



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Diplomová práce

**Hodnocení životní spokojenosti seniorů
(zdravotnická zařízení, agentury domácí péče, domovy
pro seniory)**

Vypracoval: Bc. Radka Furdlová

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šedová, Ph.D.

České Budějovice 2015

Abstrakt

Teoretická východiska:

Ústředním tématem mé práce je životní spokojenost seniorů, přitom obsah tohoto pojmu je vnímán velice subjektivně a navíc proměnlivě i u jednoho člověka v různých životních etapách a v závislosti na řadě okolností a událostí, které jedince na jeho životní dráze provázejí. Vždy je ovšem předpokladem prožívání spokojenosti saturace potřeb, a to jak fyzických, tak i psychických, sociálních a spirituálních.

Většinou je člověk schopen uspokojování svých potřeb zajišťovat nebo alespoň ovlivňovat svými aktivitami a svojí vůlí, avšak čím je starší, tím více se stává v tomto směru závislým na pomoci okolí. Zčásti se tohoto úkolu obvykle ujímají rodinní příslušníci, kteří jsou ochotni svému blízkému pomáhat a starat se o něj, ale nastávají i situace, kdy se člověk musí svěřit do rukou zdravotníků, zejména zdravotních sester. Náplní sester je nejen plnění ordinací lékařů, ale je nezbytné, aby věnovaly pozornost i osobním potřebám svých klientů. Význam obou těchto složek péče je zcela rovnocenný, neboť úspěšnost léčby do značné míry závisí na psychickém stavu, daném uspokojením klientových životních potřeb a naopak míra pacientovy pohody je výrazně ovlivněna zdravotním stavem odvíjejícím se od úspěšné léčby.

Profesionální péče, jež se jejich klientům dostává, je často vázána na umístění seniora v některých zdravotních institucích, eventuelně se jedná o variantu, kdy senior zůstává ve svém domově a přijímá péči od terénních zdravotníků jen po určitý počet hodin denně. V každém případě by cílem takovéto péče, ať už realizované jakýmkoliv způsobem, mělo být dosažení co nejvyšší možné míry spokojenosti starých jedinců.

Cíle práce:

Zjistit subjektivní hodnocení životní spokojenosti seniorů v závislosti na věku

Zjistit subjektivní hodnocení životní spokojenosti seniorů v závislosti na pohlaví

Zjistit subjektivní hodnocení životní spokojenosti seniorů v závislosti na typu organizace

Hypotézy:

H1: Muži jsou spokojenější než ženy

H2: S vyšším věkem klesá spokojenost seniorů

H3: Nejvíce spokojeni jsou senioři využívající služeb ADP

Metodika:

V praktické části byla využita metoda kvantitativního výzkumu. Za tímto účelem jsem použila zredukovaný standardizovaný dotazník SQUALA, který jsem vzhledem k cílové seniorské věkové skupině převedla do formy rozhovorů. Získaná data byla zpracována prostřednictvím programu Microsoft Office Excel a k některým výpočtům byl využit program Statistica. V rámci výzkumného šetření byly získány odpovědi od sta respondentů z jihočeského kraje, konkrétně Českobudějovicka a Českokrumlovka. Oslovila jsem tři typu zdravotnických zařízení a to agenturu domácí péče, domovy pro seniory a oddělení následné péče v nemocnicích. V agentuře domácí péče jsem získala ke spolupráci 15 seniorů, v domovech pro seniory 39 a v nemocnicích 46.

Výsledky:

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že spokojenost seniorů je nejvíce ovlivněna využívaným typem zdravotního zařízení, tedy prostředím, ve kterém je jim zdravotní péče poskytována. Jednoznačně nejspokojenější jsou lidé, kteří využívají služeb agentury domácí péče.

Naproti tomu věk ani pohlaví při hodnocení životní spokojenosti podstatnou roli nehrál.

Závěr:

Význam mé diplomové práce spatřuji především v možnosti využít získaných poznatků, týkajících se spokojenosti seniorů a faktorů, jež tuto spokojenost ovlivňují, ke zkvalitnění péče zdravotních sester a dalších zdravotnických pracovníků.

Klíčová slova:

Senior, životní spokojenost, agentura domácí péče, domov pro seniory, zdravotnické zařízení

Abstract

Theoretical concepts:

The central topic of my thesis is the life satisfaction of the elderly, although this concept is perceived very subjectively. Moreover, it varies even in one person at different life stages and it depends on various circumstances and events that accompany people on their life journeys. However, experiencing satisfaction always requires the saturation of one's needs, physical ones as well as mental, social and spiritual ones.

Most of the times, one is able to provide for their needs, or at least affect them, through their activities and their will, but the older ones grows, the more one becomes dependent on others in this respect. This task is usually taken in part by one's family members who are willing to help and take care of their close relative, but there also arise situations where one has to entrust themselves into the hands of health professionals, especially nurses. The nurses' tasks do not just include staffing surgeries, but it is necessary for them to pay attention to the individual needs of their clients. Importance of both these components of care is entirely equivalent, because treatment success depends largely on the psychological state, defined by the satisfaction of the clients' life needs, and, on the other hand, the measure a patients' well-being is strongly influenced by the state of their health depending on successful treatment.

Professional care that their clients receive is often linked to the placement of the elderly in some health institutions; possibly there may be a situation when an elderly person stays in their home and receives care from field medical staff for only a few hours a day. In any case, the objective of such care, through whatever methods it is provided, should be to achieve the highest possible degree of satisfaction of elderly individuals.

Objectives of the thesis:

To find out about subjective evaluation of life satisfaction of the elderly depending on their age

To find out about subjective evaluation of life satisfaction of the elderly depending on their sex

To find out about subjective evaluation of life satisfaction of the elderly depending on institution type

Hypotheses:

H1: Men are more satisfied than women

H2: Satisfaction of the elderly decreases as they grow older

H3: The most satisfied are the elderly who use the services of ADP

Methods:

The method of quantitative research was used in the practical part. For this purpose, the reduced SQUALA standardized questionnaire was used. It had been transferred to interview form due to the age of the target group of the elderly. The obtained data was processed with Microsoft Office Excel and some calculations were made with the Statistica programme. Answers from one hundred respondents were obtained as part of the survey; the respondents came from South Bohemia, particularly from the Český Krumlov and České Budějovice regions. Three types of health care institutions were contacted: a home care agency, retirement homes and hospital aftercare wards. Fifteen elderly persons were obtained for cooperation in the home care agency, 39 persons in retirement homes and 46 persons in hospitals.

Results:

The results of the survey show that satisfaction of the elderly is most affected by the type of health institution used, i.e. by the environment in which they are provided with health care. Definitely the most satisfied are the people who use the services of the home care agency. On the other hand, age or sex did not play a significant role when evaluating life satisfaction.

Conclusion:

The importance of this thesis may lie mostly in the opportunity to use the acquired knowledge, regarding the satisfaction of the elderly and the factors that influence this satisfaction, to improve the quality of care provided by nurses and other health staff.

Keywords:

Elderly person, life satisfaction, home care agency, retirement home, medical institution

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 18.5.2015

.....

Bc. Radka Fajdlová

Poděkování

Tímto děkuji Mgr. Lence Šedové, Ph.D. za pomoc, cenné rady, věnovaný čas i odborné připomínky při zpracování mé diplomové práce.

Také děkuji všem respondentům za ochotu a věnovaný čas při výzkumném šetření.

Obsah

Úvod	13
1 Stáří a stárnutí	15
1.1 Stárnutí - historie.....	15
1.2 Věková kategorizace	16
1.2.1 Věk kalendářní, matriční	16
1.2.2 Věk funkční	17
1.2.3 Věk subjektivní.....	17
1.2.4 Věk sociální	18
1.3 Proces stárnutí	18
1.3.1 Tělesné změny	19
1.3.2 Psychické změny	22
1.3.3 Sociální změny	23
1.4 Reakce na stáří	26
1.4.1 Konstruktivní přístup.....	27
1.4.2 Strategie závislosti.....	27
1.4.3 Strategie obranná.....	27
1.4.4 Nepřátelský postoj.....	28
1.4.5 Strategie sebenenávisti	28
2 Kvalita života a životní spokojenost.....	29
2.1 Pojem kvalita života.....	29
2.2 Kvalita života v ošetrovatelství.....	31
2.3 Pojem životní spokojenost	32
2.4 Životní potřeby.....	33
2.4.1 Faktory ovlivňující uspokojování potřeb	34
2.4.1.1 Onemocnění.....	34
2.4.1.2 Okolnosti, za kterých nemoc vzniká	34
2.4.1.3 Individualita jedince	35
2.4.1.4 Vývojové stadium člověka	35
2.5 Faktory životní spokojenosti.....	35

2.5.1 Osobnostní charakteristiky	35
2.5.1.1 Psychické vlastnosti osobnosti	35
2.5.1.2 Schopnosti	36
2.5.1.3 Inteligence	36
2.5.1.4 Tvořivost	36
2.5.1.5 Postoje	36
2.5.1.6 Motivy	36
2.5.2 Demografické faktory.....	37
2.5.2.1 Zdravotní stav	37
2.5.2.2 Věk	37
2.5.2.3 Pohlaví.....	38
2.5.2.4 Vzdělání.....	38
2.5.2.5 Příjem	38
2.5.2.6 Zaměstnanost.....	38
2.5.3 Kulturní faktory	39
2.6 Uspokojování potřeb v rámci ošetrovatelské péče.....	39
3 Péče o staré lidi v minulosti.....	41
4 Domácí péče	45
4.1 Historie domácí péče ve světě.....	45
4.2 Historie domácí péče u nás	45
4.3 Druhy domácí péče	47
4.3.1. Domácí hospitalizace	47
4.3.1.1 Pooperační péče.....	47
4.3.1.2 Poúrazová péče.....	47
4.3.1.3 Dlouhodobá domácí péče	47
4.3.1.4 Plicní onemocnění	48
4.3.1.5 Gastroenterologická onemocnění	48
4.3.1.6 Metabolická onemocnění	48
4.3.1.7 Neurologická onemocnění, degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy	48

4.3.1.8 Onkologická onemocnění.....	48
4.3.2 Preventivní domácí péče	49
4.3.3 Domácí hospicová péče.....	49
5 Cíle práce a hypotézy.....	50
5.1 Cíle práce	50
5.2 Hypotézy	50
6 Metodika	51
6.1 Použitá metoda.....	51
6.2 Charakteristika sledovaného souboru respondentů.....	52
6.3 Metoda zpracování dat	53
7 Výsledky	55
7.1 Životní spokojenost podle pohlaví.....	55
7.2 Životní spokojenost v závislosti na věku	57
7.3 Životní spokojenost podle typu organizace	58
7.4 Životní spokojenost v jednotlivých doménách podle pohlaví respondentů...	59
7.5 Spokojenost v jednotlivých doménách podle věku.....	65
7.6 Spokojenost v jednotlivých doménách podle typu zařízení.....	79
7.7 Hodnocení důležitosti a hodnocení spokojenosti.....	85
8 Diskuze	95
9 Závěr	104
10 Seznam použitých zdrojů.....	107
11 Přílohy.....	112
11.1 Dotazník subjektivní kvality života (SQUALA).....	113

Úvod

Stáří je přirozenou etapou ve vývoji každého člověka. Stejně jako každá jiná etapa má svá specifika, kterými se vyznačuje. Některá z nich člověku přinášejí potěšení a usnadňují mu běžný, každodenní život (k nim patří např. absence pracovních povinností a možnost nakládat dle libosti se svým časem, užívat si radostí s vnoučaty, předávat potomkům vlastní zkušenosti, realizovat dříve odložená přání), některá naopak pro běžný život představují zvýšenou zátěž a různá omezení, s nimiž je třeba se vyrovnávat. Jedná se zpravidla o zhoršení zdravotního stavu, ztrátu partnera či jiných blízkých osob, někdy pocity osamělosti, neužitečnosti apod. Dalo by se přitom říct, že poměr mezi pozitivy a negativy této životní etapy je určující pro míru spokojenosti, kterou člověk v daném období prožívá.

Podle jedné teorie existují tři pilíře, o které se člověk v životě opírá a které jsou základem jeho štěstí. Jedním z nich je zdraví, druhým spokojenost v partnerském vztahu, třetí spokojenost v práci. Pokud o některý z těchto pilířů člověk přijde, začíná v životě poněkud balancovat, jestliže přijde o dva, jeho životní stabilita je už vážně narušena. Ztratí-li i třetí pilíř, již se hroutí. V případě, že by tato teorie platila i v období stáří, znamenalo by to, že předpoklady pro šťastný život starých lidí by byly velice malé. Zdraví již bývá narušeno řadou problémů, daných nezbytnými fyziologickými změnami v organismu, pracovní uplatnění (je-li jím míněno zaměstnání) v naprosté většině chybí (výjimkou mohou být např. někteří vědci, pracující do vysokého věku) a partnerský vztah je přerušen dřívějším úmrtím jednoho z manželů či druhů. Naštěstí existuje možnost řady kompenzačních činitelů, které dokážou udržet člověka v relativně dobré životní pohodě i za uvedených obtížnějších podmínek. Velice ovšem záleží na postoji každého jednotlivého člověka k jeho současnému i budoucímu životu, na jeho aktivitě, s níž přijímá nové výzvy a vytyčuje si nové životní cíle. Svoji roli v tomto směru hraje osobnostní založení, jež míru čínorodosti člověka významně ovlivňuje a které je rovněž základem subjektivního prožívání veškerého životního dění, tedy i prožívání pocitů spokojenosti.

Nelze zároveň opomenout význam vnějších vlivů, jež zvyšují či naopak snižují možnosti pro seberealizaci člověka v období stáří. Patří k nim zejména kvalita lékařské a ošetrovatelské péče, na níž závisí zdravotní stav jako základní předpoklad pro uplatňování nejrůznějších životních aktivit, a také úroveň sociálního a materiálního prostředí, včetně finančního zabezpečení, podpory blízkých osob atd.

Zhodnocení významu vnějších vlivů, konkrétně vlivů daných odlišnými podmínkami bydlení a odlišnou péčí, která je seniorům poskytována, je smyslem mé práce. Rozhodla jsem se porovnat životní spokojenost jedinců, kteří žijí v trojím rozličném prostředí, za první ve zdravotnickém zařízení, za druhé v domovech pro seniory a za třetí v domácím prostředí za pomoci pracovníků agentury domácí péče.

1 Stáří a stárnutí

1.1 Stárnutí - historie

Kvalita péče o staré lidi je významným ukazatelem rozdílů mezi jednotlivými společnostmi. V různých zemích se zachází se starými lidmi poněkud jinak, přitom se však od nich většinou očekává, že se budou chovat společensky uznávaným způsobem a přijmou role své věkové kategorie. Je třeba si uvědomit, že každá věková kohorta má svůj sociální status, věkové normy jsou zakódovány do chování členů společnosti, formují jejich vztahy, nejsou ale historicky stálé. Platí to i o staré populaci, proto se vztah společnosti ke stáří v průběhu času měnil a postavení starých lidí se lišilo. Důvody těchto změn byly různé, závisely zejména na charakteru vládnoucí moci v daném období a na výchově k postoji vůči starým lidem. Na jedné straně tak stáří mohlo představovat symbol klidu a moudrosti, zasluhující si vážnost a úctu, na druhé straně mohlo znamenat období velkého strádání, při němž senioři trpěli nedostatkem péče nebo dokonce přezíráním či opovržením. Společenská historie je v tomto směru poučná a současné postoje vůči seniorům jsou s postoji dřívějších období v mnohém srovnatelné. (1)

Často se cituje biblický výrok „nepohrdni člověkem ve stáří“. Ve starověké Indii zdravili starce sepjatýma rukama na důkaz úcty. Na středním východě se dívali na stáří jako na vrchol čili summit života. „Scheik“ znamená starý člověk. Římané říkali „Stáří se má vždy ctít“ („Sempervenerandavetustas“), hlásali, že staří mají přednost (Senioresprios) nebo že starcům přísluší radit (zatímco mladým užívat zbraně). Senát má původ ve slově senex (starý). V Řecku i v Římě důležité úkoly státní správy prováděli staří (gerontes). Velké pravomoci měla gerúsia – sbor starců radících vládců. Ve Spartě se udržela velmi dlouho, měla 28 členů nejméně šedesátiletých a volených doživotně. Ve starých Aténách byli zasloužilí občané (především staří) živeni na státní útraty. V minulosti si asijské a antické kultury vážily starých lidí především pro jejich moudrost, i když jistě existovaly také jiné důvody, např. majetkové. Jedno vysvětlení spočívá v tom, že tehdy většina lidí nebyla gramotná, neexistovaly sdělovací prostředky

a poučení, zahrnující nabyté zkušenosti, se mohlo vlastně přenášet pouze ústní formou, jakousi generační štafetou. (1)

Na druhé straně však byla období, kdy společnost staré a bezmocné vylučovala ze svého středu, ponechávala je osudu, takže starci umírali hladem. Staří byli „lidé ve stínu“, někdy dokonce zabíjeni. Dle některých informací prý v dávné minulosti některé kmeny příliš staré rodiče a příbuzné upalovali. Všechny tyto úkony se přitom odehrávaly veřejně jako projev respektování tehdejších obyčejů. Zajišťovaly zachování sociálního řádu v souladu s diktátem přírody, která v primitivních podmínkách dávné doby velela udržet rod. Znamenalo to zbavovat se při namáhavé cestě za novými lovišti jedinců, kteří byli přítěží a nepřinášeli již společnosti žádný užitek. (1)

1.2 Věková kategorizace

Gerontologie zná různé kategorie věku.

1.2.1 Věk kalendářní, matriční

Věk kalendářní je určen datem narození a jako takový je zapsán do matriky. Proto se také označuje jako věk matriční. Dalším jeho synonymem je věk chronologický, což je odvozeno od řeckého výrazu *chronos*, tedy čas. (2)

Z kalendářního věku vycházejí různé společenské a odborné konvence. Příkladem je stanovení začátku povinné školní docházky, dosažení plnoletosti, získání pasivního, následně i aktivního volebního práva atd. Zákonem je určena rovněž doba odchodu do penze, jež bývá v povědomí lidí spojována s životní etapou stáří. Ve skutečnosti z biologického hlediska začíná stáří mnohem dříve. V souladu s dohodou o tzv. věkové kategorizaci doporučenou Světovou zdravotnickou organizací je podle většiny gerontologů období stáří, přesněji řečeno raného stáří, vymezeno již věkem mezi 45 a 59 lety. Jedinci jež se v tomto věkovém období nacházejí, by se dali označit jako „mladí staří“ a svým způsobem života představu stáří v převážné většině nenaplnují. Jsou zapojeni do pracovního procesu a svůj mimopracovní čas mnohdy tráví různými aktivitami, které jim napomáhají udržet se v dobré psychické i fyzické kondici. (2, 3)

Po období raného stáří následuje střední stáří a teprve věk 75 až 89 let je v gerontologii považován za věk stařecký, jak je i obecně vnímán. Někdy se lze pro toto období setkat i s termínem pokročilé stáří nebo také sénium. Vzhledem k neustálému prodlužování lidského věku se mnozí lidé dožívají i poslední vývojové etapy, tj. období dlouhověkosti, jež začíná devadesátým rokem. Příliš velkou vzácností dnes nejsou ani jedinci ve věku 100 a více let. Je ovšem třeba dodat, že kvalita života těchto nejstarších jedinců bývá velice různá. Někteří si zachovávají relativně dobrou psychickou svěžest a fyzickou zdatnost, jiní jsou již bohužel plně odkázáni na pomoc svého okolí a jejich mentální funkce zaznamenávají značnou regresi. (2, 3)

1.2.2 Věk funkční

Věk funkční je na rozdíl od věku kalendářního ten, který odpovídá skutečnému funkčnímu stavu člověka, proto je také někdy označován jako věk skutečný. Projevuje se souhrnem charakteristik biologických, psychologických a sociálních, přičemž kvalita těchto tří složek v jejich vzájemné propojenosti je velice individuální. Důkazem toho jsou „mladí starci“ a „staří mladíci“, s nimiž se v běžném životě setkáváme a kteří nás překvapují ať už v pozitivním nebo negativním slova smyslu. Všechny tři uvedené složky představují základ celkového funkčního potenciálu, z něhož každý jedinec při svých životních aktivitách čerpá. (2, 3)

1.2.3 Věk subjektivní

Subjektivní věk je určen tím, jak se každý jedinec v dané životní etapě cítí, tedy na co si troufá a v čem vnímá naopak svá omezení. Projevuje se to v názorech, postojích, činech. Přitom subjektivní věk nemusí být v souladu s objektivním stavem seniora a s jeho reálnými možnostmi, které se od tohoto stavu odvíjejí. Faktem ovšem je, že někdo ani nedokáže svůj subjektivní věk posoudit nebo dokonce žádný věk prostě necítí. Naopak při dostatečném sebevědomí, resp. při víře ve vlastní schopnosti a dovednosti, dokáže člověk i ve velmi vysokém věku produkovat nesmrtelná díla. Příkladem jsou takoví velikáni jako např. Goethe, Michelangelo, Tizián, Verdi, Edison, Pavlov. (2, 3)

1.2.4 Věk sociální

Věk sociální se vztahuje k zapojení člověka do společnosti a k jeho vazbám na sociální prostředí, v němž se pohybuje. Je určován různými aktivitami, jimiž se člověk zabývá a které odpovídají jeho zájmovému zaměření, také však např. jeho finančním možnostem a dalším okolnostem nezbytným pro seberealizaci. Také zde existují mezi jedinci značné rozdíly, neboť i potřeby udržovat či dokonce rozvíjet a rozšiřovat sociální vztahy jsou u různých seniorů různé. Nebývá výjimkou, že v pokročilém věku se někteří lidé stávají nerudnými, hašteřivými, odmítavými vůči celému okolnímu světu, ale jiní se naopak zklidňují a prokazují vůči okolí větší vstřícnost, případně i vděčnost za péči, která je jim věnována. Každopádně je důležité získat si důvěru jedinců z obou skupin a na její bázi na každého z nich působit (snažit se tlumit negativní chování jedněch a podporovat pozitivní chování druhých). (2, 3)

1.3 Proces stárnutí

Stárnutí (involuce) je univerzální proces postihující živou hmotu. Probíhá kontinuálně od početí, ale za jeho skutečný projev je považován teprve pokles funkcí, který nastává po dosažení sexuální dospělosti. Morfologicky jde o fyziologickou věkově přiměřenou atrofii. Involuce není dosud jednoznačně definována a je převážně popisována jednotlivými vlastnostmi a projevy. Ty jsou variabilní, vysoce individuální a věkový nástup změny funkce se liší i mezi orgánovými systémy. Jde o složitý komplex dějů, které se vzájemně prolínají a podmiňují na úrovni molekulární, subcelulární, celulární, orgánové i celostní. Primární biologické změny, ať determinované nebo nahodilé se v projevech a v důsledcích několikanásobně kombinují s mechanismy reparačními, obrannými, adaptačními regulačními, navíc s vlivy prostředí, životního způsobu a s různými ději patologickými. Z interakce mnoha faktorů plyne pravděpodobnostní povaha a často relativní závažnost většiny involučních jevů. (4)

Výsledkem stárnutí je stáří (senium). Stářím se označuje pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Jde o projev a důsledek involučních změn funkčních a morfologických, probíhajících druhotně specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vedoucích k typickému obrazu označovanému jako

stařecký fenotyp. Ten je modifikován vlivy prostředí, zdravotním stavem, životním cyklem, vlivy sociálně ekonomickými a psychickými včetně aspirace, sebehodnocení a přijetí určité role. (4)

Procesy stárnutí souvisejí s přirozenou délkou života. Ta je druhově specifická, ale zároveň vykazuje významnou interindividuální variabilitu. Asi 25% variability je podmíněno geneticky a 75% epigenetickými faktory včetně vlivu prostředí a způsobu života, zvláště pak stravy a pohybové aktivity. Stárnutí provází stoupající pravděpodobnost úmrtí. (4)

1.3.1 Tělesné změny

Ve stáří se zmenšuje tělesná výška, což dalo základ lidovému rčení, že člověk „roste do země“. Snížení postavy je způsobeno atrofií meziobratlových chrupavčitých plotének. Zároveň se mění chemická stavba kostí, v nichž dochází k úbytku vápníků a kosti se stávají křehčími, snadno lomivými. Svaly na těle, tedy příčně pruhované svaly, zmenšují svůj objem, ochabují, ztrácejí na své elasticitě a síle, postava se v důsledku toho hrbí a člověk již v běžných životních situacích nedokáže tak pohotově reagovat na podněty, jimž je vystaven. Tento handicap se projevuje i snížením fyzické výkonnosti, např. při manuálních činnostech nebo při sportu. Na druhé straně právě pohybové aktivity mohou daný proces částečně, někdy však i dost významně, zpomalit. (3, 5, 6)

Na rozdíl od svaloviny příčně pruhované může být funkčnost hladké svaloviny až do vysokého věku uspokojivá. Výjimku tvoří jen hladká svalovina cév. (6)

Viditelným změnám podléhá také kůže, na níž se s přibývajícím věkem tvoří vrásky. Kůže se stává sušší, tenčí a srašťuje se. Ve stáří dochází k nerovnoměrnému rozložení kožního pigmentu. Na některých místech pigment přibývá a shlukuje se do okrsků, jež se navenek projevují jako stařecké skvrny, v jiných lokalitách se naopak ztrácí. (6)

Vlasy šediví, řidnou, vypadávají. Zpomaluje se i růst nehtů, na nichž se objevují podélné rýhy a dráhy. (6)

Mezi další projevy stárnutí patří změny ve fungování mozku. Dochází k nim na základě nestejnomyšerného úbytku nervových buněk a projevují se pomalejším převodem

signálu mezi mozkovými hemisférami. Může docházet i ke změnám na molekulární úrovni, jehož příkladem je vznik senilních plaků, depozit amyloidu, změn v množství neurotransmiterů nezbytných pro vedení nervových impulsů atd. Změny zaznamenává také periferní nervový systém. V jejich důsledku nastávají poruchy chůze a rovnováhy. Zhoršuje se stabilita. (6, 7)

Velmi nelibě jsou ve stáří snášeny poruchy spánku, většinou v podobě spánkové insomnie a spánkové inverze. Spánek bývá u starých lidí velmi lehký a často přerušovaný, doba potřebného spánku se většinou krátí. (8)

V oblasti metabolických změn je třeba poukázat na ztížení vstupu glukózy do buňky s porušením glukózové tolerance. Bazální metabolismus se snižuje až o pětinu, klesá i maximální spotřeba kyslíku. (6)

Pro oběhový systém je typické snížení průtoku krve orgány, zejména ledvinami. Tepny se zvětšují a prodlužují, jsou díky tomu schopné pojmout více krve, ale jejich elasticita je nižší, čímž je narušena regulace tlaku. Vzniká tzv. pružnicková hypertenze. Snižuje se poddajnost levé srdeční komory. Pokud jsou senioři vystaveni zvýšené zátěži, nastává u nich mnohdy levostranné srdeční selhání. Srdeční chlopně ochabují a neplní již tak kvalitně svoji funkci, což se může projevit dušností. Méně se zrychluje tepová frekvence. (6, 7)

