bázi chudinského práva. Významnou regulační funkci v péči o všechny ubohé lidi mělo též později vyhlášené domovské právo. Podle něj se v nouzi mohl občan obrátit o pomoc na obec, k níž patřil proto, že se tam narodil. A tato obec byla povinna se postarat o hendikepované, vdovy, sirotky a staré lidi. Krom

<sup>61</sup> ODBOR STATISTIKY VÝVOJE OBYVATELSTVA. *Senioři v České Republice*. Český statistický úřad. Praha, 2004. S. 6.

<sup>62</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. IDVPZ. Brno, 2002. S. 32.

toho budovaly obce ještě tzv. pastoušky. Celý systém péče se postupně stával garantovaný (stát, města, obce) a tedy institucionalizovaný. V druhé polovině 20. století byly vybudovány jednak zdravotnické, jednak sociální systémy.<sup>63</sup> Péče o staré lidi byla základně rozdělena na péči zdravotní a sociální. Po jistou dobu toto rozdělení vyhovovalo, ale posléze se projevily četné obtíže takového pojetí péče. Postupně vznikala zdravotnická oddělení uvedeného typu.

Nesporné je, že se teprve v průběhu času ukázalo, že oddělovat zdravotní a sociální péči o staré lidi je k neprospěchu. Proto je třeba, nejen dle profesorky Haškovcové<sup>64</sup>, budovat široké spektrum koordinovaných služeb tak, aby si každý starý člověk mohl vybrat ten způsob péče, který nejlépe pokrývá jeho skutečné potřeby.

## **SOUČASNÁ PÉČE O SENIORY**

V současné době významně stoupá úloha občanských sdružení, církevních aktivit a dobrovolnictví. Situace v České republice se částečně změnila po roce 1989, ale výraznější proměny doznala až po vstupu v platnost zákona č. 108/2006Sb., o sociálních službách. Současným trendem je převzetí ověřeného funkčního modelu ze zahraničí, zejména z dalších členských zemí Evropské unie. Nový sociální zákon se dotkl všech uživatelů sociálních služeb a osob v nepříznivé sociální situaci, protože nastolil nová pravidla a vytyčil směr všeobecně od institucionalizace k deinstitucionalizaci, a to u mnoha skupin osob s různým postižením. Druhým důležitým aspektem sociálního zákona je integrace osob se zdravotním postižením do společnosti. Malíková uvádí: „*Celkově lze situaci charakterizovat jako zásadní transformaci sociálních služeb, na kterou se MPSV připravovalo již před vstupem sociálního zákona vydáním různých dokumentů a vytvářením dlouhodobých plánů.*“<sup>65</sup> Jde např. o tyto plány - „Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“ či další, na několika místech této diplomové práce, zmiňovaný dokument „Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008-2012“ nebo „Bílá kniha v sociálních službách“ aj.

<sup>63</sup> BICKOVÁ, L., ČÁMSKÝ, P., a kol. *Pečovatelská služba v České republice*. APSS. Tábor, 2010. S. 13.

<sup>64</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. IDVPZ. Brno, 2002. S. 32-35.

<sup>65</sup> MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Grada. Praha, 2011. S. 30.

K moderním a současně legislativně daným trendům přístupu k seniorům patří především plnění těchto cílů<sup>66</sup>:

- zachování přirozeného sociálního prostředí pro seniory
- podpora zaměstnávání starších osob a seniorů jako prostředek jejich aktivizace, s ohledem na pracovní a ekonomický přínos pro společnost
- podpora vědomí vlastní odpovědnosti za přípravu na stáří, která je souvislým celoživotním procesem, posílení významu penzijního připojištění
- modernizace systémů sociální ochrany a poskytování cílené podpory společnosti v těch případech, kdy senioři nejsou schopni z vážných zdravotních a sociálních důvodů zajistit si dostatečné hmotné zabezpečení sami
- podpora zdravého životního stylu a vytváření předpokladů pro udržení fyzických a psychických schopností osob produktivního věku i seniorů prostřednictvím aktivizace, vytváření a rozšiřování možností rekondice, rehabilitace a osobního rozvoje
- zlepšování stavu životního prostředí, předcházení úrazovosti a závislosti seniorů odstraňováním bariér (architektonických a dopravních) na veřejnosti i v domácím prostředí
- péče o zdraví seniorů, rozvoj systémů zdravotní péče tak, aby se dokázaly vyrovnat s novou demografickou situací, zvýšení účinnosti a účelnosti zdravotní péče
- reflektování různosti sociální situace seniorů, minimalizace rizika sociálního vyloučení a institucionalizace
- vytvoření systému komplexních sociálních služeb, který umožní seniorům setrvat v přirozeném domácím prostředí co nejdéle nebo po celý život, podpora udržení nezávislosti a důstojného prožití této fáze života, zajištění pomoci rodinám pečujícím o nesoběstačné seniory
- podpora možnosti celoživotního vzdělávání jako nezbytného předpokladu pro udržení znalostí a schopností stárnoucích osob a seniorů

---

<sup>66</sup> JAVORSKÁ, M. *Nové trendy v péči o seniory*. IN. MÜHLPACHR, P. (ED.), *Schola gerontologica*. Brno: MU 2005. S. 111.

## **2. 2. Druhy zřizovatelů a poskytovatelů sociálních služeb**

Podle zákona o sociálních službách je zřizovatelem obec, kraj a MPSV. Sociální služby mohou být poskytovány jen subjekty, které mají oprávnění k poskytování sociálních služeb, a to na základě schváleného rozhodnutí o registraci.<sup>67</sup> Splnění povinnosti registrace se nevztahuje na příbuzné osoby, o kterou pečují, a na fyzické či právnické osoby pobývající v jiné zemi Evropské unie a poskytující sociální službu na přechodnou dobu (§ 83 a 84 sociálního zákona).<sup>68</sup>

Poskytovatelem sociálních služeb mohou být:

- subjekty zřizované obcí a krajem
- nestátní neziskové organizace a fyzické osoby nabízející široké spektrum služeb<sup>69</sup>
- MPSV – v současné době je zřizovatelem pěti specializovaných ústavů sociální péče, v nichž poskytuje příslušné služby.

## **2. 3 Péče o seniory v ambulantním a ústavním prostředí**

### **PÉČE O SENIORY V AMBULANTNÍM PROSTŘEDÍ**

Při využívání péče v ambulantním prostředí senior dochází sám nebo v doprovodu jiné osoby do centra denních služeb, případně i do týdenních stacionářů.

#### ➤ **Domovinky - zařízení pro denní pobyt**

Tento typ denní služby je u nás momentálně nejpopulárnější.<sup>70</sup> Je zde soustředována péče o seniory a těžce zdravotně postižené občany, kterým jinak potřebnou pomoc v odpoledních a nočních hodinách a ve dnech pracovního klidu poskytují jejich rodinný příslušníci. V těchto zařízeních jsou poskytovány potřebné úkony pečovatelské služby, za které hradí občané úhradu podle Přílohy č. 1 k vyhlášce š. 182/1991 Sb.<sup>71</sup> Dále je zajištěno stravování, vycházky, odpočinek na lůžku i kulturní a zájmová činnost a jiné

<sup>67</sup> ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Portál. Praha, 2011. S. 10.

<sup>68</sup> MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Grada. Praha, 2011. S. 58.

<sup>69</sup> Např. denní stacionáře, centra denních služeb, sociálně terapeutické dílny, domovy se zvláštním režimem, atd.

<sup>70</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Panorama. Praha, 2010. S. 237.

<sup>71</sup> KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. ANAG. Olomouc, 2003. S. 128.

aktivity. Zařízení pro denní pobyt nabízí celodenní nebo půldenní pobyt. Pobyt v domovince hradí senior či jeho rodina. Domovinky jsou součástí jiných komplexů, např. domovů pro seniory.

### ➤ **Pečovatelská služba**

Pečovatelská služba je jednou z nejrozšířenějších služeb sociální péče. Je poskytována seniorům a těžce zdravotně postiženým občanům, kteří z důvodu zdravotního stavu, vysokého věku nebo ztráty soběstačnosti si sami nejsou schopni obstarat práce v domácnosti a další životní potřeby. Dále jsou to ti občané, kteří pro nepříznivý zdravotní stav potřebují ošetření jinou osobou nebo jinou osobní péči, kterou jim nemohou poskytovat rodinní příslušníci.<sup>72</sup>

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

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

### **Úkony pečovatelské služby<sup>73</sup>:**

- celková koupel včetně umytí vlasů v domácnosti občana,
- celková koupel včetně umytí vlasů ve středisku osobní hygieny,
- běžné úkony osobní hygieny, pomoc při oblékání, pomoc při přesunu na vozík nebo na lůžko, pomoc při použití WC,
- jednoduché ošetřovatelské úkony,
- donáška nebo dovoz oběda nebo jiného teplého jídla, pomoc při podávání jídla a pití,
- donáška uhlí a dřeva, štípání a skládání dřeva,
- nákupy, různé pochůzky,
- donáška vody, topení v kamnech a vynesení popela, čištění kamen,
- práce spojené s udržováním domácnosti,

<sup>72</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Panorama. Praha, 2010. S. 239.

<sup>73</sup> KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. ANAG. Olomouc, 2003. S. 112-114.

- příprava a uvaření snídaně nebo oběda, popřípadě svačiny nebo večeře,
- doprovod na vyšetření, doprovod do zaměstnání, doprovod při krátkodobém pobytu mimo domov, pomoc při denních kulturních, zájmových, vzdělávacích nebo pracovních aktivitách,
- praní drobného osobního prádla, žehlení a případné drobné úpravy,
- ošetření nohou (pedikúra), masáž, vodová ondulace, zástřih vlasů,
- průvodcovská služba pro úplně nebo prakticky nevidomé při vyřizování úředních záležitostí,
- tlumočnická služba pro neslyšící při návštěvě lékaře, při vyřizování úředních záležitostí,
- dohled nad dospělým občanem od 6 do 22 hodin,
- noční služba od 22 do 6 hodin
  - a/ spojená s možností spánku,
  - b/ spojená s prováděním jednoduchých ošetrovatelských úkonů,
- praní velkého prádla, prádla značně znečištěného ve středisku osobní hygieny nebo v prádelně pečovatelské služby, včetně pracích prostředků a jeho vyžehlení, případně drobných úprav,
- velký úklid bytu, úklid po malování, mytí oken, mytí společných prostor domu atd.

Úhrada za úkony pečovatelské služby může být stanovena plně nebo částečně, a to na základě posouzení věku, zdravotního stavu, příjmu a majetkových poměrů občana a jeho rodinných příslušníků.<sup>74</sup>

### ➤ **Osobní asistence**

Tato služba je vysoce individualizovaná a má formu seburčující nebo řízenou – buď je senior schopen říci, v čem mu má asistent pomoci, nebo asistent koordinuje pomoc dle vlastního uvážení, ale s ohledem na přání rodiny.<sup>75</sup> Výhodou je, že služba není časově omezená, nevýhodou je relativně vysoká úhrada.

<sup>74</sup> MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. Portál. Praha, 2010. S. 169.

<sup>75</sup> JAVORSKÁ, M. *Domácí péče jako forma sociální a zdravotní pomoci seniorům a zdravotně postiženým*. In. Mühlpachr, P. *Sociální práce jako životní pomoc*. MU. Brno, 2006. S. 63.

### ➤ **Domy s pečovatelskou službou**

Domy s pečovatelskou službou (DPS) nejsou ústavní zařízení sociální péče, ale mají statut domů zvláštního určení. Představují formu individuálního bydlení starých lidí. Smyslem domů s pečovatelskou službou je poskytování usnadněných sociálních služeb při zachování plné samostatnosti občanů.

Byty v domech jsou pronajímány na základě nájemní smlouvy, k jejímž zvláštnostem patří, že není přenosná na partnera (pokud není řešeno smlouvou pro oba manžele či zvláštní dohodou se zřizovatelem) a není možný převod nájmu ani na bezprostřední přímé příbuzné. Zřizovatelem těchto zařízení jsou zejména obce.

Součástí tohoto zařízení bývají střediska osobní hygieny, prádelna, ordinace lékaře, jídelna, klub důchodců. Je zde poskytována pečovatelská služba, jejíž pracovní doba a rozsah práce je dán soběstačností obyvatel.

