

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

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Brno 2010

Bc. Petra Kozáková

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

KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí diplomové práce:

doc. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.

Vypracovala:

Bc. Petra Kozáková

Brno 2010

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.

V Brně dne 12. 3. 2010

.....
Petra Kozáková

Poděkování:

Velmi děkuji doc. PhDr. Pavlu Múhlpachrovi, Ph.D. za trpělivé a odborné vedení diplomové práce, za cenné rady při jejím zpracování a za poskytnutí času. Mé poděkování patří i ochotným seniorům, kteří se spolupodíleli na výzkumném šetření.

.....
Petra Kozáková

OBSAH	5
Úvod	6
Cíl diplomové práce	
Popis problému, který bude v práci řešen	
Cílová skupina pro empirický výzkum	
Vybrané zařízení pro empirický výzkum	
1. Problematika stáří a stárnutí	8
1.1. Stáří a stárnutí populace	8
1.2. Klasické teorie stárnutí	13
1.3. Vědní disciplíny zabývající se stárnutím	14
1.4. Umírání a smrt	15
2. Druhy sociální podpory v ČR	17
2.1. Sociální služby	17
2.2. Sociální poradenství	23
2.3. Pečovatelská služba	24
2.4. Domovy pro seniory	25
2.5. Krizová centra	25
3. Kvalita života seniorů	27
3.1. Vymezení pojmu kvalita života seniorů	27
3.2. Vybrané etické problémy seniorů	35
3.3. Onemocnění související s věkem	39
3.4. Podpora rodiny v nemoci	40
3.5. Vzdělávání ve vyšším věku	41
4. Vlastní empirický průzkum	45
4.1. Cíl průzkumu, formulace hypotéz	45
4.2. Vzorek k průzkumu (DPS Pozořice, DD Tuřany, ostatní)	45
4.3. Použitá metoda zpracování empirického průzkumu	46
4.4. Univariační analýza výsledků	46
4.5. Vyhodnocení a výsledky průzkumu	63
Závěr	72
Resumé	73
Anotace	74
Seznam použité literatury	75
Příloha	

Úvod

V diplomové práci se chci zabývat tématem kvalita života seniorů. Problematika kvality života seniorů je téma aktuální a je čím dál větší problém pro celou společnost a není dlouhodobě a efektivně řešena.

Toto téma bývá v mládí většinou nevíтанé, později opomíjené a když se začíná hlásit, je člověk zaskočen. 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. Různými prostředky se snažíme známky stárnutí ovlivnit, či zmírnit, nechceme zestárnout, máme obavu z následků tohoto článku života. Projevuje se změnami zdravotního stavu, jak tělesného tak i duševního, ztrácíme nezávislost, máme pocit bezmoci, ponížení, ignorace okolí, nesoběstačnost atd.

Senioři bývají často hospitalizováni v různých zdravotních zařízeních, zhoršuje se jejich zdatnost a odolnost organismu a to má negativní vliv na délku hospitalizace, nákladnost péče a pokud v těchto situacích nemají vhodné sociální zázemí, kdy se rodina nemůže nebo nechce o seniora starat, mohou se ocitnout v některém zařízení poskytující zdravotní a sociální péči.

Cílem mé práce je porovnat úroveň života seniorů v domově důchodců a domově s pečovatelskou službou a seniorů žijících v rodinném prostředí, nebo samostatně. Ve vybraných sociálních zařízeních chci zjistit spokojenost seniorů a celkové hodnocení úrovně jejich života.

Jako výběrový soubor chci oslovit klienty sociálního zařízení, dům s pečovatelskou službou Pozořice, klienty domova důchodců v Tuřanech a náhodně vybraný vzorek seniorů žijících v rodinném prostředí nebo žijících samostatně.

Práce je rozdělena do čtyř kapitol. V první kapitole se zabývám problematikou stáří a stárnutí. V druhé kapitole popisuji problematiku sociální podpory a péče v naší republice, věnované seniorům. Třetí kapitolu věnuji kvalitě života seniorů, etickým problémům seniorů, vzdělávání této skupiny obyvatelstva a také onemocnění lidí ve vyšším věku.

Ve čtvrté kapitole je zpracován vlastní průzkum, který se zabývá úrovní života seniorů a jejich spokojenosti.

Ke zpracování své diplomové práce jsem použila metodu dotazníku kvality života SQUALA, a analýzu odborné literatury.

1. Problematika stáří a stárnutí

Při odchodu do důchodu se střetávají 2 aspekty života seniorů. Změní se jejich denní činnost a také společenský status. Senioři se tak zaměřují na svůj zdravotní stav, svoji rodinu a také příjemné prožití volného času.

Carl Gustav Jung kdysi napsal, že pokud mladý člověk do čtyřicátého roku věku myslí často na svoji smrt, může to být patologické, ale pokud člověk po čtyřicítce na svoji smrt nemyslí, je to patologické docela jistě.

Seniory můžeme například rozdělit do několika skupin, podle jejich životního stylu.

Jedná se o **tradiční důchodce** – např. preferují levné zboží, nakupují ve slevách, stáncích, výprodejích atd. Tráví volný čas u televizních obrazovek (www.senio.cz).

Další skupinou jsou **moderní důchodci**-tito lidé aktivně přistupují k zajištění finančních prostředků na seniorská léta. Jsou to převážně kvalifikovaní lidé, při nákupu se rozhodují na základě pohodlí, příjemné obsluhy a prostředí (www.senio.cz).

Dále se jedná o tzv. **bohaté důchodce**- většinou se jedná o úspěšné podnikatele, vědce, managery atd. Tito lidé si při nákupech potrpí na luxusní zboží a kvalitní služby (www.senio.cz).

1.1. Stáří a stárnutí populace

Stáří je nevyhnutelnou perspektivou každého člověka. Rychlé stárnutí společnosti je již delší dobu pozorované v zemích západní Evropy, začíná již být aktuálním problémem v České republice. Vnímáme stárnutí jako problém zatěžující náš sociální a zdravotní systém. Do popředí se však dostává i problematika etických aspektů péče o seniory.

P.B.Baltes říká, že stáří je tělesný, psychický, sociální a duchovní jev. Staří lidé nejsou členy nějaké homogenní skupiny, naopak. Stáří se vyznačuje plasticitou (tvárností), variabilitou mezi funkcemi a osobami a vysokou mírou biografické individuality. Teprve patologie, jako například stařecká demence, stanovuje této mnohotvárnosti hranice, a to zejména v oblasti dalšího vývoje. Komplexitu můžeme trochu zjednodušit tím, že budeme rozlišovat mezi raným, tedy třetím a pozdním, čtvrtým období stáří. Teprve ve čtvrtém období nastává úpadek téměř ve všech oblastech lidského života. Ve svém vývojovém trendu je čtvrté stáří homogennější než třetí.

Třetí věk zahrnuje rané stáří, jedná se tedy o dnešní šedesáti - až osmdesátileté, čtvrtý věk zahrnuje ty nejstarší, osmdesáti- až stoleté (P.B.Baltes, 2009).

Biologické stáří - je hypotetické označení konkrétní míry involučních změn (atrofie, pokles funkční zdatnosti, změny regulačních a adaptačních mechanismů), propojeny se změnami způsobenými těmi chorobami, které se vyskytují hlavně v vyšším věku (např. ateroskleróza) uvádí Mühlpachr (2005).

Zjednodušeně je rozlišuje na tyto okruhy:

Epidemiologický přístup

- stárnutí a umírání jsou děje především nahodilé - vykazují výraznou variabilitu a jsou podmíněny především vnějšími a chorobnými vlivy (interakce s prostředím, choroby, úrazy)
- přirozená smrt stářím zřejmě neexistuje, pouze smrt jako nehoda
- v optimálních podmínkách může být život velmi dlouhý.

Gerontologický přístup

- stárnutí a umírání jsou procesy svou povahou zákonité
- vykazují druhovou specifičnost a blízkost u dvojčat
- jsou kódovány genetickou informací
- přirozená smrt stářím existuje

ani v optimálních podmínkách se život neprodlouží nad jistou hranici, k níž se již blížíme, nedojde-li k ovlivnění genetické informace (Mühlpachr, 2005).

Sociální stáří - je období vymezené kombinací několika sociálních změn či splněním určitého kritéria - penzionování, resp. Dosažením věku kdy vzniká nárok na odchod do starobního důchodu. Stáří je chápáno jako sociální událost (Mühlpachr, 2005).

Kalendářní (chronologické) stáří - je vymezeno dosažením určitého stanoveného věku, od něhož se empiricky obvykle nápadněji projevují involuční změny. Výhodou kalendářního vymezení stáří je jednoznačnost, jednoduchost a snadná komparace.

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

Členění jak uvádí Mühlpachr (2005):

- mladí senioři 65-74 let
- staří senioři 75-84 let
- velmi staří senioři 85 a více let

Další členění stáří např. dle Švancara:

- zralá dospělost (presenium) 46-65 let
- stáří (senium) nad 65 let
- vysoký věk nad 80 let

dle Příhody lze najít tradiční klasifikaci:

- rané stáří (vyšší věk) 60-70 let
- střední věk 45-59 let
- vlastní stáří (vysoký věk) 75-89 let
- dlouhověkost nad 90 let

Stárnutí a mozek

Podle G. Kempermana rčení, že:“ člověk je pouze tak starý, jak se cítí“, je sice banální, přesto však naznačuje fundamentální biologický vztah. To že prožívaný věk nemusí odpovídat biologickému a už vůbec ne chronologickému stáří, jedna stránka celé věci. Tou druhou je skutečnost, že projevy stáří musí být „prožívány“, aby se vůbec mohly u nás nebo u druhých uskutečnit. Zvládání stárnutí je součástí samého procesu stárnutí. Zvládání stárnutí může probíhat buď úspěšně, nebo neúspěšně. Jinak řečeno, úspěšné stárnutí je podmíněno duševním stavem, který člověku umožní radovat se ze zachovalé tělesné schránky. Zachování kognitivních schopností našeho mozku má v rámci úspěšného stárnutí absolutní prioritu (P. Gruss ed., 2009).

Stárnutí a dlouhověkost

Typologie stárnutí může být přínosem k zodpovězení otázky, jak se bude vyvíjet očekávaná délka lidského života. Také bychom měli zjistit, jak dlouho žijí lidé ve srovnání s ostatními živými organismy a jaké faktory určují, že se lidský život počítá v letech, a ne v minutách. Stejně zajímavá jako typologie stárnutí by vlastně byla i typologie dlouhověkosti (A. Baudisch, 2009).

Studiem dlouhověkosti se zabývalo mnoho vědců - pustíme-li se ale na toto pole, je důležité nezaměřovat to, zda stárneme s otázkou, jak dlouho žijeme. Dlouhověkost ukazuje, na jaké časové škále se určitý organismus pohybuje, zatímco stárnutí popisuje, jak ses věkem mění mortalita a fertilita (A. Baudisch, 2009).

Dle Baudisch (in Gruss) pokud je živý organismus vystaven vysokému riziku úmrtí, pak bude jeho život trvat krátce. Vysoké, ale stále stejné riziko úmrtí by znamenalo, že tento krátce žijící organismus nestárne. Je tedy důležité rozlišovat mezi různě položenými otázkami. Stárnutí a dlouhověkost popisují dva různé fenomény, které nelze studovat odděleně.

Stanovisko Světové zdravotnické organizace – regionálního úřadu pro Evropu k problematice stárnutí

Souběžně s rozvojem filozofických úvah na téma stárnutí již byla podniknuta řada konkrétních úvah a kroků na úrovni vládní (tvorba politiky) i regionální, které se

každodenního života stárnoucích osob dotýkají nejvíce. Světová zdravotnická organizace – regionální úřad pro Evropu (*WHO/Europe*) definuje podmínky pro aktivní stárnutí jako proces optimalizace příležitostí pro zdraví, zapojení se a pocit bezpečí ve snaze zachovat kvalitu života u stárnoucích osob. WHO/Europe zdůrazňuje témata spojovaná s aktivním stárnutím, např. propagace pojištění, podpora zdravého životního stylu, snižování zdravotních rizik a zvyšování kvality života, jelikož stárnutí klade zvýšené ekonomické a sociální nároky na všechny země WHO v evropském regionu. A zároveň starší lidé znamenají cenný, často opomíjený zdroj, který je důležitou součástí socioekonomické struktury naší společnosti.

Snaha mezinárodních i národních organizací je směřována zejména ke se specifickým otázkám: Bude poměrově malé procento pracujících schopno poskytnout podporu, kterou starší lidé potřebují? Bude vysoký počet seniorů znamenat krach našeho zdravotnického a sociálního systému? Jak můžeme starším lidem pomoci, aby zůstali nezávislí a aktivní? Jak nejlépe vyvážit poměr péče rodiny a státu u starých lidí, potřebujících péči? Jak nejlépe můžeme využít vědomosti, zkušenosti a nadání starších lidí? Jak můžeme zlepšit kvalitu života rostoucího procenta osob ve vyšším věku?

Jedním z možných úhlů pohledu na proces zákonodárství je soustředění se na obnovení a rozšíření participace starších osob na fungování společnosti v opozici ke zvyšování potřeb seniorů, jež vede k jejich izolaci a závislosti.

V mnoha oblastech lze aplikovat opatření, která budou zohledňovat stárnoucí populaci a budou napomáhat jejímu zapojení do společnosti. Příkladem takových opatření jsou v kompetenci městské rady dobře osvětlené ulice a vyhovující systém veřejné dopravy, rekreační služby poskytující programy zaměřené na cvičení, které umožní starším lidem udržet nebo zlepšit jejich mobilitu. V oblasti vzdělávání mohou být nabízeny programy celoživotního učení, v sociálním sektoru se jedná o poskytování pomůcek jako naslouchátka, popř. kurzy znakového jazyka s cílem zachování maximální schopnosti komunikace. Ve zdravotnictví mohou být nabízeny rehabilitační programy i speciální procedury jako operace katarakty nebo očkování proti chřipce.

Vláda a mezinárodní agentury mohou nabízet systém pobídek, které by motivovaly zaměstnavatele k obsazování pracovních míst seniory a umožňovaly zaměstnávání

starších osob, které tedy budou nadále výdělečně činné a zapojené do sociálního života (Mühlpachr, Vaňurová,2006).

1.2.. Klasické teorie stárnutí

Otázkou stárnutí se lidstvo zabývá od pradávna. První myšlenkou, která by nás mohla napadnout, je, že se jedná o minimalizaci rizika přelidnění a s ním spojeným nedostatkem zdrojů,tak řečeno: stáří musí umřít, aby bylo dost místa pro mladé. Pokud bychom tuto myšlenku dovedli do konce, dojdeme k nesprávnému závěru, protože naše argumenty skončí v bludném kruhu. Pokud chceme vysvětlit existenci stárnutí, nesmíme předpokládat, že u starších lidí je větší riziko, a jsou tedy „horší“ než mladí lidé, protože právě ono zvýšené riziko úmrtí chceme vlastně objasnit.