V respiračním systému se mění poddajnost plic a vitální kapacita plic klesá. Plicní tkáň ztrácí svoji pružnost. Zvětšují se alveolární prostory, což je označováno jako stařecký emfyzém. Pohyby hrudního koše se zmenšují, organismus v důsledku toho přijímá méně kyslíku. Snižuje se rovněž výkonnost řasinkového epitelu, čímž častěji vznikají infekce dýchacích cest. (6, 7)

V rámci vylučovacího systému ubývá ledvinných glomerulů s následným snížením glomerulární filtrace, v důsledku toho klesá očišťovací schopnost ledvin. (6)

Častým a velmi subjektivně nepříjemně prožívaným problémem bývá močová inkontinence. Vyskytuje se u 15-30 % populace nad 60 let. Její příčinou je snížení elasticity uretry a pružnosti a kapacity močového měchýře spolu s ochablostí jeho svěračů. (7)

Zhoršuje se rovněž činnost pohlavních žláz. Muži trpí omezením potence a zbytněním prostaty, ženy postklimakterickými potížemi poklesem dělohy. (4)

V trávicím systému také dochází k involučním změnám. V dutině ústní dochází k opotřebením a ztrátě dentice. To spolu se zmenšujícím se množstvím vylučovaných slin znesnadňuje zpracovávání potravy. Průchod potravy trávicím ústrojím je pak nepříznivě ovlivněn zpomalením motility trávicí trubice a obtížnějším vyprazdňováním žaludku. Změny se dotýkají také složení žaludečních šťáv. Snižuje se jejich kyselost. Je narušena absorpce minerálů a vitamínů. Změněná peristaltika tlustého střeva vede často k obstrukci, ve slinivce břišní se objevují atrofické změny Langerhansových ostrůvků. Často vzniká stařecká forma diabetes mellitus. (4)

Senioři mnohdy do značné míry ztrácejí pocit žízně i chuť k jídlu, což může vést k dehydrataci a malnutrici. (4)

Výkonnost smyslových orgánů je u starých lidí postupně snižována. Nejzávažnějším problémem pro seniory je postižení zraku a sluchu, neboť tyto smysly zprostředkovávají komunikaci s vnějším okolím, a pokud jejich funkce slábnou, znamená to i omezení kontaktu se svými blízkými. Oči starých lidí bývají zapadlé v důsledku ztráty orbitálního tuku, víčka jsou ochablá. Akomodační schopnost oka s věkem klesá, je postižena hlavně schopnost vidění do blízka. Často vzniká glaukom. V souvislosti se stařeckými změnami oční čočky vznikají senilní katarakty. Atrofické změny oka mohou vést ke snížení zásobování oka krví a to může být jedna z příčin slabšího vidění, což je snížení ostroty, výběru barev, přizpůsobování se šeru a vidění v přítmí, rozpoznávání kontrastů. Někdy může být i zúžené zorné pole. Porucha sluchu je ve stáří velmi častá, muži bývají postiženi častěji. Po šedesátém roce věku se objevují atrofické změny sluchové dráhy, vzniká stařecká nedoslýchavost (presbyakusie), která je většinou oboustranná. Na jejím vzniku se podílí různé rizikové faktory např. nadměrná hlučnost, ateroskleróza, malnutrice, toxické vlivy. Používání různých naslouchadel napomáhá ke zlepšení komunikace, emocionality a kvality života. (4, 6, 9)

1.3.2 Psychické změny

U každého stárnoucího člověka jsou navenek patrné tělesné změny, jež jsou však provázeny i změnami psychickými. V každém lidském organismu je totiž tělesná i psychická stránka ve vzájemné propojenosti. Charakter těchto změn, avšak také doba, kdy ve znatelné době nastupují a jak rychle se vyvíjejí, jsou přitom velmi individuální. Podílí se na nich celá řada vnitřních i vnějších faktorů, k nimž patří osobnostní založení člověka, jeho psychická i fyzická kondice, dosavadní životní zkušenosti, existenční zajištění a mnoho dalších činitelů. (5, 6)

Mezi změnami psychických funkcí zaujímají významné místo změny v kognitivní oblasti. Myšlení se většinou stává méně pružným a tvořivým, zpomaluje se psychomotorické tempo, je obtížnější hledat řešení různých problémů. Člověk se tak snáze dostává do stresu, neboť nedokáže pohotově reagovat na běžné životní situace. Na druhé straně jej to nutí, aby svoji činnost co nejvíce racionalizoval a využíval na maximum svých dosavadních životních zkušeností. Svoji roli hraje rovněž větší využití vůle k překonávání nejrůznějších problémů a odhodlání nenechat se odradit různými překážkami či dílčími neúspěchy. (5, 6)

Pro člověka velmi citelné změny nastávají v oblasti paměti. Selhává krátkodobá paměť, což se projevuje tím, že si člověk obtížněji vybavuje vzpomínky z nedávné doby, zatímco se mu vcelku dobře vybavují poznatky z doby dávno uplynulé. Učení novým věcem je v důsledku zhoršené krátkodobé paměti značně ztíženo a vyžaduje mnohem častější opakování, což se výrazněji začíná projevovat kolem sedmdesáti let. Přispívá k tomu také oslabení pozornosti, a to ve více jejích kvalitách (v koncentraci pozornosti, v udržení pozornosti po delší dobu, v rozdělování pozornosti mezi více podnětů atd.). Člověk se stává mnohdy roztěkaným, činí mu potíže soustředit se potřebnou dobu na jednu věc, odolávat rušivým vlivům z okolí. V situaci, kdy si tyto problémy uvědomuje, propadá často nervozitě a stav psychické nepohody, kterou zažívá, působí zpětně jako další znevýhodňující faktor na jeho duševní činnost. Navíc tyto problémy vyvolávají u starého člověka pocity vlastní nedostačivosti nebo dokonce neúčinnosti. (5, 6)

Další oblastí, jež je procesem stáří významně ovlivňována, je oblast emoční. U některých lidí dochází k určitému oploštění emotivity, snížení schopnosti diferencovat své city a navenek je projevovat. Lidé tak mohou působit jako neteční, chladní či dokonce cyničtí. Jiní lidé se naopak stávají až přecitlivělými, velmi zranitelnými. Snadno podléhají podnětům ze svého sociálního prostředí a nechávají se vyvést ze své duševní rovnováhy. Problémem jsou jedinci, kteří se při své citové nevyrovnanosti často dostávají až do afektů a reagují na podněty z okolí neadekvátně. Podkladem jejich nepřiměřeného chování může být vztahovačnost, tendence podsouvat svému okolí vůči sobě nepřátelské postoje, proti nimž mají potřebu „se bránit“ a ve skutečnosti tak ubližovat ostatním. (5, 6)

Uvedené emoční změny úzce souvisí se změnami osobnostními, pro něž je příznačné, že určité vrozené osobnostní charakteristiky se věkem mohou zvyrazňovat nebo zeslabovat nebo také zcela měnit. Člověk, který po většinu života býval veselý, hovorný, optimisticky naladěný může ve stáří působit dojemem „škarohlída“ a šířit kolem sebe svoji rozladěnost, naopak člověk pověstný svou nerudností, mrzoutstvím, tendencí „sekýrovat“ apod. se může v seniorském věku zklidňovat a stávat dokonce společenským. V každém případě je důležité s lidmi komunikovat a získávat tak příležitost porozumět jejich náladám a vnějšímu chování. Je třeba si uvědomit, že za mnohými negativními projevy mohou být různé bolesti či jiné zdravotní potíže nebo jen vědomí úbytku fyzických sil a strach z dalšího nepříznivého vývoje jejich životní situace, včetně obav z existenční nejistoty. Nelze přitom opomenout ani faktor ztráty životního partnera, zvláště v případě, kdy tento partner představoval pro druhého silnou oporu a přebíral na sebe i značnou část různých starostí a povinností. (5, 6)

1.3.3 Sociální změny

Náhled na sociální stáří je různý u různých autorů. Například pro Kalvacha (1997) je sociální stáří vymezeno kombinací několika sociálních změn či dosažením penzionování. Vohradílková a Rabušič (1998) spatřují počátek sociálního a mentálního stáří v době, kdy člověk ztrácí svůj status ekonomické aktivity a stává se důchodcem. (5, 6)

Sociální stárnutí provází několik změn, z nichž tu nejvýznamnější představuje odchod do starobního důchodu. Ukončením profesního života senior ztrácí velice důležitou sociální roli, roli pracujícího člověka, který finančně zabezpečuje svou rodinu, případně jen sebe sama, ale zároveň se uspokojuje ve své potřebě být užitečným a oceňovaným, zaujímat určité postavení, těšit se společenské prestiži apod. Pokud k této změně dojde náhle a člověk na ni není dostatečně připraven, což se může stát např. i při propuštění v rámci reorganizace pracoviště, může nová situace člověka velmi hluboce zasáhnout a výrazně ovlivnit jeho prožívání a chování. Pokud se na takovou změnu člověk naopak pozvolna připravuje a s předstihem si vyhledává jiné aktivity a zdroje svého uspokojení, může naopak z nové životní situace hodně vytěžit. Nezanedbatelným pozitivem je zdůraznění role prarodiče, v níž jak muži, tak i ženy často nacházejí své největší potěšení. Bohužel je mnoho i takových důchodců, kteří možnosti realizovat se v jiných sférách života nevyhledávají a cítí se neužiteční, méněcenní, zbyteční. To bohužel někdy bývá posilováno nevhodnými postoji ze strany společnosti. (6, 10)

Podle Bromleyho (1974) je jedním z nejvýraznějších projevů sociálního stárnutí „uvolňování“, jenž popisuje jako nepřetržité omezování vzájemného působení jednotlivců ve společnosti, jinak řečeno jako omezování mezilidských kontaktů. Průzkumy ukazují, že s odchodem do důchodu, který je spojován s počátkem sociálního stáří, se obtížněji vyrovnávají muži. Dokládá to pokles jejich životní spokojenosti po padesáti letech věku. (11)

Při odchodu do důchodu musí člověk čelit řadě problémů a adaptovat se na nové životní podmínky. Podstatnou roli přitom hraje menší ekonomické zabezpečení, tedy i určitá existenční nejistota, s čímž do určité míry souvisí i nutnost omezení dřívějších kulturních a společenských akcí. Neuspokojení v tomto směru může být navýšeno o různé zdravotní potíže, rodinné problémy apod. Důsledkem je často pocit osamělosti, někdy ztráta smyslu života, ve kterém náhle přebývá mnoho volného času a chybí možnost nebo invence, jak ho naplnit. (6, 10)

Významnou změnou ovlivňující život stárnoucích rodičů je osamostatnění jejich dětí neboli tzv. syndrom prázdného hnízda. Manželé, kteří jsou této změně vystaveni, mohou reagovat buď pozitivně (tím, že nově nabytého času využijí k různým aktivitám,

jež je stmelí) nebo negativně (tím, že se nedokážou novým podmínkám života přizpůsobit a vede to k narušení jejich vzájemného vztahu). Do jisté míry je řešením pro ty, kteří patří do druhé uvedené skupiny, přijetí role prarodiče, jež představuje nový způsob seberealizace a možnost opětovného získání smyslu života. (6)

Biologické změny ve stáří se promítají do společenské oblasti, neboť do určité míry vedou k omezování sociálních kontaktů a v souvislosti s tím někdy i k pocitům osamělosti. Je přirozené, že pokud se člověk necítí zdrav a pociťuje úbytek svých fyzických sil, nemá příliš náladu zapojovat se do společenského dění. Spřetrhávají se tak často dřívější sociální vazby a navazování nových bývá obtížné. Ještě náročnější situace nastává při úmrtí partnera či blízkého přítele, což může vyvolávat až stavy deprese. Pokud v takové situaci člověk nedokáže přeorganizovat svůj život a přijmout tuto událost jako nezbytnou realitu, propadá pocitům beznaděje a jeho další život probíhá ve znamení očekávání vlastní smrti. (6)

Jedním z průvodních jevů stárnutí je postupně se snižující manuální zručnost, v důsledku toho i problémy v praktickém životě (potřeba delšího času či větší vynalézavosti při běžných, každodenních činnostech). K tomu se často přidávají problémy s orientací, jež život starých lidí rovněž ztěžují a přispívají k vzniku tzv. handicapu sociální integrace, při kterém dochází k značnému omezení nebo i ztrátám dosavadních sociálních kontaktů. Pokud ovšem stárnoucí jedinec v sobě zmobilizuje všechny síly, aby zůstal v rámci svých možností aktivní, a nebude se poddávat všem těžkostem svého věku, má velkou naději, že si ještě dlouhou dobu udrží svoji životní rovnováhu a psychickou pohodu. (6)

Každopádně realitu stárnutí si každý člověk jednou začne uvědomovat a spolu s tím zaujme k této nezvratné skutečnosti určitý postoj. V podstatě jde o dva protikladné způsoby, jak tuto novou situaci řešit, což je dle Pacovského do značné míry podmíněno průběhem celé předchozí životní dráhy. Jedinci, kteří byli dosud činorodí a aktivní, se zpravidla dokážou s realitou stáří vcelku uspokojivě vyrovnat a nepodléhají stavům beznaděje a pesimismu. Zúročují při řešení nových situací své předchozí zkušenosti, udržují si i nadále přiměřenou dávku aktivity. Naopak lidé, pro něž byl i v mladším věku problém přizpůsobovat se různým změnám, ať už v osobním či pracovním životě,

jsou realitou stáří zaskočení a řadě potíží a omezení, jež s sebou nová životní etapa nutně nese, nejsou schopni čelit. (6)

Předpokladem úspěšné adaptace na stáří je schopnost najít optimální vztah, resp. rovnováhu mezi setrváním v dosavadních aktivitách, byť s určitým snížením jejich intenzity a frekvence, na jedné straně a ústupem z těchto aktivit na straně druhé, případně nahrazením těchto aktivit jinými, lépe vyhovujícími specifikům života ve stáří. Významnou roli přitom ovšem hraje zdravotní stav, na němž závisí především aktivity fyzického charakteru. Zároveň je třeba v souladu s odborníky zdůraznit, že pozvolné stahování se z různých společenských rolí je přirozené a dává možnost uplatnit se mladším jedincům, kteří jsou pro ně lépe disponováni. Vždy je přitom důležité, aby o způsobu svého života rozhodoval sám jedinec a aby se necítil ve svých rozhodováních pod vnějším tlakem. (6)

Navzdory všem obtížím, které stáří přináší, však existuje také řada pozitiv, jež mohou za určitých předpokladů (zejména relativně dobrého zdraví a existenčního zajištění) činit život seniorů nejen snesitelným a dokonce spokojeným. Naskytá se příležitost organizovat si náplň každého dne, setkávat se s přáteli, na které dříve nebyl čas, věnovat se vnoučatům a přispívat díky předáváním životních zkušeností k jejich všestrannému rozvíjení i k jejich citovému obohacování atd. Záleží na postoji každého člověka k situaci, v níž se po dosažení určitého věku ocitá a schopnosti přijmout novou životní roli, roli seniora. (6)

1.4 Reakce na stáří

Prožívání procesu stárnutí a stáří samotného závisí na individualitě každého seniora. Přitom hraje roli především osobnostní založení jedince a vrozené temperamentové vlastnosti (míra aktivity či pasivity, optimismu či pesimismu, potřeba společenských kontaktů atd.), také však dosavadní způsob života a získané životní zkušenosti. Podle toho se objevují u seniorů různé pocity při očekávání stáří, různé reakce, jež proces stárnutí provázejí. Zároveň nacházíme velké rozdíly ve způsobech, jak lidé procesu stáří čelí a jak se s ním vyrovnávají. (3, 12)

V roce 1966 hodnotil Bromley prožívání stárnutí a stáří a přístupy k této životní etapě rozdělil do pěti níže uvedených strategických adjustačních modelů. (3, 12)

1.4.1 Konstruktivní přístup

Jde o ideální postoj, kdy je jedinec soběstačný. Akceptuje své stárnutí a všechny jeho projevy, přitom se aktivně snaží o udržování své tělesné i psychické kondice, aby si svoji soběstačnost co nejdéle udržel. Disponuje vlastnostmi jako je optimismus, vstřícnost, smysl pro humor, radost ze života, přizpůsobivost, tolerance. Udržuje také dobré vztahy s okolím, zejména s rodinou a přáteli, ovládá způsoby, jak si udržovat svoji duševní rovnováhu. Přepokládá to ovšem i schopnost reálně posuzovat svoje možnosti (nezavírat před stářím oči) a stanovovat si přiměřené a zvládnutelné životní cíle. (3, 12)

1.4.2 Strategie závislosti

Při zaujímání tohoto postoje, který je bohužel dosti rozšířený, se jedinec snaží vynuocovat si pozornost a pomoc svého okolí a zneužívá k tomu nejčastěji různé zdravotní obtíže a omezení, která proces stárnutí provázejí. Často své okolí, většinou členy rodiny, citově vydírá a tím způsobem s ním i manipuluje. Jeho cílem je dosáhnout co největšího pohodlí a zajistit si maximální péči ze strany rodiny nebo státní instituce. V osobnostním založení takového jedince dominuje pasivita, spoléhání na jiné, preference klidu a bezpečí, menší vstřícnost vůči sociálnímu okolí. (3, 12)

1.4.3 Strategie obranná

Obrannou strategii používají osoby, které popírají své přibližující se stáří a nechtějí akceptovat svůj věk se všemi jeho specifiky. Brání se tím, že oddalují svůj odchod do penze a snaží se za každou cenu udržet svou soběstačnost a pracovní a společenské postavení. Do této kategorie patří lidé, kteří byli v průběhu svého života velmi aktivní a výkonní, nebyli zvyklí brát, ale dávat. Často pracují ve vysokých funkcích a pohybují se ve vyšších společenských kruzích. Je pro ně těžko akceptovatelný fakt, že ve svém

životním tempu musí polevit a smířit se s úbytkem svých sil, jež dosud vydávali naplno, neboť se obávají snížení své společenské prestiže. (3, 12)

1.4.4 Nepřátelský postoj

Tato forma strategie je velmi náročná a zatěžující pro obě zúčastněné strany, tedy pro seniora samotného i pro osoby v jeho okolí, kterými jsou nejčastěji příbuzní, sousedé, pečovatelé. Strategie nepřátelství jednoznačně vyjadřuje nepřijetí nepříznivé situace seniora. Volí ji lidé, kteří přes veškerou svou snahu a vydané úsilí neměli příliš úspěšný život a těžko se smiřují se skutečností, že k tomu již nebudou mít příliš příležitostí. Nezřídká vinu za to přisuzují jiným, v důsledku toho jsou plni pocitu křivdy, zloby, nenávisti, vzteku, zklamání a dalších negativních emocí. V jejich chování se to projevuje např. mrzoutstvím, nepřátelstvím, sklonem vyvolávat konflikty apod. Takové psychické rozpoložení jim brání přijímat stáří se všemi změnami, problémy a omezeními, jež jsou s touto životní etapou spjata. Uchylují se často do ústraní a stávají se z nich samotáři. Pod maskou jejich nepřátelství, obviňování a pocitů křivdy je ovšem zraněná duše, velká lítost a silná emoční bolest. (3, 12)

1.4.5 Strategie sebenenávisti

Tato strategie představuje velmi závažný problém, neboť postoj lidí, kteří ji uplatňují, svědčí o silně negativním vztahu k sobě samému, vyhroceném až do pocitu sebenenávisti. Jedinec se zlobí sám na sebe, protože nebyl v životě příliš úspěšný a není schopen si to odpustit. (3, 12)

Chování seniora nemusí stoprocentně odpovídat uvedeným typům strategie v reakcích na stáří. Dané strategie se v něm mohou podle okolností kombinovat nebo v různých časových úsecích střídat, případně se mohou objevovat ještě další postoje. (3, 12)

2 Kvalita života a životní spokojenost

S hodnocením kvality života, popř. životní spokojenosti se ve svém životě setkáváme poměrně často, aniž si to uvědomujeme. Přitom jsme v pozici toho, kdo se zajímá o kvalitu života či životní spokojenost někoho jiného, nebo i v pozici toho, kdo sám tyto dvě veličiny subjektivně hodnotí.

V souvislosti s uvedenými pojmy se objevuje mnoho definic, pojetí, pohledů a metod jejich hodnocení. Pokusme se tedy na začátku uvést stručný přehled vymezení kvality života a životní spokojenosti, poznatků a možností jejich měření.

2.1 Pojem kvalita života

S pojmem kvalita a její definicí se zabývali již starověcí filosofové v době Aristotelově. Sám Aristoteles považoval kvalitu za jakost jsoucího, která dokáže měnit svoji intenzitu, ale nelze ji měřit. Proto je kvalita protikladem ke kvantitě, která je měřitelná a tudíž číselně snadno vyjádřitelná. Nicméně ani Aristoteles nevyklučuje možnost kvalitu číselně vyjádřit, měřit se ovšem nedá. Jako příklad si lze představit hodnocení žáků ve škole, kdy je možné na číselné stupnici, či slovně, zhodnotit kvalitu jejich znalostí. Avšak záleží na pohledu hodnotitele, v tomto případě zkoušejícího, jakou známkou úroveň znalostí ohodnotí. (13)

Kvalitou života se ovšem nezabývala a nezabývá pouze filosofie. Tato problematika je zkoumána ve vědních oborech, jako je např. sociologie, psychologie, ekonomie, pedagogika, medicína nebo ošetrovatelství. Každý z těchto oborů na ni nahlíží ze svého úhlu pohledu a v některých případech je zásadně odlišný. Žáčková proto poukazuje na to, že pojem kvalita života je těžko uchopitelný, protože jeho definice má multidimenzionální rozměr. (14)

Davidová (2010) se při vymezení kvality života přiklání k tomu, že jde o kvalitu existence, resp. bytí kvalitativních parametrů lidského života, životního způsobu jednotlivce, resp. skupiny. (15)

Koncept kvality života tak nemá jednoznačnou definici, která by byla všeobecně přijímána, avšak i přes značnou nejednotnost má tento koncept v jednotlivých vědních

disciplínách své nezastupitelné místo. Dle Hudákové (2013) je v rámci konceptu kvality života klíčovým znakem pohoda jedince. (16, 17)

Kvalitou života se zabývá i Světová zdravotnická organizace (WHO), která se jí snaží definovat jako „vnímání vlastní pozice v životě subjektem v kontextu kulturního a hodnotového systému ve kterém žije, ve vztahu k jeho vlastním cílům, očekáváním, normám a zájmům. (18)

WHO se pojmem kvality života zabývá i ve svém dokumentu ZDRAVÍ 21, kde se uvádí, že je to „pocit jednotlivců nebo skupin obyvatelstva, že jsou uspokojeny jejich potřeby, a že jim nejsou odnímány příležitosti k dosažení štěstí a naplnění života.“ (18)

V dokumentu Zdraví 2020, který WHO vydala pro období 2014 - 2020, doporučuje iniciativy zaměřené na aktivní a zdravé stárnutí, které mohou pomoci starším lidem zlepšit jejich zdraví i kvalitu života. (18)

Zjednodušeně bychom koncept kvality života mohli rozdělit na dvě úrovně, a to subjektivní a objektivní. Pod subjektivní kvalitou života si lze představit vše kolem lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. Heřmanová (2012) k tomu dodává, že problematika subjektivně prožívané kvality života je jak z hlediska výzkumu, tak z hlediska dosavadních zobecnitelných poznatků zatím spíše jen v počátcích. Naproti tomu objektivní kvalita života je zaměřena spíše na plnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, zdraví a sociálního postavení. I nadále ovšem zůstává otázkou, zda a jak tyto dvě úrovně spolu souvisejí, což nás staví před otázku další, a to jak by měla být kvalita života nejlépe měřena. (19, 20)

Vařurová H., Mühlpachr P. (2005) uvádějí rozdělení hierarchicky odlišné sféry podle Engelse a Bergsmy:

makro-rovina – jedná se o chápání kvality života v rámci velkých společenských celků (jednotlivé země, kontinenty). V této rovině se život stává absolutní morální hodnotou, dochází k zamyšlení nad samotným smyslem života. Kvalita života se dostává i na politickou úroveň.

mezo-rovina – v rámci této roviny se kvalita života stává tématem menších sociálních skupin (nemocnice, škola, domy s pečovatelskou službou). Do popředí se dostává

otázka mezilidských vztahů, sociálního klimatu, sdílených hodnot či uspokojování potřeb členů skupiny.

personální rovina – zde se dostáváme na úroveň hodnocení kvality života každého jednotlivce zvlášť. Prakticky jediným faktorem je subjektivní hodnocení, např. zdravotního stavu, spokojenosti, bolesti apod. Důležitou roli zde hrají osobní hodnoty člověka. (21)

2.2 Kvalita života v ošetrovatelství

V konceptualizaci a měření kvality života se rozlišují dva hlavní přístupy. Podle prvního se kvalita života vztahuje k celé populaci a z tohoto hlediska je také hodnocena. Hledá se přitom pro kvalitu života definice, jež by se dala aplikovat na lidstvo jako celek. Druhý přístup řeší otázku kvality života jednotlivých lidí a zabývá se např. kvalitou života v souvislosti se zdravím (Health Related Quality of Life) nebo se subjektivním prožíváním pohody. (16)

V ošetrovatelství je uplatňován druhý z uvedených přístupů, tedy přístup, který se zaměřuje na člověka ve specifické životní situaci, dané jeho aktuálním zdravotním stavem. (16)

Haaseová, Bradenová (2003) přikládají význam především příkladům, jež kvalitu života ilustrují a představují určité definující znaky, nikoliv přímo definici kvality života. Další výzkum v této oblasti by se podle nich měl zaměřovat na vytvoření konceptuálních modelů kvality života. (22)

Vallerandová, Payneová (2003) se zabývají otázkou dalšího vývoje kvality života a vyslovují názor, že bez reálné, všeobecně akceptovatelné definice kvality života se řešení této otázky neobejde. Zdůrazňují přitom, že daná definice musí vycházet ze subjektivní perspektivy pacienta, z vnímání jeho vlastního života. (23)

Ferransová (1990) identifikovala na základě přehledu definic kvality života v literatuře pět kategorií konceptualizace kvality života. Podstatou těchto kategorií je podle ní schopnost vést normální život, štěstí a spokojenost, dosahování osobních cílů, schopnost vést sociálně "aktivní" život a jako úroveň potenciální tělesné a mentální kapacity. (24)

Haasová (1999) vychází z multidisciplinární konceptuální analýzy kvality života a zdůrazňuje, že v ošetrovatelství je třeba zaměřit pozornost na jasné vymezení rozdílů mezi pojmy kvalita života, funkční stav, pohoda a spokojenost. (25)

Smyslem ošetrovatelské péče je kvalitu života pacientů zlepšovat, přičemž k dosažení tohoto cíle je nezbytné přesně pojem kvality života definovat a mít k dispozici nástroje jejího měření. Jinými slovy východiskem ke zvyšování kvality života pacientů je diagnostika aktuálního stavu, který by měl být ošetrovatelskou péčí pozitivně ovlivňován. (16)

Konceptualizace a diferenciací pojmů, které s kvalitou života souvisejí, a indikátory, které kvalitu života vymezují samy o sobě, není v našem sociokulturním kontextu v ošetrovatelství dostatečně rozpracovaná. A to i navzdory tomu, že je kvalita života všeobecně prohlašovaná jako výsledek ošetrovatelské péče, resp. ukazatel její efektivity, což předpokládá konkrétnost (uchopitelnost) a objektivní měřitelnost jejího dosažení. (16)

Abychom mohli kvalitu života pacientů zlepšit, musíme ji nejdříve přesně definovat a následně zlepšit, musíme ji nejdříve přesně definovat a následně měřit. Přesněji řečeno "diagnostika" kvality života je základním předpokladem úspěšnosti ošetrovatelských intervencí zaměřených na její zlepšení. (16)

2.3 Pojem životní spokojenost

Definování životní spokojenosti je velmi obtížné a autoři zabývající se touto problematikou jsou ve svých definicích nejednotní. Často také dochází k zaměňování pojmů životní spokojenost a kvalita života. Má se za to, že k životní spokojenosti mohou přispívat kognitivní a afektivní složky všech oblastí života (zdraví, sociální vztahy,...). Blatný (2005) definuje životní spokojenost jako vědomé a globální hodnocení vlastního života a jako hlavní složku životní spokojenosti uvádí osobní pohodu. (26)

I u dalších autorů vyplývá z definice životní spokojenosti to, že se jedná o velmi subjektivní jev, což je v současné době preferovaný přístup k tomuto tématu. Budeme-li tedy vycházet z toho, že životní spokojenost je subjektivní záležitostí, zaměříme se na

definování okamžiku, kdy je jedinec spokojený a pokusme se určit faktory, které životní spokojenost ovlivňují.