## **PÉČE O SENIORY V ÚSTAVNÍM PROSTŘEDÍ**

### ➤ **Domovy pro seniory (dříve Domovy důchodců)**

Domovy pro seniory poskytují podle zákona č. 108/2006 Sb. pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.<sup>76</sup> Nemohou být přijati občané, jejichž zdravotní stav vyžaduje léčení a ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení. Kromě ubytování a stravování je nabízena pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro ni, dále pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační programy a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání ostatních záležitostí.

Aby byly domovy pro seniory skutečným domovem, došlo k dramatickým změnám, které můžeme stručně charakterizovat jako „vpád domova do domovů.“ Charakteristický azylový a kasárenský typ domovů důchodců je minulostí. Domovy pro seniory se otevřely světu a svět byl „vpuštěn“ do nich.<sup>77</sup>

Součástí domovů bývají **rehabilitační místnosti**, ať již pro **kolektivní cvičení** nebo **individuální masáže**. Pravidlem jsou odborně řízené **terapeuticko zábavní činnosti**. Kromě klasických jsou doplňovány i novými formami aktivit. Velmi oblíbenou formou

<sup>76</sup> PIKOLA, P., ŘÍHA, M. *Služby sociální péče v domovech pro seniory*. NAČR. Praha, 2010. S. 63.

<sup>77</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Panorama. Praha, 2010. S. 237.

léčby a rehabilitace se stala **petterapie**, která je založená na přímém kontaktu uživatelů sociálních služeb se zvířaty.

Ve většině domovech pro seniory je možné využívat služby **kadeřníků a holičů**. Lze si dopřát **manikúru, pedikúru**, zakoupit si tisk, ale i drobné zboží běžné potřeby.

#### ➤ **Domovy – penziony pro důchodce**

Tato zařízení jsou určeny pro občany, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu a pro občany, kteří jsou plně invalidní. Podmínkou přitom je, že jejich celkový zdravotní stav je takový, že nepotřebují komplexní péči a jsou schopni vést poměrně samostatný život ve vhodných podmínkách.<sup>78</sup>

## **2. 4. Zdravotní péče**

### ➤ **Terénní zdravotní péče**

#### **a/ Primární zdravotní péče**

Primární péči poskytuje praktický lékař pro dospělé. Tuto péči vyhledává asi 80 % starých osob. Úkolem lékaře je stanovit diagnózu, doporučit léčbu a odbornou péči. Výhodou je, že zná svoje pacienty dlouhou dobu, zná jejich zdravotní i sociální problémy. Ve své práci uplatňuje primární, sekundární i terciální prevenci a současně vyhledává rizikové staré osoby s cílem předejít vzniku nesoběstačnosti a závislosti. Praktický lékař musí v péči o staré osoby spolupracovat se všemi složkami primární péče - s rodinou, domácí ošetrovatelskou péčí, pečovatelskou službou, pracovníky komunity, charitou a jinými neziskovými organizacemi.

#### **b/ Specializovaná ambulantní odborná péče**

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

---

<sup>78</sup> KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. ANAG. Olomouc, 2003. S. 44.



### **c/ Domácí péče**

Domácí ošetrovatelská péče (DP, home care, HC) je poskytována na doporučení praktického lékaře pro dospělé, odborného nebo ústavního lékaře. Je hrazena z prostředků zdravotního pojištění do rozsahu 3krát denně po 1 hodině. Nadstandardní služby jsou poskytovány za úhradu.

Domácí péče je zajišťována různými agenturami, státními, městskými, charitativními nebo soukromými. Zajišťují akutní péči o nemocné, péči po propuštění z nemocnice i dlouhodobou péči o chronicky nemocné. Pro určení domácí péče jsou nezbytné tyto podmínky: stabilizovaný klinický stav, domácí prostředí umožňující poskytovat péči, která předpokládá během dne i zapojení rodiny, sousedské výpomoci nebo jiného laického pečovatele, dále dostupnost služeb zdravotních a sociálních.

K typickým úkolům domácí péče patří ošetřování chronických ran (běrcové vředy, dekubity) či atonií, aplikace inzulinu nebo jiných parenterálních léků. V poslední době se začíná rozšiřovat poskytování rehabilitačních služeb – fyzioterapie i ergoterapie, která zahrnuje též poradenství o kompenzačních pomůckách a bezbariérových úpravách prostředí. Pro rodiny je velkou pomocí možnost půjčování ošetrovatelských, rehabilitačních či kompenzačních pomůcek včetně polohovacích lůžek.

### **➤ Ústavní dlouhodobá péče**

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

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

### **a/ Léčebny pro dlouhodobě nemocné**

Léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN) jsou specializovaná lůžková zdravotnická zařízení. Slouží převážně k léčení starých dlouhodobě nemocných s vysokým průměrným věkem. Často se ke zdravotním problémům přidružuje psychická porucha.

Komplexní péče zahrnuje diagnostiku, léčebnou péči včetně dietoterapie, ošetrovatelskou péči (pasivní i aktivní), rehabilitační péči, nácvik denních dovedností, ergoterapii.

### **b/ Hospice**

Hospic poskytuje především symptomatickou péči nemocným bez ohledu na věk v koncovém stádiu různých chorob. Jedná se většinou o onkologická onemocnění. Důraz je kladen na léčbu bolesti a úzkosti, na kvalitu závěrečné části života, na prolomení bariéry mlčení a izolace.

Cílem je zajistit důstojnost pacienta, soukromí a kontakt s rodinou (možnost přistýlky na jednolůžkovém pokoji pacienta). Hospicová péče bývá označována jako umění doprovázet a naslouchat.

Hospic může poskytovat i péči respitní, která spočívá v tom, že zdravotnické nebo sociální zařízení převezme na určitou dobu do péče nemocného, převážně starého člověka, o kterého se stará rodina. Důvodem je odpočinek pečující rodiny, aby se tak mohlo předejít syndromu vyhoření pečovatele. Náklady na respitní péči hradí rodina.

### **➤ Nemocniční geriatrická péče**

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

Nemocniční geriatrická péče je určena především pro pacienty, pro které je charakteristická křehkost a ohroženost. Po určitou dobu svého nemocničního pobytu jsou v závažně labilním stavu. O jejich prognóze funkční i životní rozhoduje včasnost, přiměřenost a poučenost poskytovaných služeb diagnosticko-terapeutických, ošetrovatelských i rehabilitačních. Souhrn geriatrických postupů a přístupů se nazývá

geriatrický režim. Může být poskytován na lůžkových odděleních jednotlivých tradičních oborů nebo na geriatrickém nemocničním oddělení.

#### **a/ Geriatrické oddělení**

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

#### **b/ Geriatrický stacionář**

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

#### **c/ Ošetrovatelské oddělení**

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

### **➤ Psychiatrická léčebna**

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

## 3. KVALITA ŽIVOTA VE STÁŘÍ

### 3. 1. Vymezení pojmu kvality života

Pojem *kvalita života* se začíná v 2. polovině 20. století používat v různých vědách. Za prvního autora, který použil tento pojem (v roce 1958), je považován americký ekonom a sociolog J. K. Galbraith. Se založením Římského klubu<sup>79</sup> v roce 1968 se začíná používat termín *kvalita života* i ve společenských vědách. Tento termín se dostal i do koncepčních dokumentů OSN.

K analýze problematiky *kvality života* přispělo významnou mírou dílo prvního prezidenta Římského klubu Aurélie Peccea *Lidská kvalita* (1977). V tomto díle autor zdůrazňuje potřebu orientace na kvalitativní stránky lidského života, vytyčení životních cest, přechod od kvantity ve spotřebitelských postojích a konzumního způsobu života ke kvalitě životě založené na rozvoji osobnosti.

Pojem *kvalita života* je v současné době hojně používaný termín, který je ovšem těžké jednoznačně nadefinovat. Na tento pojem se dá nazírat z více úhlů pohledů. Nejčastěji jde o psychologický, medicínský a sociologický pohled. Nicméně je nutné také připomenout, že s pojmem *kvalita života* se velmi často sekáváme jak v odborné, tak v běžné terminologii. Často bývá tento termín zaměněný s pojmy *životní způsob*, *životní úroveň* a *životní styl*. Pro lepší přehlednost nejprve definuji, s pomocí vědecké statě B. Balogové, tyto tři termíny.

- **Způsob života**

Jde o vzájemný vztah různých druhů činností<sup>80</sup> a vyjadřuje jejich podíl na tvorbě vztahů mezi nimi. *Způsob života* charakterizuje život člověka v celku, v jeho úplnosti zachycuje charakter, strukturu a obsah. *Životní způsob* je determinovaný materiálními podmínkami, osobností člověka a převažujícím životním stylem každého jedince.<sup>81</sup>

---

<sup>79</sup> Římský klub je mezinárodní organizace, kterou založil v roce 1968 italský podnikatel A. Pecceiom. Tato organizace združuje významné vědce a společenské činitele. Je hlavním centrem vypracovávání globálních prognóz s cílem působit na veřejné mínění a rozvíjet dialog s politickými činiteli.

<sup>80</sup> Především jde o činnosti pracovní, profesionální, kulturní, politické, ideové, rodinné, činnosti ve volném čase apod.

<sup>81</sup> BALOGOVÁ, B. *Kvalita života seniorů*, in Mühlpachr, P. (ED.), *Schola gerontologica*. Brno: MU 2005. S. 159.

- **Životní styl**

Vyjadřuje míru a způsob norem a zvyklostí v života člověka. Také vyjadřuje podíl vlivu fyzických a duchovních dispozic, návyků, charakteru, temperamentu, osobních potřeb a zájmů a způsob jednání lidí. Společensky převládající způsob života se v životě jednotlivých lidí mění na osobité životní styly. Způsob života, stejně tak jako životní styl, se utvářejí ve společenských souvislostech a výrazně je ovlivňuje *životní úroveň* či *životní standard*.<sup>82</sup>

- **Životní úroveň**

V praxi často dochází k porovnání pojmů *způsob života* a *životní úroveň*. Všeobecně se považuje *způsob života* za širší pojem pojmu *životní úroveň*. Ta představuje stupeň uspokojování potřeb, na kterém na jedné straně vystupuje uvědomělá potřeba a na druhé straně uspokojení závisující od možné spotřeby. Míra uspokojování potřeb je subjektivní, protože vysoké uspokojování materiálních potřeb nemusí znamenat skutečnou kvalitu života.<sup>83</sup>

Jak již bylo výše nastíněno, koncept *kvality života* zahrnuje širokou škálu různorodých oblastí zkušenosti člověka – od fyzických funkcí až po oblasti spojené s dosahováním životních cílů a prožíváním životního štěstí. Při vymezení toho, co *kvalita života* vyjadřuje, se nejčastěji setkáváme s předponou -multi. *Kvalita života* je označována jako multidimenzionální, multifaktoriálně podmíněná a hovoří se o ní jako o fenoménu multiúrovňovém, multidisciplinárním, tedy o fenoménu s vysokou mírou komplexnosti. Sociální, kulturní, politické, ekonomické, medicínské, interpersonální, psychologické, filozofické a historické aspekty lidského života byly různou měrou a v různém historickém a sociokulturním kontextu začleněny do velkého množství definic a přístupů k tomuto pojmu. Problematika *kvality života* je zkoumaná v několika vědních oborech ( pedagogika, medicína, filozofie, sociologie, psychologie, andragogika, ekonomie a v dalších.) Jejich úhel pohledu, a tedy i teoretické vymezení toho, co tato specifická lidská zkušenost znamená sama o sobě a s jakými metodami ji lze uchopit a měřit, je v některých případech až zásadně rozdílný. „*Koncept kvality života tak nemá doposud všeobecně akceptovanou definici, metodologii a stává se*

---

<sup>82</sup> BALOGOVÁ, B. *Kvalita života seniorů*, in Mühlpachr, P. (ED.), *Schola gerontologica*. Brno: MU 2005. S. 160.

<sup>83</sup> Tamtéž, s. 161.

*předmětem mnohých interpretací, interdisciplinárních rozprav bez jednoznačného, výsledného, všeobecně přijatelného konsenzu (shody) v jeho konceptualizaci.*<sup>84</sup>

V současné době roste zájem o zkoumání *kvality života*, který se projevuje snahou o přesné vymezení a identifikaci jednotlivých aspektů a faktorů, které ji ovlivňují. Problém s přesnou definicí pojmu je dán nejen oborovou růzností, ale také svou komplexností, kdy dochází pouze k selektivnímu zachycení komplexní skutečnosti. Dalším problémem je různost vymezených aspektů či domén *kvality života*, které se různí v závislosti na přístupech k teoretickému uchopení i diagnostickým metodám.