Přestože sama evoluční teorie je známá již téměř 150 let, první uznávané teorie evoluce stárnutí vznikly teprve zhruba před půl stoletím z pera autorů jako Medawar, Williams, Hamilton a Kirkwood (Annette Baudisch, 2009).

Nositel Nobelovy ceny Peter B. Medawar formuloval první kompletní hypotézu evoluce stárnutí. Medawar předpokládá, že nárůst rizika úmrtí v průběhu života je způsoben škodlivými mutacemi, které se v průběhu generací nastřádaly genomu. Dále se domnívá, že evoluční mechanismy selekce nejsou natolik účinné, aby zabránily stárnutí. Medawarova teorie vychází z předpokladu, že existují věkově specificky účinné geny. Na tom, v jakém věku se v genu uložená dědičná informace projeví, závisí, do jaké míry škodlivá mutace v tomto genu sníží evoluční zdatnost daného jedince. Tato teorie je známa pod názvem „teorie akumulace mutací“ (Annette Baudisch, 2009).

Další teorie, pochází od amerického evolučního biologa Georgie C. Wiliamse. Jde o teorii „antagonistické pleiotropie“. Pleiotropie znamená „ mnoho účinků“ a „antagonistické“ znamená „protichůdné“. Williamsova teorie je založena na logice poměru ceny a zisku. Různé varianty genů mohou spustit více účinků. Pokud tyto účinky působí protichůdně vzhledem k evoluční zdatnosti, o jejich dalším osudu rozhodne, zda příznivé účinky převáží jejich nevýhody. Williams dále předpokládá, že existují geny, které v mládí pozitivně ovlivňují přežití a reprodukci, v pozdějších letech ale obojí znesnadňují.I Williamsova teorie se do značné míry zakládá na předpokladu s věkem se snižujícího selektivního tlaku (Annette Baudisch, 2009).

Další taková teorie , pochází z roku 1977 a jejím autorem je Thomas B. L. Kirkwood. Je založena na tom, že k zajištění existence živých forem musí být zachován pouze jejich genetický kód.

Všechny popsané teorie evoluce stárnutí jsou v zásadě založeny na předpokladu s věkem se snižujícího selekčního tlaku (Annette Baudisch, 2009).

1.3. Vědní disciplíny zabývající se stárnutím

Stářím a stárnutím se zabývá řada vědních oborů.

Gerontologie – multidisciplinární souhrn poznatků o stáří a stárnutí. Odvozeno od řeckého gerón, gerontos - starý člověk , logos – slovo, nauka

Gerontologii dělíme do tří okruhů:

- **gerontologie experimentální** - zabývá se otázkami proč a jak živé organismy stárnou
- **gerontologie sociální** - zabývá se vzájemným vztahem starého člověka a společnosti, co tyto lidé potřebují a jak stárnutí ovlivňuje společnost a její rozvoj
- **gerontologie klinická** - zabývá se zvláštnostmi zdravotního stavu a chorob ve stáří (Mühlpachr, 2005).

Geragogika – pedagogická disciplína zabývající se edukací (výchovou a vzděláváním) seniorů (R. Kohoutek, 2008).

Z hlediska generační orientace pedagogických aktivit předmět geragogiky zahrnuje:

- vlastní seniorskou edukaci - těžiště zkoumání
- preseniorskou edukaci - příprava na stáří
- proseniorskou edukaci - zaměřenou na společenskou podporu stáří a mezigenerační porozumění (Petřková, Čornaničová,2005).

Dle Mühlpachra (2005) hovoříme o gerontopedagogice, kterou rozlišujeme:

- **gerontopedagogika** v užším slova smyslu - pedagogická disciplína zabývající se výchovou a vzděláním seniorů.
- **gerontopedagogika** v širším slova smyslu - teoreticko empirická disciplína zajišťující komplexní péči, pomoc a podporu seniorům při uspokojování jejich potřeb v nemedicínském pojetí.

Geriatric - lékařský obor, který se specializuje na diagnózu a léčbu onemocnění starých lidí. Jedná se o stavy, které jsou způsobeny, nikoliv přímo chorobou, kterou lze léčbou odstranit, ale zdravotním stavem, který souvisí s přibývajícím věkem, někdy způsobuje i nevratné změny a vyžaduje specializovaný přístup.

Geriatr musí mít nejen medicínské, psychiatrické a psychologické znalosti, ale také velkou míru empatie a znalosti související se sociální problematikou.

Dalšími obory zabývající se stárnutím je například **gerontopsychologie**, **gerontopsychiatrie**, **gerontoergonomie** a další.

1.4. Umírání a smrt

Rituály související se smrtí nám v naší současné sociokultuře nejsou blízké. O smrti z velmi blízkého okolí a o všem, s čím je spojena, co s ní souvisí, nechceme ani slyšet ani vidět. Následují reakce jako: "nemám rád pohřby, nechodím na pohřby, stejně mu nepomůžu". Smrt je tabuizovaná. Z toho důvodu nám roste množství pohřbů bez obřadů, bez přítomnosti rodiny. Prodloužila se délka života, umíráme i o 30 let později než před 100 a více lety. V těchto letech už nemáme tolik známých a příbuzných (Tošnerová, 2009).

Jak píše Mühlpachr dříve se umíralo především doma, dnes hlavně v nemocnicích a ústavech. S touto skutečností se smíruje jen malá část obyvatelstva a ještě méně zdravotníků. Sociologové si kladou otázku, proč se na počátku 21. století umírá obtížněji

než ve staletích předchozích. Usoudili, že smrt se stala v mírových dobách především výsadou stáří.

Zakořenila se falešná představa, že problém smrti vyřeší již v blízké budoucnosti věda. Naproti tomu mnozí badatelé světové geriatrické psychiatrie opakovaně upozorňovali, že odsunutí problematiky smrti do pozdního stáří, její společenské tabuizování, jakož i narůstající náboženská vlažnost podmínily častější vznik úzkostně - depresivních stavů, ale i jiných duševních poruch a chorob, včetně sebevražd ve stáří.

Úloha rodiny je v psychologii umírajícího jedince nezastupitelná (Mühlpachr, 2005).

Eutanazie – záměrné ukončení života motivované soucitem, usmrcení pacienta.

Tento problém je etický, neboť se dotýká ceny lidského života. Eutanazie není soukromou záležitostí a zastávané postoje se prolínají jak do mezilidských, tak interkulturních vztahů (P. Nečesánek, 2005).

Příčiny soudobého dynamicky vzrůstajícího zájmu o téma eutanazie:

- lékařský konflikt v důsledku dystanazie (zadržování či oddalování smrti a jejího přirozeného průběhu)
- vědecký a technický pokrok v lékařských disciplínách
- nedostatečná nebo chybná komunikace mezi lékařem a pacientem
- důraz kladený na invazivní vyšetřovací metody
- nedostatečná informovanost lékařů a pacientů o možnostech úlevové léčby (paliativní medicína)
- sekularizace postmoderní společnosti
- hodnotová orientace západní tržní společnosti
- změna v tradičním přístupu k umírání a vnímání smrti

Nebezpečí a rizika spojená s legalizací eutanazie jsou vysoká. Každý zákon, který by to připouštěl by mohl být zneužit (Nečesánek, 2005).

2. Druhy sociální podpory v ČR

2.1. Sociální služby

Prostředí sociálních služeb je charakterizováno množstvím vztahů mezi lidmi a institucemi, které mají významný vliv na kvalitu života lidí. Jedná se o vztahy, jejichž význam vyžaduje zákonnou oporu z důvodu ochrany práv a oprávněných zájmů těch lidí, kteří jsou oslabeni ve schopnosti je prosazovat.

Hlavním cílem zákona je vytvoření podmínek pro uspokojování přirozených potřeb lidí, a to formou podpory a pomoci při zvládnutí péče o vlastní osobu, v soběstačnosti nezbytné pro plnohodnotný život a v životních situacích, které mohou člověka vyřazovat z běžného života společnosti (www.mpsv.cz).

Sociální služby umožňují člověku ohroženému sociálním vyloučením participovat na každodenním životě společnosti, čímž se míní přístup ke vzdělání, zaměstnání a kulturnímu a společenskému životu (www.mpsv.cz).

Sociální službou se dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, rozumí činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.

Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů.

Sociální služby lze podle cíle a zaměření rozdělit do 3 základních skupin:

- Sociální poradenství jako nedílnou součást všech sociálních služeb.
- Služby sociální péče jako služby, jejichž cílem je zabezpečovat základní životní potřeby lidí, kteří nemohou být zajištěni bez péče jiného člověka.

- Služby sociální prevence, které slouží k předcházení a zabraňování sociálnímu vyloučení lidí ohrožených sociálně negativními jevy

(www.mpsv.cz, Stručný průvodce zákonem o sociálních službách).

Sociální služby jsou členěny také podle místa jejich poskytování:

- Terénní služby jsou poskytovány v prostředí, kde člověk žije, tj. především v domácnosti, v místě, kde pracuje, vzdělává se nebo tráví volný čas. Jde například o pečovatelskou službu, osobní asistenci či terénní programy pro ohroženou mládež.
- Za ambulantními službami člověk dochází do specializovaných zařízení, jako jsou například poradny, denní stacionáře nebo kontaktní centra.
- Pobytové služby jsou poskytovány v zařízeních, kde člověk v určitém období svého života celodenně, respektive celoročně žije. Jedná se především o domovy pro seniory či pro lidi se zdravotním postižením, ale také o tzv. chráněné bydlení pro lidi se zdravotním postižením či azylové domy

(www.mpsv.cz, Stručný průvodce zákonem o sociálních službách).

Cílem služeb bývá mimo jiné

- podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu
- rozvíjet schopnosti uživatelů služeb a umožnit jim, pokud toho mohou být schopni, vést samostatný život
- snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života uživatelů

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Obsah

základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb stanoví prováděcí předpis (www.mpsv.cz).

Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho- a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů.

Občanské, církevní charitativní sdružení a organizace poskytují různé druhy sociální pomoci a z tohoto hlediska je možné je členit:

a) poskytují materiální pomoc (šatstvo, jídlo apod.)

- ADRA – charitativní organizace adventistické církve
- Česká katolická charita
- Český červený kříž

SOS Centrum Diakonie Českobratrské církve evangelické (řecký pojem diakonie – znamená služba, služba bližnímu v nouzi, tento pojem je mezinárodně užíván k označení sociální práce církví) (Mühlpachr, 2001).

b) poradenskou pomoc (v situaci nouze, krize)

- Sdružení pro pomoc propuštěným vězňům a lidem v nouzi
- Centrum Diakonie Českobratrské církve
- Společnost na pomoc pronásledovaným a vězněným
- Podané ruce
- Domov Matky Terezy
- Klíč – nadace
- EXODUS – středisko křesťanské pomoci mladým v krizi

Pro poskytování poradenské pomoci jsou využívány ve velkém měřítku i státní zařízení: krizové centrum psychiatrických klinik, RIAPS – regionální institut ambulantních psychosociálních služeb a další (Mühlpachr, 2001).

c) sociální péči, která diferencovaně zahrnuje stravování, osobní hygienu, ubytování, zdravotní péči a také integrativní program:

Azylové domy – vznikají ve velkých městech, které jsou jejich provozovateli. Svým klientům poskytují ubytování a možnosti k uspokojení osobní hygieny – včetně vyprání a usušení prádla. Za pobyt se platí 10-40 Kč za noc. Platí se předem a pokud klient nemůže zaplatit, je nucen ubytovnu opustit. Ubytovací doba činí 3 měsíce. V azylových domech pracují sociální pracovníci, kteří při příchodu klienta vyplní jeho registrační kartu a jsou ochotni poskytnout mu radu ohledně řešení jeho sociální situace. Klient se musí podřídit řádu azylového domu.

Armáda Spásy – je křesťanská organizace, která vznikla v Anglii v 60. letech 19. století. Odtud se rozšířila do 53 zemí světa. Pracuje s různými marginálními skupinami obyvatelstva – s bezdomovci, propuštěnými vězni, alkoholiky, narkomany, prostitutkami, chudými, nezvěstnými. K jejich problémům přistupuje s kultivovaným sociálním cítěním a s vysokou úrovní sociální práce. Z Československa odešla Armáda Spásy v roce 1951 v době represí proti křesťanským organizacím, vrátila se v roce 1991 (Mühlpachr, 2001).

Sociálně zdravotní služby

Sociálně zdravotní služby napomáhají k zajištění fyzické a psychické soběstačnosti osob, kterým jsou poskytovány; jsou určeny osobám, které již nepotřebují akutní zdravotní lůžkovou péči (dostatečná je zdravotní péče ambulantního rozsahu), ale současně jsou natolik nesoběstační, že potřebují pomoc druhé osoby při každodenních úkonech a tato pomoc jim z objektivních důvodů nemůže být zajištěna v domácím prostředí. Sociálně zdravotní služby jsou poskytovány v pobytových zařízeních sociálních služeb nebo v pobytových zdravotnických zařízeních. Služby sociální péče poskytované v rámci

sociálně zdravotních služeb (včetně základních služeb) podléhají úhradě. Zdravotnické úkony jsou hrazeny z fondů veřejného zdravotního pojištění (www.mpsv.cz).

Sociální rehabilitace

Jedná se o soubor specifických činností zaměřených na nácvik potřebných dovedností osoby se zdravotním postižením směřujících k dosažení samostatnosti a soběstačnosti v nejvyšší možné míře s ohledem na její dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav. Cílem je dosažení nalezení vhodného pracovního uplatnění. Proces sociální rehabilitace je integrální součástí poskytování sociálních služeb (www.mpsv.cz).

Průvodcovská, předčitatelská a tlumočnická služba

Průvodcovská, předčitatelská a tlumočnická služba se poskytuje osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž schopnosti jsou sníženy v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Služba obsahuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu (www.mpsv.cz).

Odlehčovací služby

Odlehčovací služby jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, o které jinak pečuje osoba blízká v domácnosti; cílem služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu (www.mpsv.cz).

Centra denních služeb

Centra denních služeb poskytují ambulantní služby ve specializovaném zařízení s cílem posílit samostatnost a soběstačnost osob se zdravotním postižením a seniorů v nepříznivé sociální situaci, která může vést k sociálnímu vyloučení. Služba obsahuje pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo

pomoc při zajištění stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, prostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu (www.mpsv.cz).

Sociální služby - poskytovatelé a dostupnost

Sociální služby pomáhají lidem žít běžným životem - umožňují jim pracovat, nakupovat, navštěvovat školy, navštěvovat místa víry, účastnit se aktivit volného času, starat se sám o sebe a o domácnost apod. Zaměřují se na zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti jejich života. Sociální služby jsou poskytovány jednotlivcům, rodinám i skupinám obyvatel. Mezi nejpočetnější skupiny příjemců sociálních služeb patří zejména senioři, lidé se zdravotním postižením, rodiny s dětmi, ale také lidé, kteří z různých důvodů žijí "na okraji" společnosti.