2.4 Životní potřeby

K tomu, aby byl člověk spokojený, je důležité, aby byly uspokojeny jeho životní potřeby. Trachtová (2013) popisuje potřebu jako projev nedostatku, který je třeba odstranit. Podobně na potřebu nahlíží i Smékal (2004), který ji definuje jako „stav osobnosti odrážející rozpor mezi tím, co je dáno, a tím, co je nutné pro přežití a rozvoj, stav podněcující osobnost k činnostem zaměřeným na odstranění tohoto rozporu. (27, 28)

Autorů, kteří se problematikou potřeb zabývali, je mnoho. Mezi ty nejznámější patří americký psycholog A. H. Maslow. Jeho tzv. Maslowova pyramida lidských potřeb se využívá nejen ve zdravotnictví a psychologii, ale i např. v ekonomii, v managementu či marketingu. Maslow tuto pyramidu sestavil v roce 1943 a snažil se v ní vyjádřit pořadí základních lidských potřeb a jejich naléhavost. (29)

Na nejspodnější část pyramidy umístil potřeby fyziologické (výživa, pohyb, spánek, dýchání, sexuální potřeba). Jejich uspokojení vede k zachování existence. V okamžiku, kdy jsou tyto potřeby aktuální, dostávají se do popředí a významně ovlivňují celkové chování člověka. (29)

V okamžiku, kdy jsou uspokojeny potřeby fyziologické, nastává potřeba jistoty a bezpečí. Tato potřeba obnáší touhu po důvěře, spolehlivosti, potřebu ochránce, ekonomického zajištění atd. Trachtová (2013) uvádí, že uspokojení potřeby jistoty a bezpečí může stát na prvním místě v případě, kdy v životě chybí pořádek a řád. (27, 29)

O důležitosti potřeby určité stálosti, řádu a smyslu v podnětech se zmiňuje také Šamánková (2011). Podle ní saturace této potřeby napomáhá tomu, aby se z chaotických a nezpracovatelných podnětů staly poznatky a zkušenosti. (30)

Potřebu jistoty a bezpečí klasifikuje Maslow jako potřeby nižší. Následující tři kategorie nazývá potřebami vyššími. (29)

První z vyšších potřeb a třetí v pyramidě potřeb je potřeba lásky a sounáležitosti. Někdy se můžeme setkat i s pojmem potřeba afiliační. Zahrnuje potřebu milovat a být milován, potřebu sounáležitosti či sociální integrace. (29)

Další z potřeb je potřeba uznání a sebeúcty. V podstatě se jedná o dvě spojené potřeby. Ta první vyjadřuje snahu získat si respekt druhých lidí uvnitř sociální skupiny. Ta druhá je charakterizována snahou o získání sebeúcty prostřednictvím důvěry okolního světa a nezávislosti na mínění ostatních. (29)

Na vrcholu pyramidy stojí potřeba seberealizace. Uspokojením této potřeby chce jedinec realizovat své schopnosti a záměry. Snaží se být tím, kým podle svého názoru může být. Tzn., že takového jedince musí jeho práce uspokojovat a musí být přesvědčen o tom, že tuto práci vykonává dobře. (29)

2.4.1 Faktory ovlivňující uspokojování potřeb

Plevová (2011) uvádí některé faktory, které ovlivňují uspokojování potřeb člověka. Tyto faktory narušují nebo mění způsob uspokojování potřeb. (31)

2.4.1.1 Onemocnění

Nemoc je sama o sobě překážkou v uspokojování některých potřeb. Nemocný člověk zaměřuje svoji pozornost na uspokojení svých fyziologických potřeb a dočasně tak odsouvá uspokojování potřeb vyšší úrovně. Tato dočasnost samozřejmě závisí i na druhu nemoci, popř. zdravotním stavu. Jinak na tom je člověk po operaci slepého střeva, jinak člověk po odstranění zhoubného nádoru a jinak člověk po amputaci končetiny či člověk ochrnutý. U pacientů, jejichž zdravotní stav je možné zlepšit, dochází v určitém stupni procesu uzdravování k potřebě uspokojit i další potřeby, nejen fyziologické. (31)

2.4.1.2 Okolnosti, za kterých nemoc vzniká

Mezi takové okolnosti patří např. prostředí, ve kterém se nemocný nachází. Rozdílně bude nemocný člověk vyjadřovat a uspokojovat své potřeby při hospitalizaci v nemocničním zařízení a jinak v domácí péči. (31)

Další okolností jsou specifické situace, ve kterých se nemocný může nacházet. Jedná se např. o onemocnění na cestách, v cizině apod. (27)

2.4.1.3 Individualita jedince

Plevová (2011) považuje v tomto případě za určující osobnostní charakteristiky jedince, emociální labilitu nebo stabilitu a odolnost proti zátěži. Osobnostní vlastnosti ovlivňují a mění potřeby a způsob jejich uspokojování. (31)

2.4.1.4 Vývojové stadium člověka

Každé období lidského života s sebou přináší jiný pohled na uspokojování potřeb, mění jejich prioritu a také způsoby, jakým se potřeba uspokojení projevuje. Je třeba si uvědomit, že zvláště v období kojeneckém, batolecím a částečně i v obdobích následujících, jsou prostředky k signalizaci potřeb omezené. Do podobné situace se mohou dostat i lidé v seniorském věku. (31)

2.5 Faktory životní spokojenosti

V následující části se pokusím uvést několik faktorů, které mohou životní spokojenost ovlivňovat.

2.5.1 Osobnostní charakteristiky

Charakteristiku osobnosti a její prvky najdeme např. u Nakonečného (2009). Ten definuje osobnost jako spojení biologických, psychologických a sociálních aspektů každého jedince. Je utvářena ve vztazích mezi lidmi, prostředím a společností a vždy se projevuje jako celek. (32)

2.5.1.1 Psychické vlastnosti osobnosti

V psychologii osobnosti se můžeme setkat také s pojmem rys osobnosti. Jedná se o důležitý, dědičně podmíněný prvek, který určuje psychické zvláštnosti jedince. Souhrnem rysů osobnosti je temperament, projevující se různým způsobem již

u novorozence. Jeho podkladem je vzrušivost nervové soustavy, což je dispozice, na níž závisí míra odpovědi člověka na různé podněty. Navenek se manifestuje např. intenzitou pohybů, jejich tempem, hloubkou prožívání a dalšími znaky. (32)

2.5.1.2 Schopnosti

Schopnosti jsou definovány jako úhrn psychických podmínek, které jsou nutné k provedení nějaké činnosti. Patří mezi ně nadání (vrozený předpoklad), talent (mimořádné nadání nebo schopnosti) a vlohy (vrozený předpoklad pro výkon určité mentální či senzomotorické činnosti). (32)

2.5.1.3 Inteligence

Inteligence je vrozená rozumová schopnost, která jedinci pomáhá řešit nové nebo obtížné situace. Lze ji dále rozvíjet získáváním zkušeností a řešením nových, dosud neznámých situací. (32)

2.5.1.4 Tvořivost

Tvořivostí jsou myšleny schopnosti, které umožňují tvůrčí činnost. Výsledkem této činnosti je něco nového, originálního, popř. inovativní řešení problémů. (32)

2.5.1.5 Postoje

Nakonečný (2009) uvádí, že mít vůči něčemu postoj znamená zaujmout vůči nějakému objektu, jímž může být cokoli (věc, událost, idea, bytost,...), hodnotící stanovisko. (32)

2.5.1.6 Motiv

V psychologii se můžeme setkat s různými výklady pojmu motiv. V užším slova smyslu to jsou vědomé záměry nebo vědomé cíle jednání. Oproti tomu širší pojetí chápe motiv jako cíle chování obecně, tedy nevědomé účely chování. (32)

2.5.2 Demografické faktory

2.5.2.1 Zdravotní stav

Blatný (2005) poukazuje na těsnou souvislost mezi spokojeností a subjektivními prožívanými tělesnými obtížemi. Dá se tedy vyvozovat, že zdravotní stav představuje jeden z nejdůležitějších faktorů ovlivňující životní spokojenost. (33)

Čevela (2012) rozlišuje faktory ovlivňující zdraví na přímé (životní prostředí, genetické dispozice, dostupnost a kvalita zdravotnických služeb atd.) a nepřímé (kulturní tradice, hierarchie hodnot v dané společnosti atd.) (34)

2.5.2.2 Věk

Kramulová (2010) uvádí, že životní spokojenost začíná významně vzrůstat po odeznění krize středního věku. Dále píše, že podle psychologických průzkumů životní spokojenosti jsou vedle dvacetiletých nejspokojenější lidé mezi šedesátkou a sedmdesátkou. (35)

V podobném duchu se vyjadřují i Hrdlička, Kuric a Blatný (2006), kteří ve své knize píše: „V období vrcholících životních sil většina lidí očekává prožitky plné stability, spojené se zralým a radostným prožíváním darů života. Pocity prázdnoty, nejistoty, pochybnosti o správnosti své životní cesty, které se často plíživě začínají v tomto období projevit, pak zpočátku velká část lidí bagatelizuje nebo se je snaží potlačovat. Připustit si, že procházíme obdobím, kdy nás dosažení toho, po čem jsme toužili, neuspokojuje, či dokonce fakt, že místo období očekávané stability čelíme krizi, je pro řadu lidí destruktivní. Podvědomé obranné mechanismy zpravidla nedovolují podívat se pravdě do očí. Často se tak zdánlivě potýkáme s nejrůznějšími typy potíží, úzkostmi, depresí či vztahovými problémy, za kterými však stojí společný nepřítel - záludně se schovávající krize středních let.“ (36)

Věk je ovšem pouze jedním z faktorů, které mohou životní spokojenost ovlivnit. Sám o sobě nemá ve vztahu k hodnocení životní spokojenosti význam. Je tedy třeba i věk hodnotit v souvislosti s ostatními faktory.

2.5.2.3 Pohlaví

Z výzkumu Sociologického ústavu Akademie věd České republiky (2004) vyplývá, že pohlaví životní spokojenost významně neovlivňuje a že čeští muži a ženy jsou se svým životem spokojeni přibližně stejně. Ve svém výzkumu se Sociologický ústav zmiňuje i o zahraničních výzkumech, které rovněž jednoznačně neodpověděli na to, zda jsou v životě spokojenější ženy či muži. Pohlaví se tedy používá spíše jen jako kontrolní proměnná. (37)

2.5.2.4 Vzdelání

Vzdělání je další faktor, který patří mezi ty méně významné ve vztahu k hodnocení životní spokojenosti. To potvrzuje i výzkum Sociologického ústavu, ve kterém se jako specifická skupina vyčlenili jen muži se základním vzděláním. Ti jsou v průměru méně spokojeni než ostatní. Výzkum poukazuje i na to, že takový výsledek se dal předpokládat. Tato skupina mužů se základním vzděláním představuje skupinu s nejhoršími ekonomickými a pracovními perspektivami a na rozdíl od žen nemají možnost využít rodičovství jako sociálně uznávanou životní alternativu. (37)

2.5.2.5 Příjem

Příjem je bezesporu jedním z důležitých kritérií při subjektivním hodnocení životní spokojenosti. Není ovšem prokázáno, že vyšší příjem by automaticky vedl k větší spokojenosti. Od určité výše nám další dodatečné navýšení příjmu nepřinese přímo úměrné navýšení spokojenosti. Tato hranice se nedá stanovit absolutní částkou, neboť je ovlivněna dalšími faktory jako mohou být sociální vazby, potřeba seberealizace apod. (37)

2.5.2.6 Zaměstnanost

Nepříznivý dopad zaměstnanosti na životní spokojenost je nejen v dnešní době více než zřejmý. Ovšem ani v tomto případě nelze samozřejmě tento faktor posuzovat izolovaně. Má pochopitelně vliv např. na příjem, sociální kontakt, sociální postavení apod. (37)

2.5.3 Kulturní faktory

Tov a Diener (2009) uvádějí, že k horší životní spokojenosti vede nejen např. strach z kritiky či nedemokratická vláda, ale také nemožnost vlastního srovnání s druhými. Spokojenější lidé jsou tedy v zemích, kde vládne politická svoboda, sociální rovnost nebo např. přijatelná byrokracie. (38)

2.6 Uspokojování potřeb v rámci ošetrovatelské péče

Náplní léčebné i ošetrovatelské péče musí být saturování všech primárních i sekundárních potřeb klientů, jež jsou ve své životní situaci odkázáni na pomoc zdravotního personálu, který tuto péči vykonává. Je třeba přitom plně respektovat, o jaký druh potřeb se v případě každého klienta jedná, jaký je žebříček jeho priorit v oblasti těchto potřeb a nakolik je klient schopen a ochoten akceptovat nabízenou pomoc. Jinými slovy nezbytným předpokladem kvalitní léčebné a ošetrovatelské péče je individuální přístup ke klientům, kterým se tato péče poskytuje. (30)

Přesto existují určité obecné cíle, k nimž by měla ošetrovatelská péče směřovat. Tím hlavním je uspokojení potřeby jistoty, bezpečí a nezávislosti nemocného. Za další, neméně důležitý cíl, lze považovat snahu o podporu terapeutických procesů, při nichž by měl nemocný aktivně spolupracovat. Dosažení těchto cílů se ovšem zpravidla neobejde bez spolupráce s rodinami klientů a jejich podpory. Vždyť právě od svých nejbližších mohou klienti čerpat své jistoty i své odhodlání podrobit se terapeutickým procesům. (30)

V souvislosti s uspokojováním primárních a sekundárních potřeb je důležité vyzdvihnout také význam správné informovanosti nemocných a průběžné komunikace s nimi, což představuje velmi citlivou součást léčby. Na jedné straně umožňuje informovanost nemocných kognitivní (poznávací) kontrolu léčby a zbavuje nemocné nejistoty, týkající se např. účinků podávaných léků, prognózy, plánovaných vyšetření atd., na druhé straně nešetrné sdělování některých nepříznivých informací může nemocného uvést do stavu deprese, rezignace apod. a negativně tak ovlivnit, ne-li přímo zmařit, veškerou léčebnou a ošetrovatelskou péči. Většinou se ovšem předpokládá, že příznivější variantou je otevřené sdělení o pacientově stavu, předpokládaném vývoji

nemoci i možnostech léčby, neboť toto sdělení je pro klienta určitou jistotou a usnadní mu to akceptovat danou realitu. (30)

Předpokladem maximálního uspokojování klientových potřeb je, aby klienti své potřeby dokázali co nejdůležitěji pojmenovat, což souvisí s výše zmíněnou individualizací péče. To bývá někdy zvláště u starších osob problém, protože jim často chybí potřebné vyjadřovací schopnosti, někdy se ostýchají své potřeby vyjádřit nebo se jim prostě nedaří nacházet souvislosti mezi stavem své nepohody a absencí uspokojování určitých potřeb. V některých případech je pro klienta nejcennější hodnotou, po které touží, pouhá přítomnost další osoby, vědomí, že není ve své obtížné životní situaci sám. Pokud se tuto potřebu podaří rozluštit a uspokojit, pacientova situace se tím velice usnadní a potažmo se tím vytvoří dobré podmínky pro léčebný proces. (30)

V péči o nemocného člověka zaujímá nezastupitelné místo také respektování autonomie nemocného člověka. Autonomie znamená potřebu zachovat si schopnost vedení života podle vlastních představ a pravidel, zůstat v životě svým pánem navzdory případným nemocem, stáří a různým omezením, které ztížené životní podmínky přinášejí. Ošetřující personál musí mít tuto potřebu v kontaktu s klienty neustále na mysli a nepřipouštět, aby se nemocný člověk cítil závislý na cizí vůli nebo dokonce manipulovaný těmi, kteří péči o něj převzali. Nikdy by neměl přijít o svůj pocit identity a stylizovat se pouze do role pacienta. Je třeba, aby se na své léčbě podílel, měl možnost volby mezi jejími různými alternativami, byl průběžně informován o všem, co ho v souvislosti s léčbou zajímá. Pro ošetřující personál z toho vyplývá nutnost neustále s klientem komunikovat a získávat poznatky nejen o jeho současném stavu a psychickém rozpoložení, ale také o jeho minulosti a představách o jeho budoucnosti, dovědět se něco o jeho rodině a přátelích, sdílet s ním jeho radosti i obavy atd. Jedině tímto způsobem je možné naplňovat potřebu jeho autonomie. (30)

3. Péče o staré lidi v minulosti

O stupni vyspělosti státu vypovídá kvalita péče o staré, nemocné a duševně choré jedince. Ti představují skupiny obyvatelstva, které bez pomoci druhých mohou sice nějakou dobu přežívat, ale jejich život rozhodně nelze považovat za důstojný. (3)

V historii vypovídá o péči věnované starým lidem vývojová triáda, kterou tvoří charita, obec a stát. Charitativní péče byla po dlouhou dobu jedinou strategií, poskytovanou starým a nemocným lidem. Přetrvávala i do doby, kdy se v ní angažovaly obce a posléze i stát. Na samém počátku, kdy skupina potřebných jedinců nebyla příliš velká, bylo zvykem, že péči o ně zabezpečuje rodina. Teprve poté, co se skupina začala rozrůstat a zároveň nastávala ekonomicky problematická nebo neklidná doba, si nová situace vyžádala, aby do jejího řešení vstoupila společnost. Dnes se různé způsoby péče kombinují a je zájmem celé společnosti, aby staří a nemocní jedinci byli zaopatřeni co nejlépe. (3)

Jak již bylo řečeno, péče o seniory byla v první řadě zajišťována rodinou. Zkušenosti s léčbou a ošetřováním se tehdy předávaly ústní formou z pokolení na pokolení. Pokud toho rodina nebyla z jakýchkoliv důvodů schopna nebo k tomu ochotna, nezbývalo starým lidem nic jiného, než živořit na okraji lidské společnosti. Podmínky, ve kterých se ocitali, bývaly mnohdy velmi nedůstojné. Znamenaly uchýlovat se k žebrotě, trpět podchlazením, strádat hladem, žízní, nemocemi. Postoj ostatních členů společnosti měl podobu buď opovržení a znechucení nebo v lepším případě soucitu. Zároveň se stávalo čím dále naléhavějším tuto tíživou situaci společensky řešit a nabídnout všem těm strádajícím jedincům pomocnou ruku. (3, 39)

V raném středověku měla tradiční péče o seniory charitativní ráz, jehož základem byla myšlenka křesťanské lásky. Tomu odpovídalo i poskytování této péče především církevními řády, které provozovanou činností naplňovaly své poslání pomáhat trpícím osobám, saturovat jejich nejzákladnější lidské potřeby. Umožňovaly jim nasytit se, využívat přístřeší k spánku i ochraně před nepříznivým počasím, dodržovat určitou hygienu, přijímat v případě potřeby léčebnou péči i duchovní útěchu. Za účelem uspokojování všech těchto potřeb byly většinou poblíž různých klášterů zakládány první

chudobince a chorobince. Později se chorobince přeměňovaly na špitály a chudobince na starobince. Jednalo se v podstatě o ošetrovatelská zařízení s poskytováním laické péče. (3, 39)

V 15. a 16. století byly po celé Evropě zakládány obecní ústavy pro zchudlé a staré občany. V průběhu 18. století vznikaly také v USA tzv. „farmy chudých“, dobročinné a veřejné domy. V dvou dalších stoletích se po celé Evropě množí chudobince a starobince. (3)

Nejinak tomu bylo v Čechách a na Moravě, kde existovaly tři základní druhy ústavní péče s poskytováním převážně charitativní pomoci. (3)

Prvním typem byly středověké špitály, jejichž pojmenování souvisí s latinskými pojmy hospes (host, hostitel) a hospitium (pohostinství). Vyvinuly se z raně středověkých útulků, jež byly budovány od 8.století při klášterech poblíž sídel biskupů a kapitul. Od 12. století iniciovali jejich zřizování také měšťané, šlechta nebo panovník. Péče o bližního tehdy příslušela především křižovnickým a rytířským řádům. Jejich význam tkví nejen v praktické činnosti, ale také v tom, že shromažďovaly zkušenosti předchozích generací. Jednalo se například o řád Křižovníků s červenou hvězdou, založený svatou Anežkou českou, dále o klarisky, alžbětinky, Řád maltézských rytířů a jeho odnož johanitky. Patřily k nim také diakonky, které byly známé zejména návštěvním opatrovnictvím, jež by se dalo chápat jako péče obdobná dnešnímu komunitnímu ošetrovatelství. (3, 40, 41)

Útulky přitom sloužily nejen nemocným, ale také pocestným a poutníkům, nezaměstnané chudině a dalším osobám, jež se ocitly v obtížnější životní situaci. Poskytovaná péče měla v té době charakter spíše sociální než léčebný a byla využívána lidmi různých věkových kategorií. Teprve s postupem doby začali v útulcích převažovat lidé staří a nemocní a z označení útulky se přešlo na označení špitály, jež se svým posláním blížily dnešním léčebnám dlouhodobě nemocných, domovům pro seniory nebo hospicům. (3, 39)

Druhý typ péče představovaly klášterní nemocnice, jejichž služby však byly dostupné pouze nemocným z řad řeholníků nebo příslušníků šlechty. Péče jim byla poskytována převážně ze strany zakládajícího církevního řádu, jehož členové provoz

nemocnic financovali. Úroveň klášterních nemocnic ovšem nebyla příliš vysoká, obdobně jako úroveň středověkých špitálů. (3, 39, 40)

Třetím typem zařízení byly nemocnice pro malomocné nebo pro osoby stížené různými infekčními chorobami. Význam těchto nemocnic stoupal především v obdobích, kdy propukaly epidemie nakažlivých chorob a nemocné jedince bylo třeba izolovat od ostatní společnosti. Z tohoto hlediska plnila daná zařízení v podstatě funkci azylové péče či dokonce jakéhosi vyhnanství. (3)

15. a 16. století je dobou, kdy byly na území Prahy zakládány pod záštitou církve obecní ústavy pro zchudlé a staré osoby, tak jak o tom vypovídají záznamy v říšském policejním řádu z r. 1552 císaře Ferdinanda I. Vydáním nařízení pro Království české z r. 1785 byla povinnost církve starat se o chudé převedena na vrchnost. Ještě dříve, již od počátku 17.století, se přitom péče o potřebné jedince začala diferencovat. Na jedné straně přetrvávala péče poskytovaná ve starobincích a chudobincích, na druhé straně na našem území vznikaly klasické nemocnice, které v souvislosti s rozvojem medicíny začaly postupně poskytovat péči léčebnou, zatímco ryze azylový charakter těchto zařízení se vytrácel. Přesto v té době kvalita péče v těchto nemocnicích nebyla příliš vysoká, neboť ošetřovatelkám chybělo potřebné vzdělání a odborná praxe. (3, 42)

V době první republiky byl v péči o staré a nemocné osoby zaznamenán značný rozvoj. Kromě institucionální a státní péče, realizované v nově vznikajících zařízeních, se na péči o seniory podílela církev a různé dobročinné organizace, z nichž velkou zásluhu měl zejména Československý Červený kříž, jehož předsedkyní se stala dcera prvního prvorepublikového prezidenta Alice Masaryková. Posléze byla tato péče rozdělena na péči zdravotní a sociální. (3, 43)

Rok 1929 přinesl založení první specializované instituce pro seniory na světě, a to Kliniky nemoci stáří. V jejím čele stál Rudolf Eiselt, který se tak významně zasloužil o rozvoj specializované zdravotní péče o seniory. Postupně byly budovány "domy odpočinku", které se v dalších letech transformovaly na domovy důchodců. Od poloviny minulého století se vedle toho rozvíjí pečovatelská služba pro osamělé seniory, kteří neopouštějí své domovy, avšak potřebují pomoc ve svém běžném, praktickém životě. Tato pomoc jim je poskytována pečovatelkami, jež je doma navštěvují. Další možností,

jak seniorům usnadnit jejich život, je bydlení v domech s pečovatelskou službou, které na rozdíl od domovů důchodců zajišťují svým obyvatelům více soukromí a přitom poskytují veškerou potřebnou pomoc. (44)

V sedmdesátých letech minulého století navíc vznikají první léčebny dlouhodobě nemocných a v 80. letech zahajují provoz i specializovaná geriatrická oddělení. (44)

4. Domácí péče

4.1 Historie domácí péče ve světě

Za zakladatele moderního konceptu domácí péče je považován William Rathbon z Liverpoolu. Tuto myšlenku začal rozvíjet v roce 1859, což bylo v době, kdy jeho žena umírala na zhoubnou chorobu. Podpořila ho i Florence Nightingalová, s níž založil první školu pro sestry, které se zaměřovaly na ošetrovatelskou péči nemocným, potřebným a chudým lidem. (45)

V roce 1885 vznikla v některých městech Spojených států amerických organizace sester v domácí péči. (45)