Nicméně je možné říci, že *kvalita života* zahrnuje celkovou pohodu jedinců v širším pojetí, v rámci něhož jsou zdůrazňovány stejné životní příležitosti, zajištění uspokojivé životní úrovně pro každého, přístup k zaměstnání a sociální ochraně. *Kvalita života* nesouvisí pouze s příjmem, vzděláním a přístupem k materiálním zdrojům, ale je vázána také na zdravotní péči, mezilidské a společenské vztahy. „*Obsáhlý koncept kvality života zahrnuje životní podmínky a jejich vyhodnocení z perspektivy jedince. Kvalita života není tedy chápána pouze z hlediska kvantitativního, tedy materiální životní úrovně a růstu, ale především je zdůrazňována stránka subjektivně vnímaného celistvého obrazu života jedinců.*“<sup>85</sup> Smyslem tohoto konceptu je umožnit lidem dosáhnout jejich cílů a zvolit si nejvhodnější způsob života.

### **Teoretické vymezení kvality života dle WHO**

*Kvalita života* se v současné době považuje za vhodný indikátor fyzického, psychického a sociálního zdraví. Světová zdravotnická organizace definuje *kvalitu života* jako to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životním stylu a zájmům. Jinými slovy, „*kvalita života vyjadřuje, jak člověk sám hodnotí svou životní situaci.*“<sup>86</sup> Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí.<sup>87</sup>

<sup>84</sup> GURKOVÁ E., *Hodnocení kvality života. Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Grada. Praha 2011. S 58.

<sup>85</sup> PYŠNÝ, L. *Kvalita života II*. Studia Valetudinaria. Ústí nad Labem, 2008. S. 75.

<sup>86</sup> DRAGOMIRECKÁ, E. a kol. *SQUALA*. Psychiatrické centrum. Praha, 2006, s. 10.

<sup>87</sup> [www.who.int/evidence/assessment-instruments/qol/index.htm](http://www.who.int/evidence/assessment-instruments/qol/index.htm)

Velkou roli zde hraje pojem *zdraví*. Ústava Světové zdravotnické organizace definuje *zdraví* jako „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze absence choroby...“<sup>88</sup> Z této definice vyplývá, že nástroje pro měření zdraví musí obsahovat nejen ukazatele změn ve frekvenci a vážnosti nemoci, ale také odhad celkové spokojenosti. Tento konstrukt může být hodnocen právě měřením změn v *kvalitě života* v závislosti na zdravotní péči.

### **Vybrané definice kvality života**

Vaňurová ve své knize „*Kvalita života*“ pojednává o tom, že „...někteří autoři v souladu s WHO upozorňují na posun v chápání kvality života směrem k dosažení souladu mezi jedincem a okolím, ať už ve smyslu naplnění specifických potřeb, očekávání nebo využití individuálních schopností v interakci s okolím, a dále také na zaměření se na pozitivní charakteristiky života nemocných, nikoli pouze absence symptomů. Jednou z možností je definiční vymezení kvality života pomocí jiných používaných pojmů, výčtem, charakteristickým znakem nebo vzájemnou souvislostí těchto znaků.“<sup>89</sup> Dále Vaňurová výstižně nastiňuje několik definic QOL dle různých kritérií:<sup>90</sup>

#### **Definice QOL pomocí jiného pojmu:**

- QOL lze definovat jako komplexní měření fyzické, psychické a sociální pohody, štěstí, spokojenosti a naplnění tak, jak je vnímána každým jedincem nebo skupinou.
- QOL jako subjektivně pociťované zdraví.
- QOL jako veškeré vnímání spokojenosti s různými aspekty.
- Empiricky orientované pojetí– *kvalita života* jako taková neexistuje, význam nabývá jedině je-li vymezeno konkrétní prostředí, ve kterém je měřena. QOL musí být vždy ve spojení s řešením otázky „jaká kvalita a pro koho“.

#### **Definice vyjadřující vztah mezi charakteristikami QOL:**

Tato oblast je úzce spojena s vymezením subjektivní a objektivní dimenze QOL, spokojenosti, naplněním přání, očekávání a potřeb jedince.

---

<sup>88</sup> VAŇUROVÁ, H. *Kvalita života*. MU Brno. Brno, 2005, s. 11.

<sup>89</sup> Tamtéž, s. 12 – 13.

<sup>90</sup> Tamtéž.

- QOL vymezena jako stupeň, v němž prožívání života uspokojuje individuální, psychologická a fyzická přání a potřeby. QOL je výsledkem osobních hodnot a životního stylu, skrze něž se je jedinec snaží naplnit.
- Maslowova pyramida potřeb je základem definice QOL jako měření velikosti nepoměru mezi nenaplněnými a naplněnými potřebami a přáními.

### **Definice zaměřené na typický znak QOL**

Tento pohled umožňuje hodnocení *kvality života* nezávisle na objektivně stanoveném zdravotním stavu.

QOL jako subjektivní hodnocení vlastní životní situace.

### **Definice QOL výčtem**

Např. Vymezení QOL v rámci čtyřech oblastí spokojenosti

- fyzická pohoda
- materiální pohoda
- kognitivní pohoda (pocit spokojenosti)
- sociální pohoda (sounáležitost ke společnosti)

### **Definice QOL jako měřitelné veličiny**

QOL je v této souvislosti vymezena tím, za jakým účelem je měřena. Do této kategorie lze zařadit také koncept „vnitřní QOL“ charakterizované vysokou úrovní aktivity, dobrými mezilidskými vztahy a základní dobrou náladou jako tím, co je „objektivně“ měřitelné v psychologii.

### **Definice zdůrazňující určitou oblast**

QOL bývá vymežována nesčetnými způsoby, od velmi obecných definic, např. „schopnost vést normální život“, „seberealizace“, atd. až po komplexnější definice, které se zaměřují na jeden určitý aspekt *kvality života*.

- naplnění osobních cílů
- pocit štěstí a spokojenosti



### **3. 2. Přístupy k měření kvality života**

*Kvalita života* se jeví jako obzvláště obtížně definovatelná a tedy i náročná na metodologii měření. *Kvalita života* se stala klíčovou oblastí pro výzkumy, zaměřující se na behaviorální a sociální oblast života seniorů.<sup>91</sup> Otázky *kvality života* se neustále naléhavěji prosazují ve vnímání laické veřejnosti. Zainteresovaní pracovníci v odborné sféře se opakovaně snaží na různé úrovni postihnout problematiku hloubky prožívání života jednotlivců, skupin i společností již téměř dvě desítky let. Jak již bylo výše řečeno, detailní sledování, popis, výzkum a posuzování obsahu, náplně a komplexního chápání života ve smyslu celistvého rozvoje osobnosti se však v současnosti dotýká celé škály vědních oborů. Šíře poznatků se znatelně posunuje ve kvantitativní i kvalitativní rovině: skutečný zájemce má k dispozici četné rozsáhlé publikační materiály z různých částí světa. Celosvětové diskuzi a vzájemné informovanosti zájemců o aktuální úroveň popisu a zkoumání *kvality života* poskytují dosaženou sumu vědomostí v okruhu předmětu zájmu prostřednictvím získaných výsledků záměrné profesní orientace, nabízejí zasvěcené názory a názory a nová hlediska zkoumání problému, na specializovaných setkáních a při různých příležitostech konfrontují sledované otázky s kolegy z jiných států. Ustavičně hledají styčné momenty pro trvalé rozšiřování baterie znalostí s cílem podstatně rozšířit multi- a bilaterálních kontaktů a zajistit účinný dopad dostupných možností stálého prohlubování spolupráce k prospěchu kvality života všech vrstev obyvatelstva různých zemí.<sup>92</sup> „*Pojem kvalita života se v relativně dlouhé a zajímavé historii ‚moderního světa‘ objevoval v různých relacích od dvacátých let minulého století. H. Hnilicová uvádí jeho výskyt již v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev. Všeobecně prosazovaná myšlenka stálého rozšiřování průmyslové výroby stěží zaručovala blahobyť, spíše se doporučovalo využití cesty kvality života.*“<sup>93</sup>

---

<sup>91</sup> VAĐUROVÁ, H. *Měření a klasifikace faktorů ovlivňujících kvalitu života seniorů, nevyléčitelně nemocných a umírajících*. In Mühlpačr, P. (ED.), *Schola gerontologica*. Brno: MU 2005. S. 42.

<sup>92</sup> VÁŽANSKÝ, M. *Kvalita života starších dospělých a seniorů v kontextu výchovné a sociální pomoci*. Mendelova univerzita. Brno, 2010. S. 16.

<sup>93</sup> Tamtéž, s. 25.

Kvalitu života posuzovali lidé od pradávna. Někteří se zabývali duchovním (náboženským) životem, spiritualitou různého druhu, s koncentrací pozornosti na nalezení „dobrého“ nebo „moudrého“ života v protikladu k životu, korigovaného chytrostí a vychytralostí. Jiní směřovali hledání smyslu života do filozofické roviny, speciálně do etické a antropologického vymezení, konkrétně na označení „dobrého“ v protikladu ke „špatnému“ životu (v historii evropské filozofie lze podobnou orientaci objevit v antickém hédonismu, kde pojetí slasti i štěstí představovalo nejvyšší hodnoty, dobro). J. Payne se pokusil při sestavení obrazu člověka prostřednictvím dějinného exkurzu do období klasické řecké filozofie poskytnout iluzorní model cesty ke štěstí jako alternativy panujícího chaosu a sklonu klasifikovat každé vzepětí snahou po uspokojení potřeb. Přinejmenším k zamyšlení nabízí trojici pojmů: slast (rozkoš), klid (nečinnost, pohoda, odpočinek) a láska (ve smyslu milosrdenství) jako prameny nebo měřítko štěstí.<sup>94</sup>

V průběhu dějin se posuzováním dobra i *kvality života* mimo jiné zabývali angličtí filozofové - utilitaristé<sup>95</sup> jako např. Bentham, Hume, Hobbes. Ti každé lidské jednání posuzovali z hlediska možných následků a hodnotili jeho prospěšnost s přítomností radosti nebo štěstí z uspokojování subjektivních zájmů a potřeb. Empiricky, prostřednictvím smyslově dané zkušenosti, vnímali nejen člověka samotného, ale také souhrn výsledků, které všem ostatním přináší aktivita člověka.

Jiná pojetí se spojují s odlišným chápáním „dobra“, prezentovaného především Kantem. Filozof vycházel z rozumu a odlišil vnímání od vlastní kognitivní činnosti, myšlení. Člověka považoval za bytost uvažující, myslící, smysly překračující zprostředkovanou a zážitky definovanou empirickou skutečnost. Transcendující rovinu chápal jako duchovní sféru, z níž vycházejí principy, které řídí jednání člověka. Dobré nebo špatné principy vedou k rozdílnému životu. Kant rozlišil dvě roviny rozumových řídicích momentů na *maxima* a *kategorický imperativ*. *Maxima* označují subjektivní praktické zásady jednání, jimiž se člověk v životě řídí. Vycházejí jednak z vlastní empirické zkušenosti, ale též z převzatých a osvojených názorů od druhých lidí, vyvěrají z kultury. Vyjadřují praktické postoje osob, poněvadž odpovídají na obecné otázky typu „jak jednat“, „co dělat“, „co dělat když...“. Každý má svá vlastní maxima uvědomovaná, případně skrytá a potlačovaná ve vědomí. Žije v iluzi, že jedná podle

<sup>94</sup> VÁŽANSKÝ, M. *Kvalita života starších dospělých a seniorů v kontextu výchovné a sociální pomoci*. Mendelova univerzita. Brno, 2010. S. 16.

<sup>95</sup> Utilitarismus – zjednodušeně postoj a hodnocení podle míry užitečnosti.

subjektivně vytvořených maxim, a proto žije život dobrý, kvalitní. *Kategorický imperativ* překračuje osobní maxima a je strůjcem samotného člověka. Má obecný formální charakter, slouží za kritérium posuzování maxim a tvoří jádro morální motivace, platí pro každé lidské jednání. Člověk však má právo na svobodné rozhodnutí pro jeho aplikaci.