Sociální služby a příspěvek na péči jsou při splnění podmínek stanovených v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, s účinností od 1.1. 2007, poskytovány:

- osobě, která je na území České republiky hlášena k trvalému pobytu,
- osobě, které byl udělen azyl,
- občanovi a rodinnému příslušníkovi občana členského státu Evropské unie,
- cizinci, který je držitelem povolení k dlouhodobému pobytu po dobu delší než 3 měsíce.

Vybrané typy sociálních služeb (azylové domy, kontaktní centra, noclehárny, terénní programy) jsou poskytovány také osobám legálně pobývajícím na území České republiky.

Na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení má nárok každá osoba.

Poskytovatelé sociálních služeb

Obce a kraje dbají na vytváření vhodných podmínek pro rozvoj sociálních služeb, zejména zjišťováním skutečných potřeb lidí a zdrojů k jejich uspokojení; kromě toho sami zřizují organizace poskytující sociální služby.

Nestátní neziskové organizace a fyzické osoby, které nabízejí široké spektrum služeb, jsou rovněž významnými poskytovateli sociálních služeb.

Ministerstvo práce a sociálních věcí je nyní zřizovatelem pěti specializovaných ústavů sociální péče.

Zvyšování odbornosti a kvality sociálních služeb

Se vstupem ČR do EU se i pro tento systém otevřela příležitost využít tzv. "strukturální pomoc". MPSV zajišťuje čerpání prostředků z Evropského sociálního fondu.

V sociální oblasti mají samospráva (obce, kraje), nestátní neziskové organizace a další organizace možnost čerpat finanční prostředky na:

- vzdělávání svých zaměstnanců s cílem posílit jejich schopnosti a dovednosti při poskytování sociálních služeb
- podporu a pomoc skupinám ohroženým sociálním vyloučením - jedná se například o příslušníky romské komunity, oběti trestné činnosti, osoby komerčně zneužívané, osoby bez přístřeší apod.

Více informací o Evropském sociálním fondu (ESF) je možno nalézt na internetových stránkách: www.mpsv.cz a www.esfcr.cz.

2.2. Sociální poradenství

Sociální poradenství poskytuje osobám v nepříznivé sociální situaci potřebné informace přispívající k řešení jejich situace. Základní sociální poradenství je součástí všech druhů sociálních služeb. Odborné sociální poradenství zahrnuje občanské poradny, manželské a rodinné poradny, sociální práci s osobami společensky nepřizpůsobenými, poradny pro oběti trestných činů a domácího násilí, sociálně právní poradenství pro osoby se zdravotním postižením a seniory. Služba obsahuje poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje bezúplatně. (www.mpsv.cz)

Osobní asistence

Osobní asistence se poskytuje v přirozeném sociálním prostředí osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to v předem dohodnutém rozsahu a čase. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu. (www.mpsv.cz)

2.3. Pečovatelská služba

Pečovatelská služba se poskytuje dětem, osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to v přirozeném prostředí i ve specializovaných zařízeních. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu. Bezúplatně se poskytuje rodinám, ve kterých se narodily současně tři nebo více dětí, účastníkům odboje a pozůstalým manželům (manželkám) po účastnících odboje starším 70 let (www.mpsv.cz).

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.

2.4. Domovy pro seniory

Stacionáře denní a týdenní

Stacionáře denní poskytují ambulantní služby ve specializovaném zařízení seniorům, osobám se zdravotním postižením a osobám ohroženým užíváním návykových látek, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.

Stacionáře týdenní poskytují pobytové služby ve specializovaném zařízení seniorům, osobám se zdravotním postižením a osobám ohroženým užíváním návykových látek, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.

Domovy pro seniory

Domovy pro seniory poskytují dlouhodobé pobytové služby seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, aktivizační činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu. (www.mpsv.cz)

2.5. Krizová centra

Krizová pomoc

Krizová pomoc je ambulantní nebo pobytová služba na přechodnou dobu poskytovaná osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života, kdy přechodně nemohou řešit svojí nepříznivou situaci vlastními silami. Služba obsahuje poskytnutí

ubytování, poskytnutí stravy (nebo pomoc při zajištění stravy), terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje bezúplatně (www.mpsv.cz).

Nízkoprahová denní centra

Nízkoprahová denní centra poskytují ambulantní služby pro osoby bez přístřeší. Služba obsahuje pomoc při osobní hygieně (nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu) poskytnutí stravy (nebo pomoc při zajištění stravy). Služba se poskytuje bezúplatně.

Noclehárny

Noclehárny poskytují ambulantní služby osobám bez přístřeší, které mají zájem o využití hygienického zařízení a přenocování. Služba obsahuje pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, poskytnutí nebo zprostředkování informací. Služba se poskytuje za úplatu stanovenou poskytovatelem. (www.mpsv.cz)

3. Kvalita života seniorů

3.1. Vymezení pojmu kvalita života seniorů

Na osobnost každého jedince v průběhu života působí řada faktorů, ne jeden činitel. Výsledkem tohoto vzájemného ovlivňování se a interakce mnoha činitelů (rodina, výchova, práce, životní zátěž) je svérázná osobnost každého z nás. Proto je definování kvality života problematické jako celek nejen v případě seniorů (Pacovský, 1986).

Obsah pojmu kvalita života si člověk hlavně uvědomuje, když se jeho životní situace zásadním způsobem změní. (Tokárová, 2002) Zásadní změnou je např. nástup seniora do důchodu.

Dle Balogové se často zaměňuje termín kvalita života s pojmem způsob života, životní úroveň, životní styl.

Způsob života - vzájemný vztah různých druhů činností lidí (pracovní, profesionální, spotřebitelské, politické, kulturní, ideové, rodinné, činnosti ve volném čase) a vyjadřuje jejich podíl na tvorbě vztahů mezi nimi (skupinové, etnické, individuální atd.) (Tokárová, 2002).

Životní styl - vyjadřuje míru a způsob zformovaných norem a zvyklostí ve způsobu života, jako i podíl vlivu osobnostních, fyzických a duševních dispozic, návyků, charakteru, temperamentu, osobních potřeb a zájmů, chování lidí (Balogová, in Mühlpachr, 2005).

Sociologický slovník kvalitu života posuzuje z hrůzných hledisek:

Kvalita života jako odborný pojem - vyjadřuje kvalitativní stránky životních procesů a kritérií jejich hodnocení. (životní prostředí, zdraví, nemoci, úroveň bydlení, rekreace, volný čas, mezilidské vztahy atd.)

Kvalita života jako programové politické heslo - obrací pozornost široké veřejnosti na nové úkoly společnosti, přesahující materiální úroveň a vojenskou moc. Do politiky ho zavedli američtí prezidenti J.F. Lebedy a L. B. Johnson.

Kvalita života jako sociální hnutí za kvalitu života - v rámci širších ekologických, protikonzumentských, protirasových hnutí, bojem za lidská práva.

Kvalita života jako reklamní slogan - bezobsažný slogan objevující se pro spotřebitele v nové oblasti konzumu spojené s volným časem, cestováním, dovolenou atd.

Křivohlavý J.(2003) uvažuje o kvalitě života:

V makro-rovině – otázky kvality života velkých společenských celků, jde tu o hlubší zamyšlení nad problematikou kvality života, která se tu stává součástí základních politických úvah.

V mezo-rovině – jde o otázky kvality života v tzv. malých sociálních skupinách např. škola, nemocnice, domov důchodců, podnik - jde nejen o respekt k morální rovině hodnot ale i o otázky uspokojení základních potřeb, vzájemné vztahy mezi lidmi atd.

V osobní rovině - život jednotlivce.individua,týká se každého z nás. Jde o subjektivní hodnocení spokojenosti života.

V rovině fyzické existence - v tomto smyslu jde o porovnatelné chování lidí, které je možné objektivně měřit a porovnávat.

Kategorie kvality života nespočívá kvůli svému multidimenzionálnímu, kulturně podmíněnému, dynamickému a značně subjektivnímu charakteru na jednoznačném teoretickém základu. Spíše bychom mohli tvrdit, že leží na průsečíku mnoha soudobých tendencí a směrů, což má za následek velkou rozmanitost snah ji definičně vymežit (Dragomirecká, E., Škoda, C., 1997, s.103) .

Teoretické vymezení kvality života dle WHO

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

Obsah pojmu kvalita života si člověk uvědomí nejspíše tehdy, když se zásadním způsobem změní jeho životní situace (Tokárová, 2002 s. 8). Zásadní změnou u seniora je i vstup do důchodu. Mění se dosavadní sociální pozice člověka a s touto změnou jsou poznamenány i současné hodnoty. Dosavadní hodnoty, které dávaly jeho životu smysl (zaměstnání, pracovní vztahy atd.) přestávají platit a nové ještě nejsou vytvořené, resp. existují pouze v představách (Mühlpachr (ed.),2005).

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

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

- Světová zdravotnická organizace rozšířila definici zdraví, která poté zahrnovala fyzickou, duševní a sociální pohodu, což vedlo k diskusím o měřitelnosti tohoto konceptu.

- Rostoucí sociální nerovnosti mezi jednotlivými západními společnostmi se staly v 60. letech 20. stol. impulsem pro různá sociální hnutí a politické iniciativy (Mühlpachr, Vařurová ,2005).

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

Na celém světě se problematikou kvality života zabývají desítky organizací a institutů. Níže uvádíme výčet hlavních organizací, jak je uveřejnil MAPI Research Institut se sídlem ve Francii (In: www.golid.com).

Ústava Světové zdravotnické organizace definuje zdraví jako „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze absenci choroby...“. Z této definice vyplývá, že nástroje pro měření zdraví musí obsahovat nejen ukazatele změn ve frekvenci a vážnosti nemoci, ale také odhad celkové spokojenosti. Tento konstrukt může být hodnocen právě měřením změn v kvalitě života v závislosti na zdravotní péči. Jedná se o nástroje WHOQOL-BREF a WHOQOL-100, kterým se detailně věnujeme v kapitole 4 (Mühlpachr, Vařurová, 2005).

WHO definuje kvalitu života jako jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí (In: www.who.int/evidence/assessment-instruments/qol/index.htm).

Autor v České republice používaného dotazníku SQUALA – M. Zannotti (In: Šefflová, M., 2001, s.121) chápe kvalitu života jako veškeré vnímání spokojenosti či

nespokojenosti jedince v celém jeho životě, přičemž spokojenost s různými aspekty má také různou důležitost.

Vymezení kvality života z pohledu sociologie

Teoretické vymezení QOL pomocí jiných pojmů

Dragomirecká v souladu s WHO upozorňuje 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 absenci symptomů (Kirby, In: Dragomirecká, E., Škoda, C., 1997, s.103).

Jednou z možností je definiční vymezení kvality života pomocí jiných používaných pojmů, výčtem, charakteristickým znakem nebo vzájemnou souvislostí těchto znaků.

1. Definice QOL pomocí jiného pojmu

Z definice zdraví dle WHO vychází Nagpal (In: Dragomirecká, E., Škoda, C., 1997,s.104), který definuje kvalitu života jako komplexní měření fyzické, psychické a sociální pohody, štěstí, spokojenosti a naplnění tak, jak je vnímána každým jedincem nebo skupinou.

Ze stejného základu vychází i Cambellova a Conversova definice, která kvalitu života vymezuje jako „subjektivně pociťované zdraví“.

Autor v České republice používaného dotazníku SQUALA – M. Zannotti (Šefflová, M., 2001, s.121) chápe kvalitu života jako veškeré vnímání spokojenosti či nespokojenosti jedince v celém jeho životě, přičemž spokojenost s různými aspekty má také různou důležitost.

Do této kategorie můžeme zařadit i empiricky orientované pojetí QOL T. Halečky (2001, s.76-77). Autor říká, že 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“. Pouze takovým logicko-konkrétním přístupem je možné zabezpečit orientační funkci tohoto pojmu a jeho využitelnost ve společenské praxi.

2. 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.

Kirby (In: Dragomirecká, E., Škoda, C., 1997,s.104) z tohoto pohledu vymezuje QOL 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 Dickensovy definice (In: Dragomirecká, E., Škoda, C., 1997,s.104) QOL jako měření velikosti nepoměru mezi nenaplněnými a naplněnými potřebami a přáními.

3. Definice zaměřené na typický znak QOL

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

K. Skantze (In: Dragomirecká, E., Škoda, C., 1997,s.104) definuje QOL jako subjektivní hodnocení vlastní životní situace.

4. Definice QOL výčtem

Toto pojetí kvality života koresponduje s rozlišováním dimenzí kvality života, kterým se věnujeme v kapitole 3.

Např. Bluden (In: Dragomirecká, E., Škoda, C., 1997,s.104) vymezuje QOL v rámci čtyř oblastí spokojenosti:

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

5. Definice QOL jako měřitelné veličiny

QOL je v této souvislosti vymezena tím, za jakým účelem je měřena. A. A. Pinkey vymezuje QOL jako hodnotu subjektivně a objektivně změřenou. Do této kategorie lze zařadit také Naessův koncept „vnitřní QOL“ charakterizované vysokou úrovní aktivity, dobrými mezilidskými vztahy a základní dobrou náladou jako tím, co je „objektivně“ měřitelné v psychologii. Unikátnost tohoto vymezení spočívá v jeho snaze o popsání ideálního stavu (Dragomirecká, E., Škoda, C., 1997,s.105).

6. Definice zdůrazňující určitou oblast

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

- naplnění osobních cílů

„Stupeň, do kterého je jedinec schopen dosáhnout bezpečí, sebeúcty a možnosti využívat své intelektuální a fyzické schopnosti na cestě k dosažení svých cílů.“ (Engquist, In: www.vib.no/isf/people/doc/qol/httoc.htm)

- pocit štěstí a spokojenosti

V roce 1989 definoval Hornquist (In: www.vib.no/isf/people/doc/qol/httoc.htm) QOL jako „intenzita“ pocitu spokojenosti v oblasti uspokojování fyzických, psychických, sociálních a materiálních potřeb a aktivit“.

Dalším možným pojetím je Ferransova definice, která QOL spatřuje jako „jedincův pocit spokojenosti, pramenící z pocitu uspokojení či neuspokojení v oblastech života, které jsou pro něj důležité.“

Matematický přístup zvolili Revicki a Kaplan, již vycházejí z předpokladu, že pro pacienty i politiky je určujícím faktorem racionální zvážení poměru mezi náklady a zisky. QOL vymezují jako „skóre užitečnosti, které odráží preference určitých oblastí zdraví a umožňuje zlepšení morbidity a mortality spojit do jednoho pojmu - „kvalita vztažených roků života“ (quality-adjusted life years).

(In: www.vib.no/isf/people/doc/qol/httoc.htm)

Do této kategorie lze zařadit i pojetí A. Bottomleyho, zaměřené na pacienty s rakovinou. Bottomley spatřuje QOL jako dvousložkový konstrukt. První komponentou je schopnost provádět každodenní aktivity, které odráží psychickou, fyzickou a sociální pohodu. Druhou částí je jedincova spokojenost s úrovní svých schopností a stupněm kontroly nemoci (Bottomley, A., In: The Oncologist, 2002, s. 120-125).