Rozvoj v Evropě na konci 19. století byl přibrzděn během první i druhé světové války. Tehdy se klienti začali koncentrovat především v lůžkových zdravotnických zařízeních, kde zároveň docházelo k rozvoji a koncentraci zdravotnické techniky. Domácí péče se v této době začíná orientovat na seniory. (45)

Až na začátku 70. let 20. století se evropské státy vrací k původní myšlence domácí péče. Je to důsledek stoupajících výdajů do zdravotnictví ze státních rozpočtů. Začínají se také objevovat první prognózy, které předpovídají stárnutí populace, což s sebou přináší větší počet osob závislých na pomoci druhých. Světová zdravotnická organizace na tyto skutečnosti reagovala v roce 1977, kdy v Alma Atě vyhlásila program „Zdraví pro všechny do roku 2000“. Forma domácí péče je ovšem v každém státě jiná. Zatímco v severních státech je orientována spíše na podporu, která přichází od státu či nevládních organizací a účast rodiny hraje spíše doplňkovou roli, v jižních státech je v popředí pomoc celé rodiny a pomoc od státu je doplňkovou složkou. (45)

4.2 Historie domácí péče u nás

V České republice, resp. českých zemích má domácí péče hluboké kořeny. Nositeli domácí péče v rodinách i špitálech byly hlavně řeholní řády. Již v roce 1223 založila sv. Anežka Česká, dcera Přemysla Otakara I., Laické bratrstvo špitální. (45)

V roce 1919 vznikl Československý červený kříž. Ve spolupráci s městem Prahou a Ústřední sociální pojišťovnou se snaží prosadit myšlenku domácí péče. V té době ovšem neexistovala škola, která by vyhovovala charakteru této péče, a proto byla založena Masarykova škola zdravotní a sociální péče. V roce 1952 převzal odpovědnost za domácí péči stát. (43)

Dalším důležitým mezníkem se stává rok 1991, kdy se koná první evropský kongres domácí péče. Po tomto kongresu dochází v České republice k propagaci domácí péče a již v roce 1996 je Česká republika zastoupena na 1. světovém kongresu domácí péče Asociací domácí péče České republiky, která se stává jednou ze sedmi zakládajících organizací Světové organizace domácí a hospicové péče (WHHO). (45)

Domácí péče je součástí zdravotní i sociální péče v České republice již od roku 1990. Její rozsah a působnost definují právní normy upravující poskytování zdravotní i sociální péče. Nárok na poskytování domácí péče má každý občan České republiky, jehož ošetřující lékař rozhodne na základě celkového zdravotního stavu a stavu sociálního prostředí klienta, že je vhodné mu domácí péči poskytovat. Každoročně se to týká statisíců klientů, kteří by bez této péče museli být hospitalizováni. Posláním domácí péče je tedy zajistit v sociálním prostředí klienta takový rozsah a kvalitu potřebné zdravotní a sociální péče, aby nebylo nutné klienta hospitalizovat či ho umisťovat do ústavu sociální péče. (46)

Domácí péče navíc respektuje integritu klienta s jeho vlastním sociálním prostředím i individuální vnímání kvality života. Proto je při poskytování domácí péče nutné vždy aplikovat celostní přístup. Navíc psychická pohoda člověka, která je bezesporu ovlivněna příznivým vlivem domácího prostředí či přítomností blízkých osob, se pozitivně odráží na imunitním systému jedince a hraje velmi důležitou úlohu v procesu uzdravování. V této souvislosti je třeba zmínit i další pozitivní prvek domácí péče, který spočívá v eliminaci nosokomiálních nákaz. (46)

4.3 Druhy domácí péče

Domácí péče se neorientuje pouze na seniory, jak by se mohlo na první pohled zdát, ale také na klienty v pooperačním a poúrazovém stavu, včetně dětí. Domácí péči tak můžeme rozdělit na několik skupin. (46)

4.3.1. Domácí hospitalizace

4.3.1.1 Pooperační péče

Jednodenní, nebo též ambulantní chirurgie je plánovaná chirurgická léčba, při které je pooperační péče poskytována u klienta doma, nikoliv v nemocničním zařízení. Je-li tento druh domácí péče správně organizován, přináší klientům rychlejší uzdravení, což s sebou nese rychlejší návrat do zaměstnání a následně také úsporu ve výplatě nemocenských dávek. (46)

4.3.1.2 Poúrazová péče

Je-li klient po úraze při vědomí a lze vyloučit vážné komplikace, je možné přistoupit k ošetřování v domácí péči. V takovém případě se provádí např. polohování, zajištění pitného režimu, léčba bolesti, rehabilitace, apod. Agentury domácí péče mají k dispozici speciální pomůcky, které umožňují klientům i dlouhodobý pobyt po úrazech v domácím prostředí. (46)

4.3.1.3 Dlouhodobá domácí péče

Tato péče je určena především chronicky nemocným pacientům, kteří prodělali mozkovou příhodu, trpí roztroušenou sklerózou nebo mají komplikovaný diabetes. Můžeme sem zařadit také částečně ochrnuté pacienty nebo duševně nemocné. Podstatou péče o takto nemocné lidi jsou aktivity zdravotního i sociálního charakteru. (46)

4.3.1.4 Plicní onemocnění

Tato onemocnění, zvláště jsou-li chronická, mohou vést k částečné závislosti na dýchacích přístrojích. V takovém případě leží hlavní zodpovědnost o péči na pacientu samotném. Tým domácí péče a lékař zde zastávají funkci spíše poradní. (46)

4.3.1.5 Gastroenterologická onemocnění

V této oblasti se domácí péče nejvíce soustředí na péči o stomie. V případě, kdy se jedná o střevní resekce, zajišťuje sestra z agentury domácí péče aplikaci intravenosní či jinou formu výživy. Kromě praktických lékařů jsou pacienti v péči konsiliárních chirurgů a gastroenterologů. (46)

4.3.1.6 Metabolická onemocnění

Do této skupiny patří péče především o pacienty s cukrovkou. Ať už prvního či druhého typu. U dětí s diabetem I. typu dochází např. k nácviku aplikace insulínu. K domácí péči u diabetiků II. typu se přistupuje v okamžiku, kdy jsou plně nebo částečně závislí na odborné pomoci. Týká se to především pacientů po amputaci, nevidomých, apod.). Do této skupiny patří i pacienti, u kterých je nutné zajistit hydrataci organismu, včetně odstranění metabolitů z krve (peritoneální dialýza). (46)

4.3.1.7 Neurologická onemocnění, degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy

Jedná se o pacienty s Parkinsonovou či Alzheimerovou chorobou, Syringomyelií, kvadruplegiky, paraplegiky a další. Péče o takovéto pacienty je velmi časově náročná a zapojují se nejen členové týmu domácí péče a praktický lékař, ale také rodinní příslušníci. (46)

4.3.1.8 Onkologická onemocnění

Onkologická onemocnění vyvolávají u pacientů obvykle zhoršení psychického stavu, který může pobyt ve zdravotnickém zařízení ještě zhoršit. Některé agentury

domácí péče tedy participují s ošetřujícími lékaři na léčbě pacienta. Onkolog provádí chemoterapii včetně kontroly ambulantně, praktický lékař indikuje aplikaci léků či procedur zmírňujících bolest a tým agentury domácí péče provádí aplikaci. (46)

4.3.2 Preventivní domácí péče

Do této skupiny patří takoví pacienti, jimž jejich ošetřující lékař doporučí preventivní monitoring zdravotního i duševního stavu v pravidelných intervalech, které určí lékař. Případné změny jsou ihned sděleny ošetřujícímu lékaři pracovníky domácí péče. Takovýto monitoring se provádí u již probíhajících onemocnění a je zaměřen na zábranu komplikacím. Jedná se např. o kardiovaskulární onemocnění, odběry biologického materiálu u klientů s metabolickým onemocněním, apod. (46)

4.3.3 Domácí hospicová péče

Zahrnuje péči o klienty v preterminálním a terminálním stadiu života. Tato forma domácí péče je nejčastěji poskytována klientům, u nichž se předpokládá, že ke smrti dojde do šesti měsíců. Jedná se zřejmě o nejnáročnější oblast domácí péče. Nejdůležitějším prvkem domácí hospicové péče je zmírnění fyzického i psychického utrpení umírajícího i jeho blízkých. Efekt domácí péče u umírajícího tak nespočívá v ušetření peněžních prostředků na zdravotní péči, ale v ulehčení těch nejtěžších chvil v lidském životě. (46)

5. Cíle práce a hypotézy

5.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit subjektivní hodnocení životní spokojenosti seniorů v závislosti na pohlaví

Cíl 2: Zjistit subjektivní hodnocení životní spokojenosti seniorů v závislosti na věku

Cíl: Zjistit subjektivní hodnocení životní spokojenosti seniorů v závislosti na typu organizace

5.2 Hypotézy

H1: Muži jsou spokojenější než ženy

H2: S vyšším věkem klesá spokojenost seniorů

H3: Nejvíce spokojení jsou senioři využívající služeb ADP

6. Metodika

6.1 Použitá metoda

Ve své diplomové práci jsem použila kvantitativní výzkum zaměřený na problém životní spokojenosti seniorů. Pro šetření jsem zvolila standardizovaný dotazník SQUALA (Subjective QUALity of LIfe Analysis), který byl vytvořen v roce 1992 ve francouzské Nice. Základem pro vytvoření dotazníku se stala Maslowova teorie potřeb. Tento dotazník byl původně určen pro posuzování kvality života osob s duševními potížemi a později byl přetvořen i do české verze. Pojem kvalita života je přitom pojímán jako pojem multidimenzionální, vztahující se mimo jiné i k prožívání spokojenosti v různých životních oblastech. Pro cíle mé diplomové práce jsem využila část dotazníku, který se zabývá hodnocením spokojenosti ve 13 oblastech života. Tyto oblasti se dotýkají vnějších i vnitřních skutečností každodenního života. Respondent má k dispozici pětibodovou hodnotící škálu, pomocí které subjektivně hodnotí důležitost každé oblasti a následně spokojenost s touto oblastí. (47, 48)

Pro hodnocení důležitosti každé oblasti měl respondent k dispozici bodovou škálu od 0 do 4, přičemž 0 znamenala, že je pro něj daná oblast bezvýznamná a naopak 4 znamenala, že tuto oblast považuje za nezbytnou. Spokojenost byla hodnocena na stupnici od 1 do 5, kde hodnota 1 znamenala naprosté neuspokojení a 5 plnou spokojenost.

Abych zjistila celkové skóre v dané oblasti, bylo třeba provést součin těchto dílčích výsledků za každou oblast. Výsledek tedy může nabývat hodnot od 0 do 20. Hodnotil-li respondent nějakou oblast života jako bezvýznamnou, bude součin vždy 0 bez ohledu na to, jak je s touto oblastí spokojen. Naproti tomu, je-li součin dílčích hodnot roven 20, znamená to, že je respondent zcela spokojen s oblastí, kterou považuje ve svém životě za nezbytnou. Vyšší skóre tedy znamená vyšší životní spokojenost v dané oblasti, nižší skóre pak nižší životní spokojenost.

Vzhledem k tomu, že jsem potřebovala získat data od seniorů, musela jsem počítat i s jejich do určité míry omezenými možnostmi samostatně zpracovávat dotazník. Uvědomila jsem si, že mnozí z nich by nemuseli bez vnější pomoci zcela pochopit

smysl zadávaných otázek a také riziko, že by je delší soustředění na dotazy rychle vyčerpalo, což by mohlo zkreslit získávané informace. Pro některé by byl překážkou i horší zrak, znesnadňující pročitání zadaného textu. Rozhodla jsem se proto použít metodu standardizovaných rozhovorů. S jednotlivými respondenty jsem pracovala individuálně, to znamená, že jsem jim otázky z dotazníku předčítala a oni na ně bezprostředně odpovídali. Pokud něčemu z dotazů nerozuměli, mohla jsem jim poskytnout vysvětlení a mít tak jistotu, že jejich odpovědi budou věrohodné. Přitom jsem díky jejich spontánním komentářům získávala navíc určité informace, jež doplňovaly základní data daná jejich odpověďmi.

Při dotazování jsem se zaměřila pouze na níže uvedené oblasti:

- zdraví
- fyzická soběstačnost
- psychická pohoda
- prostředí
- spánek
- mezilidské vztahy
- děti
- péči o sebe sama
- lásku
- odpočinek
- záliby
- bezpečí
- jídlo

6.2 Charakteristika sledovaného souboru respondentů

Výzkumné šetření probíhalo od června 2014 do února 2015. Soubor respondentů tvořilo celkem 100 seniorů a podmínkou pro jejich výběr byl věk nad 60 let (včetně), ochota spolupracovat a jedinci nesměli vykazovat známky demence

Na začátku jsem oslovila tři typy institucí, poskytující ošetrovatelskou nebo zdravotně-sociální péči a které působí na Českobudějovicku a Českokrumlovsku.

Jednalo se o nemocnice s odděleními následné péče (ONP) nebo léčebnami dlouhodobě nemocných (LDN), domovy pro seniory a agentury domácí péče (ADP). Ve zdravotnických zařízeních (ONP, LDN) jsem získala ke spolupráci 46, v domovech pro seniory 39 a v agentuře domácí 15 seniorů.

Obtížné pro mě bylo dostat povolení k výzkumnému šetření v agenturách domácí péče, kdy jsem se kromě ADP ČČK Alice setkala s odmítavým postojem poskytnout souhlas k šetření z důvodu nedostatku času, provozních problémů nebo prostě proto, že přede mnou vyšly vstříc již obdobným aktivitám jiným studentům a vzhledem k tomu, že se z jejich strany jedná o terénní péči, by bylo náročné skloubit čas sester potřebný pro službu jejich klientů s časem, který jsem potřebovala já pro své šetření. O to více jsem ocenila vstřícnost Červeného kříže - Alice, který mi realizaci mé práce umožnil.

6.3 Metoda zpracování dat

Získaná data byla prostřednictvím programu Microsoft Office Excel zpracována do podoby grafů a tabulek. Některé statistické výstupy byly provedeny v programu Statistica. Pro srovnání průměrných hodnot byly použity dva testy - pro dvě skupiny t-test, pro více skupin ANOVA. Pro zkoumání závislosti životní spokojenosti na věku byl použit Pearsonův korelační koeficient. U všech metod byla zvolena hladina významnosti 5 %.

Metodu t-test jsem použila v případě hypotézy č. 1, kdy jsem zkoumala, zda se životní spokojenost liší s ohledem na pohlaví.

V případě hypotézy č. 2 jsem se snažila zjistit, zda životní spokojenost závisí na věku, resp. zda se zvyšujícím se věkem klesá. K tomu jsem použila Pearsonův korelační koeficient.

Pro zkoumání hypotézy č. 3 jsem zvolila jednofaktorovou analýzu rozptylu (ANOVA), která je vhodná pro testování více než dvou skupin. V tomto případě šlo o různé typy zařízení starajících se o seniory.

Při zkoumání hypotéz č. 1 a 3 bylo nejdříve nutné stanovit nulovou hypotézu H_0 , která byla postavena na předpokladu, že výsledky měření v obou (t-test) nebo všech (metoda ANOVA) zkoumaných kategoriích jsou stejně významné. V případě hypotézy

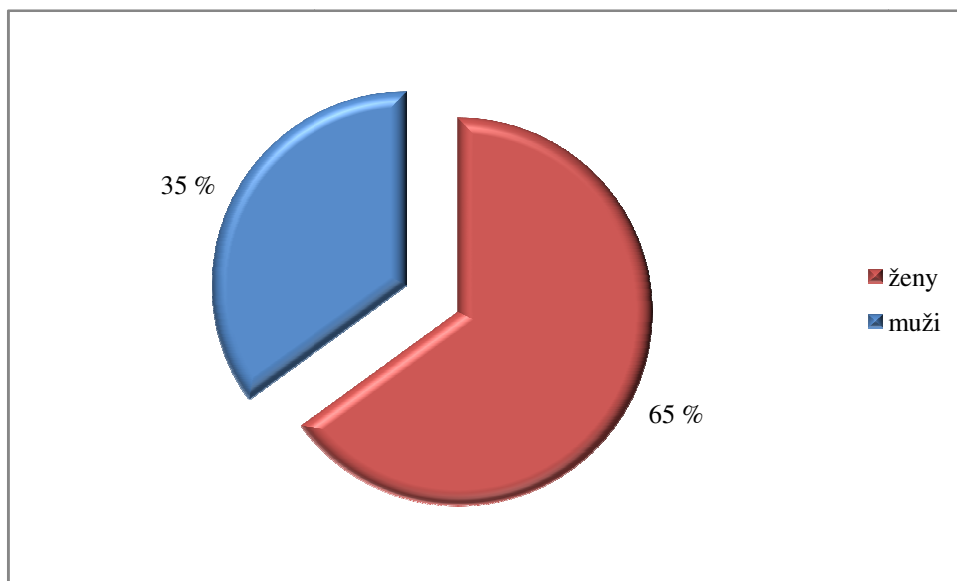
č. 2 jsem při stanovování nulové hypotézy vycházela z předpokladu, že se životní spokojenost nemění v závislosti na věku.

Nejdříve byly definovány zkoumané skupiny, včetně příslušných zjištěných hodnot. Následně byla programem spočítána dosažená hladina významnosti. Byla-li tato hodnota vyšší než zvolená hladina významnosti 5 %, byla nulová hypotéza potvrzena. Byla-li dosažená hladina významnosti menší než 5 %, byla nulová hypotéza vyvrácena.

7 Výsledky

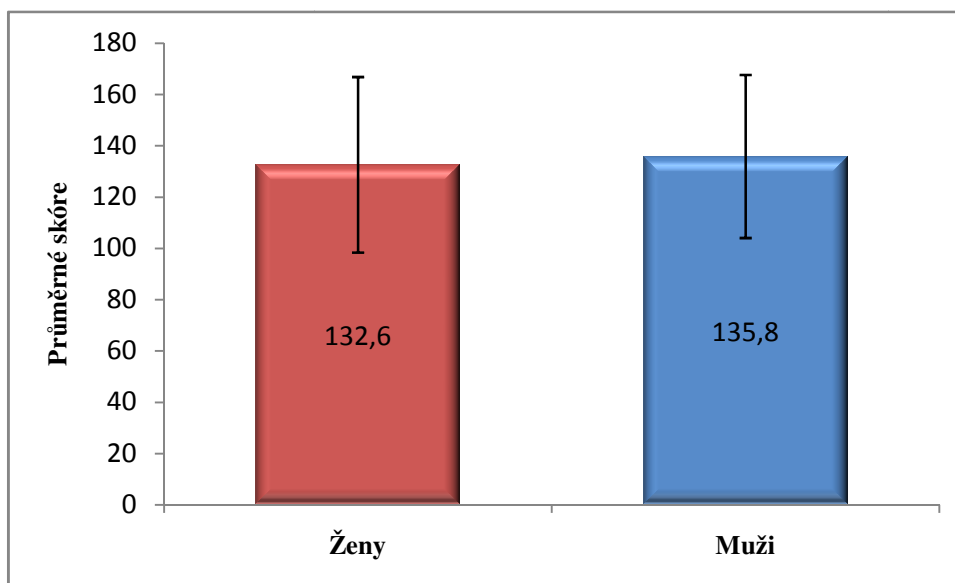
7.1 Životní spokojenost podle pohlaví

Graf č. 1 Podíl mužů a žen



V rámci výzkumného šetření bylo osloveno 100 respondentů. Z nich bylo 35 % mužů a 65 % žen.

Graf č. 2 Hodnocení životní spokojenosti podle pohlaví



Průměrné skóre životní spokojenosti u žen vyšlo 132,6 a u mužů 135,8.

V případě hypotézy, že muži jsou spokojenější než ženy, byla k jejímu zhodnocení použita statistická metoda t-test. Z celkového počtu respondentů bylo 35 % mužů a 65 % žen. Pro testování byly stanoveny následující hypotézy:

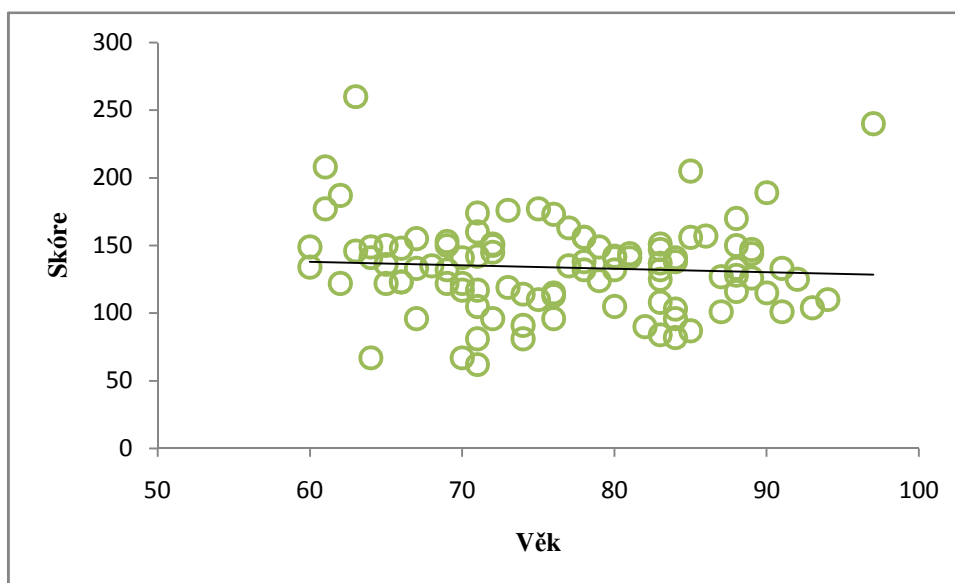
H_0 = muži jsou stejně spokojeni jako ženy

H_a = muži jsou spokojenější než ženy

Dosažená hladina významnosti byla 32,2 %. Jelikož je tato hladina vyšší než 5 %, byla nulová hypotéza H_0 potvrzena. Z šetření tedy vychází, že muži a ženy jsou spokojeni stejně a tudíž se hypotéza č. 1 nepotvrdila.

7.2 Životní spokojenost v závislosti na věku

Graf č. 3 Závislost životní spokojenosti na věku

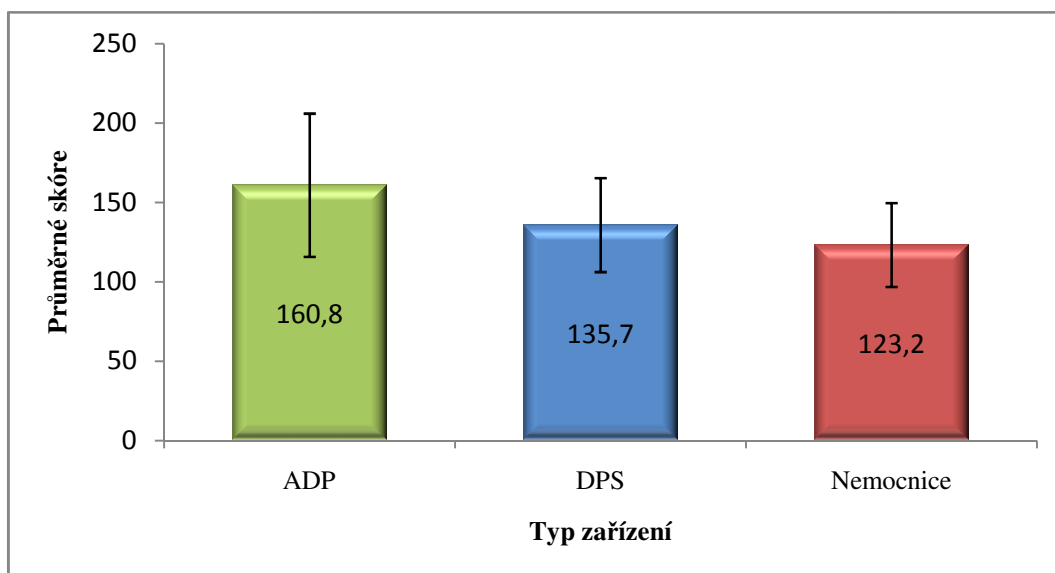


Pro testování hypotézy, že s vyšším věkem klesá spokojenost seniorů, byl zvolen Pearsonův korelační koeficient, který zkoumá závislost dvou skupin. Nejdříve byla stanovena nulová hypotéza H_0 , která předpokládala, že mezi věkem a životní spokojeností neexistuje závislost. Hladina významnosti byla zvolena 5 %.

Při testování vyšel korelační koeficient -0,071, což značí slabou korelaci. Dosažená hladina významnosti byla 24,1 %. Z výsledků je tedy patrné, že věk nemá na životní spokojenost seniorů významný vliv a hypotéza č. 2 tímto nebyla potvrzena.

7.3 Životní spokojenost podle typu organizace

Graf č. 4 Životní spokojenost dle typu organizace



Hypotéza č. 3 předpokládala, že klienti agentury domácí péče jsou spokojenější než klienti domovů pro seniory a zdravotnických zařízení. K testování této hypotézy byla zvolena metoda ANOVA a hladina významnosti 5 %. Nulová a alternativní hypotéza byly stanoveny následovně:

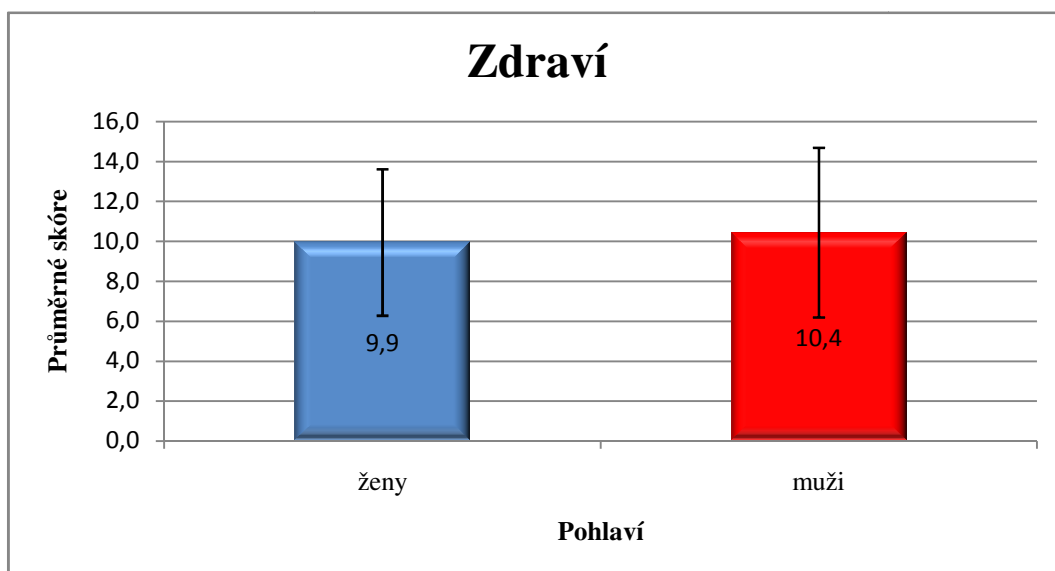
H_0 = Spokojenost je ve všech zkoumaných zařízeních stejná

H_a = Spokojenost se ve zkoumaných zařízeních liší

Dosažená hladina významnosti byla 0,04 %, což znamená, že životní spokojenost seniorů se liší podle typu organizace. Z grafu č. 4 vyplývá, že nejspokojenější jsou klienti agentury domácí péče. Hypotéza č. 3 tedy byla potvrzena.