Je tedy jasné, že přístupy ke kvalitě života mohou být různé. Záleží na konkrétním oboru, který se kvalitou života zabývá a v jakém kontextu.

Jako nejpřehlednější (a také nejjednodušší) se zdá rozdělení na: psychologický, medicínský, sociologický, ekologický a psychoterapeutický přístup ke kvalitě života.

### **3. 3. Metody měření kvality života**

Metod, kterými se měří kvalita života, je velké množství. Kromě obecných a specifických metod můžeme zaznamenat rozdělení metod měření kvality života na tyto tři skupiny<sup>96</sup>:

- I. **Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu života hodnotí druhá osoba.**
- II. **Metody měření, kde hodnotitelem je sama daná osoba.**
- III. **Metody smíšené, vzniklé kombinací typu I. a II.**

#### **I. METODY MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA, KDE KVALITU ŽIVOTA HODNOTÍ DRUHÁ OSOBA**

Hodnocení kvality pacientova života z hlediska lidí pacientovi blízkých (lékařů, zdravotních sester, rodinných příslušníků atp.) mají své nesporné výhody. Tyto tzv. externí přístupy jsou zaměřeny na chování či jednání pacientů, které je objektivně (či téměř objektivně) měřitelné. Pracují s tzv. modelem „obecného pacienta“, a dávají tak možnost srovnání kvality života pacientů na různých odděleních, v různém stadiu nemoci, a to jak při jejím zhoršování, tak při zlepšování zdravotního stavu pacientů. Ovšem lze také shledat velké množství nedostatků tohoto přístupu k hodnocení kvality života pacienta. Např. kritéria a dimenze nemusí být v souladu s tím, jak pacient sám

---

<sup>96</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Grada. Praha, 2002. S. 165.

hodnotí svůj zdravotní stav. Z hlediska daného pacienta může jít o jiné dimenze života, nežli jsou ty, kterou jsou pro něj osobně podstatně důležité.

Ovšem v situacích, kdy pacient není – např. kvůli závažnému zranění či onemocnění – s to v rozhovoru sdělit své pojetí pro něho podstatných aspektů (cílů) svého života a míry spokojenosti s jejich realizací, je možno (nutno) využít při definování kvality jeho života hodnocení druhých osob. Je tomu tak např. u výrazných stavů Alzheimerovy nemoci, u mentální retardace, určitých vegetativních stavů pacienta, u nejmladších dětí. K tomu to ovšem Jaro Křivohlavý podotýká, že: „...rovněž v těchto případech je však třeba použít při hodnocení kvality života pacienta posudků několika osob a snažit se dosáhnout vyšší míry shody jejich hodnocení.“<sup>97</sup>

### **APACHE II**<sup>98</sup>

Tato metoda se pokouší o vystižení momentálního stavu pacienta ryze fyziologickými a patofyziologickými kritérii. Metoda APACHE II předpokládá, že na vážnost onemocnění je možné usuzovat podle toho, jak se kvantitativně odchyluje daný stav pacienta od stavu normálního. V pozadí tohoto přístupu je předpoklad, že pravděpodobně existuje vyšší míra korelace mezi údajem o vážnosti nemoci a úmrtností pacientů. Do APACHE II se nejčastěji zaznamenávají údaje o krevním tlaku, srdečním tepu, arteriální pH, údaje o věku a chronickém onemocnění pacienta atd. Celkové skóre se pohybuje v rozmezí 0-71 bodů. Přitom platí, že čím vyšší číselný údaj, tím větší je pravděpodobnost úmrtí pacienta<sup>99</sup>.

### **Karnofskyho index**

Indexem vyjadřuje lékař svůj názor na celkový zdravotní stav pacienta k danému datu. Jde o vidění kvality pacientova života spíše jako jeho celkového stavu nežli souboru jeho zdravotních problémů. Tento nástroj se zaměřuje především na tělesnou kvalitu života. Hodnocení je prezentováno v podobě škály od 0 do 100, kdy index 100 vyjadřuje normální stav pacienta a 0 vyjadřuje, že pacient je mrtev.

---

<sup>97</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Portál. Praha, 2001. S. 244.

<sup>98</sup> Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System.

<sup>99</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Grada. Praha, 2002. S. 165-166.

### **Vizuální škála celkového stavu pacienta**

Jde o globální, celek vystihující pojetí, o vidění kvality pacientova života spíše jako jeho celkového stavu nežli souboru jeho zdravotních problémů. Jde o analogovou škálu. Tato škála je 10 cm dlouhá vodorovná nebo lépe v úhlu 45° stoupající úsečka s označenými dvěma extrémy – celkový stav je velmi dobrý / celkový stav je mimořádně špatný.

### **Symbolické vyjádření kvality života**

Určitým krokem vpřed, který byl učiněn v první řadě pod tlakem každodenní praxe v nemocnicích, bylo zavedení „normalizovaného“ hodnocení pacientova života. To používalo k vyjádření kvality života hodnotitelem soustava křížků. *„I když to nebylo výslovně stanoveno, šlo v první řadě o samoobslužnost pacienta, o jeho schopnost komunikace s obsluhujícím personálem a o jeho celkový psychický stav. Princip zápisu byl jednoduchý. Čím více křížků (v rozmezí od jednoho do čtyř křížků), tím horší kvalita pacientova života.“*<sup>100</sup>

### **Slovní vyjádření kvality života**

Jde především o ILF (index kvality života pacienta). V tomto systému byla předem stanovena kritéria – např. sebeobslužnost pacienta, sociální opora pacienta, zvládání těžkostí spojených s nemocí, bolest pacienta a celkový emocionální stav pacienta atp<sup>101</sup>.

### **Kritéria kvality života podle W. O. Spitzera**

Pracovní schopnost pacienta, fyzická nezávislost pacienta na druhých lidech, finanční situace pacienta, způsob trávení volného času, bolesti pacienta, nepohodlí a nálada pacienta, vědomí pacienta o následcích jeho nemoci, komunikace s okolím, vztah pacienta s jeho primární sociální skupinou (přáteli a rodinou).<sup>102</sup>

---

<sup>100</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Grada. Praha, 2002. S. 167.

<sup>101</sup> Tamtéž, s. 168.

<sup>102</sup> Tamtéž.

## **II. METODY MĚŘENÍ, KDE HODNOTITELEM JE SAMA DANÁ OSOBA**

Způsob hodnocení kvality života druhými lidmi často vykazoval dosti značné rozdíly v tom, jak kvalitu svého života hodnotil sám pacient. Nicméně i přes všechny dobré snahy objektivních metod se objevila cesta metod subjektivních, tedy měření kvality života tak, jak je hodnocena tím, koho se osobně týká.

### **System individuálního hodnocení kvality života (SEIQoL)<sup>103</sup>**

Jedná se o způsob zjišťování kvality života, který neklade předem kritéria, která by stanovila „co je správné, dobré, žádoucí apod.“, ale vychází z osobních představ dotazovaného o tom, co on či ona považují za důležité. Metodou SEIQoL je strukturovaný rozhovor, během kterého se snažíme zjistit ty aspekty života, které jsou pro respondenta závažné. Mezi nejčastěji uváděné podněty patří: zdraví, rodina, práce, náboženství, finance, vzdělání atp.<sup>104</sup> U hodnocení uvádí osoba míru uspokojení s dosahováním určitého životního cíle v procentech od 0 do 100 %.

Myšlenková linie metody SEIQoL:

- Pojetí kvality života, jak je chápe metoda SEIQoL, je individuální. Znamená to, že se vychází z toho, jak je kvalita života definována dotazovanou osobou a jak je jí samou hodnocena. Základními daty jsou výpovědi dané osoby.
- Pojetí kvality života dané osoby závisí tak na jejím vlastním systému hodnot. Ten je při měření kvality jejího života plně respektován.
- Aspekty života, které jsou pro danou osobu v dané situaci a chvíli podstatné, jsou danou osobou určovány, zvažována a hodnoceny jako závažné. Mohou se v průběhu života měnit.
- Ty aspekty života daného člověka, které jsou pro danou osobu kriticky závažné, se daná metoda snaží poznat v rozhovoru s touto osobou.
- Relativní důležitost každého aspektu kvality života každého člověka v dané situaci se zjišťuje a měří využitím metody analýzy jeho názoru a přesvědčení.

<sup>103</sup> Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life.

<sup>104</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Grada. Praha, 2002. S. 171-172.

## SEIQoL – DW<sup>105</sup>

Tento nástroj vychází z výše uvedeného SEIQoL, přičemž SEIQoL-DW umožňuje respondentům označit ty oblasti života, které považují za nejdůležitější, a dále hodnotit jejich výkon v daných oblastech a spokojenost každou z nich.<sup>106</sup>

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

Metodou SEIQoL-DW je standardizovaný polostrukturovaný rozhovor, přičemž obsahuje tyto tři kroky<sup>107</sup>:

- Identifikace životních cílů - „Kterých pět aspektů Vašeho života byste v současné době označil/a jako nejdůležitější?“ Respondenti ve většině případů nemají problém s identifikací těchto oblastí, pokud však ano, je možné využít standardního seznamu nabídek.
- Zjištění současného stavu každého životního cíle - „Jak byste ohodnotil/a svou situaci v daných oblastech v současné době na stupnici od nejhoršího po nejlepší?“ Respondenti hodnotí současný stav na vertikální vizuální škále, která má horní extrém označený jako „nejlepší, jaká může být“ a spodní extrém jako „nejhorší, jaká může být“. Rozsah hodnocení pro každou oblast je od 0 po 100.
- Kvantifikace relativní důležitosti daných životních cílů - „Jak důležité jsou jednotlivé cíle při jejich vzájemném porovnání?“ Tento závěrečný krok hodnotí relativní podíl každé ze složek na celkové kvalitě života pomocí nástroje pro přímé hodnocení (DW instrument). Celková hodnota všech oblastí po jejich sečtení je 100.

<sup>105</sup> Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Direct Weighting.

<sup>106</sup> VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života*. MU Brno. Brno, 2005. S. 57.

<sup>107</sup> Tamtéž, s. 58-59.

SEIQoL – DW, stejně jako SEIQoL, umožňuje naprosto individualizované měření QoL.<sup>108</sup>

### **Lancashire Quality of Life Profile - LQoLP, Lancashire Quality of Life Profile-European Version - LQoLP-EU<sup>109</sup>**

Jedná se o strukturovaný sebesposuzující rozhovor, který se skládá ze 105 položek.

Zahrnuje těchto devět oblastí:

Práce a vzdělání (7 položek), volný čas (8 položek), vyznání (7 položek), finance (7 položek), životní situace (12 položek), právní status a bezpečnost (5 položek), vztahy s rodinou (7 položek), sociální vztahy (6 položek), zdraví (10 položek).

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

### **Dotazník SQUALA**

SQUALA je sebesposuzovací dotazník, vycházející z Maslowovy třístupňové teorie potřeb. Zahrnuje i oblasti, jako jsou vnitřní hodnoty např. prožitek svobody, pravdy nebo spravedlnosti, což jsou položky, kde se uplatňuje maximální míra subjektivní názoru. Dotazník vznikl ve Francii a autorem je M. Zannotti (1992). Česká verze dotazníku byla validizována v rámci projektu jako „Kvalita života QOL-CZ. Validizace českého instrumentu“ v letech 1995 – 1996. SQUALA lze využít v medicínské, sociální, psychologické i pedagogické oblasti. V těchto oblastech se využívá především za účelem diagnostiky nebo zkvalitnění péče a služeb.<sup>110</sup> Tento dotazník byl původně určen pro posuzování kvality života u osob s duševními potížemi. Při konstrukci dotazníku Zannotti se svými kolegy postupoval podle předem stanovených požadavků se záměrem podložit jej – na rozdíl od mnoha škál sestavených na základě potřeby konkrétního šetření – také teoreticky. Ve svém vymezení kvality života se vedle hedonistického pohledu, který chápe kvalitu života jako určitou úroveň štěstí, ztotožnil také s přístupem Beckmana a Detleva zdůrazňujících jako podstatnou

<sup>108</sup> VAŽUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života*. MU Brno. Brno, 2005. S. 59.

<sup>109</sup> Tamtéž, s. 60-61.