K. C. Calman (In: The Oncologist, 2002, s. 120-125) definičně vymezuje kvalitu života jako rozdíl mezi pacientovým očekáváním a dosaženými výsledky. Čím je rozdíl menší, tím lepší je jedincova kvalita života (Mühlpachr, Vařurová, 2005).

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

3.2. Vybrané etické problémy seniorů

Důležitou součástí etického přístupu k jedincům vyššího věku je respektování jejich lidské důstojnosti, hodnot, autonomie a duchovního přesvědčení. I člověk bez náboženského vyznání má své duchovní potřeby - hledá smysl života, lásku, odpuštění a naději. Kalvach (2004) uvádí, že pokud nemá vývoj populace vést k výraznému zhoršení kvality života seniorů, je nutné usilovat o zlepšení chápání potřeb a problémů seniorů, zlepšení zdravotnických i sociálních služeb.

Manželství u stárnoucích lidí

O manželství staršího věku se moc nepíše, nevěnuje se mu pozornost. Z řecké mytologie známe staré chudé manžele Vilemína a Baucis, kteří jsou chápáni jako vzor manželské lásky. Pohostili Dia s Hermem a nabídli jim nocleh: bohové se jim za to odměnili, chatrč proměnili ve vilku a splnili jejich přání aby zemřeli ve stejnou dobu, což se i stalo. Jednoho krásného podvečera spolu seděli a vzpomínali na uplynulý život. Najednou se z Vilemína stal dub a z Baucis lípa. A tak , když zafouká vítr, něžně se dotknou větvemi a jsou stále po boku (Tošnerová , 2009).

Podle Tošnerové léta strávená ve společném manželství se mění událostmi, případně nemocemi, které se bezprostředně týkají nás, jakož i lidí kolem nás, a reakcemi na ně. Záleží na povaze partnerů a na jejich představách i iluzích o rolích a očekáváních v manželství.

Mohou být provázeny značnou deziluzí, především ze strany žen, u nichž se očekává role pečující.

Alkohol a senioři

V seniorské populaci přibývá sociálně patologických jevů, mezi něž patří i zneužívání návykových látek včetně alkoholu. Alkohol je v České populaci legální droga, která je všeobecně tolerována, je součástí mnoha rituálů a společensky sankcionováno je až jeho nadměrné užívání. Obecně řečeno , spotřeba alkoholu ve stáří klesá a alkohol je organismem hůře snášen. U seniorů vznikají zvýšená rizika spojená s touto drogou.

Například nebezpečí pádů a zlomenin s ohledem na častou osteoporózu, zhoršení průběhu mnoha nemocí vyskytujících se ve starším věku, včetně depresí, poruch paměti atd. (K. Pančocha, 2005).

Senioři a násilí

Z důvodu zhoršení pohybové koordinace, svalové síly, ale také sensorických a kognitivních funkcí, se může senior stát nerovnocenným partnerem pro zdravotnické pracovníky. Profesionální pečovatelé mohou snáze "zanedbat" informovanost o různých postupech nebo nemusí považovat za důležité je klientovi sdělit. Dále u seniorů může být porušena lidská důstojnost, nerespektován stud, soukromí, autonomie aj. Velkým problémem je možné páchaní násilí na jedincích vyššího věku, ať již v domácím prostředí, během hospitalizace nebo v některém z ústavů sociální péče (Tošnerová, 2000).

I když Tošnerová (2000) uvádí, že se s některou formou špatného zacházení se seniory můžeme setkat u 3 - 5 % starší populace, což v České republice představuje asi 60 000 konkrétních týraných starších osob, byla problematika nevhodného zacházení s jedinci vyššího věku ze strany rodinných příslušníků i profesionálních pracovníků, ať již jde o zanedbávání, zneužívání nebo týrání, velice dlouho opomíjena. Senior může být týrán tělesně, kdy se na jeho těle vyskytnou podezřelé škrábance, podlitiny, popáleniny, opakované zlomeniny, rány na genitáliích, které mohou nasvědčovat o možném sexuálním zneužívání atd. Dále může být bezbranný senior zneužíván finančně, majetkově, emocionálně nebo může být týrán více způsoby. Pokud je přítomno podezření na týrání seniora, je důležité, snažit se netraumatizujícím způsobem zjistit od jedince co nejvíce informací. Tělesný i psychický stav by měl být pečlivě zdokumentován, měly by být pořízeny fotografie zranění. Pokud senior potvrdí týrání, měla by být tato situace vhodně řešena, například umístěním do domova pro seniory. Pokud senior týrání popírá, zdravotnický pracovník by měl poskytnout informace o tom, že není sám a jaké jsou možnosti řešení. Senioři často omlouvají své pečovatele, stydí se např. za své děti. Zdravotnický pracovník musí respektovat klientovo rozhodnutí, nesmí na něj naléhat. Výjimky tvoří situace, kdy došlo k těžkému ublížení na

zdraví nebo klient není např. z důvodu demence schopen rozhodnout a tělesná poškození zjevně nasvědčují týrání (Tošnerová, 2002).

Specifickým jevem, při kterém se senior dostává do role oběti, je bezesporu událost, v rámci níž se trestného nebo i jen nemorálního chování vůči němu, dopustí jeho vlastní příbuzní nebo dokonce velmi blízká rodina zpravidla žijící s ním ve společné domácnosti.

Vztah staršího člena rodiny vůči jeho potomkům se v průběhu času různě mění a vyvíjí. Jak podrobně rozvádí Vágnerová (2000), starý člověk prochází několika fázemi vývoje tohoto vztahu, v nichž se vyvíjí a zvyšuje postupná závislost na rodině. Závislost pramení z potřeby citové jistoty v rámci rodiny (www.seniortip.cz).

Senioři a respektování autonomie

Autonomie je pojem, který může být definován jako schopnost vést život podle vlastních pravidel, tzn. být pánem svého chování, jednání, způsobu života, být svobodný v rozhodování. Aby senior mohl být autonomní, musí být splněny určité předpoklady. Především tento jedinec musí mít schopnost sebeurčení a k tomu mít náležité fyzické, rozumové a sociální podmínky. Dále musí mít dostatečnou vůli a motivaci k tomu, aby tyto schopnosti využíval. Poslední podmínkou je vhodné prostředí pro možnost uplatnění autonomie seniora. Ve vyšším věku dochází často k narušení schopnosti samostatně se rozhodnout nebo vykonat určitou činnost a senior se stává v určitém stupni závislý na svém okolí. V této situaci značně závisí na přístupu osob, jež se podílí na péči o seniora, zda bude autonomie podporována či nikoliv (Pichaud - Thareauová, 1998).

Pichaud a Thareauová (1998) uvádí, že jsou rozlišovány čtyři typy pomáhajících. Typ *autoritativní*, vnucující svůj názor a svá rozhodnutí je typem, který je často podporován zcela podřízeným chováním klientů. Dále je to *manipulující* typ, který opět nerespektuje autonomii seniora a různým způsobem (např. psychické vydírání nebo odměna, vyhrožování, vysmívání, trest) manipuluje se seniorem tak, aby bylo dosaženo cíle pomáhajícího bez ohledu na aktuální potřeby samotného klienta. Třetím typem pomáhající osoby je *ochranitelský* typ. Zde pečující osoba, z důvodu bezpečnosti seniora, vykonává veškerou činnost za něj. Zmíněný typ pečující osoby opět zabraňuje rozvoji autonomie klienta. Posledním typem je typ *spolupracující*, jež se snaží o rozvoj

schopností jedince i za cenu zhoršené kvality péče a delšího času, potřebného k vykonání určité činnosti. Zmíněný typ pečující osoby autonomii maximálně podporuje a rozvíjí (Pichaud, Thareauová, 1998).

Ageismus a stáří

Pojem ageismus může být definován jako předsudky a negativní představy o seniorech. Zahrnuje ale také diskriminaci seniorů, jež může být zjevná nebo skrytá. V současnosti je upřednostňován kult mládí a krásy, kdy je mladým lidem odpouštěna celá řada nedostatků, protože oni jsou společnosti prospěšní na rozdíl od seniorů, kteří již nemají čím přispět.

Existuje celá řada předsudků o stáří. Haškovcová (1990) uvádí několik základních mýtů o stáří. Mýtus falešných představ, který je založen na přesvědčení společnosti, že senioři kladou důraz především na své ekonomicko-materiální zabezpečení, jejichž úroveň je přímo úměrná spokojenosti seniorů. Podle mýtu zjednodušené demografie se jedinec stává starým v den odchodu do penze. Na základě mýtu homogenity společnost pohlíží na seniory jako na jedince, jež jsou všichni stejní. Dále je to mýtus neužitečného času, díky kterému jsou senioři pokládáni za jedince, kteří již nic nedělají, nic neznamenaají, nejsou rovnocennými partnery.

Tošnerová (2002) mezi mýty o stáří začlenila: staří žijí jen v rozvinutých zemích, staří lidé jsou všichni stejní, stáří mužů a žen je stejné, stáří je křehké - potřebující péči, staří nemají čím společnosti přispět a stáří je ekonomickou zátěží společnosti. Osoby vyššího věku vystavené předsudkům o stáří, mohou zaujmout aktivní postoj, kdy se brání vyloučení ze společnosti, a nebo předsudkům o stáří podlehnou. (www.seniortip.cz)

Základem práce s geriatrickými klienty je vytvoření vzájemného vztahu důvěry. Z přístupu ošetřujících by měla vyzařovat tolerance, úcta a hluboké lidské porozumění. Všichni pracovníci, kteří jsou v kontaktu se seniory, by na ně neměli pohlížet jako na jedince, kteří potřebují pouze pomoc a již nám nemají co dát. I přes náročnost péče je nepřípustné přenášet do ni negativa z osobního či profesního života. Ovlivnit a zamezit vzniku takových situací můžeme především vhodnou prevencí syndromu vyhoření, dostatečným odpočinkem a vhodnými volnočasovými aktivitami.

Bezmocného člověka je lehké zneužít a manipulovat s ním. Proto osoby, které pečují o tyto křehké jedince, by měly být motivované ke kvalitní péči o ně. Touto motivací může být například potřeba pomáhat jiným, pochvala nebo také dobré finanční ohodnocení (Kopecká - Korcová, 2008). Stáří může přinášet také ovoce v podobě moudrosti, shovívavosti, humoru a nacházení smyslu života a smrti.

3.3. Onemocnění související s věkem

Proces stárnutí úzce souvisí s mnoha stařeckými demontními nebo kardiovaskulárními onemocněními. V této souvislosti se nabízí otázka, jak genetické nebo prostředím podmíněné intervence, které prodlužují délku života, tyto choroby ovlivňují. Dle A. Antebiho je známo, že snížený kalorický příjem nejen prodlužuje život hlodavců, ale rovněž snižuje riziko nástupu stařeckých onemocnění, mezi která patří například onemocnění krevního oběhu, neurodegenerativní onemocnění, katarakta (šedý zákal), osteoporóza a rakovina. Antebi dále uvádí, že tento závěr naznačuje, že tyto potíže mají společnou etiologii, nebo vykazují rizikový faktor spojený s věkem (P. Gruss, 2009).

F. Holsboer (2009) říká, že mnohá onemocnění se projeví až ve vysokém věku. Pro tyto nemoci je tedy rizikovým faktorem stáří a protože populace neustále stárne, je stále více lidí ohroženo nástupem různých onemocnění. Např. diabetes mellitus (cukrovka), onemocnění krevního oběhu, poruchy spánku nebo poškození duševních funkcí. U těchto onemocnění tedy výraznou roli hraje dědičnost.

Dle Holsboera (2009) je dědičnost významná i u většiny zhoubných nádorů. Genetická dispozice se ale většinou projeví pouze vlivem určitých vnějších faktorů. Například člověk, který má genetickou dispozici k diabetu, sníží riziko nástupu nemoci tím, že se bude udržovat v dobré tělesné kondici, zůstane štíhlý a omezí spotřebu sladkých jídel.

Holsboer dále uvádí, že onemocnění jako schizofrenie nebo deprese se poprvé projevují v mladém nebo středním věku, Alzheimerova choroba se proti tomu objevuje téměř výhradně u velmi starých lidí. Roli hraje i pohlaví, u žen se roztroušená skleróza vyskytuje dříve než u mužů, ale schizofrenie zase později. Pokud se určité onemocnění vyskytuje v rodině častěji, pro daného jednotlivce to představuje zvýšené riziko vzniku tohoto onemocnění.

Mnohé výzkumy týkající se vlivu životního stylu na riziko onemocnění rozhodně ukazují, že prevencí můžeme tato rizika výrazně snížit (P. Gruss, 2009).

3.4. Podpora rodiny v nemoci

Domácí péče o stárnoucí nemocné je nedílnou součástí moderního systému zdravotní a sociální péče v České republice. Jedním z hlavních pozitiv domácí péče je respektování integrity člověka s jeho vlastním sociálním prostředím.

Cílovou skupinou domácí péče jsou:

- klienti v pooperačním stavu
- klienti v poúrazovém stavu
- klienti s chronickým onemocněním
- preventivní domácí péče je určena klientům, u kterých je doporučeno pravidelné monitorování zdravotního stavu.

domácí hospicová péče – posláním této péče je především zmírnění fyzické a psychické utrpení umírajících lidí (M.Javorská Sociální práce jako životní pomoc P. Mühlpachr ed.).

I když péče o blízkého člověka je náročná psychicky i fyzicky, o svého rodinného příslušníka pečovalo v roce 1999 v ČR 23,5% občanů, jak vyplývá ze studie Ambulance pro poruchy paměti, a v roce 2005 19% (ÚZIS2005)(Tošnerová, 2009).

V minulosti nepečovali rodiny o své nemocné, staré, blízké, jak to činíme dnes. Souvisí to i s tím, že dnešní společnost je mobilnější, ženy čekají s mateřstvím do třiceti někdy i čtyřiceti let, výsledkem je péče o malé děti a rovnou i staré rodiče.

Zátěž pro pečující se promítá jak čas a pravidelnost péče tak i vztahy mezi pečujícím a nemocným. Také nedostatek znalostí a vědomostí. Zaslouží si podporu i ze strany společnosti. Finanční stránka je zajímavá, bohužel zneužitelná. Pomohla by podpora

edukačních programů pro laiky, podpora realitní péče, specializovaných denních center (Tošnerová, 2009).

3.5. Vzdělávání ve vyšším věku

Seniorské vzdělávání vznikalo v ČR na humanitních univerzitách již v osmdesátých letech minulého století. První přednášky a kurzy se většinou týkaly vztahu člověka k přírodě (Člověk a příroda, Zdravé potraviny, Problémy stárnutí apod.)

K většímu rozmachu seniorského vzdělávání došlo v devadesátých letech, kdy jednotlivé vysoké školy mohly uplatnit ve studijních programech svá specifika. V r.1995 bylo založeno občanské sdružení Asociace Univerzit Třetího Věku (AU3V). Sekretariát AU3V nyní sídlí na VUT v Brně.

K významnému zlepšení situace v seniorském vzdělávání došlo v roce 2003, kdy MŠMT poskytlo univerzitám v rámci Rozvojových a transformačních projektů finanční prostředky na zavádění seniorského vzdělávání (www.lli.vutbr.cz/vzdelavani-senioru).