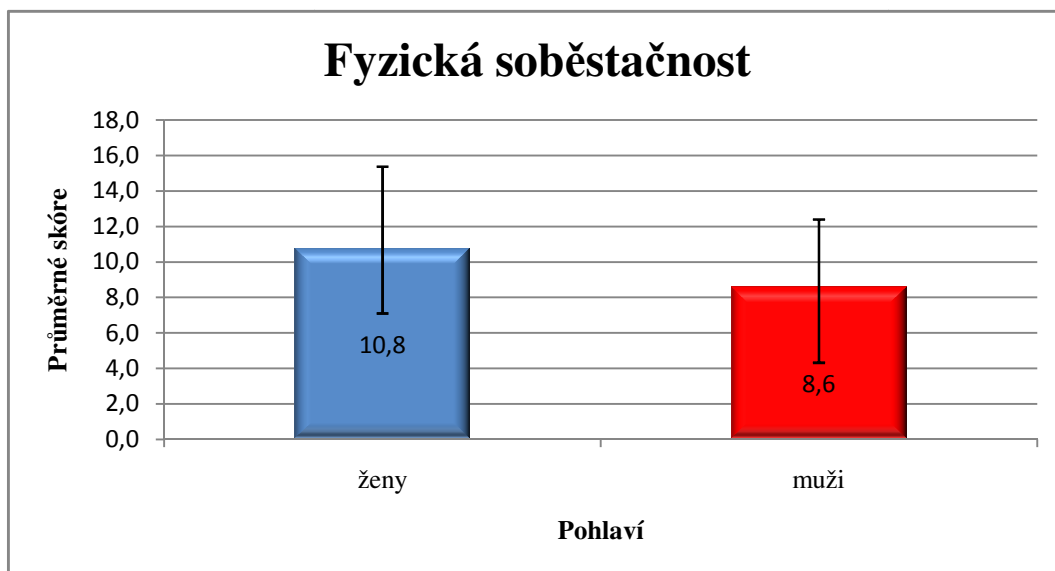
7.4 Životní spokojenost v jednotlivých doménách podle pohlaví respondentů

Graf č. 5 Životní spokojenost se zdravím podle pohlaví respondentů



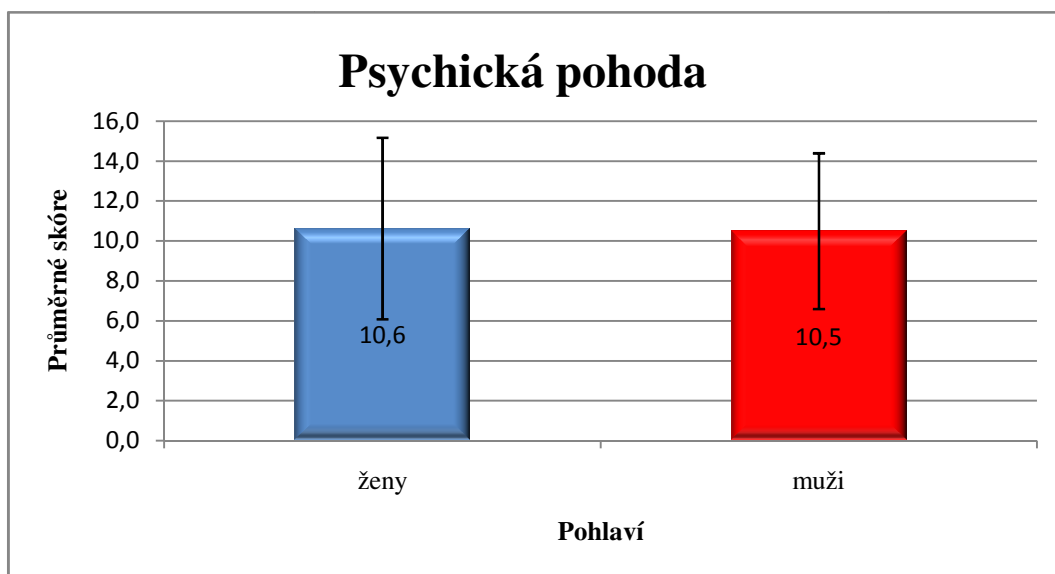
Průměrné skóre při hodnocení zdraví bylo u žen 9,9 a u mužů 10,4.

Graf č. 6 Životní spokojenost se zdravím podle pohlaví respondentů



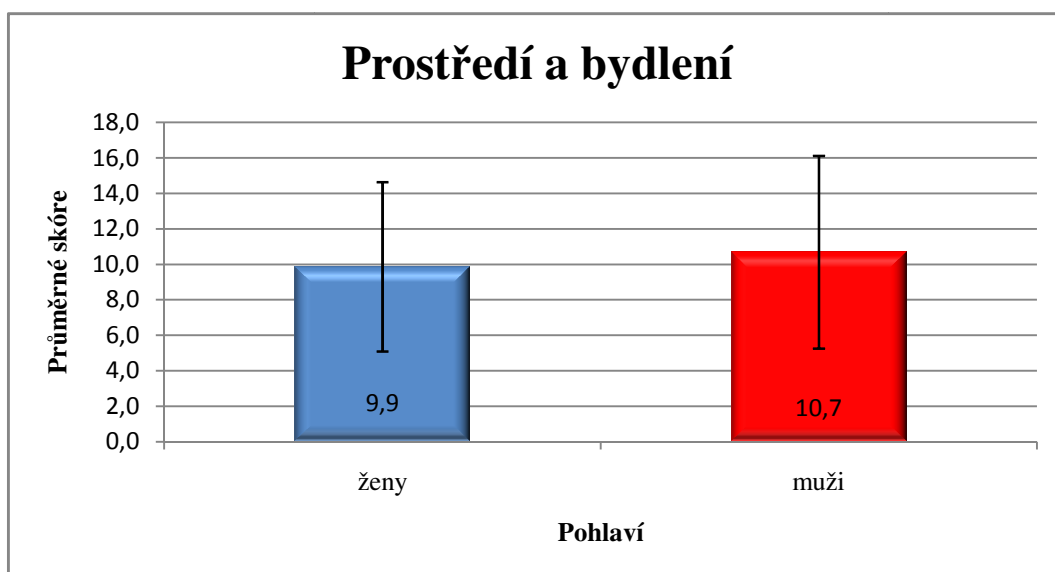
Průměrné skóre při hodnocení fyzické soběstačnosti bylo u žen 10,8 a u mužů 8,6.

Graf č. 7 Životní spokojenost s psychickou pohodou podle pohlaví respondentů



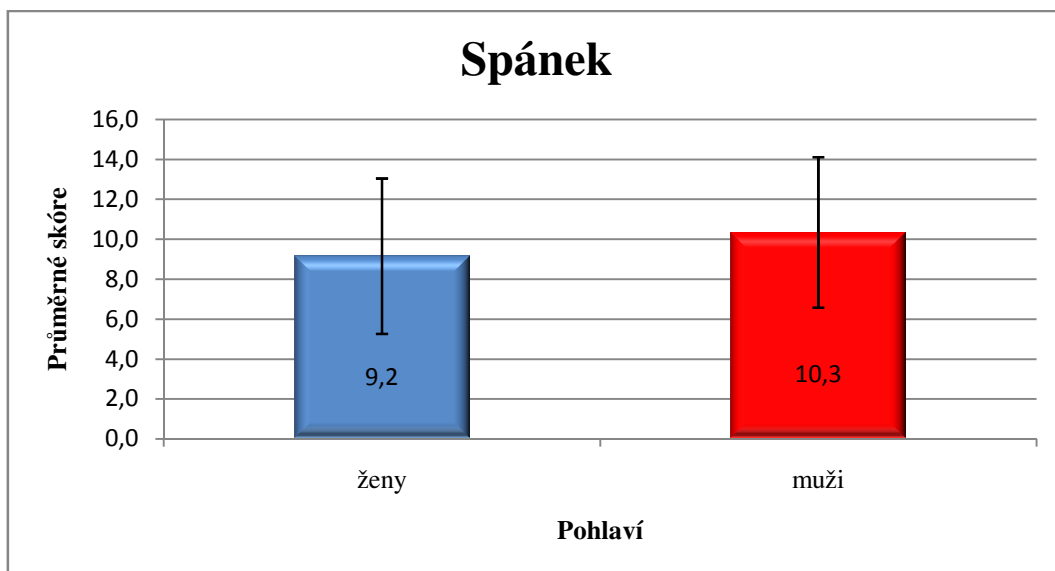
Průměrné skóre při hodnocení psychické pohody bylo u žen 10,6 a u mužů 10,5.

Graf č. 8 Životní spokojenost s prostředím a bydlením podle pohlaví respondentů



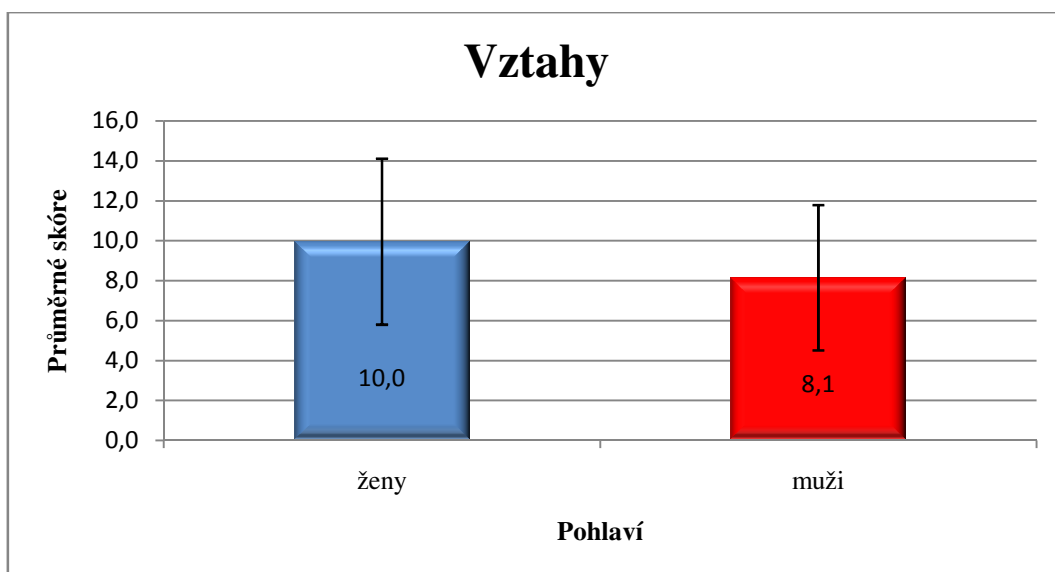
Průměrné skóre při hodnocení prostředí a bydlení bylo u žen 9,9 a u mužů 10,7.

Graf č. 9 Životní spokojenost se spánkem podle pohlaví respondentů



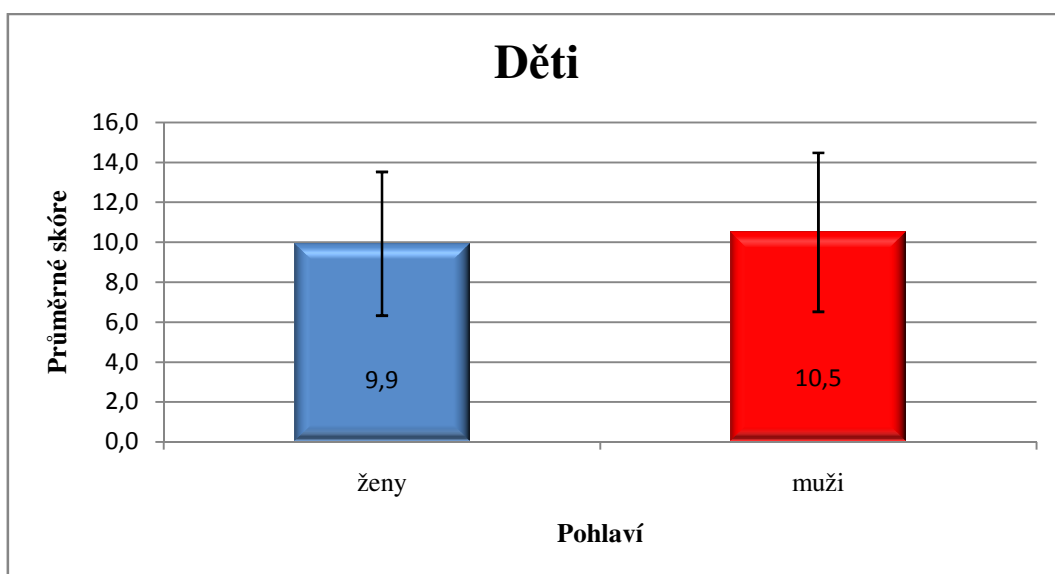
Průměrné skóre při hodnocení spánku bylo u žen 9,2 a u mužů 10,3.

Graf č. 10 Životní spokojenost se vztahy podle pohlaví respondentů



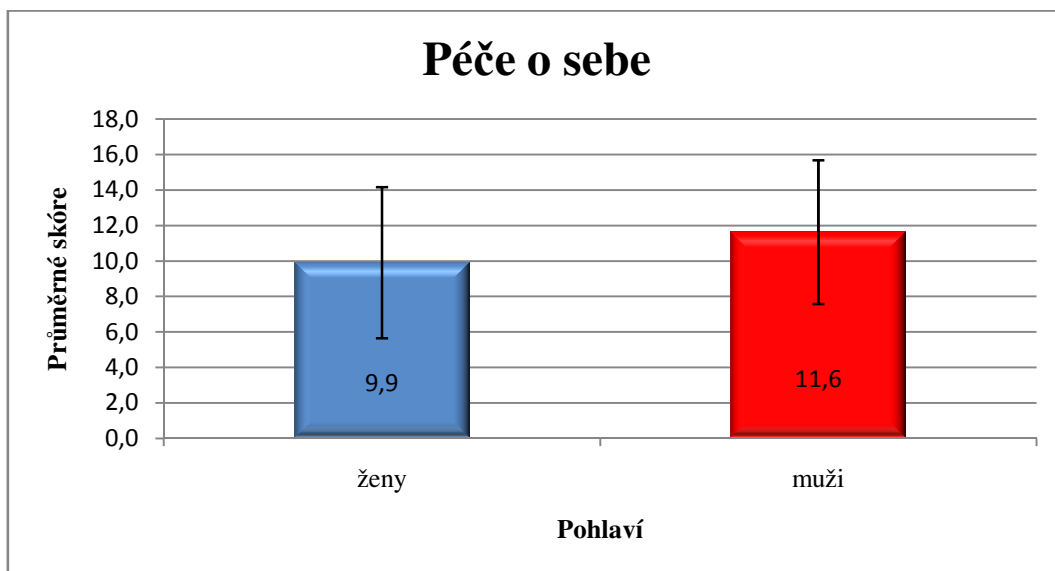
Průměrné skóre při hodnocení vztahů bylo u žen 10,0 a u mužů 8,1.

Graf č. 11 Životní spokojenost s dětmi podle pohlaví respondentů



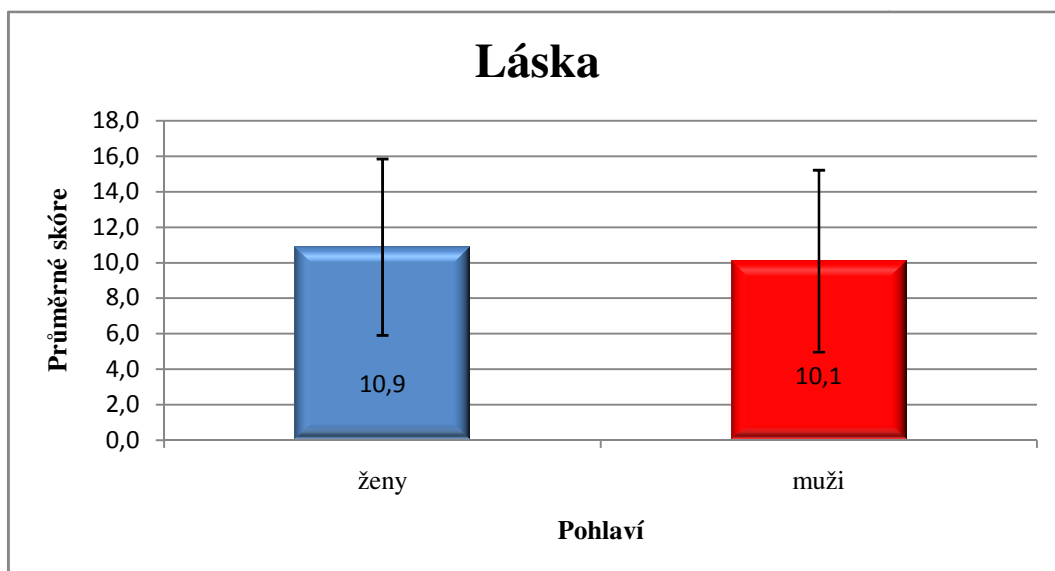
Průměrné skóre při hodnocení spokojenosti v oblasti děti bylo u žen 9,9 a u mužů 10,5.

Graf č. 12 Životní spokojenost s péčí o sebe podle pohlaví respondentů



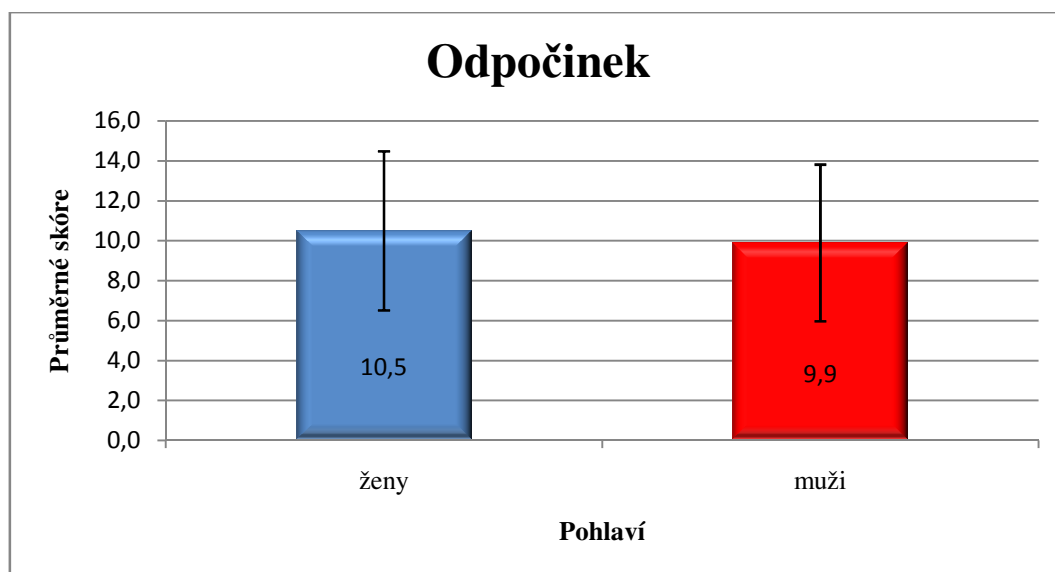
Průměrné skóre při hodnocení péče o sebe bylo u žen 9,9 a u mužů 11,6.

Graf č. 13 Životní spokojenost s láskou podle pohlaví respondentů



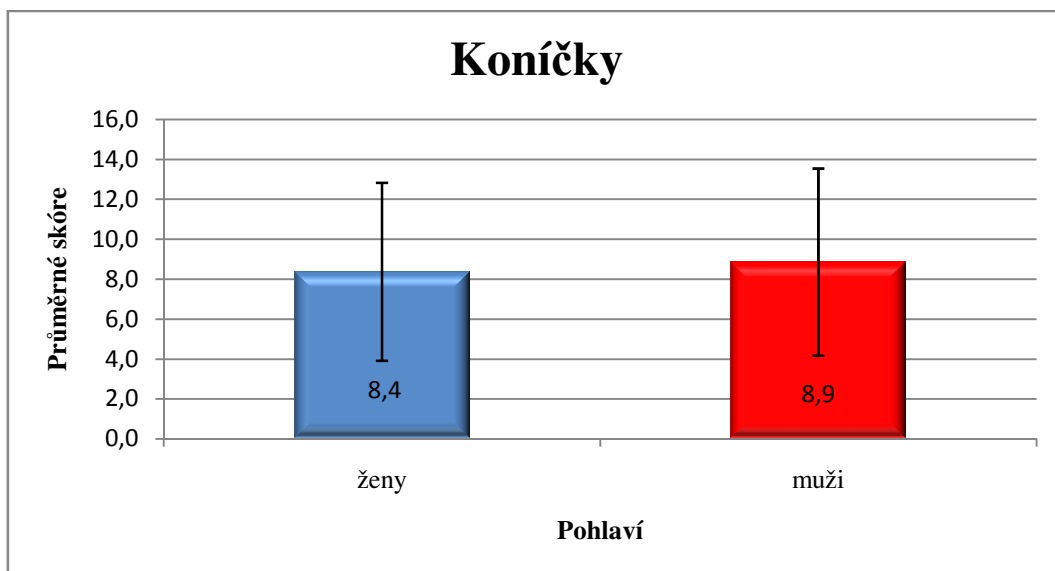
Průměrné skóre při hodnocení lásky bylo u žen 10,9 a u mužů 10,1.

Graf č. 14 Životní spokojenost s odpočinkem podle pohlaví respondentů



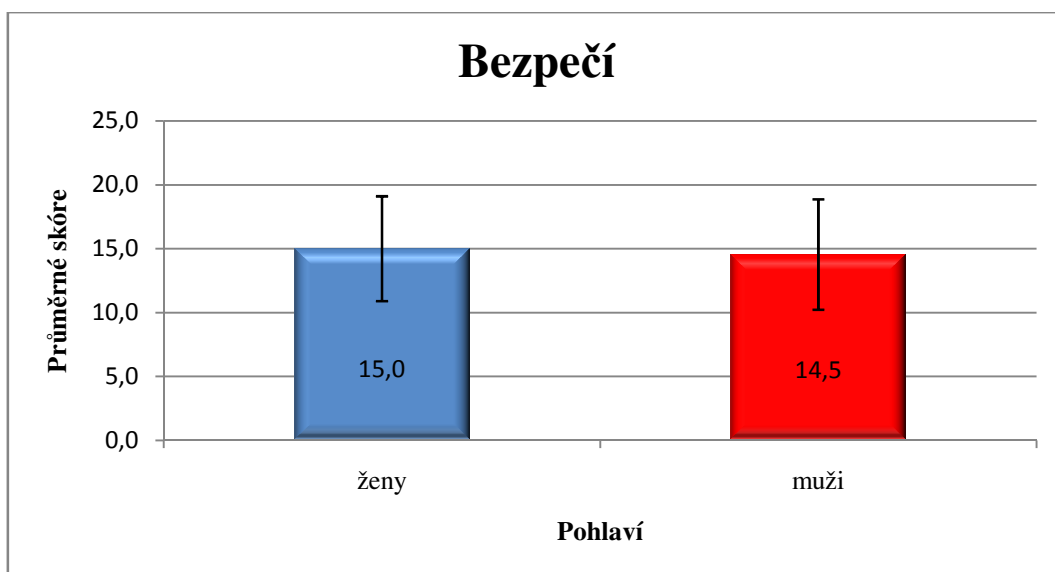
Průměrné skóre při hodnocení odpočinku bylo u žen 10,5 a u mužů 9,9.

Graf č. 15 Životní spokojenost s koníčky podle pohlaví respondentů



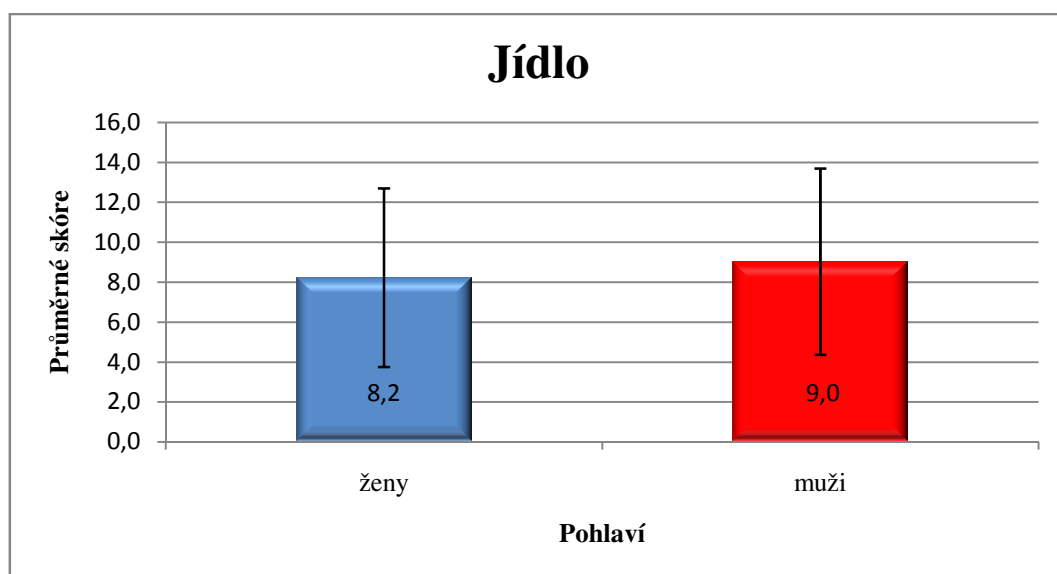
Průměrné skóre při hodnocení koníčků bylo u žen 8,4 a u mužů 8,9.

Graf č. 16 Životní spokojenost s bezpečím podle pohlaví respondentů



Průměrné skóre při hodnocení bezpečí bylo u žen 15,0 a u mužů 14,5.