<sup>110</sup> Tamtéž, s. 63.



podmínku kvality života svobodu. V této souvislosti hovoří o autonomii a odvolávají se na WHO pojetí nemoci jako ztráty autonomie. Při konstrukci dotazníku vycházeli z Maslowovy třístupňové teorie potřeb a zařadili proto mezi oblasti života i vnitřní hodnoty, jako je prožitek svobody, pravdy nebo spravedlnosti. Za nejbližší k vlastnímu pojetí označili autoři definici pojímající měření kvality života jako zjišťování rozdílu mezi přáním a očekáváním jedince na jedné straně a jeho reálnou situací na straně druhé, doplnili ji však o dovětek, že tento rozdíl by měl být posuzován v závislosti na schopnosti jedince překonávat tuto diskrepanci mezi přáním a realitou a směřovat tak ke svobodě a autonomii.

### **III. METODY SMÍŠENÉ, VZNIKLÉ KOMBINACÍ TYPU I. A II.**

#### **MANSA**

Jde o krátký způsob hodnocení kvality života. MANSA byla vypracována v Manchesteru.

Zaměřuje se na zjišťování spokojenosti v těchto oblastech: zdravotní stav, sebepojetí, sociální vztahy, rodinné vztahy, bezpečnostní situace, životní prostředí, právní stav, finanční situace, náboženství, trávení volného času a zaměstnání.

Cílem této metody je vytvoření přesného obrazu kvality života dané osoby v dané chvíli. Tato představa dále umožňuje optimalizaci péče a pomoci.<sup>111</sup>

#### **LSS (Life Satisfactory Scale)**

V rámci metody MANSA je dále rozpracována metodika LSS - „Škála životního uspokojení“, která hodnotí nejen celkovou spokojenost se životem, ale i řadu dílčích dimenzí. Princip je stejný jako u VAS, čili jedná se o vizuální sedmidílnou stupnici se dvěma extrémy a pěti mezistupni.<sup>112</sup>

---

<sup>111</sup> VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života*. MU Brno. Brno, 2005. S. 64.

<sup>112</sup> Tamtéž, s. 65.

## 4. VÝZKUM KVALITY ŽIVOTA

### 4. 1. Cíl výzkumu, cílová skupina, charakteristika metod, formulace hypotéz

#### ➤ Cíl výzkumu

Cílem bylo zjistit, za pomoci dotazníku SQALA (viz. příloha), co nejvíce ovlivňuje kvalitu života seniorů, zda jsou senioři žijící samostatně spokojenější než senioři žijící v domově důchodců a jaká je nejdůležitější priorita v životě dotazovaných seniorů.

#### ➤ Cílová skupina

Cílovou skupinou byli senioři žijící v domově důchodců a senioři žijící samostatně. Celkem se výzkumu zúčastnilo 56 respondentů. Výzkum byl prováděn v domově důchodců ve Světlé nad Sázavou, kde bylo osloveno 28 seniorů a dále bylo osloveno 28 seniorů, kteří žijí ve svých domácnostech v Havlíčkově Brodě.

#### ➤ Charakteristika metod

Jako hlavní metodu jsem zvolila subjektivní dotazník kvality života SQUALA.<sup>113</sup> Tento typ dotazníku byl vytvořen v roce 1992 ve Francii (v Nice) a jak již bylo uvedeno výše, autorem je M. Zannotti.

Dotazník zahrnuje 23 oblastí pokrývajících vnější i vnitřní skutečnost každodenního života, u nichž respondent určuje na pětibodové hodnotící škále subjektivní důležitost této oblasti a jak je s touto oblastí spokojen. Dále je připojena otevřená otázka k případnému doplnění další oblasti důležité pro respondentův život a opominuté v předkládaném výčtu. Důležitost je hodnocena na pětibodové stupnici (0 = bezvýznamné – 4 = nezbytné) a spokojenost je vyhodnocována na pětibodové škále (0 = velmi zklamán – 4 = zcela spokojen).

Výsledky se vyjadřují formou parciálních skóru a celkového skóru kvality života.

Pokud respondent hodnotí nějakou oblast života jako bezvýznamnou, je součin vždy 0, nehledě na to, jak hodnotí spokojenost s touto oblastí.

---

<sup>113</sup> Subjektive Quality of Life Analysis.

Naopak maximální skóre 20 znamená, že je respondent „zcela spokojen“ s oblastí, kterou ohodnotil jako „nezbytnou“. Parciální skóre se zobrazují ve formě profilu kvality života: celkový skóre je dán součtem všech parciálních skóreů.

#### **Oblasti dotazníku SQUALA:**

- |                     |                        |
|---------------------|------------------------|
| - zdraví            | - fyzická soběstačnost |
| - psychická pohoda  | - prostředí a domov    |
| - spánek            | - rodina               |
| - mezilidské vztahy | - děti                 |
| - péče o sebe       | - láska                |
| - sex               | - politika             |
| - odpočinek         | - víra                 |
| - záliby            | - bezpečí              |
| - práce             | - spravedlnost         |
| - svoboda           | - krása a umění        |
| - pravda            | - peníze               |
| - jídlo             |                        |

#### **➤ Formulace hypotéz**

H1 - Za předpokladu dobré fyzické kondice je pro seniory žijící v domově důchodců i ve vlastní domácnosti, důležitá možnost být fyzicky soběstačný.

H2 – Senioři žijící v domově důchodců vykazují za nejdůležitější prioritou vlastní zdraví stejně tak jako senioři žijící samostatně.

H3 – Senioři žijící samostatně jsou spokojenější než senioři žijící v domově důchodců.

## **4. 2. Demografické údaje**

Jak již bylo řečeno, výzkumu se celkem zúčastnilo 56 respondentů. 28 jich bylo z domova důchodců ze Světlé nad Sázavou a 28 seniorů bylo z Havlíčkobrodských domácností.

Z celkového počtu respondentů bylo 28 (tj. 50%) mužů a 28 (tj. 50%) žen. Všichni dotazovaní respondenti byli senioři ve věku nad 60 let. Nejvíce dotazovaných seniorů (celkem 35) bylo ve věku 60 – 74 let. 19 seniorů pak bylo ve věku 75 – 89 let. Nejstaršímu dotazovanému bylo 88 let a věkový průměr dotazovaných byl 74, 3 let. Polovina z dotazovaných žili ve vlastní domácnosti ve městě s 25. tisíci obyvateli. Druhá polovina žila ve městě s 20. tisíci obyvateli. Necelá polovina dotazovaných byli ve svazku manželském a ostatní byli buď ovdovělí, rozvedení a nebo manželství nikdy neuzavřeli. Převážná většina dotazovaných jsou důchodci (45 osob) nebo invalidní důchodci (11 osob). (Viz. údaje níže.)

### **Pohlaví**

	<b>Četnost</b>	<b>%</b>
<b>Muži</b>	28	50
<b>Ženy</b>	28	50
<b>Celkem</b>	56	100

### **Věk**

	<b>Četnost</b>	<b>%</b>
<b>60 – 74</b>	35	64
<b>75 – 89</b>	19	36
<b>90 a více</b>	0	0

### **Bydliště**

	<b>Četnost</b>	<b>%</b>
<b>Obec do 10.000 obyvatel</b>	0	0
<b>Město 10. 000 – 50.000 obyvatel</b>	56	100
<b>Město 50. 000 – 100. 000 obyvatel</b>	0	0
<b>Město nad 100. 000 obyvatel</b>	0	0

### **Rodinný stav**

	<b>Četnost</b>	<b>%</b>
<b>Svobodný(á)</b>	8	15
<b>Ženatý (vdaná)</b>	21	37
<b>Rozvedený (á)</b>	9	16
<b>Vdovec (vdova)</b>	18	32

### **Máte děti?**

	<b>Četnost</b>	<b>%</b>
<b>ANO</b>	47	85
<b>NE</b>	9	15

### **Vzdělání**

	<b>Četnost</b>	<b>%</b>
<b>Základní</b>	19	34
<b>Střední bez maturity</b>	20	36
<b>Střední s maturitou</b>	10	18
<b>Vysokoškolské</b>	7	12

## Zaměstnání

	Četnost	%
Soukromník	0	0
V domácnosti	0	0
Důchodce (nepracující)	45	81
Invalidní důchodce	11	19
Jiné	0	0

### 4. 3. Analýza získaných dat

V této části diplomové práce vyhodnotím všech 23 položek dotazníku SQUALA a využiji všechny odpovědi od 56 respondentů.

#### **Zdraví**

##### Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	11	17 %
Velmi důležité	<b>45</b>	<b>81 %</b>
Středně důležité	1	2 %
Málo důležité	0	0 %
Bezvýznamné	0	0 %

##### Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	7	15 %
Velmi spokojen	6	12 %
Spíše spokojen	<b>27</b>	<b>51 %</b>
Nespokojen	9	15 %
Velmi zklamán	7	7 %

#### **Fyzická soběstačnost**

##### Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	14	25 %
Velmi důležité	<b>42</b>	<b>75 %</b>
Středně důležité	0	0 %
Málo důležité	0	0 %
Bezvýznamné	0	0 %

##### Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	11	20 %
Velmi spokojen	9	16 %
Spíše spokojen	<b>23</b>	<b>41 %</b>
Nespokojen	6	11 %
Velmi zklamán	7	12 %

## Psychická pohoda

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	17	30 %
Velmi důležité	<b>39</b>	<b>70 %</b>
Středně důležité	4	7 %
Málo důležité	0	0 %
Bezvýznamné	0	0 %

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	11	20 %
Velmi spokojen	13	23 %
Spíše spokojen	<b>26</b>	<b>47 %</b>
Nespokojen	6	10 %
Velmi zklamán	0	0 %

## Prostředí a domov

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	6	10 %
Velmi důležité	<b>30</b>	<b>54 %</b>
Středně důležité	18	32 %
Málo důležité	2	4 %
Bezvýznamné	0	0 %

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	15	26 %
Velmi spokojen	<b>35</b>	<b>63 %</b>
Spíše spokojen	4	7 %
Nespokojen	2	4 %
Velmi zklamán	0	0 %

## Spánek

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	10	17 %
Velmi důležité	<b>33</b>	<b>60 %</b>
Středně důležité	13	23 %
Málo důležité	0	0 %
Bezvýznamné	0	0 %

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	5	9 %
Velmi spokojen	<b>27</b>	<b>47 %</b>
Spíše spokojen	20	36 %
Nespokojen	4	8 %
Velmi zklamán	0	0 %

## Rodina (rodinné vztahy)

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	20	36 %
Velmi důležité	<b>31</b>	<b>55 %</b>
Středně důležité	5	9 %
Málo důležité	0	0 %
Bezvýznamné	0	0 %

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	10	18 %
Velmi spokojen	<b>27</b>	<b>48 %</b>
Spíše spokojen	17	30 %
Nespokojen	2	4 %
Velmi zklamán	0	0 %

## Mezilidské vztahy

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	17	30 %
Velmi důležité	<b>21</b>	<b>37 %</b>
Středně důležité	18	33 %
Málo důležité	0	0 %
Bezvýznamné	0	0 %

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	11	20 %
Velmi spokojen	20	36 %
Spíše spokojen	<b>23</b>	<b>40 %</b>
Nespokojen	2	4 %
Velmi zklamán	0	0 %

## Děti

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	3	6 %
Velmi důležité	<b>40</b>	<b>72 %</b>
Středně důležité	10	20 %
Málo důležité	2	4 %
Bezvýznamné	1	2 %

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	2	2 %
Velmi spokojen	23	41 %
Spíše spokojen	<b>26</b>	<b>47 %</b>
Nespokojen	4	8 %
Velmi zklamán	1	2 %

## Péče o sebe

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	11	22 %
Velmi důležité	<b>45</b>	<b>78 %</b>
Středně důležité	0	0 %
Málo důležité	0	0 %
Bezvýznamné	0	0 %

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	14	25 %
Velmi spokojen	16	27 %
Spíše spokojen	<b>19</b>	<b>34 %</b>
Nespokojen	6	12 %
Velmi zklamán	1	2 %

## Láska

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	9	18 %
Velmi důležité	<b>42</b>	<b>72 %</b>
Středně důležité	4	8 %
Málo důležité	1	2 %
Bezvýznamné	0	0 %

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	10	20 %
Velmi spokojen	15	30 %
Spíše spokojen	<b>17</b>	<b>34 %</b>
Nespokojen	8	16 %
Velmi zklamán	6	12 %