Asociace Univerzit Třetího Věku

Asociace Univerzit Třetího Věku je občanské sdružení institucí, které nabízejí a provozují vzdělávací aktivity na úrovni vysokoškolského vzdělávání, určené občanům České republiky v důchodovém věku.

Asociace U3V byla založena v r. 1993 z iniciativy několika dobrovolníků, kteří na svých mateřských univerzitách vzděláváním seniorů zabývali a současně sledovali tuto problematiku v evropském i světovém měřítku. Vzdělávání seniorů patří mezi prestižní úkoly moderních univerzit a vyspělé státy i univerzity si to uvědomují. Proto Asociace U3V dostala do vínku dva hlavní úkoly: zabezpečit vzájemnou informovanost svých členů a postarat se o mezinárodní kontakty AU3V s vedoucími evropskými organizacemi. Zejména se to týkalo organizací [AIUTA](#) (Internation Association of the Universities of the Third Age), EFOS (European Federation of Older Students) a evropské informační sítě pro U3V, vedené [univerzitou v Ulmu](#). Všem, kteří se zasloužili o to, že Asociace U3V má dobré kontakty s partnery v zahraničí a svým více než 40

členům může poskytovat informační servis, patří velký dík. Asociace Univerzit Třetího Věku je občanské sdružení institucí, které nabízejí a provozují vzdělávací aktivity na úrovni vysokoškolského vzdělávání, určené občanům České republiky v důchodovém věku (www.lfi.vutbr.cz/vzdelavani-senioru).

Celoživotní vzdělávání seniorů

Universita třetího věku Brno

- VUT
- Zemědělská a lesnická universita
- Česká biskupská konference
- MU a MU 2
- Fakulta informatiky

Universita třetího věku Praha

- Zemědělská universita
- Teologická fakulta
- Fakulta biomedicínského inženýrství
- Vysoká škola ekonomická
- Fakulta agrobiologie, potravinových a přírodních zdrojů
- VŠ chemicko technologická
- Lékařská fakulta
- Matematicko fyzikální fakulta
- ČVUT
- Fakulta sociálních věd

Universita třetího věku jinde

- Universita Olomouc

- Dopravní fakulta Česká Třebová
- Gymnázium Svitavy
- Obchodní akademie Uherské Hradiště
- Universita Opava
- Střední škola technická a ekonomická Sokolov
- Universita České Budějovice
- Universita Zlín
- Krnov

Aktualizováno 3.09.2009 (www.duchody-duchodci.cz/celozivotni-vzdelavani-senioru)

U.M.Stautinger, J.Baumert o psychologických předpokladech pro vzdělávání a učení po padesátce a jejich plasticitě.

Věkem vyvolané změny intelektuálních schopností a kognitivních procesů jsou založeny na komplexní souhře biologicky podmíněných ztrát a kulturně zprostředkovaných zisků. „Stárnutí inteligence“ není jednotný proces, jedinci a schopnosti stárnou velmi rozdílným způsobem. Kromě těch kteří, jsou i ve vysokém věku stále kreativní a rozumní, existují lidé, jejichž kognitivní funkce jsou věkem velmi oslabeny. Totéž platí pro různé schopnosti např. rychlost myšlení a vnímání se s přibývajícím věkem většinou snižuje, naopak schopnosti založené na vědomostech a životních zkušenostech jsou stabilní a za určitých podmínek se mohou až do velmi vysokého věku zlepšovat (M.Staudinger,J.Baumert).

Dle Staudingera a Baumerta-věkově srovnávací studie s experty v jednom oboru tedy jasně ukazují, že starší osoby vzhledem ke svým rozsáhlým a dobře strukturovaným vědomostem v jednom oboru podávají srovnatelný výkon s mladšími kolegy. Ale také se ukázalo, že mladší kolegy nepředstihnou.Proces učení je velmi proměnlivý, ale bezpochyby platí, že člověk je schopen se učit až do velmi vysokého věku.Ze studií týkajících se plasticity navíc vyplývá, že pokud by zaměstnavatelé chtěli zpomalit nebo zabránit kognitivní výkonnosti svých zaměstnanců, mohli by prostřednictvím vhodných

pracovních kontextů neustále udržovat a motivovat. Kromě toho by bylo smysluplné systematicky využívat kognitivních silných stránek stáří, tedy vědomostí a zkušeností, a to jak během procesu učení, tak v zaměstnání.

Výhled dle Staudingera a Baumerta :

Prodlužuje se délka života a s ohledem na neustále narůstající tlak změny společenské modernizace, lze pozorovat jak dynamiku, tak stagnaci. Pevně stanovené tři fáze lidského života- učení (vzdělávání), práce (výdělečná činnost) a odchod do důchodu- se začínají rozvolňovat. Učení a práce se stále více překrývají. Platí to jak pro všeobecné, tak pro profesní a další vzdělávání, a to zejména u osob s vyšším dosaženým vzděláním a s většími kognitivními a motivačními zdroji seberegulace.

4. Vlastní empirický průzkum

4.1. Cíl průzkumu, formulace hypotéz

Cílem empirické části diplomové práce je provést průzkum úrovně kvality života a spokojenosti seniorů v domovech s pečovatelskou službou, domovech důchodců a seniorů žijících samostatně, nebo v kruhu rodiny. Dále porovnat míru důležitosti a míru spokojenosti kvality jejich života.

Pro průzkumnou část jsem stanovila tyto hypotézy:

H 1: Senioři žijící v rodinném prostředí jsou celkově spokojenější než senioři žijící v domově s pečovatelskou službou, či v domově důchodců.

H 2: Senioři žijící v domově s pečovatelskou službou nebo v domově důchodců považují hodnotu zdraví za důležitější než senioři žijící samostatně nebo v rodinném prostředí.

H 3: Senioři v domově s pečovatelskou službou nebo v domově důchodců považují hodnotu „příjemné prostředí a bydlení“ za důležitější než senioři žijící samostatně nebo s rodinou.

4.2. Vzorek k průzkumu (DPS Pozořice, DD Tuřany, ostatní)

K průzkumu jsem si vybrala klienty Domu s pečovatelskou službou Pozořice. V domě je 17 bytů, z toho 3 jsou bezbariérové. Dotazník vyplnilo 10 respondentů.

Dále jsem oslovila některé klienty Domova důchodců v městské části Brno Tuřany, který má 105 míst. Dotazník vyplnilo 22 seniorů. Ostatní klienti tohoto zařízení z důvodu špatného zdravotního, či duševního stavu nebyli schopni.

Celkový počet respondentů z obou zařízení byl 32.

Náhodně vybraný vzorek seniorů žijících samostatně nebo v kruhu rodiny byl 23. Celkem oslovených 55 seniorů.

4.3. Použitá metoda zpracování empirického průzkumu

Jako metodu pro průzkum jsem zvolila dotazník kvality života SQUALA (viz. Příloha). Jde o sebesupozovací dotazník vytvořený, podle metodologických pravidel v roce 1992 M. Zannottim a kol., českou verzi připravila Eva Dragomirecká a kol.

Dotazník obsahuje demografické údaje a hodnocení důležitosti a spokojenosti vybraných 23 oblastí života.

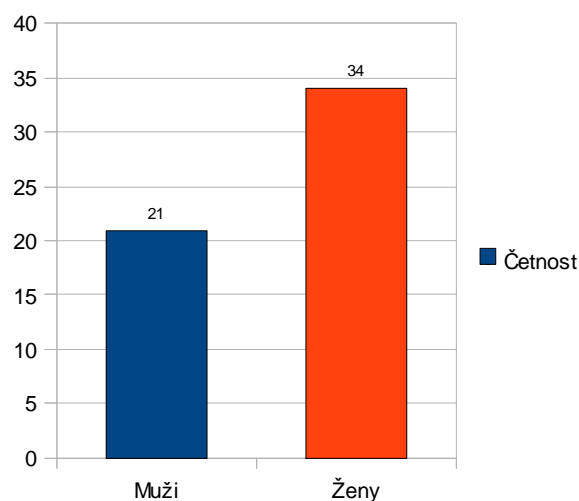
Důležitost je hodnocena na pětibodové stupnici (0 = bezvýznamné – 4 = nezbytné) a spokojenost je vyhodnocována na pětibodové škále (0 = velmi zklamán – 4 = zcela spokojen).

4.4. Univariační analýza výsledků

Demografické údaje

Tabulka č.1 Pohlaví

	Četnost	%
Muži	21	38,2
Ženy	34	61,8
Celkem	55	100



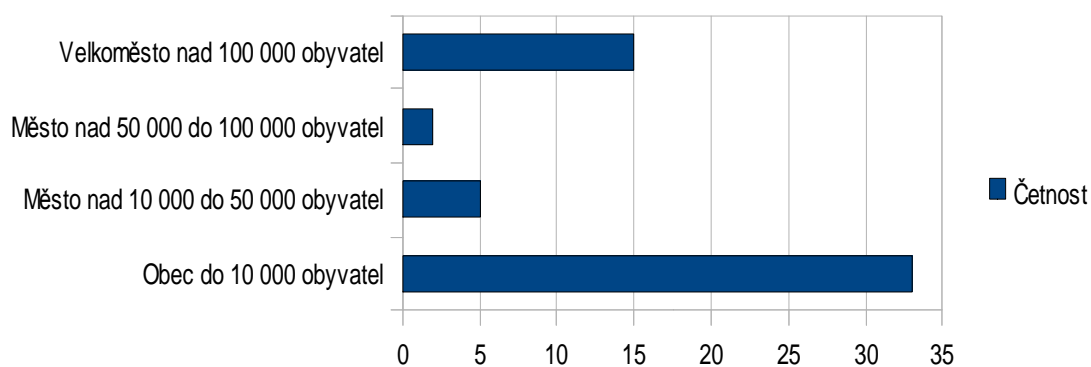
V nadpoloviční většině odpovídaly ženy (61,8%), tedy se dožívají vyššího věku. Výsledek koresponduje s poměrným zastoupením starších žen v populaci (rodina končí fází vdovství).

Věk

Nejmladší respondent měl 51 let, nejstarší 93 let. Průměrný věk dotazovaných byl 74,8 let. Nejvíce se věk pohyboval kolem 70 let.

Tabulka č. 2 **Bydliště**

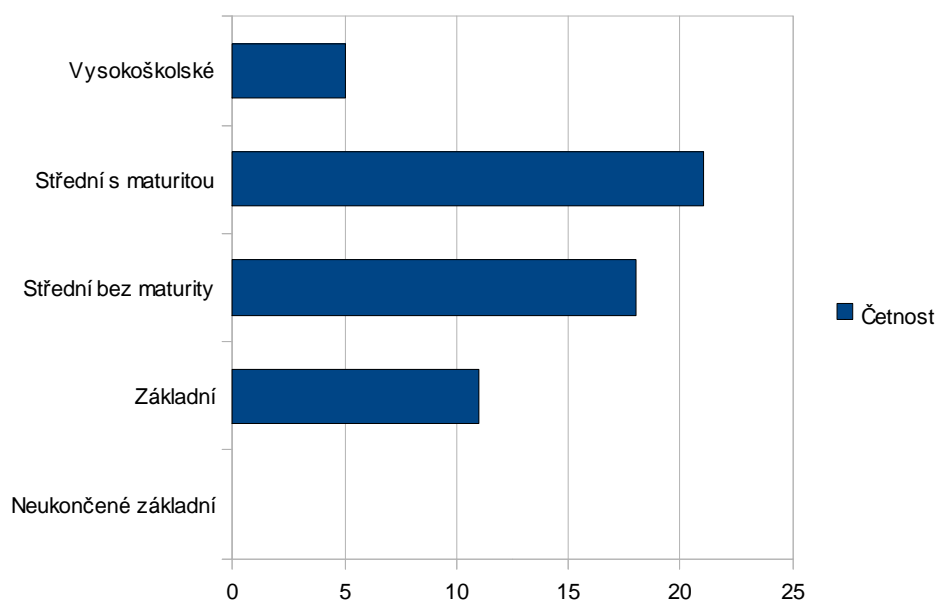
	Četnost	%
Obec do 10 000 obyvatel	33	60,0
Město nad 10 000 do 50 000 obyvatel	5	9,1
Město nad 50 000 do 100 000 obyvatel	2	3,6
Velkoměsto nad 100 000 obyvatel	15	27,3



60% seniorů bydlí v obci do 10 000 obyvatel. Z toho plyne, že většina oslovených žije v malých obcích.

Tabulka č. 3 **Ukončené vzdělání**

	Četnost	%
Neukončené základní	0	0,0
Základní	11	20,0
Střední bez maturity	18	32,7
Střední s maturitou	21	38,2
Vysokoškolské	5	9,1



Všichni respondenti mají ukončené vzdělání. Většina oslovených seniorů má střední vzdělání. Střední s maturitou 38,2%, střední bez maturity 32,7%. 20% má vzdělání základní a nejméně 9,1% má vzdělání vysokoškolské.

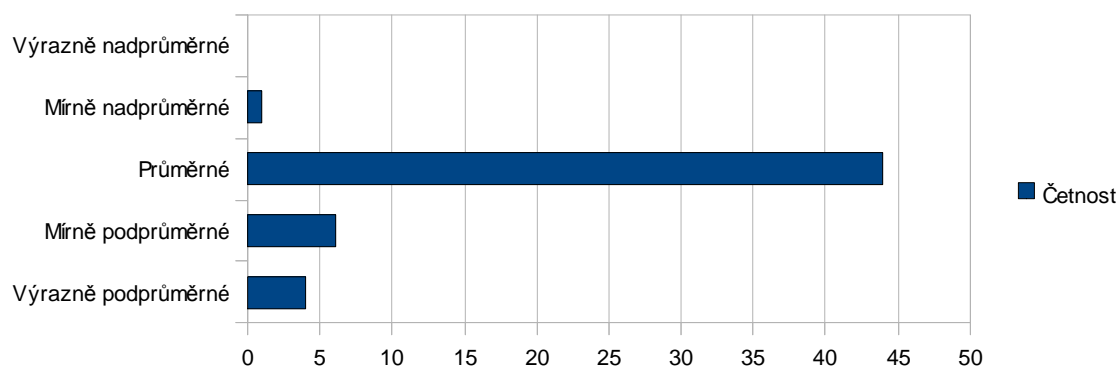
Tabulka č. 4 **Zaměstnání**

	Četnost	%
Soukromník	1	1,8
Zaměstnavatel další osoby	0	0,0
Pracující	2	3,6
Studující	0	0,0
Mateřská dovolená	0	0,0
V domácnosti	3	5,5
Důchodce (nepracující)	46	83,6
Invalidní důchodce	3	5,5
Nezaměstnaný/á	0	0,0
Voják základní služby	0	0,0
Jiné	0	0,0

Většina seniorů jsou v důchodě a nepracují (83,6%). V invalidním důchodě a v domácnosti shodně 5,5%. Zanedbatelné procento je pracujících 3,6% a 1,8% v soukromé sféře

Tabulka č. 5 **Hmotné zabezpečení**

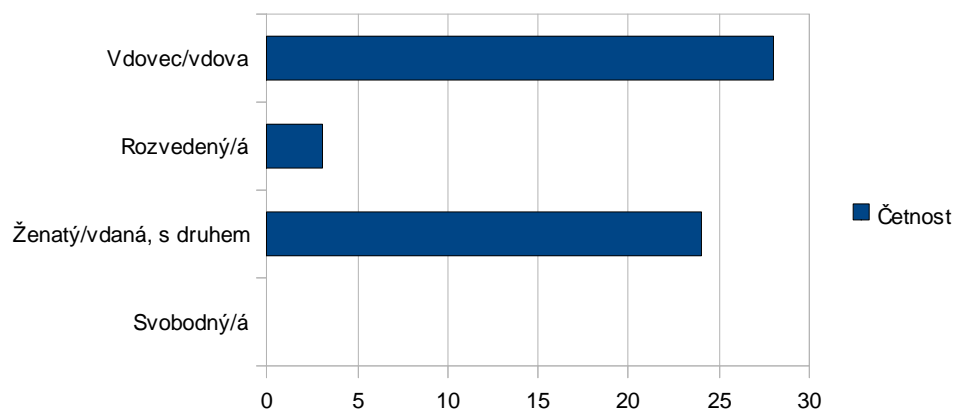
	Četnost	%
Výrazně podprůměrné	4	7,3
Mírně podprůměrné	6	10,9
Průměrné	44	80,0
Mírně nadprůměrné	1	1,8
Výrazně nadprůměrné	0	0,0



Většina oslovených hodnotila hmotné zabezpečení jako průměrné 80%. Mírně podprůměrné 10,9%, výrazně podprůměrné 7,3%. Jen 1,8% zhodnotila hmotné zabezpečení jako mírně nadprůměrné. Z průměrného hodnocení vyplývá, že senioři umí vycházet v ekonomické stránce života s prostředky které mají k dispozici.