Graf č. 17 Životní spokojenost s jídlem podle pohlaví respondentů

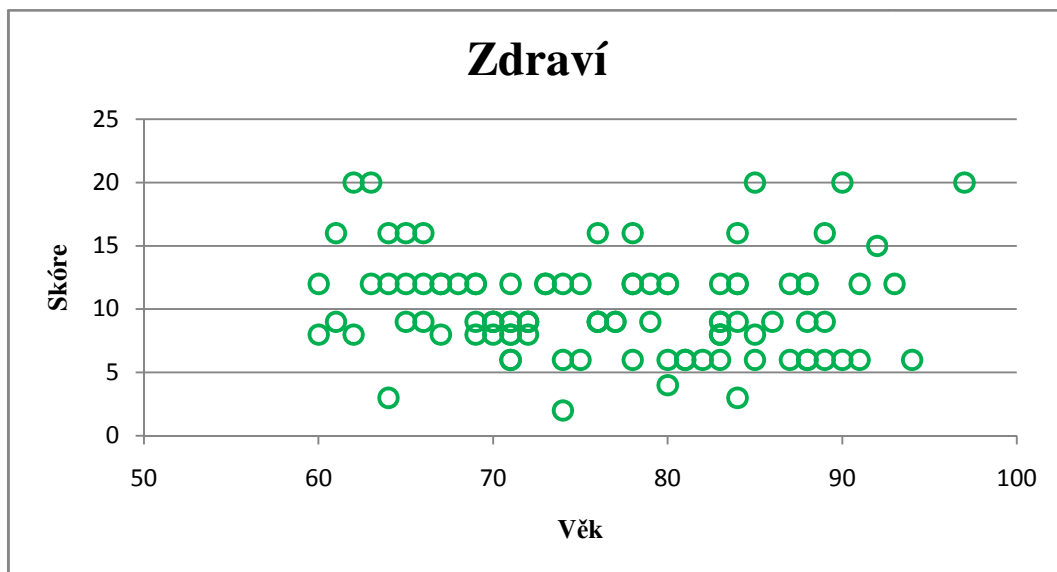


Průměrné skóre při hodnocení jídla bylo u žen 8,2 a u mužů 9,2.

7.5 Spokojenost v jednotlivých doménách podle věku

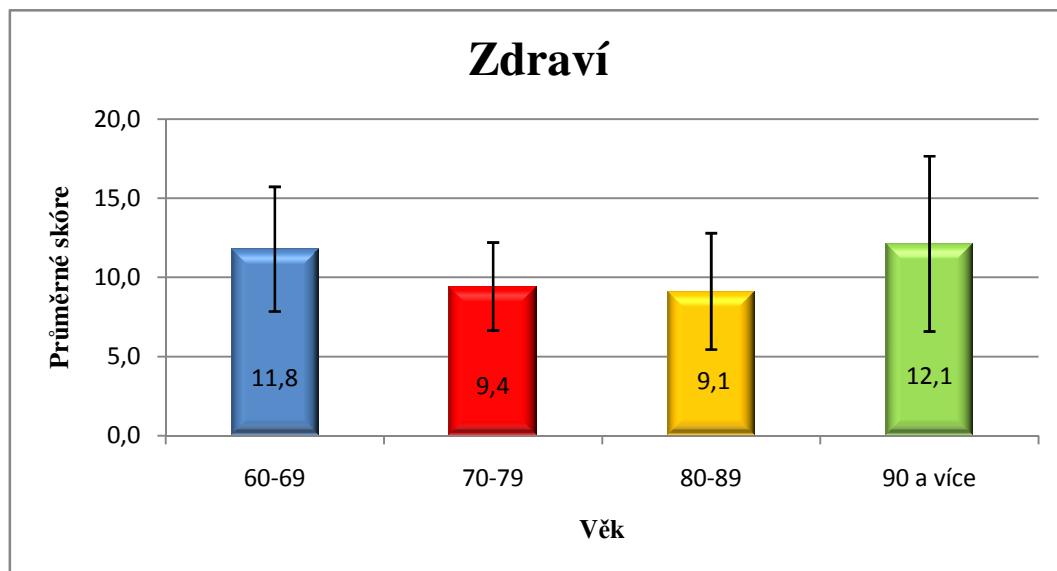
V této kapitole jsou u každé domény uvedeny vždy dva grafy. V prvním jsou zobrazeny výsledky hodnocení životní spokojenosti s danou doménou všech dotazovaných. V druhém grafu je uvedeno průměrné hodnocení životní spokojenosti s danou doménou podle věkových kategorií.

Graf č. 18 Životní spokojenost se zdravím podle věku respondentů



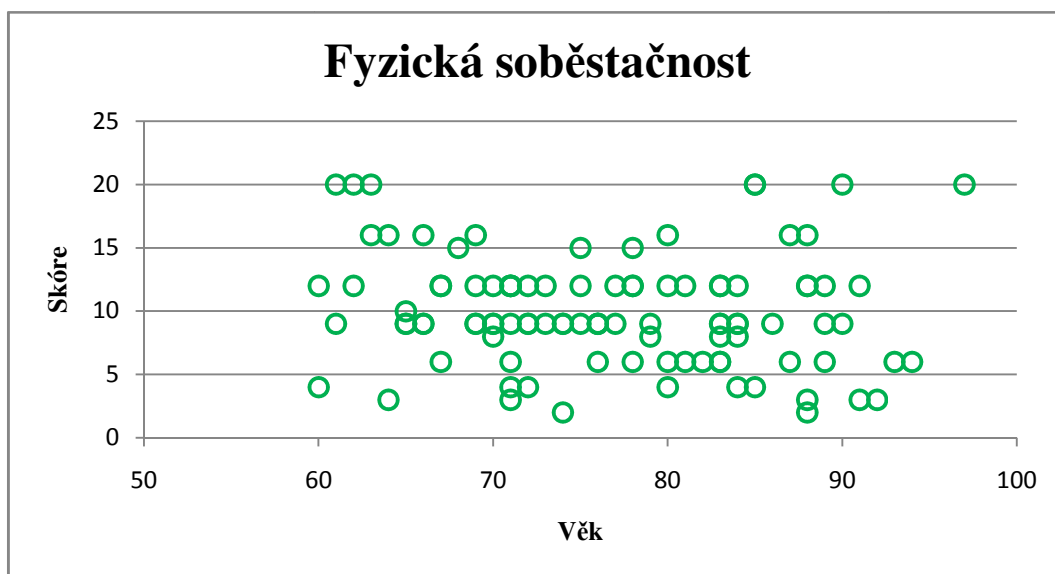
Tento graf znázorňuje dosažená skóre všech respondentů podle věku při hodnocení spokojenosti se zdravím. U většiny dotázaných (64 %) vyšlo skóre životní spokojenosti v této oblasti mezi 8 a 12.

Graf č. 19 Životní spokojenost se zdravím podle věkových kategorií



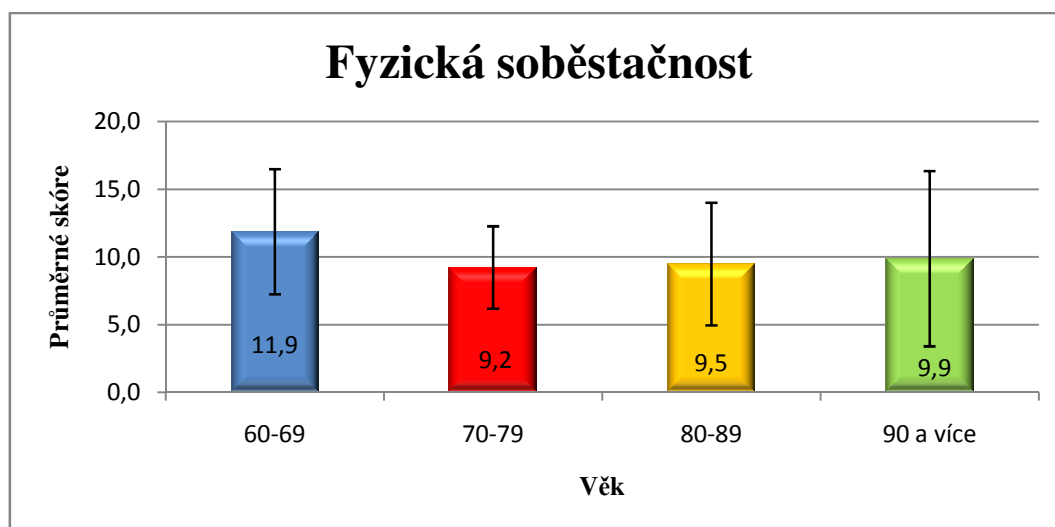
Průměrné dosažené skóre při hodnocení zdraví bylo ve věkové kategorii 60-69 let 11,8, v kategorii 70-79 let 9,4, v kategorii 80-89 let 9,1 a v kategorii 90 a více let 12,1.

Graf č. 20 Životní spokojenost s fyzickou soběstačností podle věku respondentů



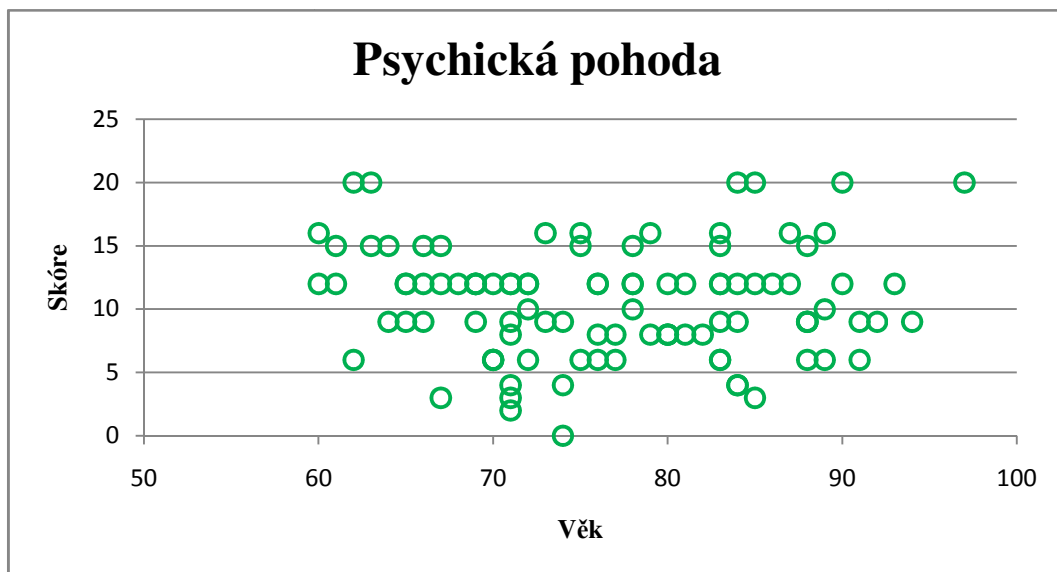
Tento graf znázorňuje dosažená skóre všech respondentů podle věku při hodnocení spokojenosti s fyzickou soběstačností. Skóre hodnocení fyzické soběstačnosti se nejčastěji pohybuje pod hodnotou 10.

Graf č. 21 Životní spokojenost s fyzickou soběstačností podle věkových kategorií



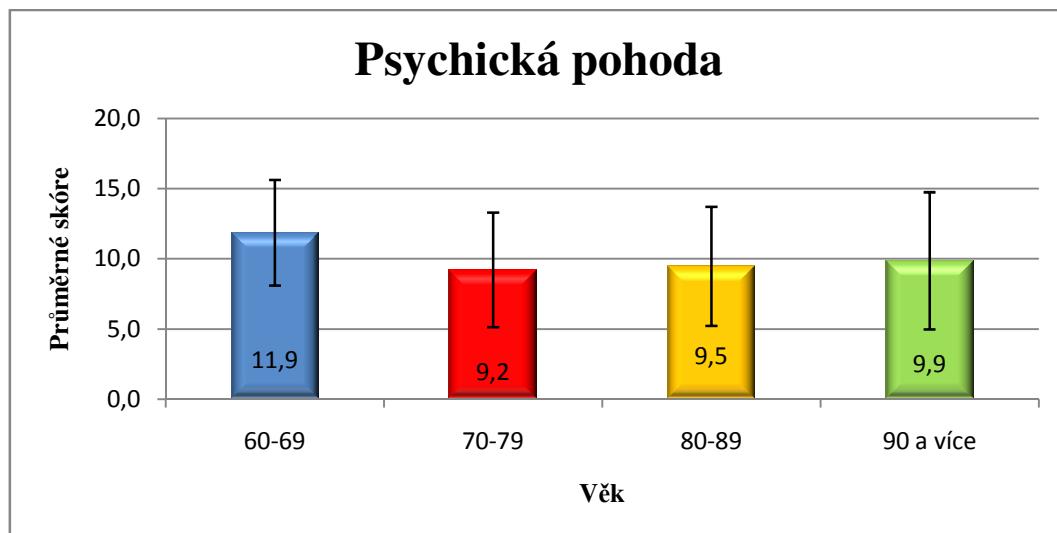
Průměrné dosažené skóre při hodnocení fyzické soběstačnosti bylo ve věkové kategorii 60-69 let 11,9, v kategorii 70-79 let 9,2, v kategorii 80-89 let 9,5 a v kategorii 90 a více let 9,9.

Graf č. 22 Životní spokojenost s psychickou pohodou podle věku respondentů



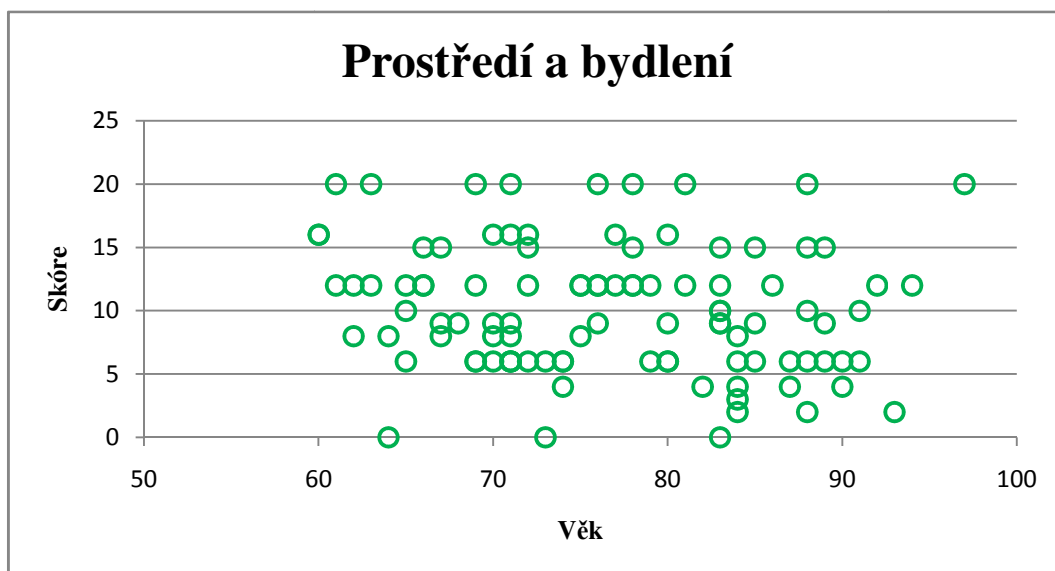
Tento graf znázorňuje dosažená skóre všech respondentů podle věku při hodnocení spokojenosti s psychickou pohodou. Nejčastější dosažené skóre v této oblasti bylo 12 (celkem u 29 dotázaných ze 100).

Graf č. 23 Životní spokojenost s psychickou pohodou podle věkových kategorií



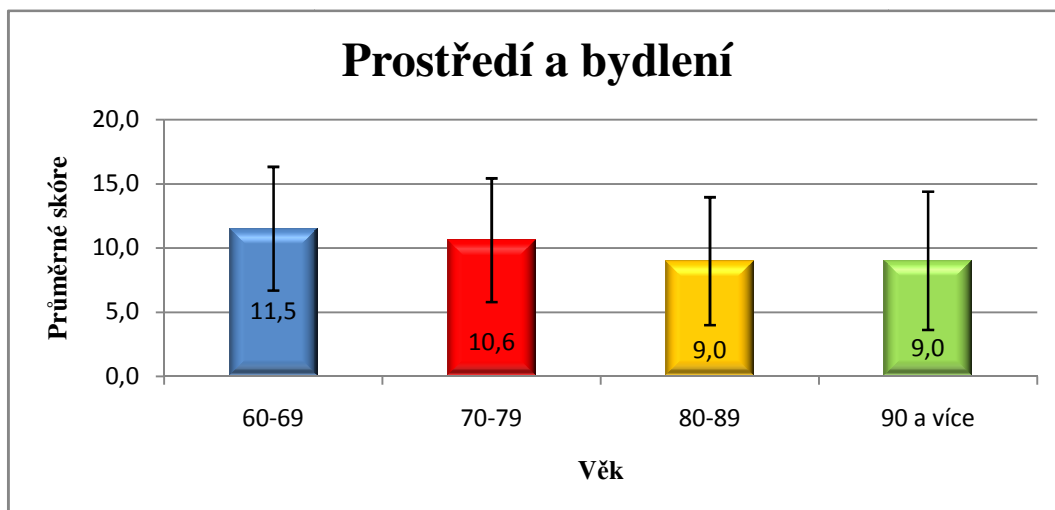
Průměrné dosažené skóre při hodnocení psychické pohody bylo ve věkové kategorii 60-69 let 11,9, v kategorii 70-79 let 9,2, v kategorii 80-89 let 9,5 a v kategorii 90 a více let 9,9.

Graf č. 24 Životní spokojenost s prostředím a bydlením podle věku respondentů



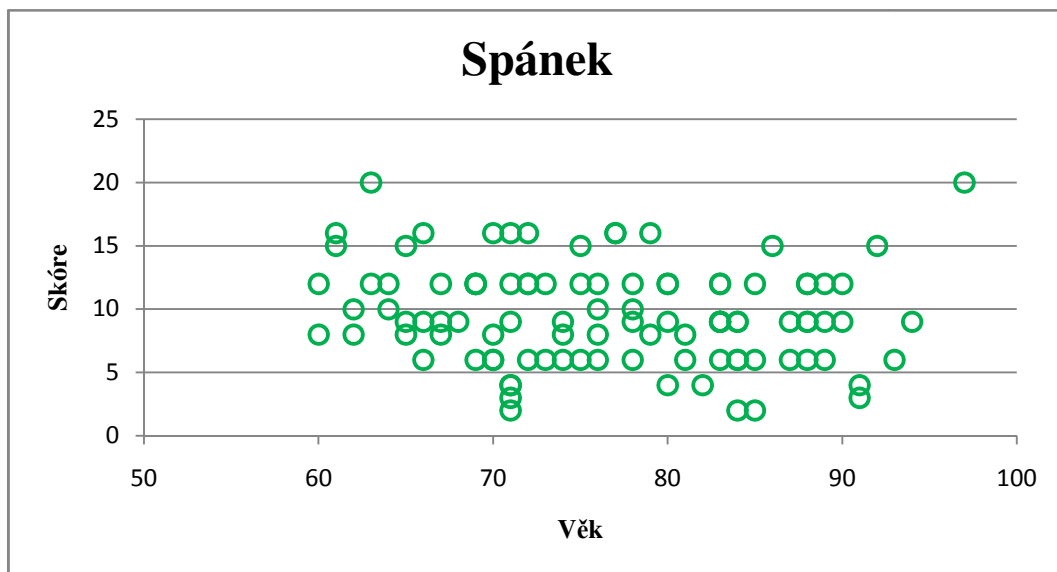
Tento graf znázorňuje dosažená skóre všech respondentů podle věku při hodnocení spokojenosti s prostředím a bydlením. U většiny dotázaných (56 %) vyšlo skóre životní spokojenosti v této oblasti mezi 8 a 12.

Graf č. 25 Životní spokojenost s prostředím a bydlením podle věkových kategorií



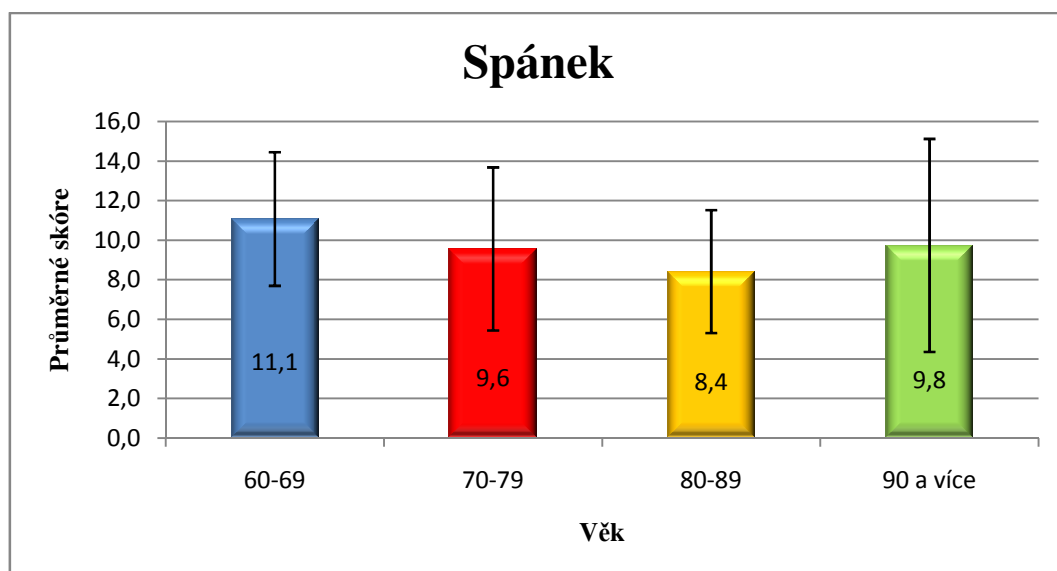
Průměrné dosažené skóre při hodnocení prostředí a bydlení bylo ve věkové kategorii 60-69 let 11,5, v kategorii 70-79 let 10,6, v kategorii 80-89 let 9,0 a v kategorii 90 a více let 9,2.

Graf č. 26 Životní spokojenost se spánkem podle věku respondentů



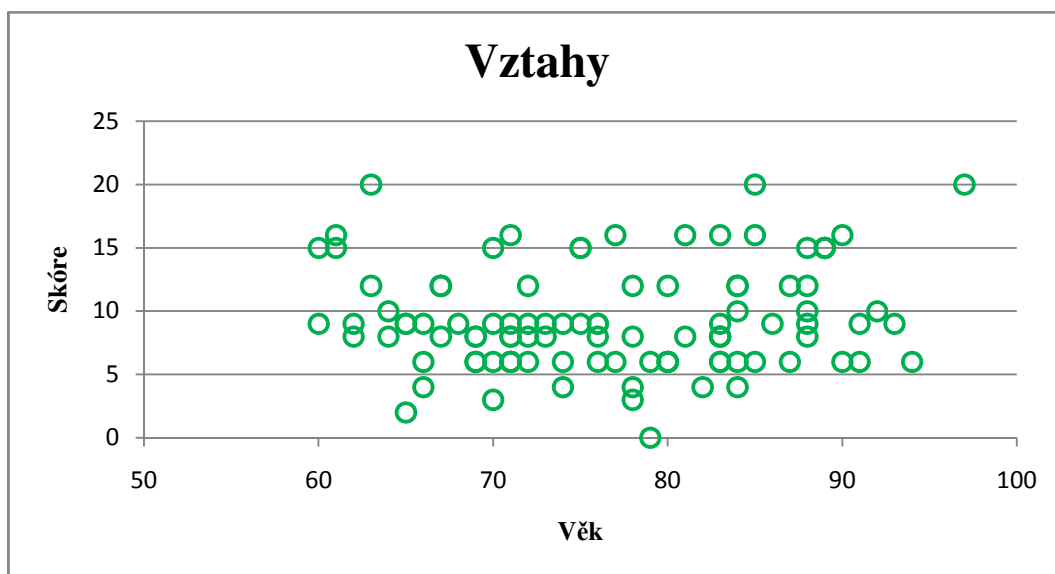
Tento graf znázorňuje dosažená skóre všech respondentů podle věku při hodnocení spokojenosti se spánkem. Nejčastější dosažené skóre v této oblasti bylo 12, a to u 23 respondentů. U 58 dotázaných vyšlo skóre 9 a nižší.

Graf č. 27 Životní spokojenost se spánkem podle věkových kategorií



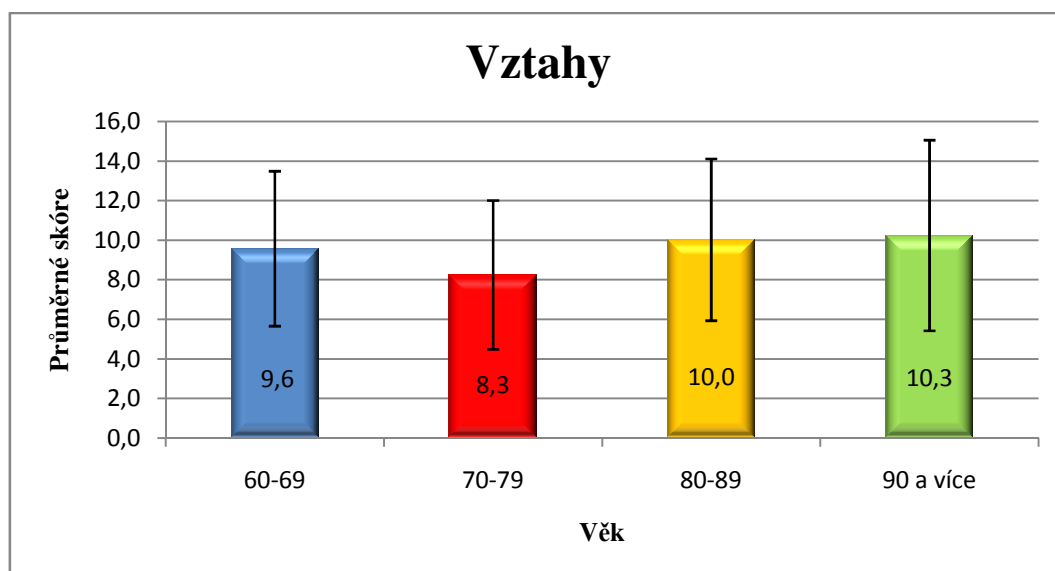
Průměrné dosažené skóre při hodnocení spánku bylo ve věkové kategorii 60-69 let 11,1, v kategorii 70-79 let 9,6, v kategorii 80-89 let 8,4 a v kategorii 90 a více let 9,8.

Graf č. 28 Životní spokojenost se vztahy podle věku respondentů



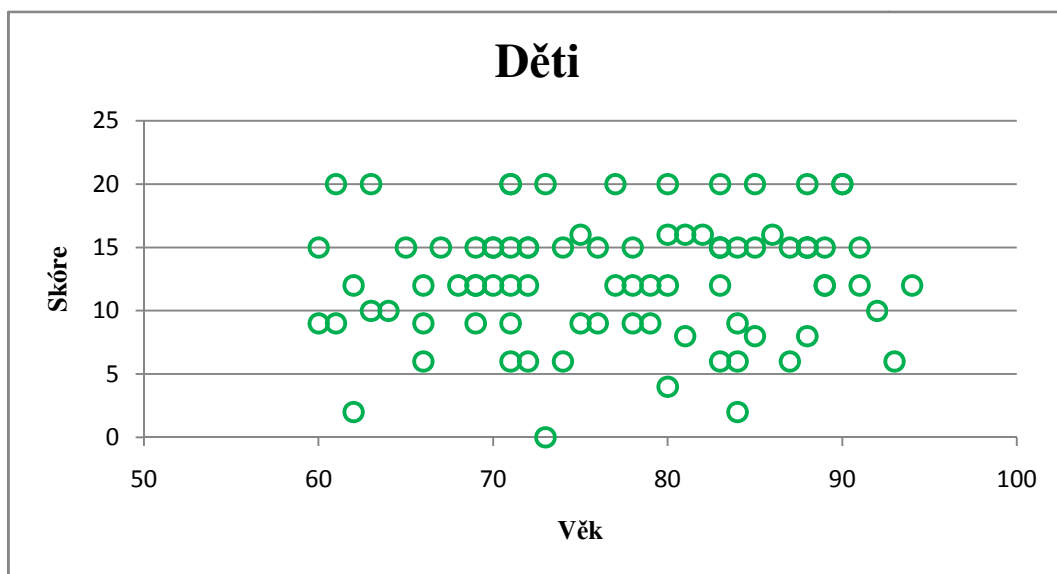
Tento graf znázorňuje dosažená skóre všech respondentů podle věku při hodnocení spokojenosti se vztahy. Nejčastěji bylo dosaženo skóre 6 (ve 23 případech). Skóre 10 a více vyšlo pouze u třetiny dotázaných.