## Sex

### Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	1	2 %
Velmi důležité	9	18 %
Středně důležité	6	12 %
Málo důležité	<b>30</b>	<b>60 %</b>
Bezvýznamné	10	20 %

### Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	1	2 %
Velmi spokojen	7	14 %
Spíše spokojen	18	36 %
Nespokojen	<b>27</b>	<b>42 %</b>
Velmi zklamán	3	6 %

## Politika

### Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	2	2 %
Velmi důležité	8	16 %
Středně důležité	<b>21</b>	<b>42 %</b>
Málo důležité	10	20 %
Bezvýznamné	16	32 %

### Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	0	0 %
Velmi spokojen	2	4 %
Spíše spokojen	21	42 %
Nespokojen	<b>27</b>	<b>46 %</b>
Velmi zklamán	6	12 %

## Odpočinek

### Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	12	24 %
Velmi důležité	<b>20</b>	<b>40 %</b>
Středně důležité	19	26 %
Málo důležité	5	10 %
Bezvýznamné	0	0 %

### Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	6	12 %
Velmi spokojen	23	26 %
Spíše spokojen	<b>27</b>	<b>62 %</b>
Nespokojen	0	0 %
Velmi zklamán	0	0 %

## Víra

### Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	8	16 %
Velmi důležité	<b>21</b>	<b>42 %</b>
Středně důležité	3	6 %
Málo důležité	9	18 %
Bezvýznamné	15	30 %

### Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	10	20 %
Velmi spokojen	<b>17</b>	<b>34 %</b>
Spíše spokojen	16	32 %
Nespokojen	8	16 %
Velmi zklamán	5	6 %

## Záliby

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	12	24 %
Velmi důležité	10	20 %
<b>Středně důležité</b>	<b>29</b>	<b>46 %</b>
Málo důležité	4	8 %
Bezvýznamné	1	2 %

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	9	18 %
Velmi spokojen	12	24 %
<b>Spíše spokojen</b>	<b>29</b>	<b>56 %</b>
Nespokojen	5	10 %
Velmi zklamán	1	2 %

## Bezpečí

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	21	26 %
<b>Velmi důležité</b>	<b>33</b>	<b>66 %</b>
Středně důležité	2	6 %
Málo důležité	0	0 %
Bezvýznamné	0	0 %

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	8	16 %
<b>Velmi spokojen</b>	<b>21</b>	<b>42 %</b>
Spíše spokojen	19	40 %
Nespokojen	7	14 %
Velmi zklamán	0	0 %

## Práce

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	8	13 %
<b>Velmi důležité</b>	<b>27</b>	<b>45 %</b>
Středně důležité	15	25 %
Málo důležité	9	15 %
Bezvýznamné	1	2 %

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	8	13 %
Velmi spokojen	12	20 %
<b>Spíše spokojen</b>	<b>31</b>	<b>52 %</b>
Nespokojen	9	15 %
Velmi zklamán	0	0 %

## Spravedlnost

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	15	30 %
<b>Velmi důležité</b>	<b>31</b>	<b>62 %</b>
Středně důležité	10	8 %
Málo důležité	0	0 %
Bezvýznamné	0	0 %

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	1	2 %
Velmi spokojen	3	6 %
<b>Spíše spokojen</b>	<b>26</b>	<b>52 %</b>
Nespokojen	22	42 %
Velmi zklamán	4	8 %

## Svoboda

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	9	18 %
Velmi důležité	<b>29</b>	<b>52 %</b>
Středně důležité	14	22 %
Málo důležité	4	8 %
Bezvýznamné	0	0 %

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	7	10 %
Velmi spokojen	<b>21</b>	<b>40 %</b>
Spíše spokojen	20	38 %
Nespokojen	5	8 %
Velmi zklamán	3	4 %

## Krása a umění

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	4	8 %
Velmi důležité	6	12 %
Středně důležité	<b>23</b>	<b>40 %</b>
Málo důležité	<b>23</b>	<b>40 %</b>
Bezvýznamné	0	0 %

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	11	20 %
Velmi spokojen	12	22 %
Spíše spokojen	<b>28</b>	<b>54 %</b>
Nespokojen	5	6 %
Velmi zklamán	0	0 %

## Pravda

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	21	30 %
Velmi důležité	<b>30</b>	<b>60 %</b>
Středně důležité	3	6 %
Málo důležité	2	4 %
Bezvýznamné	0	0 %

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	4	6 %
Velmi spokojen	10	16 %
Spíše spokojen	<b>20</b>	<b>38 %</b>
Nespokojen	<b>20</b>	<b>38 %</b>
Velmi zklamán	2	4 %

## Peníze

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	8	14 %
Velmi důležité	<b>28</b>	<b>52 %</b>
Středně důležité	20	32 %
Málo důležité	0	0 %
Bezvýznamné	0	0 %

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	6	12 %
Velmi spokojen	5	10 %
Spíše spokojen	<b>39</b>	<b>66 %</b>
Nespokojen	5	10 %
Velmi zklamán	1	2 %

## Jídlo

### Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	8	16 %
Velmi důležité	20	38 %
<b>Středně důležité</b>	<b>25</b>	<b>42 %</b>
Málo důležité	3	6 %
Bezvýznamné	0	0 %

### Spokojenost

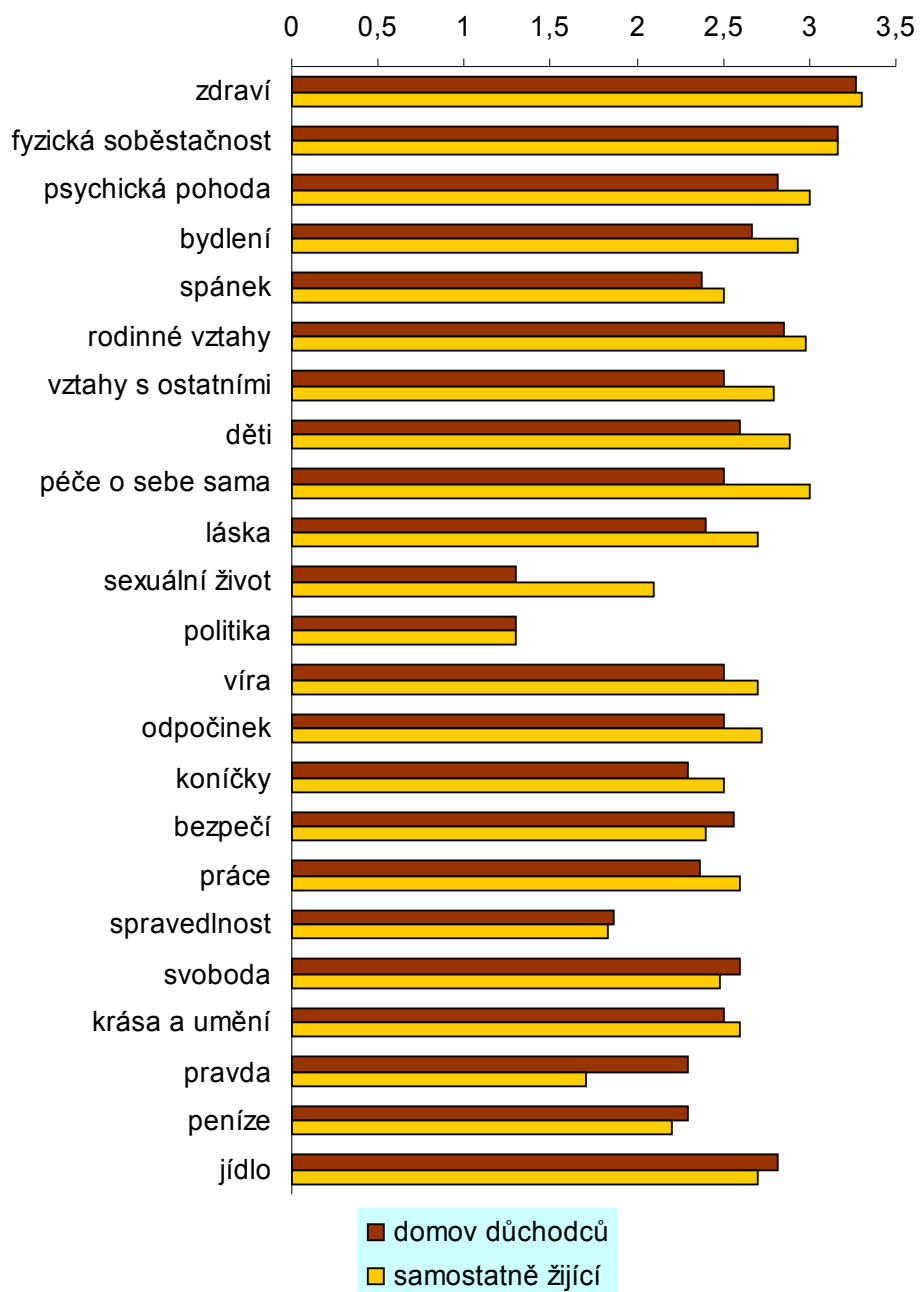
	Četnost	%
Zcela spokojen	10	20 %
Velmi spokojen	18	34 %
<b>Spíše spokojen</b>	<b>23</b>	<b>36 %</b>
Nespokojen	5	10 %
Velmi zklamán	0	0 %

### Doplňující otázka – Co dalšího je pro vás důležité?

Tuto možnost využilo 5 dotazovaných (tj. 9%) . Nejvíce se objevovaly tyto tři položky:

- klid
- pomoc dětem (nebo jim nebýt alespoň na obtíž)
- tolerance

## Graf vyhodnocující priority seniorů žijících samostatně a v domově důchodců



**Tabulka vyhodnocení spokojenosti klientů žijících v domově důchodců  
a klientů žijících samostatně**

	<b>Samostatně žijící</b>	<b>Domov důchodců</b>
<b>ZDRAVÍ</b>	<b>1,9</b>	<b>1,8</b>
<b>FYZICKÁ SOBĚSTAČNOST</b>	<b>2,5</b>	<b>2,0</b>
<b>PSYCHICKÁ POHODA</b>	<b>2,9</b>	<b>2,3</b>
<b>BYDLENÍ</b>	<b>3,0</b>	<b>2,4</b>
<b>SPÁNEK</b>	<b>2,7</b>	<b>2,5</b>
<b>RODINNÉ VZTAHY</b>	<b>3,2</b>	<b>3,0</b>
<b>VZTAHY S OSTATNÍMI</b>	<b>3,0</b>	<b>2,5</b>
<b>DĚTI</b>	<b>2,9</b>	<b>2,0</b>
<b>PÉČE O SEBE SAMA</b>	<b>2,9</b>	<b>2,0</b>
<b>LÁSKA</b>	<b>3,0</b>	<b>2,7</b>
<b>SEXUÁLNÍ ŽIVOT</b>	<b>1,3</b>	<b>1,0</b>
<b>POLITIKA</b>	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>
<b>VÍRA</b>	<b>3,0</b>	<b>2,7</b>
<b>ODPOČINEK</b>	<b>3,2</b>	<b>3,0</b>
<b>KONÍČKY</b>	<b>3,4</b>	<b>2,5</b>
<b>BEZPEČÍ</b>	<b>2,9</b>	<b>2,4</b>
<b>PRÁCE</b>	<b>2,6</b>	<b>2,2</b>
<b>SPRAVEDLNOST</b>	<b>2,1</b>	<b>1,3</b>
<b>SVOBODA</b>	<b>3,0</b>	<b>2,1</b>
<b>KRÁSA A UMĚNÍ</b>	<b>2,7</b>	<b>2,6</b>
<b>PRAVDA</b>	<b>2,3</b>	<b>1,7</b>
<b>PENÍZE</b>	<b>2,3</b>	<b>2,7</b>
<b>JÍDLO</b>	<b>2,7</b>	<b>3,0</b>

#### **4. 4. Závěry z výzkumné části**

Dle doložených údajů lze prohlásit stanovené hypotézy za potvrzené. Z údajů vyplněných v dotaznících a zpracovaných v této diplomové práci lze vyčíst, nejen jaké mají senioři potřeby a priority, ale také to, jak jsou s konkrétními oblastmi ve svém životě spokojeni. To může být užitečným vodítkem při zvyšování jejich kvality života a celkové spokojenosti ve stáří.

**H1 – Za předpokladu dobré fyzické kondice je pro seniory žijící v domově důchodců i ve vlastní domácnosti, důležitá možnost být samostatný.**

Z příloženého grafu lze potvrdit, že pro seniory žijící v domově důchodců i ve vlastní domácnosti je důležitá možnost být samostatný.