Tabulka č.6 **Rodinný stav**

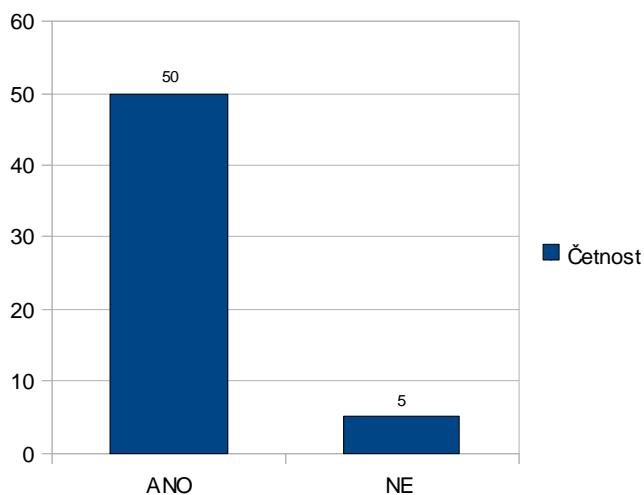
	Četnost	%
Svobodný/á	0	0,0
Ženatý/vdaná, s druhem	24	43,6
Rozvedený/á	3	5,5
Vdovec/vdova	28	50,9



Polovina respondentů jsou vdovy a vdovci (50,9%), 43% oslovených je ženatých, vdaných nebo žijících s druhem. Jen 5,5% je rozvedených. To vypovídá o nízké rozvodovosti v dřívějších letech.

Tabulka č. 7 **Počet dětí**

	Četnost	%
ANO	50	90,9
NE	5	9,1



90,9% oslovených seniorů má děti, 17 z nich (30,9%) s dětmi žijí. Jen 9,1% respondentů děti nemá.

Tabulka č. 8 **Zdraví**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	23	42
Velmi důležité	31	56
Středně důležité	1	2
Málo důležité	0	0
Bezvýznamné	0	0

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	4	7
Velmi spokojen	7	13
Spíše spokojen	33	60
Nespokojen	10	18
Velmi zklamán	1	2

Skoro všichni respondenti uvedli, že zdraví je pro jejich život „velmi důležité“ nebo „nezbytné“. V hodnocení spokojenosti uvedla většina oslovených „spíše spokojen“. Nejspíše z důvodu zhoršení zdraví a přibývajících nemocí v pokročilém věku.

Tabulka č. 9 **Fyzická soběstačnost**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	14	25
Velmi důležité	40	73
Středně důležité	1	2
Málo důležité	0	0
Bezvýznamné	0	0

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	7	13
Velmi spokojen	12	22
Spíše spokojen	30	55
Nespokojen	5	9
Velmi zklamán	1	2

Tuto hodnotu označilo největší procento oslovených jako „velmi důležité“. Je pro ně důležitá, protože pro ně znamená samostatnost a nezávislost na okolí. V hodnocení spokojenosti je polovina respondentů „spíše spokojeno“. Většina seniorů ve vyšším věku je na svém okolí více či méně závislá.

Tabulka č. 10 **Psychická pohoda**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	11	20
Velmi důležité	43	78
Středně důležité	1	2
Málo důležité	0	0
Bezvýznamné	0	0

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	6	11
Velmi spokojen	10	18
Spíše spokojen	35	64
Nespokojen	4	7
Velmi zklamán	0	0

Hodnotu psychická pohoda uvedlo 78% oslovených jako „velmi důležitou“. Nadpoloviční většina ji v hodnocení spokojenosti uvedla jako „spíše spokojen“. Patrný posun od důležitosti („velmi důležité“) ke spokojenosti průměrné.

Tabulka č. 11 **Příjemné prostředí a bydlení**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	6	11
Velmi důležité	34	62
Středně důležité	14	25
Málo důležité	1	2
Bezvýznamné	0	0

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	11	20
Velmi spokojen	28	51
Spíše spokojen	16	29
Nespokojen	0	0
Velmi zklamán	0	0

Tuto hodnotu považuje nadpoloviční většina jako „velmi důležitou“. Jako „velmi spokojen“ ji v hodnocení spokojenosti označila polovina respondentů.

Tabulka č. 12 **Dobry spánek**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	10	18
Velmi důležité	35	64
Středně důležité	9	16
Málo důležité	1	2
Bezvýznamné	0	0

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	6	11
Velmi spokojen	12	22
Spíše spokojen	31	56
Nespokojen	6	11
Velmi zklamán	0	0

Pro většinu oslovených seniorů je dobrý spánek „velmi důležitý“. Při hodnocení spokojenosti je více jak polovina „spíše spokojena“, u starších lidí se kvalitní spánek spíše zkracuje.

Tabulka č. 13 **Rodinné vztahy**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	10	18
Velmi důležité	38	69
Středně důležité	6	11
Málo důležité	1	2
Bezvýznamné	0	0

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	11	20
Velmi spokojen	25	45
Spíše spokojen	15	27
Nespokojen	4	7
Velmi zklamán	0	0

Tuto hodnotu většina seniorů hodnotí jako „velmi důležitou“ až nezbytnou. Je to pro ně jistota zázemí a bezpečí. V hodnocení spokojenosti je necelá polovina „velmi spokojena“. 27% oslovených je „spíše spokojeno“.

Tabulka č. 14 **Vztahy s ostatními lidmi**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	5	9
Velmi důležité	24	44
Středně důležité	23	42
Málo důležité	3	5
Bezvýznamné	0	0

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	9	16
Velmi spokojen	14	25
Spíše spokojen	28	51
Nespokojen	4	7
Velmi zklamán	0	0

42% respondentů hodnotí jako „středně důležité“, 44% jako „velmi důležité“. V hodnocení spokojenosti je polovina „spíše spokojeno, 25% seniorů „velmi spokojeno“.

Tabulka č. 15 **Mít a vychovávat děti**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	8	15
Velmi důležité	30	55
Středně důležité	12	22
Málo důležité	5	9
Bezvýznamné	0	0

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	11	20
Velmi spokojen	25	45
Spíše spokojen	16	29
Nespokojen	3	5
Velmi zklamán	0	0

Více jak polovina oslovených považuje mít děti za „velmi důležité“. V hodnocení spokojenosti uvedla necelá polovina oslovených jako „velmi spokojen“ a 20% „zcela spokojen“. Ukazuje to na dobré rodinné vztahy.

Tabulka č. 16 **Postarat se o sebe**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	12	22
Velmi důležité	38	69
Středně důležité	3	5
Málo důležité	2	4
Bezvýznamné	0	0

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	9	16
Velmi spokojen	9	16
Spíše spokojen	31	56
Nespokojen	5	9
Velmi zklamán	1	2

„Velmi důležitá“ je tato hodnota pro většinu oslovených. Polovina respondentů je v hodnocení spokojenosti „spíše spokojena“. Po 16% je odpověď „velmi spokojen“ a „zcela spokojen“.

Tabulka č. 17 **Milovat a být milován**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	6	11
Velmi důležité	27	49
Středně důležité	16	29
Málo důležité	4	7
Bezvýznamné	2	4

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	6	11
Velmi spokojen	12	22
Spíše spokojen	26	47
Nespokojen	9	16
Velmi zklamán	2	4

Tuto hodnotu označila necelá polovina jako „velmi důležitou“, je to přirozená potřeba pro každého člověka v jakémkoliv věku. V hodnocení spokojenosti ji 47% označilo jako „spíše spokojen“. Vypovídá o tom, že někteří lidé ve vyšším věku jsou bez partnera.

Tabulka č. 18 **Sexuální život**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	2	4
Velmi důležité	9	16
Středně důležité	14	25
Málo důležité	16	29
Bezvýznamné	14	25

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	2	4
Velmi spokojen	5	9
Spíše spokojen	37	67
Nespokojen	8	15
Velmi zklamán	3	5

Sexuální život označila většina jako „středně důležitý“, „málo důležitý“ nebo „bezvýznamný“. Ukazuje to na klesající sexuální aktivitu u starších lidí. V hodnocení spokojenosti je nadpoloviční většina „spíše spokojena“.

Tabulka č. 19 **Politika**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	2	4
Velmi důležité	5	9
Středně důležité	20	36
Málo důležité	19	35
Bezvýznamné	9	16

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	1	2
Velmi spokojen	2	4
Spíše spokojen	25	45
Nespokojen	16	29
Velmi zklamán	11	20

Politika je pro většinu respondentů „středně nebo málo důležitá“. Necelá polovina je „spíše spokojena“. 29% je nespokojeno. Což odráží momentální stav na naší politické scéně.

Tabulka č. 20 **Víra**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	9	16
Velmi důležité	13	24
Středně důležité	11	20
Málo důležité	11	20
Bezvýznamné	11	20

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	11	20
Velmi spokojen	10	18
Spíše spokojen	22	40
Nespokojen	7	13
Velmi zklamán	5	9

Pro 24% oslovených je víra velmi důležitá, ostatní odpovědi shodně kolem 20%. Znamená to, že mezi náhodně vybraným vzorkem oslovených jsou jak lidé věřící, tak i bez víry. V hodnocení spokojenosti je 40% „spíše spokojeno“.

Tabulka č. 21 **Odpočinek**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	9	16
Velmi důležité	15	27
Středně důležité	21	38
Málo důležité	10	18
Bezvýznamné	0	0

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	12	22
Velmi spokojen	13	24
Spíše spokojen	27	49
Nespokojen	3	5
Velmi zklamán	0	0

Odpočinek považuje většina oslovených za „středně nebo velmi důležitý“. Polovina oslovených je „spíše spokojena“.

Tabulka č. 22 **Koníčky**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	6	11
Velmi důležité	24	44
Středně důležité	17	31
Málo důležité	6	11
Bezvýznamné	2	4

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	9	16
Velmi spokojen	14	25
Spíše spokojen	21	38
Nespokojen	10	18
Velmi zklamán	1	2

Necelá polovina respondentů označila tuto hodnotu jako „velmi důležitou“. V hodnocení spokojenosti je 38 % „spíše spokojeno“. T toho plyne, že potřeba převyšuje možnosti. Ať ze zdravotního nebo finančního důvodu.

Tabulka č. 23 **Bezpečí**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	12	22
Velmi důležité	35	64
Středně důležité	8	15
Málo důležité	0	0
Bezvýznamné	0	0

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	10	18
Velmi spokojen	12	22
Spíše spokojen	25	45
Nespokojen	8	15
Velmi zklamán	0	0

Hodnota bezpečí je pro 64% seniorů „velmi důležitá“. V hodnocení spokojenosti ji necelá polovina označila jako „spíše spokojen“.

Tabulka č. 24 **Práce**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	7	13
Velmi důležité	27	49
Středně důležité	14	25
Málo důležité	5	9
Bezvýznamné	2	4

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	4	7
Velmi spokojen	12	22
Spíše spokojen	28	51
Nespokojen	9	16
Velmi zklamán	2	4

Pro polovinu respondentů je práce „velmi důležitá“. Dává jim pocit užitečnosti ve společnosti. Polovina ohodnotila spokojenost jako „spíše spokojen“. Věkem a zdravotním stavem jsou pracovní možnosti pro seniory omezené.

Tabulka č. 25 **Spravedlnost**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	14	25
Velmi důležité	32	58
Středně důležité	7	13
Málo důležité	2	4
Bezvýznamné	0	0

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	6	11
Velmi spokojen	5	9
Spíše spokojen	25	45
Nespokojen	15	27
Velmi zklamán	4	7

Nadpoloviční většina označuje spravedlnost za „velmi důležitou“. V hodnocení spokojenosti je většina oslovených „spíše spokojeno nebo nespokojeno“. Odráží to stav naší společnosti ve vnímání starších lidí.

Tabulka č. 26 **Svoboda**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	13	24
Velmi důležité	31	56
Středně důležité	8	15
Málo důležité	2	4
Bezvýznamné	1	2

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	13	24
Velmi spokojen	4	7
Spíše spokojen	32	58
Nespokojen	5	9
Velmi zklamán	1	2

Tuto hodnotu uvedla více jak polovina respondentů jako „velmi důležitou“. Svoboda je důležitá pro všechny v jakémkoliv věku. V hodnocení spokojenosti je více jak polovina „spíše spokojena“.

Tabulka č. 27 **Krása a umění**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	2	4
Velmi důležité	18	33
Středně důležité	24	44
Málo důležité	9	16
Bezvýznamné	2	4

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	8	15
Velmi spokojen	7	13
Spíše spokojen	34	62
Nespokojen	4	7
Velmi zklamán	2	4

Většina oslovených považuje tuto hodnotu za „středně nebo velmi důležitou“. Pro oslovené seniory není umění až tak významné. Většina uvedla v hodnocení spokojenosti „spíše spokojen“.

Tabulka č. 28 **Pravda**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	19	35
Velmi důležité	28	51
Středně důležité	7	13
Málo důležité	1	2
Bezvýznamné	0	0

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	5	9
Velmi spokojen	7	13
Spíše spokojen	29	53
Nespokojen	12	22
Velmi zklamán	2	4

Jako „velmi důležitou až nezbytnou“ uvádí pravdu většina oslovených seniorů. V hodnocení spokojenosti je polovina respondentů „spíše spokojena“.