Graf č. 29 Životní spokojenost se vztahy podle věkových kategorií



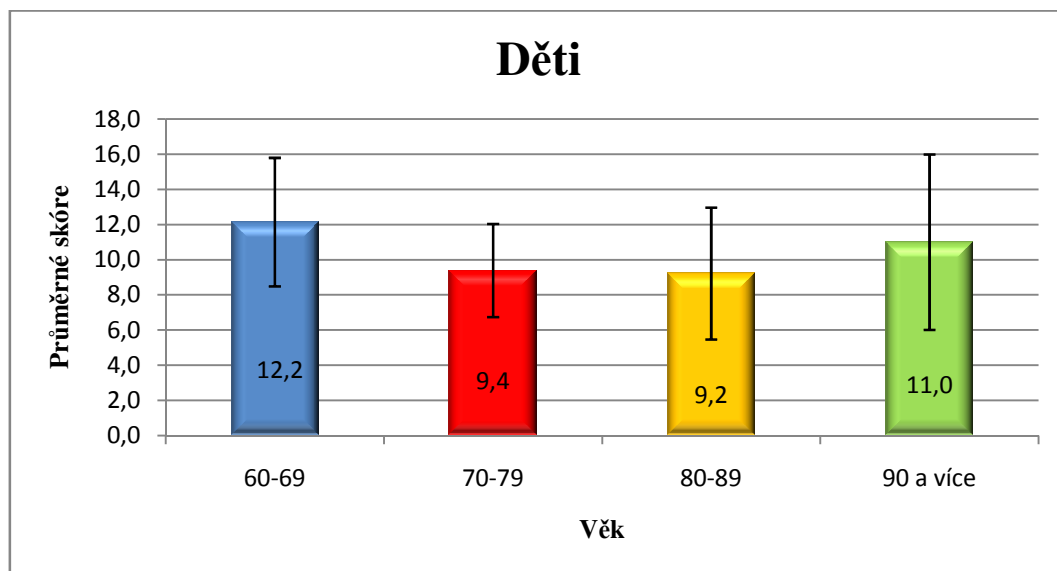
Průměrné dosažené skóre při hodnocení vztahů bylo ve věkové kategorii 60-69 let 9,6, v kategorii 70-79 let 8,3, v kategorii 80-89 let 10,0 a v kategorii 90 a více let 10,3.

Graf č. 30 Životní spokojenost s dětmi podle věku respondentů



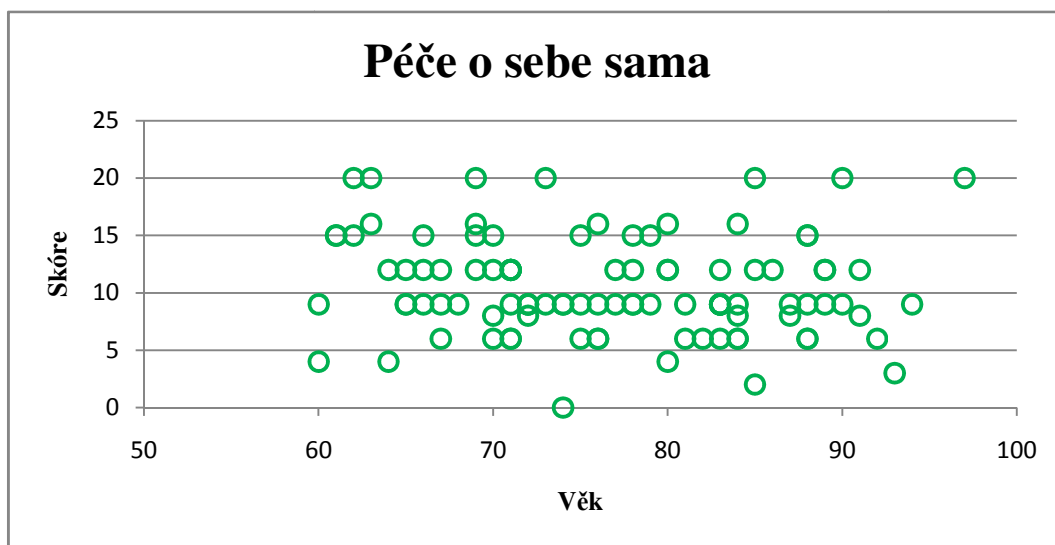
Tento graf znázorňuje dosažená skóre všech respondentů podle věku při hodnocení spokojenosti s dětmi. U 57 dotázaných vyšlo skóre v této oblasti 12 a vyšší.

Graf č. 31 Životní spokojenost s dětmi podle věkových kategorií



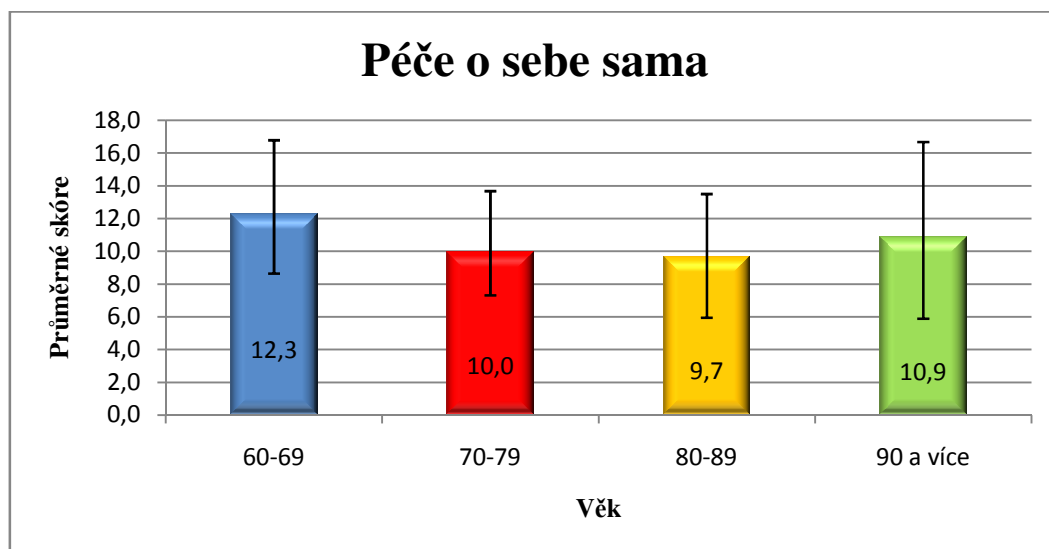
Průměrné dosažené skóre při hodnocení oblasti děti bylo ve věkové kategorii 60-69 let 12,2, v kategorii 70-79 let 9,4, v kategorii 80-89 let 9,2 a v kategorii 90 a více let 11,0.

Graf č. 32 Životní spokojenost s péčí o sebe podle věku respondentů



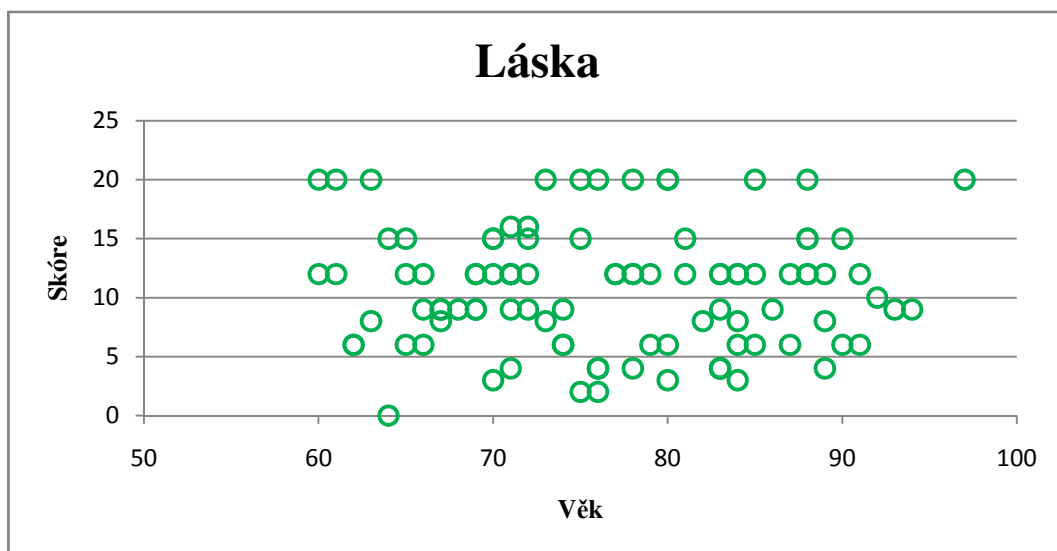
Tento graf znázorňuje dosažená skóre všech respondentů podle věku při hodnocení spokojenosti s péčí o sebe sama. Nejčastější skóre v této oblasti bylo 9, které bylo dosaženo u 31 dotázaných.

Graf č. 33 Životní spokojenost s péčí o sebe podle věkových kategorií



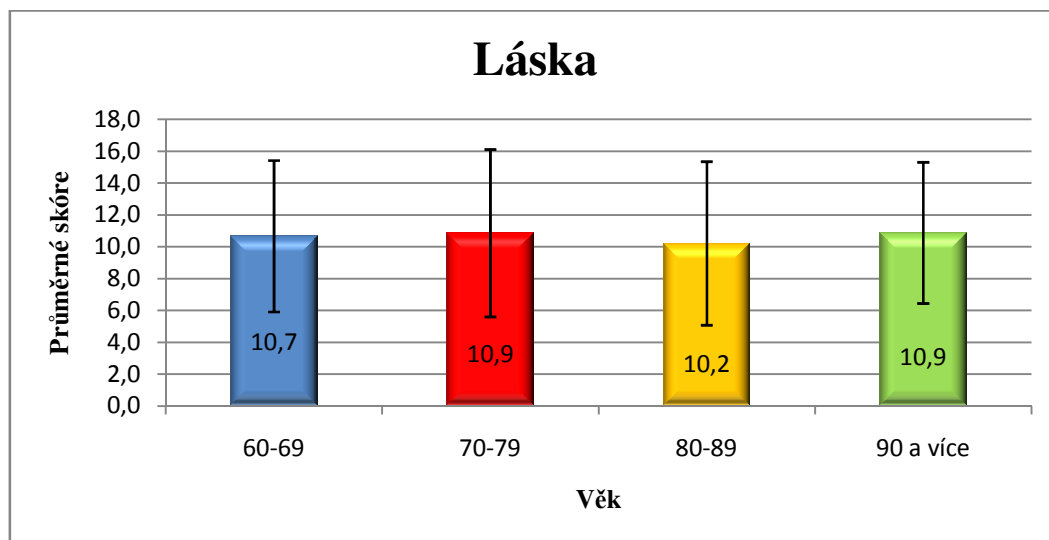
Průměrné dosažené skóre při hodnocení péče o sebe sama bylo ve věkové kategorii 60-69 let 12,3, v kategorii 70-79 let 10,0, v kategorii 80-89 let 9,7 a v kategorii 90 a více let 10,9.

Graf č. 34 Životní spokojenost láskou podle věku respondentů



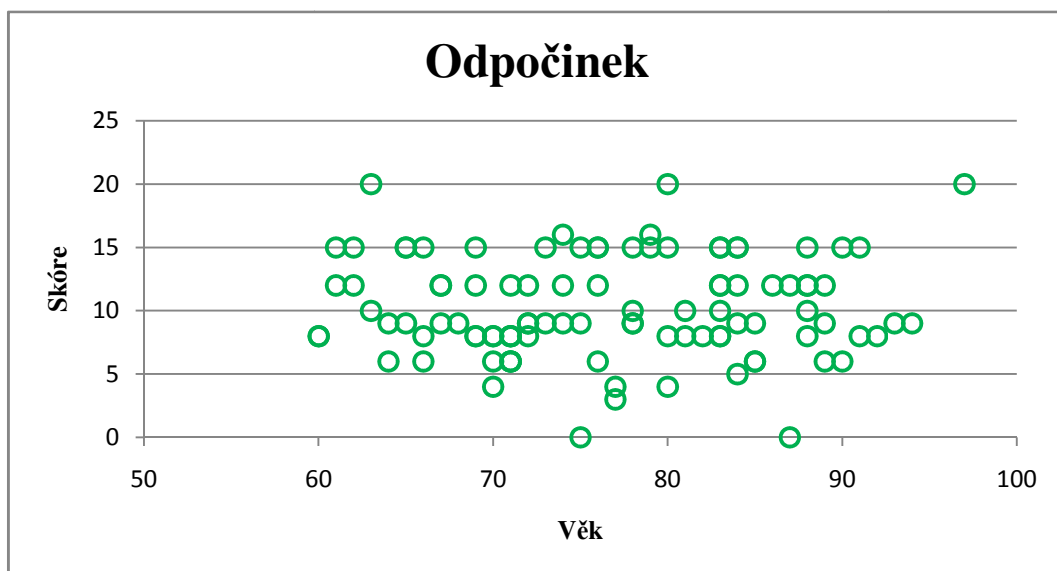
Tento graf znázorňuje dosažená skóre všech respondentů podle věku při hodnocení spokojenosti s láskou. Nejčastější skóre v této oblasti bylo 12, které bylo dosaženo u 28 dotázaných.

Graf č. 35 Životní spokojenost s láskou podle věkových kategorií



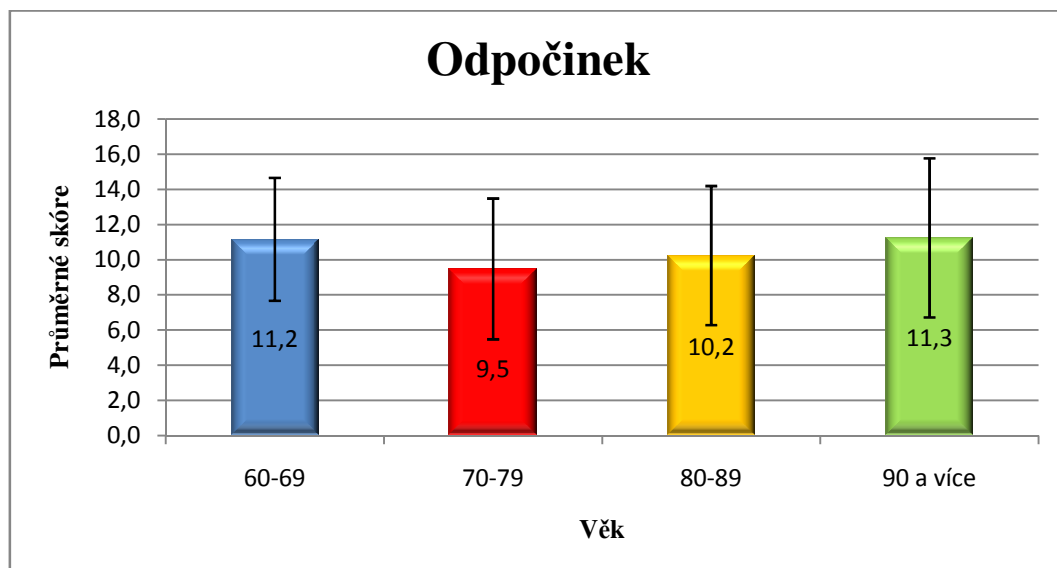
Průměrné dosažené skóre při hodnocení oblasti láska bylo ve věkové kategorii 60-69 let 10,7, v kategorii 70-79 let 10,9, v kategorii 80-89 let 10,2 a v kategorii 90 a více let 10,9.

Graf č. 36 Životní spokojenost s odpočinkem podle věku respondentů



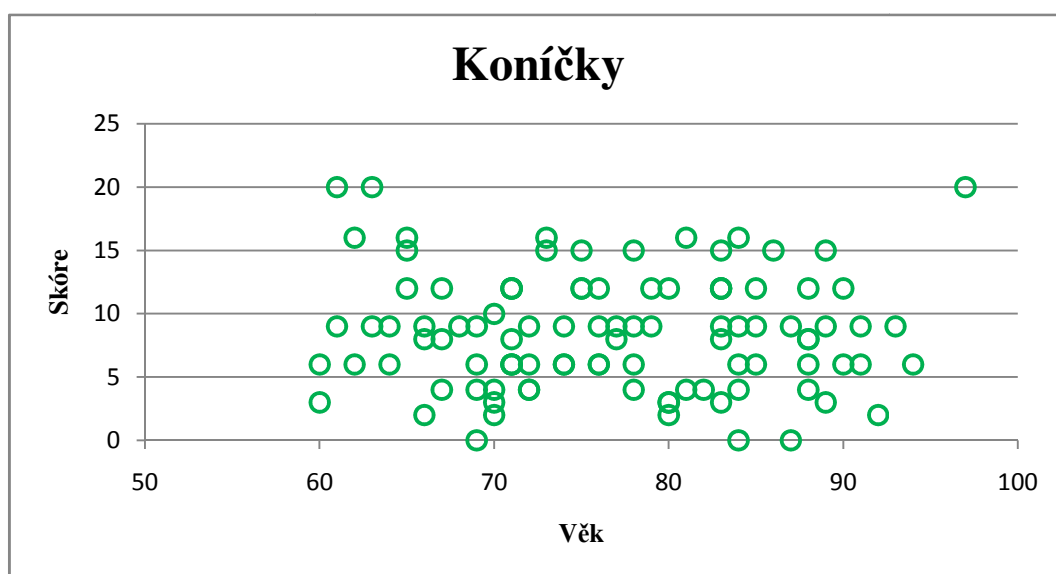
Tento graf znázorňuje dosažená skóre všech respondentů podle věku při hodnocení spokojenosti s odpočinkem. Téměř tři čtvrtiny z toho připadají na hodnoty 8, 9, 12 a 15.

Graf č. 37 Životní spokojenost s odpočinkem podle věkových kategorií



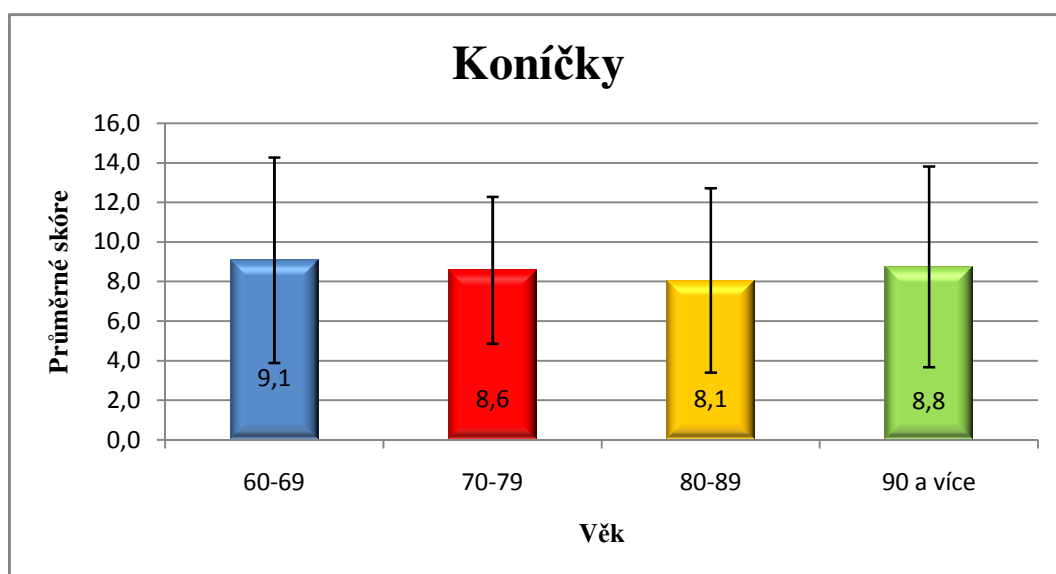
Průměrné dosažené skóre při hodnocení odpočinku bylo ve věkové kategorii 60-69 let 11,2, v kategorii 70-79 let 9,5, v kategorii 80-89 let 10,2 a v kategorii 90 a více let 11,3.

Graf č. 38 Životní spokojenost koníčky podle věku respondentů



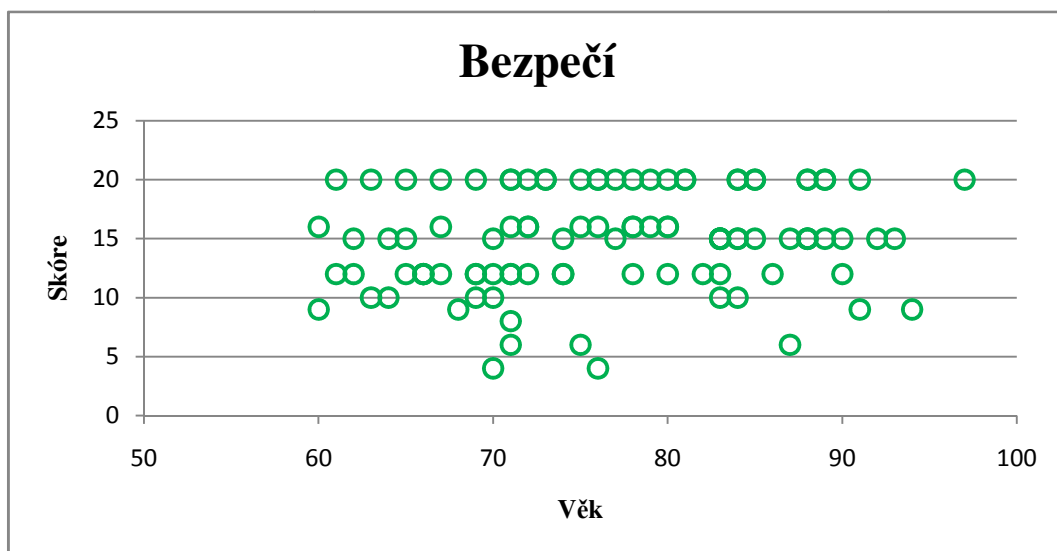
Tento graf znázorňuje dosažená skóre všech respondentů podle věku při hodnocení spokojenosti s koníčky. Většina z nich (68 %) spadá do oblasti hodnot 0-9.

Graf č. 39 Životní spokojenost koníčky podle věkových kategorií



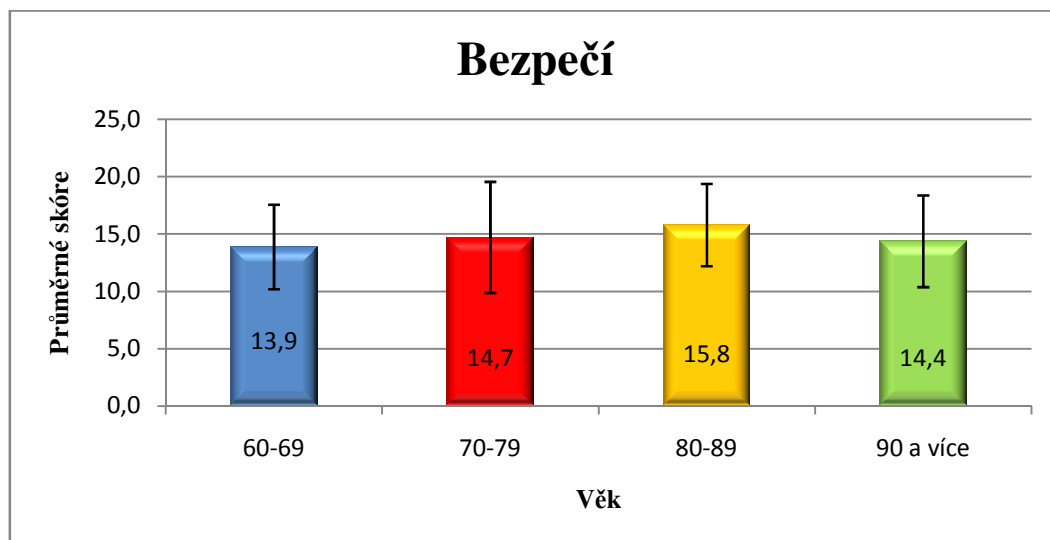
Průměrné dosažené skóre při hodnocení koníčků bylo ve věkové kategorii 60-69 let 9,1, v kategorii 70-79 let 8,6, v kategorii 80-89 let 8,1 a v kategorii 90 a více let 8,8

Graf č. 40 Životní spokojenost s bezpečím podle věku respondentů



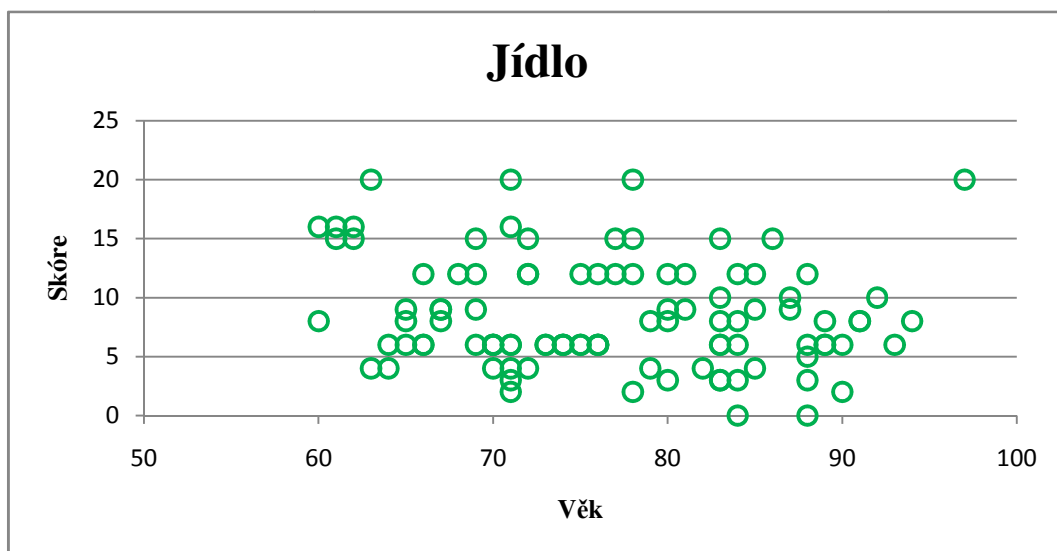
Tento graf znázorňuje dosažená skóre všech respondentů podle věku při hodnocení spokojenosti s bezpečím. Zcela jednoznačně zde převažují hodnoty mezi 15 a 20. Pouze u 10 respondentů vyšlo skóre nižší než 10.