**H2 – Senioři žijící v domově důchodců vykazují za nejdůležitější prioritu vlastní zdraví stejně tak jako senioři žijící samostatně.**

Z grafu lze dále konstatovat, že senioři žijící v domově důchodců, stejně tak jako senioři žijící ve vlastních domácnostech, vykazují za nejdůležitější prioritu vlastní zdraví. Nicméně spokojenost s touto oblastí není úměrná důležitosti.

**H3 – Senioři žijící samostatně jsou spokojenější než senioři žijící v domově důchodců.**

Níže přiložená tabulka dokazuje, že senioři žijící samostatně jsou spokojenější než senioři žijící v domově důchodců. V 21 z 23 oblastí jsou senioři žijící samostatně spokojenější než senioři v domově důchodců.

## Závěr

Cílem této diplomové práce bylo zjistit, za pomoci dotazníku SQUALA, co nejvíce ovlivňuje kvalitu života seniorů, jaké jsou priority seniorů a zda jsou senioři žijící samostatně spokojenější než senioři žijící v domově důchodců. V samostatné výzkumné části byly stanoveny tři hypotézy a dle vyhodnocených údajů zaznamenaných v tabulce a v grafu lze prohlásit tyto hypotézy za potvrzené.

Z výzkumu lze také dovodit, na které oblasti je důležité zaměřit pozornost při zvyšování kvality života seniorů. Cílem těchto snah je zlepšit kvalitu života na takovou úroveň, která by umožnila seniorům zachovat si co nejdéle vitalitu, zdraví a tím i soběstačnost. Faktorů, které ovlivňují kvalitu života je mnoho. U každého je však pojem „kvality života“ prezentován jinak a to na základě rozdílnosti hodnot a potřeb, které člověk uznává. Proto je nezbytný individuální přístup ke každému člověku. Na kvalitu života má vliv nejenom samotný jedinec, ale v nemalé míře také společnost. Z její strany se jedná především o zdravotní a sociální péči, nabídku různých kulturních a zájmových činností, aktivizačních programů, vzdělávacích programů, možností zapojení se do společenského života atp. Velkým trendem je rozšiřující se nabídka terénních sociálních služeb podporující setrvání seniorů ve svém domácím prostředí.

Mnoho lidí si uvědomuje proces stárnutí (ovšem ne vždy si ho chtějí připustit) a v zájmu společnosti je tedy žádoucí, aby se společnost zapojila do osvětové činnosti, která podpoří starší generaci v přípravě na stáří. A to nejen z toho důvodu, že stáří je skutečnost se kterou se mnozí neradi vyrovnávají. V závěru shledávám velice pozitivní fakt, že snaha o zdokonalování osvětové činnosti se v této oblasti zvyšuje. To můžeme postřehnout např. i z „Národního programu přípravy na stárnutí“, který vytvořila vláda ČR za účelem podpory důstojného a kvalitního prožití stáří.



## **Resumé**

Tato diplomová práce se zabývá kvalitou života seniorů, přičemž vychází z odborné literatury a informací o daném tématu.

Diplomová práce pojednává o pojmu stáří a stárnutí, zabývá se teoriemi stárnutí a různými změnami ve stáří. V této souvislosti také zmiňují vědy, které s problematikou stáří souvisí. Následně se zabývám systémem péče o seniory v ČR na což navazuje další část, která je věnována samotné kvalitě života seniorů, jejímu teoretickému vymezení a rozboru faktorů, které kvalitu života ovlivňují. Poslední výzkumná kapitola se zaměřuje na zjišťování kvality života seniorů, na teoretické vymezení a přístupy k této problematice, dále na nástroje a metody měření kvality života.

## **Anotace**

Ústředním tématem diplomové práce je stárnutí, stáří a kvalita života v tomto období. V práci je uveden přehled klasických teorií stárnutí. Je zde nastíněn fakt, že ve stáří dochází k výraznějším fyzickým i psychickým změnám. S tím souvisí i různá onemocnění, která často doprovázejí nástup vyššího věku. Dále je v práci popsáno jaké máme v ČR možnosti poskytování sociální podpory a sociální služby. V neposlední řadě diplomová práce pojednává o kvalitě života seniorské populace a vybraných etických problémech. Práce je podložena terénním výzkumem, přičemž hlavní metodou byl dotazník SQUALA a analýza odborné literatury.

## **Annotation**

This thesis discusses about quality of seniors' life and comes from a specialized literature and information about the issue. In this connection I allude to sciences which are connected to the issue about senescence. In the second part I write about the system of care services for seniors in the Czech Republic. The third section is about the quality of seniors' life, its theoretic definition and analysis of factors which affect the quality of their life. The last research part aims at detecting life quality of seniors, theoretic definition and possible accesses to this issue, also methods of measuring the life quality are contained.

## Seznam použité literatury

- BAŠTECKÝ, J., KÜMPEL, Q., VOJTĚCHOVSKÝ, M.** *Gerontopsychiatrie*. Grada Avicenum. Praha, 1994.
- ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D.** *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Portál. Praha, 2011.
- DRAGOMIRECKÁ, E. a kol.** *SQUALA*. Psychiatrické centrum. Praha, 2006.
- GURKOVÁ E.**, *Hodnocení kvality života. Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Grada. Praha 2011.
- HAŠKOVCOVÁ, H.** *Manuálek sociální gerontologie*. IDVPZ. Brno, 2002.
- HAŠKOVCOVÁ, H.** *Fenomén stáří*. Panorama. Praha, 2010.
- HOWELLS, G. J.** *Modern Perspective in the Psychiatry of Old Age*. Brunner/Mazel, Publishers. New York, 1975.
- JAROLÍMOVÁ, E.** *Problematika penzionování a význam práce v důchodovém věku*. Gerontologické aktuality, 2005, č. 2.
- JAVORSKÁ, M.** *Domácí péče jako forma sociální a zdravotní pomoci seniorům a zdravotně postiženým*. In. Mühlpachr, P. *Sociální práce jako životní pomoc*. MU. Brno, 2006.
- KAASCH, E.** *Bilder des Alterns im Wandel*. Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Stuttgart. 2009.
- KALVACH, Z.** *Geriatric a gerontologie*. Grada. Praha, 2004.
- KALVACH, Z.** *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Grada. Praha, 2008.
- KALVACH, Z.** *Úvod do gerontologie a geriatric*. Karolinum. Praha, 1997.
- KOCKA, J.** *Altern: Familie, Zivilgesellschaft, Politik*. Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Stuttgart. 2009.
- KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E.** *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. ANAG. Olomouc, 2003.
- KRAMÁŘOVÁ, N.** *Gerontopsychiatrie*. Jihočeská univerzita. České Budějovice, 2005.
- KŘIVOHLAVÝ, J.** *Psychologie nemoci*. Grada. Praha, 2002
- KŘIVOHLAVÝ, J.** *Psychologie zdraví*. Portál. Praha, 2001.

- MALÍKOVÁ, E.** *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních.* Grada. Praha, 2011.
- MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P.** *Sociální práce v praxi.* Portál. Praha, 2010.
- MÜHLPACHR, P.** *Gerontopedagogika.* Brno: MU 2009.
- MÜHLPACHR, P. (ED.),** *Schola gerontologica.* Brno: MU 2005.
- PETŘKOVÁ, A., ČORNANIČOVÁ, R.** *Gerontagogika.* UP Olomouc. Olomouc, 2004.
- PIKOLA, P., ŘÍHA, M.** *Služby sociální péče v domovech pro seniory.* NAČR. Praha, 2010.
- PŘÍHODA, V.** *Ontogeneze lidské psychiky.* SPN. Praha, 1974.
- PYŠNÝ, L.** *Kvalita života II.* Studia Valetudinaria. Ústí nad Labem, 2008
- ŠVANCARA, J.** *Kompendium vývojové psychologie.* Státní pedagogické nakladatelství. Praha, 1973.
- ŠVINGALOVÁ, D.** *Kapitoly z psychologie III. díl.* Katedra pedagogiky a psychologie, Liberec. Liberec, 2002.
- VAĎUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P.** *Kvalita života.* MU Brno. Brno, 2005.
- VÁGNEROVÁ, M.** *Vývojová psychologie.* Portál. Praha, 2002.
- VÁŽANSKÝ M.,** *Kvalita života starších dospělých a seniorů v kontextu výchovné a sociální pomoci.* Mendelova univerzita. Brno, 2010.
- WEDLICOVÁ I., HEŘMANOVÁ V.** *Kapitoly z vývojové psychologie.* Univerzita J. E. Purkyně. Ústí nad Labem, 2008.
- ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J.** *Základy psychologie pro zdravotnické obory.* Grada. Praha, 2011.

## Internetové odkazy

- [www.who.int/evidence/assessment-instruments/qol/index.htm](http://www.who.int/evidence/assessment-instruments/qol/index.htm)
- [www.mpsv.cz/cs/1215](http://www.mpsv.cz/cs/1215)
- <http://www.uzis.cz/rychle-informace/stredni-delka-zivota-prozita-zdravi-ceske-republice-roce-2006>

## Další použité zdroje

- *Kvalita života ve stáří: národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012.* MPSV. Praha, 2008.
- ODBOR STATISTIKY VÝVOJE OBYVATELSTVA. *Senioři v České Republice.* Český statistický úřad. Praha, 2004.

# **Příloha**

## **Dotazník SQUALA**

Pro účel této diplomové práce jsem použila českou verzi dotazníku SQUALA<sup>114</sup>, kterou vydalo Psychiatrické centrum Praha v roce 2003. Jedná se o upravenou verzi Zannottiho dotazníku z roku 1992.

---

<sup>114</sup> DRAGOMIRECKÁ, E. a kol. *SQUALA*. Psychiatrické centrum. Praha, 2006. S. 43-46.

# Dotazník kvality života (SQUALA)

Pořadové číslo \_\_\_\_

Id. Číslo \_\_\_\_

Vážený pane, vážená paní,

Cílem tohoto dotazníku je hodnocení kvality života.

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

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

Děkujeme Vám za spolupráci na naší výzkumné práci.

## DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Zaškrtněte, prosím, odpovídající položky:

1) POHLAVÍ

muž.....1

žena.....2

2) VĚK \_\_\_\_

3) BYDLÍTE V:

obci do 10 000 obyvatel .....1

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

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

velkoměstě nad 100 000 obyvatel.....4

#### 4) UKONČENÉ VZDĚLÁNÍ

- neukončené základní..... 1
- základní..... 2
- střední bez maturity.....3
- střední s maturitou.....4
- vysokoškolské..... 5

#### 5) ZAMĚSTNÁNÍ

- a) Jste soukromník?.....ano – ne
- b) Zaměstnáváte další osoby?...ano – ne
- c) Pokud pracujete, uveďte své hlavní zaměstnání:

\_\_\_\_\_

d) Pokud nepracujete, uveďte jeden z důvodů:

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

#### 6) HMOTNÉ ZABEZPEČENÍ

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

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

#### 7) RODINNÝ STAV

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

#### 8) MÁTE DĚTI?

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



## HODNOCENÍ DŮLEŽITOSTI

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

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

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

## HODNOCENÍ SPOKOJENOSTI

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

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

## Poznámkový a odkazový aparát

- HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Panorama. Praha, 2010. S. 15.
- <sup>2</sup> VAĐUROVÁ H., *Měření a klasifikace faktorů ovlivňujících kvalitu života seniorů, nevyléčitelně nemocných a umírajících*. In Mühlpachr, P. (ED.), *Schola gerontologica*. Brno: MU 2005. S. 42.
- <sup>3</sup> JAROLÍMOVÁ, E. *Problematika penzionování a význam práce v důchodovém věku*. Gerontologické aktuality, 2005, č. 2, s. 8.
- <sup>4</sup> MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. MU, Ped. fakulta. Brno, 2009. S. 16.
- <sup>5</sup> JAVORSKÁ, M. *Nové trendy v péči o seniory*. IN. MÜHLPACHR, P. (ED.), *Schola gerontologica*. Brno: MU 2005. S. 108.
- <sup>6</sup> Postoj, který vyjadřuje obecně sdílené přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti stáří a projevuje se podceňováním, odmítáním, eventuálně až odporem ke starým lidem.
- <sup>7</sup> ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Grada. Praha, 2011. S. 101.
- <sup>8</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Portál. Praha, 2002, s. 356.
- <sup>9</sup> KAASCH, E. *Bilder des Alterns im Wandel*. Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Stuttgart. 2009. S. 12.
- <sup>10</sup> JAROLÍMOVÁ, E. *Problematika penzionování a význam práce v důchodovém věku*. Gerontologické aktuality, 2005, č. 2, s. 8.
- <sup>11</sup> Srv. *Kvalita života ve stáří: národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*. MPSV. Praha, 2008. S. 13-14.
- <sup>12</sup> KOCKA, J. *Altern: Familie, Zivilgesellschaft, Politik*. Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Stuttgart. 2009. S. 91.
- <sup>13</sup> „Samo stáří je nemoc.“
- <sup>14</sup> BAŠTECKÝ, J., KÜMPEL, Q., VOJTĚCHOVSKÝ, M. *Gerontopsychiatrie*. Grada Avicenum. Praha, 1994. S. 15.
- <sup>15</sup> Tamtéž s. 20.
- <sup>16</sup> KALVACH, Z. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Karolinum. Praha, 1997. S. 18.
- <sup>17</sup> KALVACH, Z. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Karolinum. Praha, 1997. S. 20.
- <sup>18</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Portál. Praha, 2002. S. 520.
- <sup>19</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Portál. Praha, 2002. S. 528.
- <sup>20</sup> PŘÍHODA, V., *Ontogeneze lidské psychiky*. IV. díl. SPN. Praha. 1974. S. 9.
- <sup>21</sup> PETŘKOVÁ, A., ČORNANIČOVÁ, R. *Gerontagogika*. UP Olomouc. Olomouc, 2004. S. 7.
- <sup>22</sup> PŘÍHODA, V., *Ontogeneze lidské psychiky*. IV. díl. SPN. Praha. 1974. S. 10.
- <sup>23</sup> <http://www.uzis.cz/rychle-informace/stredni-delka-zivota-prozita-zdravi-ceske-republice-roce-2006>.
- <sup>24</sup> [Http://www.mpsv.cz/cs/1215](http://www.mpsv.cz/cs/1215).
- <sup>25</sup> KALVACH, Z., *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Karolinum. Praha, 1997. S. 122.
- <sup>26</sup> Pauperizace – jde o ekonomické zbídačování, znemožňující uspokojit potřeby přiměřené dané společnosti.
- <sup>27</sup> Segregace – vytěsňování, nedobrovolný život vně společnosti.
- <sup>28</sup> Generační intolerance – kompetice o pracovní příležitosti, vedoucí pozice, o bydlení.
- <sup>29</sup> PETŘKOVÁ, A., ČORNANIČOVÁ, R. *Gerontagogika*. UP Olomouc. Olomouc, 2004. S. 8.
- <sup>30</sup> Tamtéž, s. 16.
- <sup>31</sup> KALVACH, Z., *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Grada. Praha, 2008. S. 21.
- <sup>32</sup> Viz. *Kvalita života ve stáří: národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*. MPSV. Praha, 2008. S. 15.
- <sup>33</sup> KRAMÁŘOVÁ, N. *Gerontopsychiatrie*. Jihočeská univerzita. České Budějovice, 2005. S. 7.
- <sup>34</sup> KALVACH, Z. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Karolinum. Praha, 1997. S. 25.
- <sup>35</sup> ŠVANCARA, J. *Kompendium vývojové psychologie*. Státní pedagogické nakladatelství. Praha, 1973. S. 183.
- <sup>36</sup> KALVACH, Z. *Geriatrie a gerontologie*. Grada. Praha, 2004. S. 86.
- <sup>37</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Portál, Praha 2002. S. 502.
- <sup>38</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Portál, Praha 2002. S. 520.
- <sup>39</sup> Starý člověk trpí současně větším počtem různých, zpravidla chronických onemocnění.
- <sup>40</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Portál, Praha 2002. S. 522.
- <sup>41</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Panorama. Praha, 1990. S. 98.
- <sup>42</sup> Jsou patrné změny v oblasti vidění (změny zrakové ostrosti, změny ve vnímání barev) a změny ve vnímání akustických podnětů (snížení citlivosti k vyšším frekvencím akustického spektra,

- nedoslýchavost). Dále jsou to změny ve vnímání chuťových podnětů, změny v oblasti vnímání vůní a pachů, změny řeči a spánku. Omezení těchto činností může vést k pocitům nudy, úzkosti až deprese.
- <sup>43</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Portál, Praha 2002. S. 450.
- <sup>44</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Portál, Praha 2002. S. 450-451.
- <sup>45</sup> ŠVANCARA, J. *Kompendium vývojové psychologie*. Státní pedagogické nakladatelství. Praha, 1973. S. 192.
- <sup>46</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Portál, Praha 2002. S. 455.
- <sup>47</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Portál, Praha 2002. S. 452.
- <sup>48</sup> ŠVANCARA, J. *Kompendium vývojové psychologie*. Státní pedagogické nakladatelství. Praha, 1973. S. 186.
- <sup>49</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Portál, Praha 2002. S. 454.
- <sup>50</sup> ŠVANCARA, J. *Kompendium vývojové psychologie*. Státní pedagogické nakladatelství. Praha, 1973. S. 186.
- <sup>51</sup> ŠVANCARA, J. *Kompendium vývojové psychologie*. Státní pedagogické nakladatelství. Praha, 1973. S. 191.
- <sup>52</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Portál, Praha 2002. S. 456.
- <sup>53</sup> ŠVINGALOVÁ, D. *Kapitoly z psychologie III. díl*. Katedra pedagogiky a psychologie, Liberec. Liberec, 2002. S. 45.
- <sup>54</sup> KOCKA, J. *Altern: Familie, Zivilgesellschaft, Politik*. Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Stuttgart. 2009. S. 191.
- <sup>55</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Portál, Praha 2002. S. 460.
- <sup>56</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Portál, Praha 2002. S. 460.
- <sup>57</sup> WEDLICOVÁ, I. HEŘMANOVÁ V. *Kapitoly z vývojové psychologie*. Univerzita J. E. Purkyně. Ústí nad Labem, 2008. S. 112.
- <sup>58</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Portál, Praha 2002. S. 464.
- <sup>59</sup> HOWELLS, G. J. *Modern Perspective in the Psychiatry of Old Age*. Brunner/Mazel, Publishers. New York, 1975. S. 108.
- <sup>60</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Panorama. Praha, 2010. S. 235.
- <sup>61</sup> ODBOR STATISTIKY VÝVOJE OBYVATELSTVA. *Seniři v České Republice*. Český statistický úřad. Praha, 2004. S. 6.
- <sup>62</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. IDVPZ. Brno, 2002. S. 32.
- <sup>63</sup> BICKOVÁ, L., ČÁMSKÝ, P., a kol. *Pečovatelská služba v České republice*. APSS. Tábor, 2010. S. 13.
- <sup>64</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. IDVPZ. Brno, 2002. S. 32-35.
- <sup>65</sup> MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Grada. Praha, 2011. S. 30.
- <sup>66</sup> JAVORSKÁ, M. *Nové trendy v péči o seniory*. IN. MÜHLPACHR, P. (ED.), *Schola gerontologica*. Brno: MU 2005. S. 111.
- <sup>67</sup> ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Portál. Praha, 2011. S. 10.
- <sup>68</sup> MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Grada. Praha, 2011. S. 58.
- <sup>69</sup> Např. denní stacionáře, centra denních služeb, sociálně terapeutické dílny, domovy se zvláštním režimem, atd.
- <sup>70</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Panorama. Praha, 2010. S. 237.
- <sup>71</sup> KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. ANAG. Olomouc, 2003. S. 128.
- <sup>72</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Panorama. Praha, 2010. S. 239.
- <sup>73</sup> KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. ANAG. Olomouc, 2003. S. 112-114.
- <sup>74</sup> MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. Portál. Praha, 2010. S. 169.
- <sup>75</sup> JAVORSKÁ, M. *Domácí péče jako forma sociální a zdravotní pomoci seniorům a zdravotně postiženým*. In. Mühlpachr, P. *Sociální práce jako životní pomoc*. MU. Brno, 2006. S. 63.
- <sup>76</sup> PIKOLA, P., ŘÍHA, M. *Služby sociální péče v domovech pro seniory*. NAČR. Praha, 2010. S. 63.
- <sup>77</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Panorama. Praha, 2010. S. 237.
- <sup>78</sup> KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. ANAG. Olomouc, 2003. S. 44.
- <sup>79</sup> Římský klub je mezinárodní organizace, kterou založil v roce 1968 italský podnikatel A. Pecceiom. Tato organizace združuje významné vědce a společenské činitele. Je hlavním centrem vypracovávání globálních prognóz s cílem působit na veřejné mínění a rozvíjet dialog s politickými činiteli.
- <sup>80</sup> Především jde o činnosti pracovní, profesionální, kulturní, politické, ideové, rodinné, činnosti ve volném čase apod.

- <sup>81</sup> BALOGOVÁ, B. *Kvalita života seniorů*, in Mühlpachr, P. (ED.), *Schola gerontologica*. Brno: MU 2005. S. 159.
- <sup>82</sup> BALOGOVÁ, B. *Kvalita života seniorů*, in Mühlpachr, P. (ED.), *Schola gerontologica*. Brno: MU 2005. S. 160.
- <sup>83</sup> Tamtéž, s. 161.
- <sup>84</sup> GURKOVÁ E., *Hodnocení kvality života. Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Grada. Praha 2011. S. 58.
- <sup>85</sup> PYŠNÝ, L. *Kvalita života II*. Studia Valetudinaria. Ústí nad Labem, 2008. S. 75.
- <sup>86</sup> DRAGOMIRECKÁ, E. a kol. *SQUALA*. Psychiatrické centrum. Praha, 2006, s. 10.
- <sup>87</sup> [www.who.int/evidence/assessment-instruments/qol/index.htm](http://www.who.int/evidence/assessment-instruments/qol/index.htm)
- <sup>88</sup> VAĐUROVÁ, H. *Kvalita života*. MU Brno. Brno, 2005, s. 11.
- <sup>89</sup> Tamtéž, s. 12 – 13.
- <sup>90</sup> Tamtéž.
- <sup>91</sup> VAĐUROVÁ, H. *Měření a klasifikace faktorů ovlivňujících kvalitu života seniorů, nevléčitelně nemocných a umírajících*. In Mühlpachr, P. (ED.), *Schola gerontologica*. Brno: MU 2005. S. 42.
- <sup>92</sup> Srv. VÁŽANSKÝ, M. *Kvalita života starších dospělých a seniorů v kontextu výchovné a sociální pomoci*. Mendelova univerzita. Brno, 2010. S. 16.
- <sup>93</sup> Tamtéž, s. 25.
- <sup>94</sup> VÁŽANSKÝ, M. *Kvalita života starších dospělých a seniorů v kontextu výchovné a sociální pomoci*. Mendelova univerzita. Brno, 2010. S. 16.
- <sup>95</sup> Utilitarismus – zjednodušeně postoj a hodnocení podle míry užitečnosti.
- <sup>96</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Grada. Praha, 2002. S. 165.
- <sup>97</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Portál. Praha, 2001. S. 244.
- <sup>98</sup> Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System.
- <sup>99</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Grada. Praha, 2002. S. 165-166.
- <sup>100</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Grada. Praha, 2002. S. 167.
- <sup>101</sup> Tamtéž, s. 168.
- <sup>102</sup> Tamtéž.
- <sup>103</sup> Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life.
- <sup>104</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Grada. Praha, 2002. S. 171-172.
- <sup>105</sup> Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Direct Weighting.
- <sup>106</sup> VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života*. MU Brno. Brno, 2005. S. 57.
- <sup>107</sup> Tamtéž, s. 58-59.
- <sup>108</sup> VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života*. MU Brno. Brno, 2005. S. 59.
- <sup>109</sup> Tamtéž, s. 60-61.
- <sup>110</sup> Tamtéž, s. 63.
- <sup>111</sup> VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života*. MU Brno. Brno, 2005. S. 64.
- <sup>112</sup> Tamtéž, s. 65.
- <sup>113</sup> Subjective Quality of Life Analysis.
- <sup>114</sup> DRAGOMIRECKÁ, E. a kol. *SQUALA*. Psychiatrické centrum. Praha, 2006. S. 43-46.