Tabulka č. 29 **Peníze**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	10	18
Velmi důležité	26	47
Středně důležité	17	31
Málo důležité	2	4
Bezvýznamné	0	0

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	3	5
Velmi spokojen	4	7
Spíše spokojen	39	71
Nespokojen	6	11
Velmi zklamán	3	5

Peníze jsou pro 47% „velmi důležité“. V hodnocení spokojenosti je 71% „spíše spokojeno“. Finanční situace seniorů se odráží v tomto hodnocení.

Tabulka č. 30 **Dobré jídlo**

Důležitost

	Četnost	%
Nezbytné	6	11
Velmi důležité	16	29
Středně důležité	20	36
Málo důležité	11	20
Bezvýznamné	2	4

Spokojenost

	Četnost	%
Zcela spokojen	9	16
Velmi spokojen	16	29
Spíše spokojen	24	44
Nespokojen	4	7
Velmi zklamán	2	4

Dobré jídlo považuje 36% oslovených za „středně důležité, 29% za velmi důležité“.

V hodnocení spokojenosti je 44% „spíše spokojeno“.

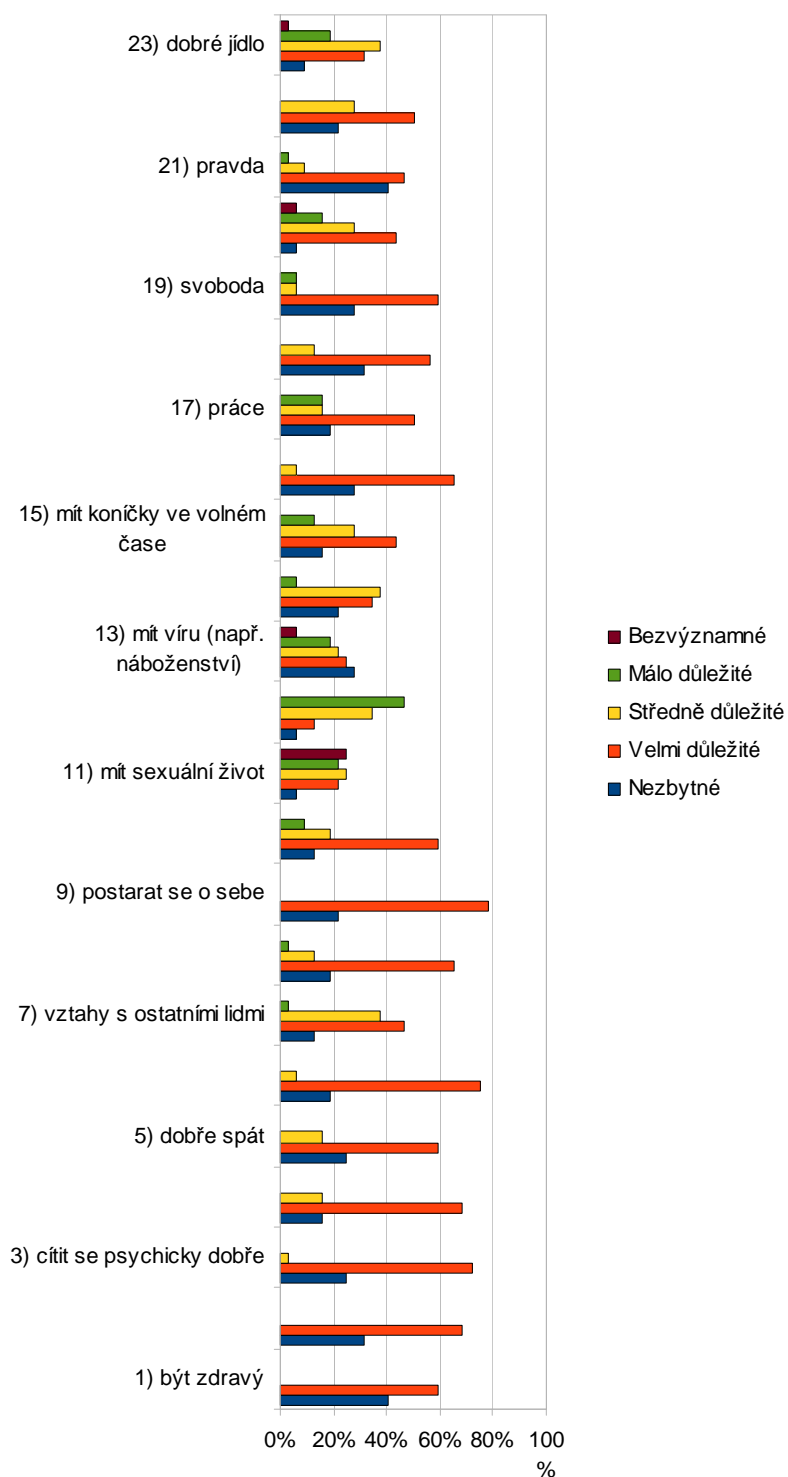
4.5. Vyhodnocení a výsledky průzkumu

Tabulka č. 31

HODNOCENÍ DŮLEŽITOSTI

Osoby žijící v domě s pečovatelskou službou nebo domově důchodců

	Nezbytné	Velmi důležité	Středně důležité	Málo důležité	Bezvýznamné
1) být zdravý	41%	59%	0%	0%	0%
2) být fyzicky soběstačný	31%	69%	0%	0%	0%
3) cítit se psychicky dobře	25%	72%	3%	0%	0%
4) příjemné prostředí a bydlení	16%	69%	16%	0%	0%
5) dobře spát	25%	59%	16%	0%	0%
6) rodinné vztahy	19%	75%	6%	0%	0%
7) vztahy s ostatními lidmi	13%	47%	38%	3%	0%
8) mít a vychovávat děti	19%	66%	13%	3%	0%
9) postarat se o sebe	22%	78%	0%	0%	0%
10) milovat a být milován	13%	59%	19%	9%	0%
11) mít sexuální život	6%	22%	25%	22%	25%
12) zajímat se o politiku	6%	13%	34%	47%	0%
13) mít víru (např. náboženství)	28%	25%	22%	19%	6%
14) odpočívat ve volném čase	22%	34%	38%	6%	0%
15) mít koníčky ve volném čase	16%	44%	28%	13%	0%
16) být v bezpečí	28%	66%	6%	0%	0%
17) práce	19%	50%	16%	16%	0%
18) spravedlnost	31%	56%	13%	0%	0%
19) svoboda	28%	59%	6%	6%	0%
20) krása a umění	6%	44%	28%	16%	6%
21) pravda	41%	47%	9%	3%	0%
22) peníze	22%	50%	28%	0%	0%
23) dobré jídlo	9%	31%	38%	19%	3%

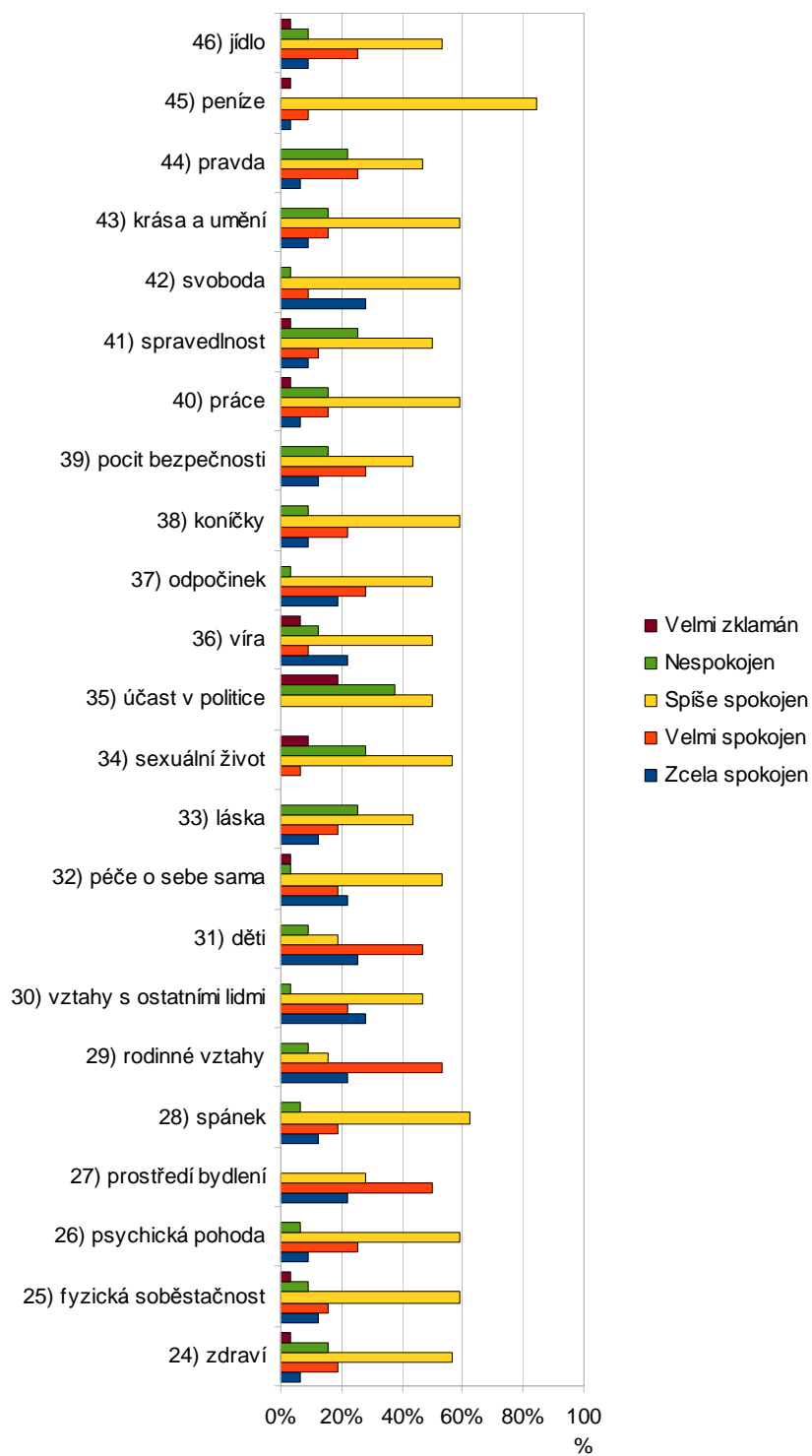


Tabulka č. 32

HODNOCENÍ SPOKOJENOSTI

Osoby žijící v domě s pečovatelskou službou nebo domově důchodců

	Zcela spokojen	Velmi spokojen	Spíše spokojen	Nespokojen	Velmi zklamán
24) zdraví	6%	19%	56%	16%	3%
25) fyzická soběstačnost	13%	16%	59%	9%	3%
26) psychická pohoda	9%	25%	59%	6%	0%
27) prostředí bydlení	22%	50%	28%	0%	0%
28) spánek	13%	19%	63%	6%	0%
29) rodinné vztahy	22%	53%	16%	9%	0%
30) vztahy s ostatními lidmi	28%	22%	47%	3%	0%
31) děti	25%	47%	19%	9%	0%
32) péče o sebe sama	22%	19%	53%	3%	3%
33) láska	13%	19%	44%	25%	0%
34) sexuální život	0%	6%	56%	28%	9%
35) účast v politice	0%	0%	50%	38%	19%
36) víra	22%	9%	50%	13%	6%
37) odpočinek	19%	28%	50%	3%	0%
38) koníčky	9%	22%	59%	9%	0%
39) pocit bezpečnosti	13%	28%	44%	16%	0%
40) práce	6%	16%	59%	16%	3%
41) spravedlnost	9%	13%	50%	25%	3%
42) svoboda	28%	9%	59%	3%	0%
43) krása a umění	9%	16%	59%	16%	0%
44) pravda	6%	25%	47%	22%	0%
45) peníze	3%	9%	84%	0%	3%
46) jídlo	9%	25%	53%	9%	3%

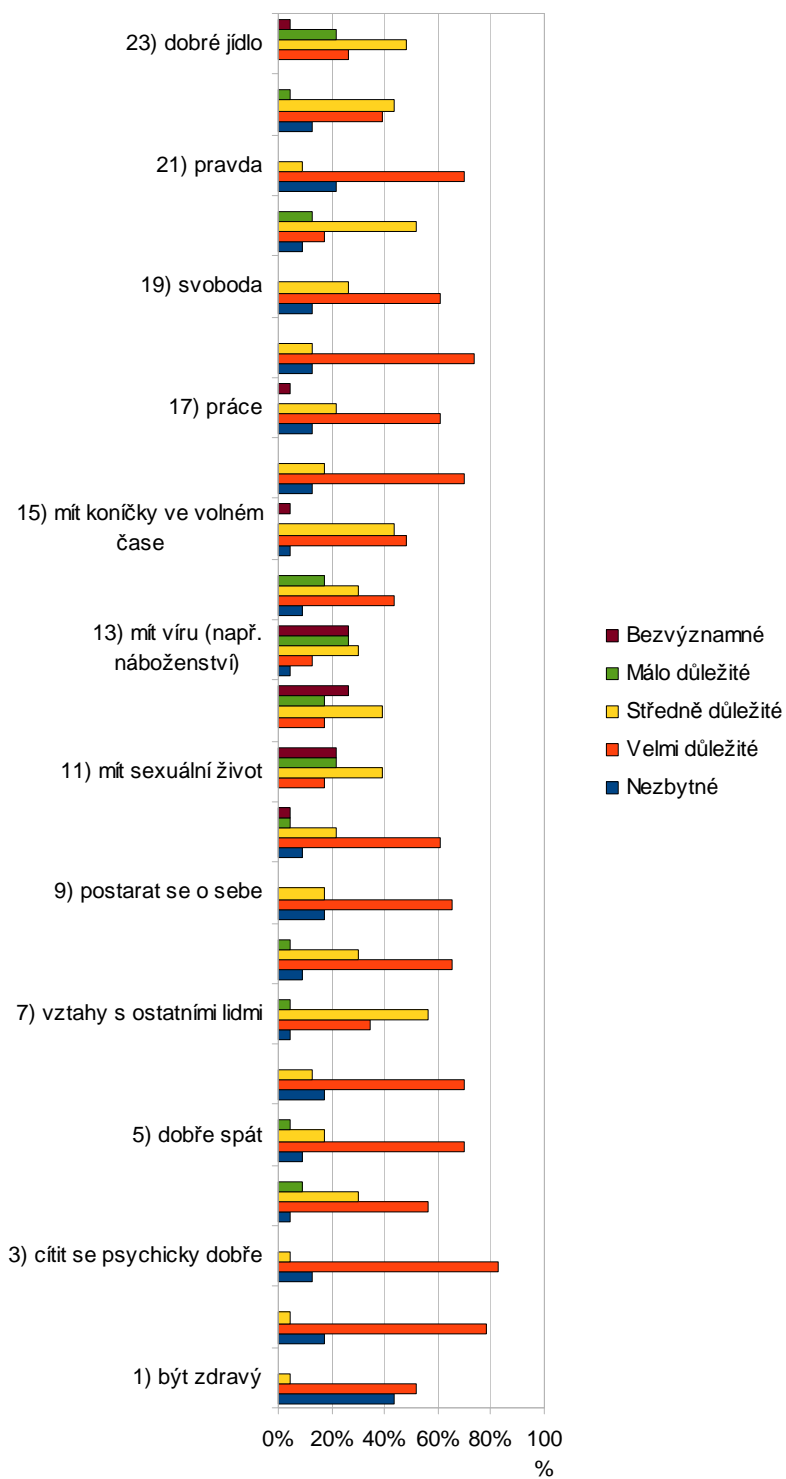


Tabulka č. 33

**HODNOCENÍ
DŮLEŽITOSTI**

Osoby žijící zvlášť nebo s rodinami

	Nezbytné	Velmi důležité	Středně důležité	Málo důležité	Bezvýznamné
1) být zdravý	43%	52%	4%	0%	0%
2) být fyzicky soběstačný	17%	78%	4%	0%	0%
3) cítit se psychicky dobře	13%	83%	4%	0%	0%
4) příjemné prostředí a bydlení	4%	57%	30%	9%	0%
5) dobře spát	9%	70%	17%	4%	0%
6) rodinné vztahy	17%	70%	13%	0%	0%
7) vztahy s ostatními lidmi	4%	35%	57%	4%	0%
8) mít a vychovávat děti	9%	65%	30%	4%	0%
9) postarat se o sebe	17%	65%	17%	0%	0%
10) milovat a být milován	9%	61%	22%	4%	4%
11) mít sexuální život	0%	17%	39%	22%	22%
12) zajímat se o politiku	0%	17%	39%	17%	26%
13) mít víru (např. náboženství)	4%	13%	30%	26%	26%
14) odpočívat ve volném čase	9%	43%	30%	17%	0%
15) mít koníčky ve volném čase	4%	48%	43%	0%	4%
16) být v bezpečí	13%	70%	17%	0%	0%
17) práce	13%	61%	22%	0%	4%
18) spravedlnost	13%	74%	13%	0%	0%
19) svoboda	13%	61%	26%	0%	0%
20) krása a umění	9%	17%	52%	13%	0%
21) pravda	22%	70%	9%	0%	0%
22) peníze	13%	39%	43%	4%	0%
23) dobré jídlo	0%	26%	48%	22%	4%

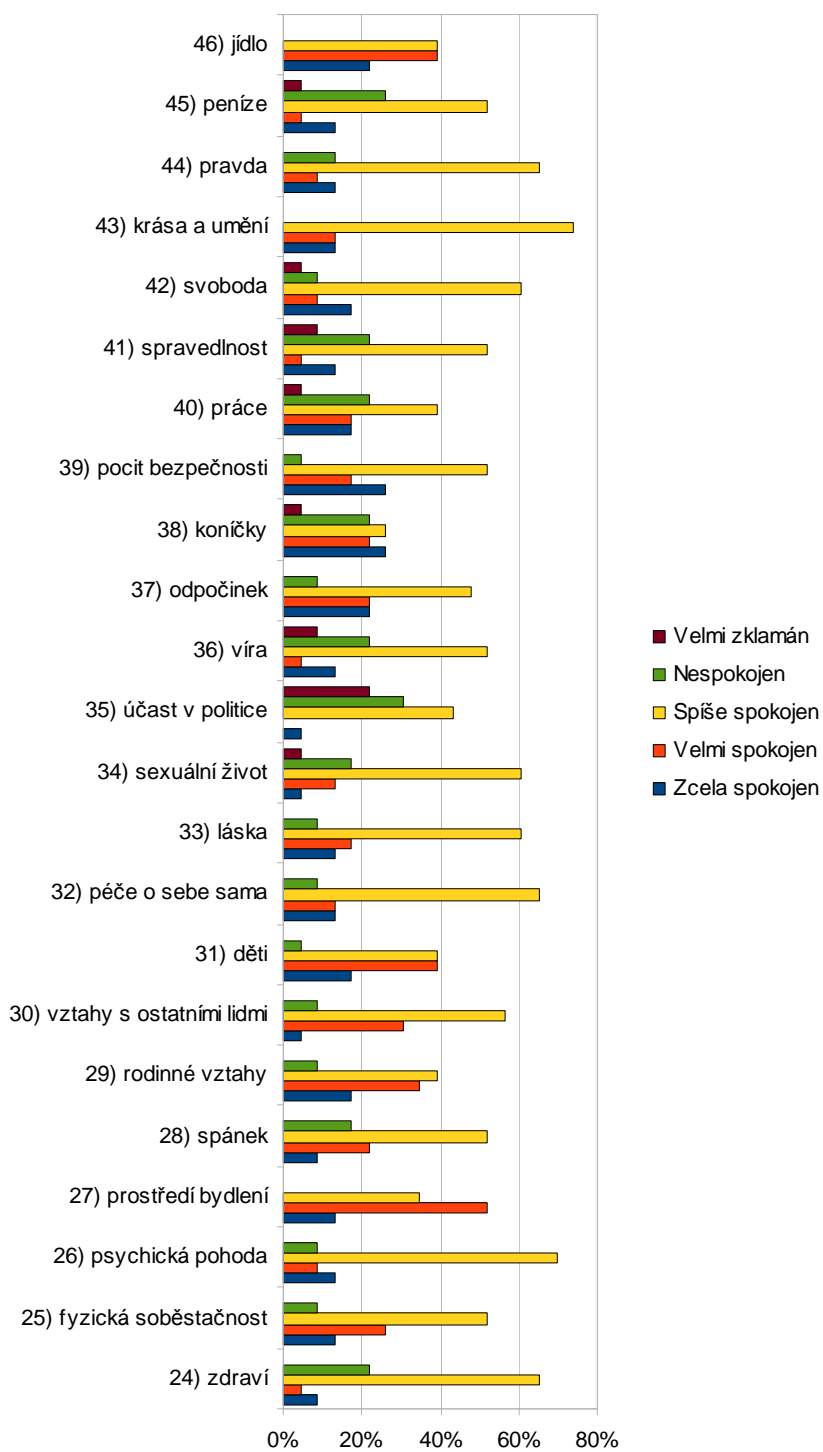


Tabulka č. 34

HODNOCENÍ SPOKOJENOSTI

Osoby žijící zvlášť nebo s rodinami

	Zcela spokojen	Velmi spokojen	Spíše spokojen	Nespokojen	Velmi zklamán
24) zdraví	9%	4%	65%	22%	0%
25) fyzická soběstačnost	13%	26%	52%	9%	0%
26) psychická pohoda	13%	9%	70%	9%	0%
27) prostředí bydlení	13%	52%	35%	0%	0%
28) spánek	9%	22%	52%	17%	0%
29) rodinné vztahy	17%	35%	39%	9%	0%
30) vztahy s ostatními lidmi	4%	30%	57%	9%	0%
31) děti	17%	39%	39%	4%	0%
32) péče o sebe sama	13%	13%	65%	9%	0%
33) láska	13%	17%	61%	9%	0%
34) sexuální život	4%	13%	61%	17%	4%
35) účast v politice	4%	0%	43%	30%	22%
36) víra	13%	4%	52%	22%	9%
37) odpočinek	22%	22%	48%	9%	0%
38) koníčky	26%	22%	26%	22%	4%
39) pocit bezpečnosti	26%	17%	52%	4%	0%
40) práce	17%	17%	39%	22%	4%
41) spravedlnost	13%	4%	52%	22%	9%
42) svoboda	17%	9%	61%	9%	4%
43) krása a umění	13%	13%	74%	0%	0%
44) pravda	13%	9%	65%	13%	0%
45) peníze	13%	4%	52%	26%	4%
46) jídlo	22%	39%	39%	0%	0%



Hypotéza 1: Senioři žijící v rodinném prostředí nebo samostatně jsou celkově spokojenější než senioři žijící v domově s pečovatelskou službou, či v domově důchodců.

Při porovnání tabulky č. 32 a 34 jsme nezjistili výrazně větší spokojenost u seniorů žijících v rodinném prostředí nebo samostatně. Z toho plyne, že prostředí nemusí mít na spokojenost seniorů vliv.

Hypotézu č. 1 považuji za vyvrácenou.

H 1 byla falzifikována.

Hypotéza 2: Senioři žijící v domově s pečovatelskou službou nebo v domově důchodců považují hodnotu zdraví za důležitější než senioři žijící samostatně nebo v rodinném prostředí.

Při porovnání tabulky č. 31 a 33 zjišťujeme, že senioři žijící v domově důchodců nebo v domě s pečovatelskou službou považují hodnotu zdraví za důležitější než senioři žijící samostatně, či v rodinném prostředí.

Hypotézu č. 2 považuji za potvrzenou.

H 2 byla verifikována.

Hypotéza 3: Senioři v domově s pečovatelskou službou nebo v domově důchodců považují hodnotu „příjemné prostředí a bydlení“ za důležitější než senioři žijící samostatně nebo s rodinou.

Při porovnání tabulky č. 31 a 33 jsme zjistili, že senioři žijící v domově s pečovatelskou službou nebo v domově důchodců považují hodnotu „příjemné prostředí a bydlení“ za výrazně důležitější než senioři žijící samostatně nebo v rodinném prostředí..

Hypotézu č. 3 považuji za potvrzenou.

H 3 byla verifikována.

Závěr

„Stárnutí je otrava, ale je to jediný způsob, jak se dožít vysokého věku“

(George Bernard Shaw)

Vzhledem k tomu, že dříve se lidé nedoživali ve velkém měřítku vysokého věku, není naše společnost na toto připravena a nemá dostatek zkušeností.

Stárí a stárnutí je přirozený proces v životě každého člověka, ne všichni se s ním dokáží stejně vyrovnat. Výsledkem obav ze ztráty nezávislosti je snaha zmírnit, nebo ovlivnit projevy stárnutí. Na proces stárnutí má velkou měrou vliv životní způsob každého jednotlivce, péče o zdraví, psychickou pohodu a volba zájmových činností během celého života. Na hodnotném a důstojném prožití stárí má také vliv celá společnost. Na její pomoci jsou ve velké míře senioři závislí, k tomu slouží soustava sociální podpory a pomoci pro seniory. Poskytuje například příležitost pro různé aktivity a hodnotné trávení volného času. Také vhodné a důstojné bydlení, vyhovující potřebám starších spoluobčanů, kteří nemohou prožít své stárí v rodinném prostředí.

Cílem diplomové práce bylo porovnat úroveň života seniorů v domově důchodců, domě s pečovatelskou službou a seniorů žijících v rodinném prostředí nebo samostatně. Zhodnotit jejich spokojenost s úrovní života.

Jako metodu pro svůj průzkum jsem zvolila dotazník kvality života SQUALA.

Cíl své diplomové práce považuji za naplněný. Výsledky jsem popsala v univariační analýze .

Stanovila jsem si tři hypotézy. Dvě z nich na základě výsledků považuji za verifikované, jednu za falzifikovanou.

Resumé

Diplomová práce se zabývá kvalitou života seniorů. Popisuje problematiku stáří a stárnutí, jeho členění a klasické teorie. Seznamuje s vědními disciplínami zabývajícími se stárnutím a popisuje problémy a etiku umírání a smrti.

Přináší nám informace o sociálních službách, poradenství a různých zařízeních pro naše stárnoucí spoluobčany. Vymezuje pojem kvality života seniorů, zamýšlí se nad etickými problémy v seniorském věku, onemocněními a podporou rodiny v těchto situacích. Také nás informuje o vzdělávání ve vyšším věku.

Výzkumná část se zaměřuje na porovnání úrovně života seniorů v prostředí rodinném, žijících samostatně nebo v domově důchodců, či domě s pečovatelskou službou. A celkově hodnotí jejich spokojenost.

Anotace

Tato diplomová práce se zabývá problematikou stáří a stárnutí. Vymezuje klasické teorie stárnutí. Popisuje jaké máme v ČR možnosti poskytování sociální podpory a sociální služby. Popisuje kvalitu života seniorské populace, vybrané etické problémy seniorů, také onemocnění související s nástupem vyššího věku, dále pak možnosti vzdělávání v seniorském věku.

Klíčová slova

Senior, stáří, stárnutí, zdraví, nemoc, kvalita života, sociální pomoc.

Annotation

This thesis deals with old age and aging. Defines the classical theory of aging. It describes our possibilities of providing social assistance and social services in the Czech Republic. Also describes the quality of life of senior population, selected ethical problems of the elderly, the onset of diseases associated with old age, as well as training opportunities in advanced age.

Keywords

Senior, age, aging, health, disease, quality of life, social assistance.

Seznam použité literatury:

1. **BATTOMLEY, A.** *The Oncologist*. 2002, 120 s.
2. **DRAGOMIRECKÁ, E., ŠKODA, C.** *Kvalita života. Vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii.*: Čs. Psychiatrie, 1997, 104 s.
3. **GRUSS, P.(ed.)** *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. 1. vyd.. Praha: Portál, 2009, 224 s.
4. **KALVACH, Z.** *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004, 160 s.
5. **KOVÁČ, D.** *Kvalita života-naliehavá výzva pre vedu nového storočia*. Čs. Psychiatrie, 2004, 43 s.
6. **MÜHLPACHR, P. (ed.)** *Schola Gerontologica*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005, 314 s.
7. **MÜHLPACHR, P. (ed.)** *Sociální práce jako životní pomoc*. 1 vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2006, 146 s.
8. **MÜHLPACHR, P., VAĎUROVÁ, H.** *Kvalita života*. Brno: Masarykova univerzita, 2006, 146 str.
9. **MÜHLPACHR, P., SLAVÍČEK, P.** *Geragogika pro speciální pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita, 2001, 116 s.
10. **PETŘKOVÁ, A., ČORNANIČOVÁ, R.** *Gerontagogika: úvod do teorie a praxe*. 1 vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, 92 s.
11. **PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I.** *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998, 120 s.
12. **TOKÁROVÁ, A.** *Kvalita života v kontextech globalizácie a výkonovém spoločnosti*. Prešov, FF PU, 2002, 453 s.
13. **TOŠNEROVÁ, T.** *Jak si vychutnat seniorská léta*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2009, 239 s.

www.seniortip.cz

www.senio.cz

www.mpsv.cz

www.esicr.cz

www.qolid.cz

www.who.int

Příloha č. 1

PCP Praha 1997 podle Zannottiho, NICE 1992

Dotazník kvality života (SQUALA)

POŘADOVÉ ČÍSLO _____

ID. ČÍSLO _____

Vážená paní, vážený pane,

cílem tohoto dotazníku je hodnocení kvality života.

V první části dotazníku vás prosíme, abyste odpověděli, 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. služby7
- jiné8

6) HMOTNÉ ZABEZPEČENÍ

Jak byste v porovnání s ostatními rodinami (popř. s 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 žijících s vámi _____

HODNOCENÍ DŮLEŽITOSTI

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

	Ne- zbytné	Velmi důležité	Středně důležité	Málo důležité	Bezvý- znamné
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 lidmi					
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					