Graf č. 41 Životní spokojenost s bezpečím podle věkových kategorií



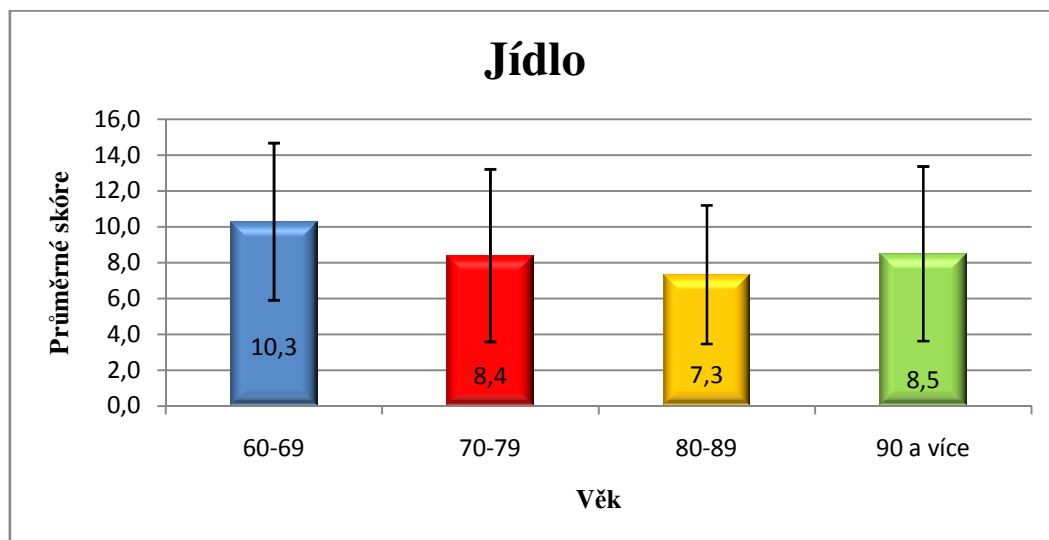
Průměrné dosažené skóre při hodnocení bezpečí bylo ve věkové kategorii 60-69 let 13,9, v kategorii 70-79 let 14,7, v kategorii 80-89 let 15,8 a v kategorii 90 a více let 14,4.

Graf č. 42 Životní spokojenost jídlom podle věku respondentů



Tento graf znázorňuje dosažená skóre všech respondentů podle věku při hodnocení spokojenosti s jídlom. Dosažená skóre se nejčastěji pohybují mezi hodnotami 0 až 9 (67 případů).

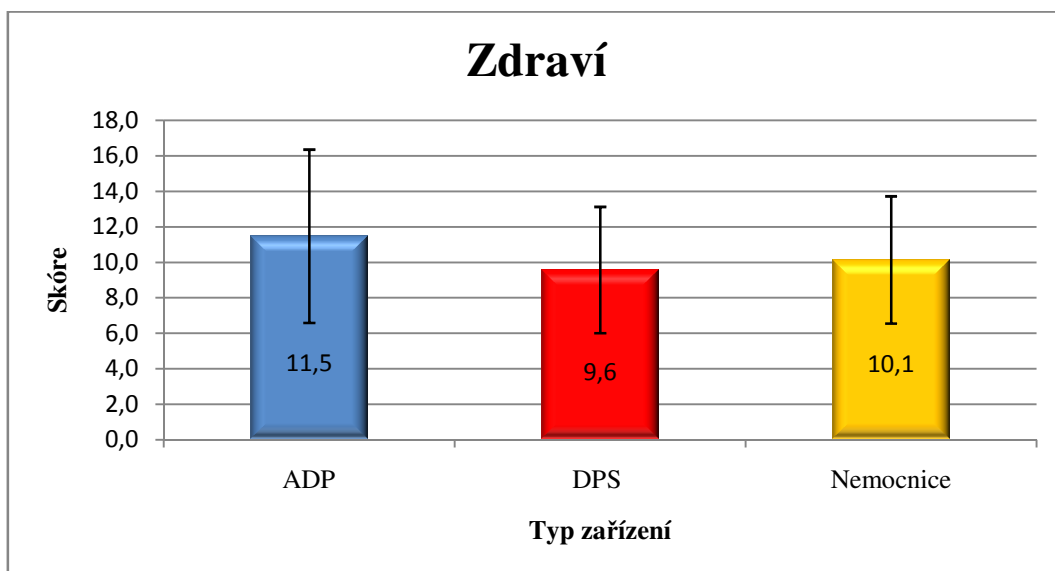
Graf č. 43 Životní spokojenost s jídlom podle věkových kategorií



Průměrné dosažené skóre při hodnocení oblasti jídlom bylo ve věkové kategorii 60-69 let 10,3, v kategorii 70-79 let 8,4, v kategorii 80-89 let 7,3 a v kategorii 90 a více let 8,5.

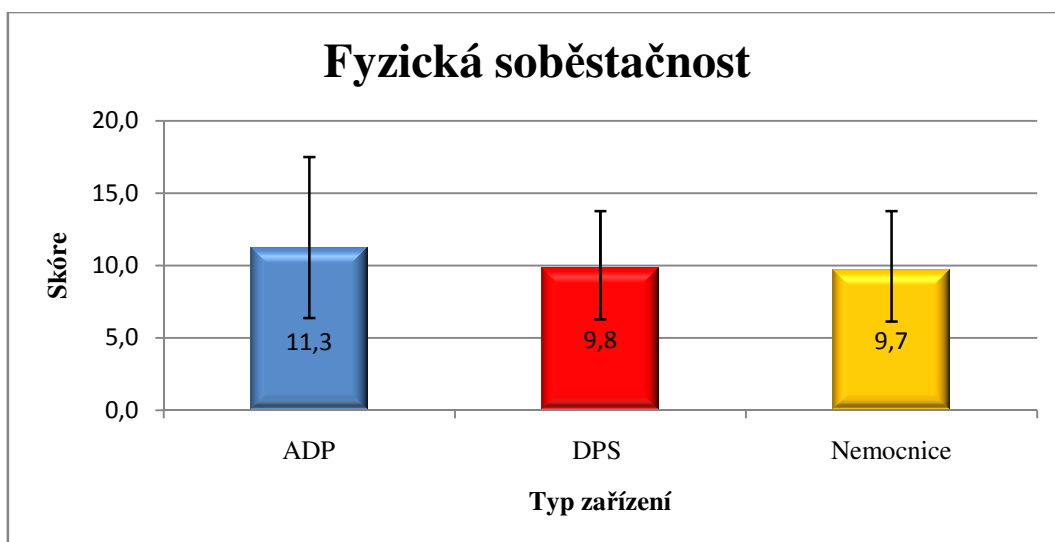
7.6 Spokojenost v jednotlivých doménách podle typu zařízení

Graf č. 44 Životní spokojenost se zdravím podle typu zařízení



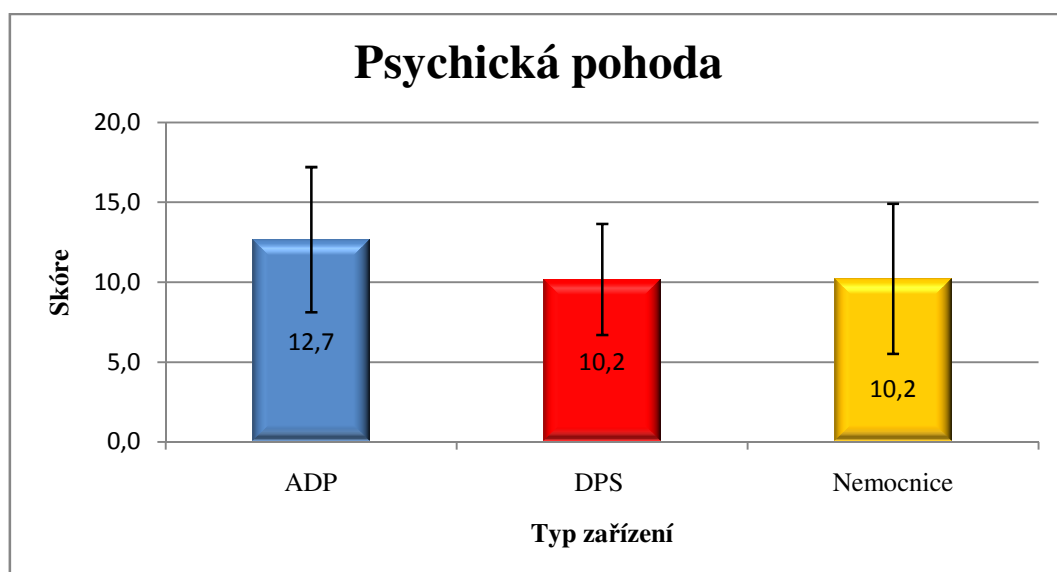
Průměrné skóre při hodnocení zdraví bylo u klientů ADP 11,5, u klientů v domovech pro seniory 9,6 a u klientů ve zdravotnických zařízeních 10,1.

Graf č. 45 Životní spokojenost s fyzickou soběstačností podle typu zařízení



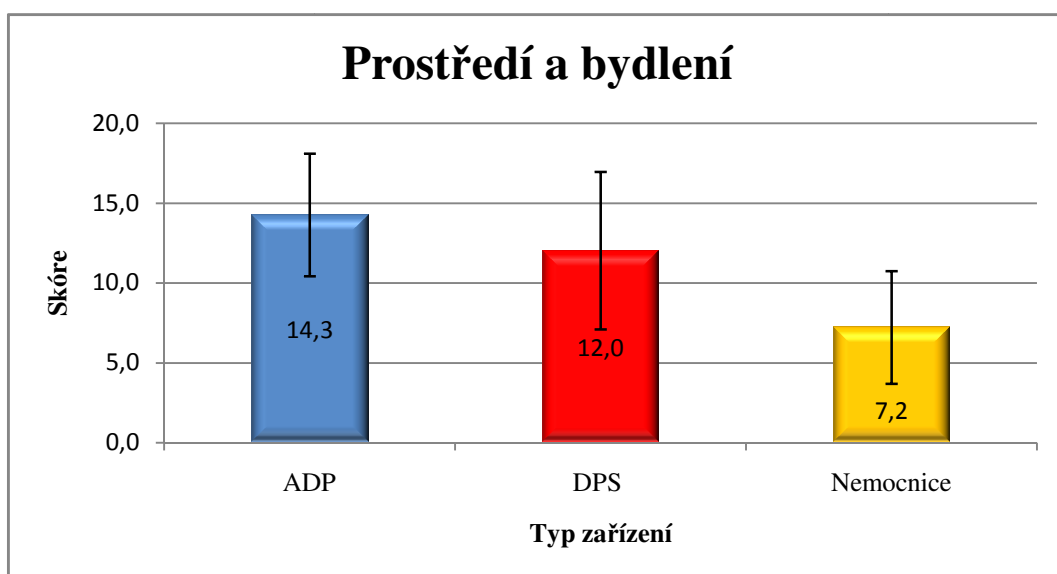
Průměrné skóre při hodnocení fyzické soběstačnosti bylo u klientů ADP 11,3, u klientů v domovech pro seniory 9,8 a u klientů ve zdravotnických zařízeních 9,7.

Graf č. 46 Životní spokojenost s psychickou pohodou podle typu zařízení



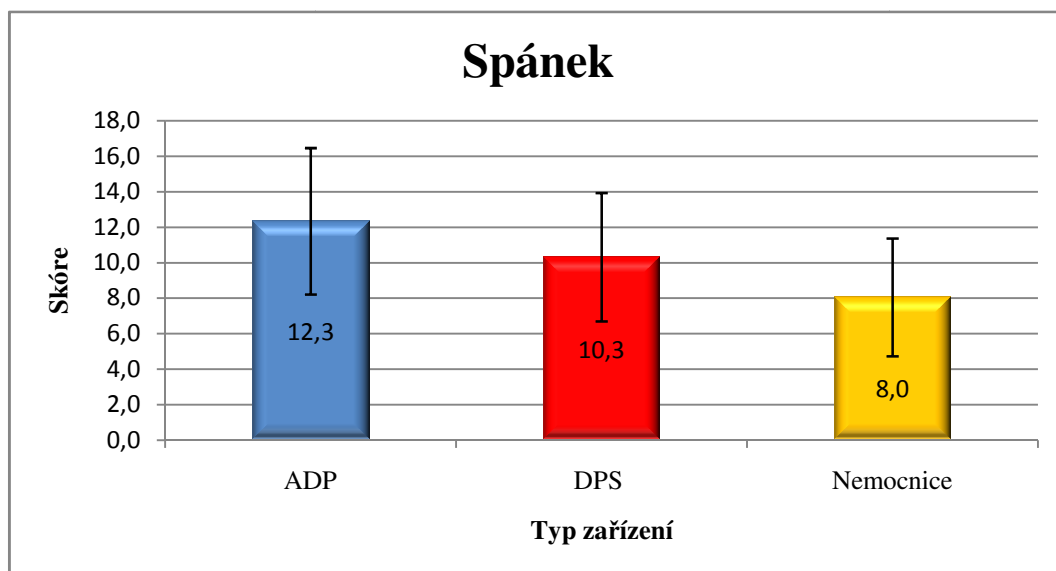
Průměrné skóre při hodnocení zdraví bylo u klientů ADP 12,7, u klientů v domovech pro seniory 10,2 a u klientů ve zdravotnických zařízeních 10,2.

Graf č. 47 Životní spokojenost s prostředím a bydlením podle typu zařízení



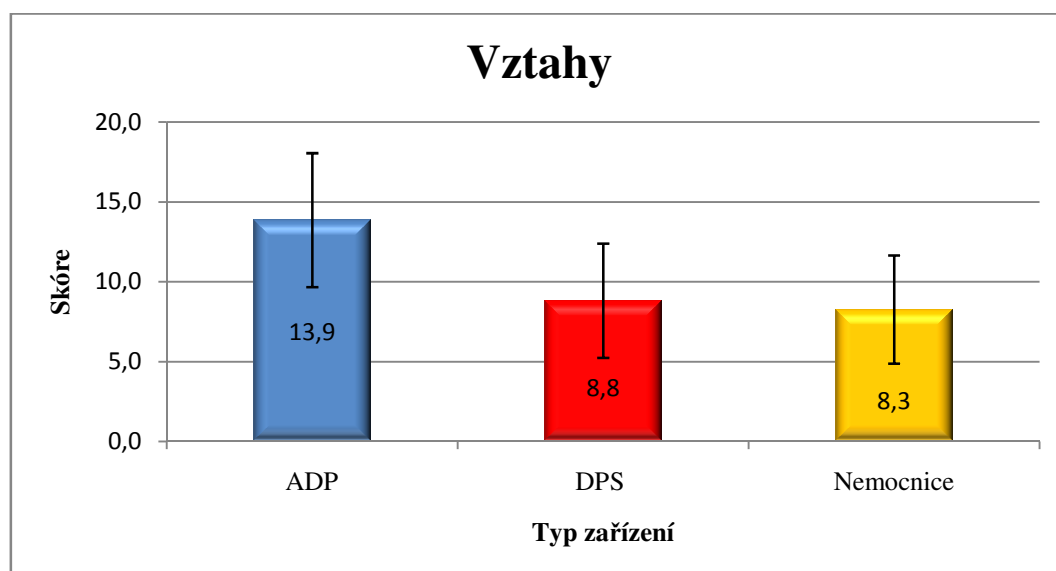
Průměrné skóre při hodnocení oblasti prostředí a bydlení bylo u klientů ADP 14,3, u klientů v domovech pro seniory 12,0 a u klientů ve zdravotnických zařízeních 7,2.

Graf č. 48 Životní spokojenost se spánkem podle typu zařízení



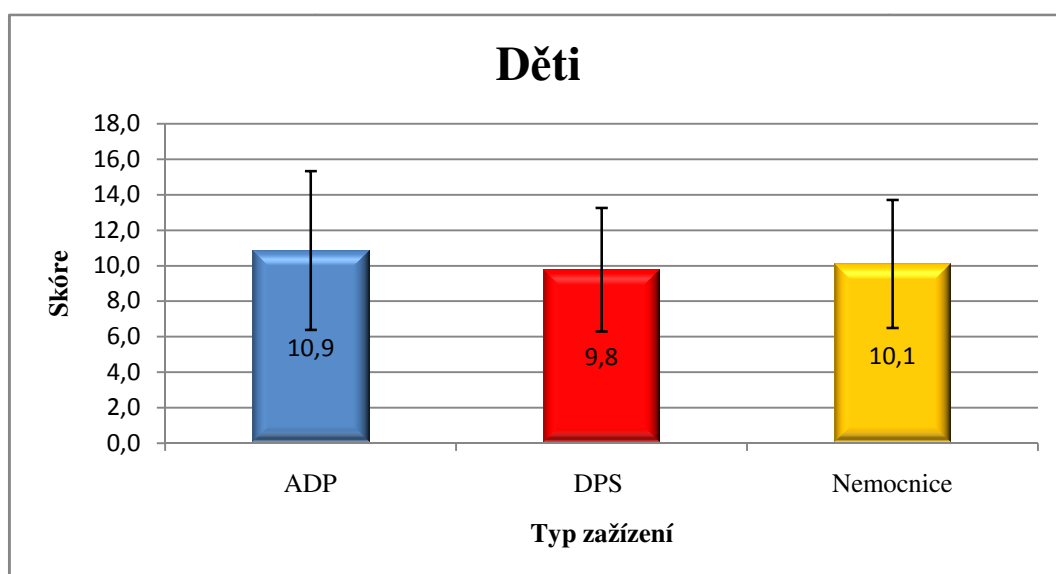
Průměrné skóre při hodnocení oblasti spánku bylo u klientů ADP 12,3, u klientů v domovech pro seniory 10,3 a u klientů ve zdravotnických zařízeních 8,0.

Graf č. 49 Životní spokojenost se vztahy podle typu zařízení



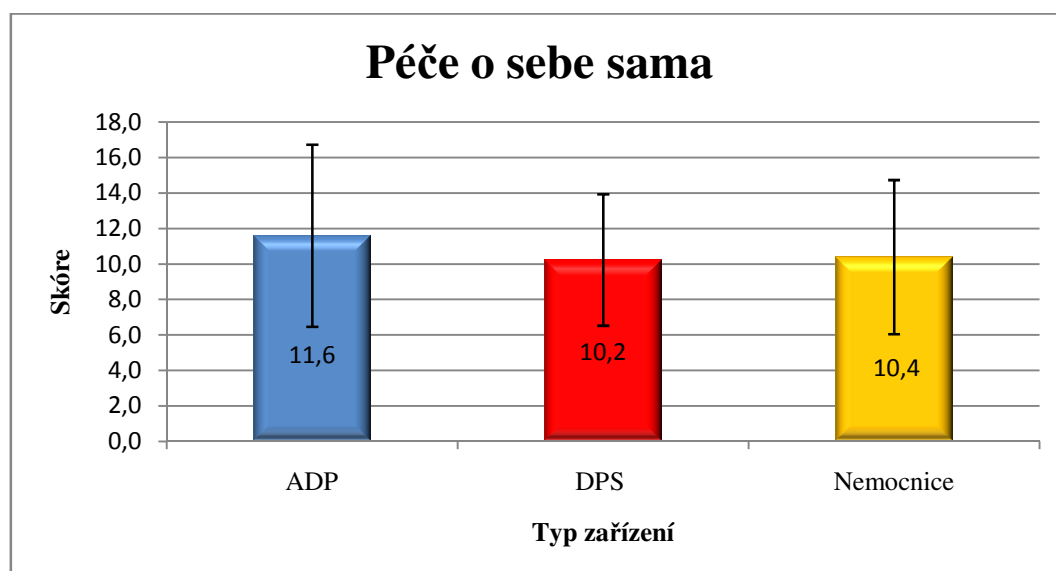
Průměrné skóre při hodnocení vztahů bylo u klientů ADP 13,9, u klientů v domovech pro seniory 8,8 a u klientů ve zdravotnických zařízeních 8,3.

Graf č. 50 Životní spokojenost dětmi podle typu zařízení



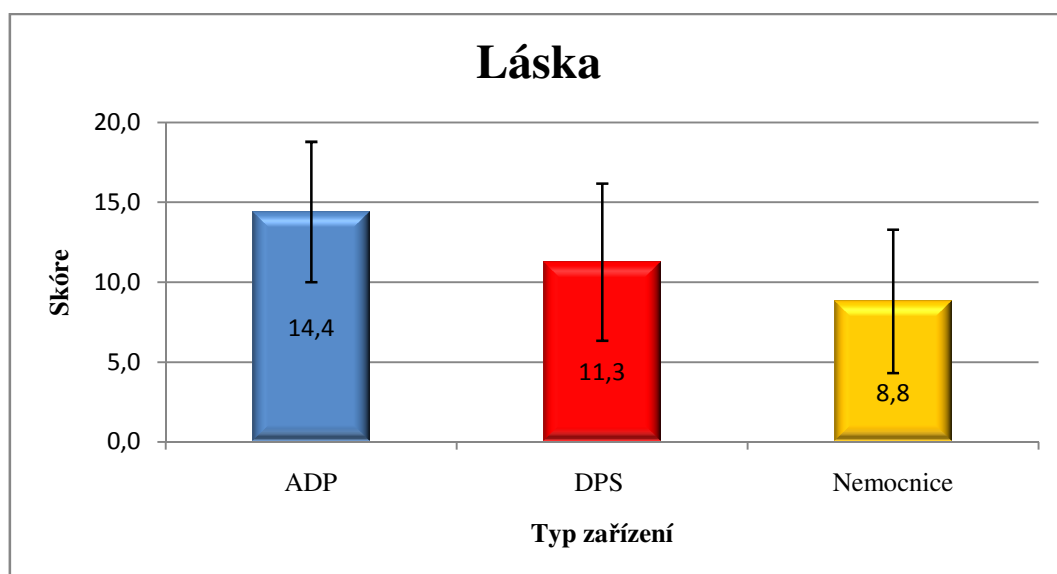
Průměrné skóre při hodnocení oblasti děti bylo u klientů ADP 10,9, u klientů v domovech pro seniory 9,8 a u klientů ve zdravotnických zařízeních 10,1.

Graf č. 51 Životní spokojenost s péčí o sebe podle typu zařízení



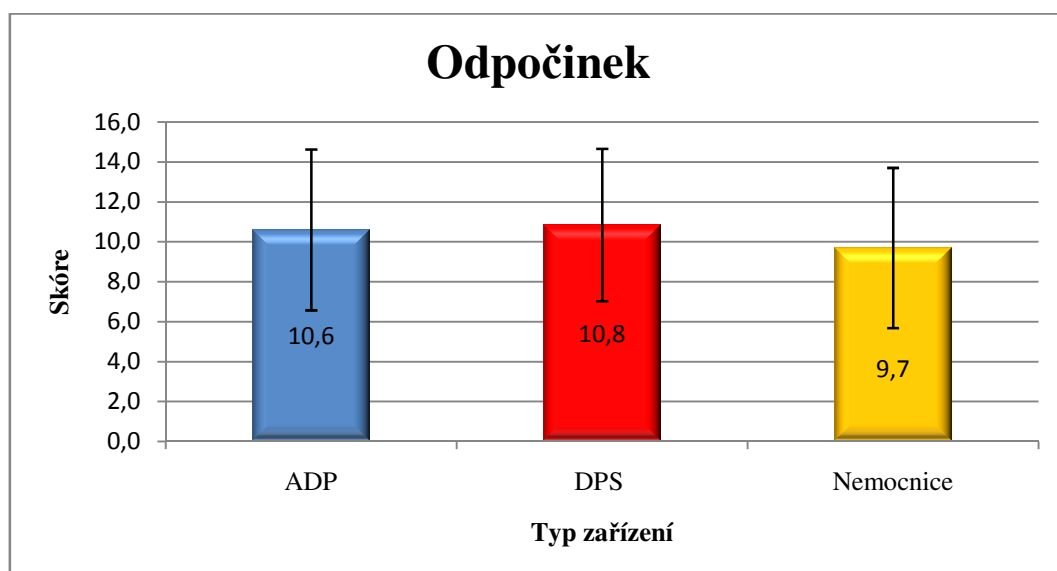
Průměrné skóre při hodnocení péče o sebe sama bylo u klientů ADP 11,6, u klientů v domovech pro seniory 10,2 a u klientů ve zdravotnických zařízeních 10,4.

Graf č. 52 Životní spokojenost s láskou podle typu zařízení



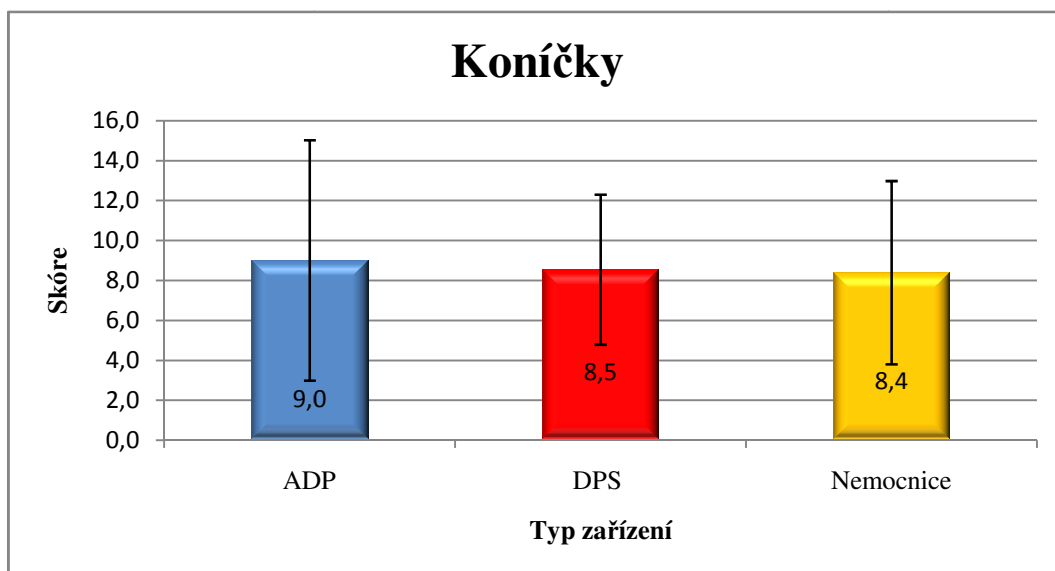
Průměrné skóre při hodnocení oblasti láska bylo u klientů ADP 14,4, u klientů v domovech pro seniory 11,3 a u klientů ve zdravotnických zařízeních 8,8.

Graf č. 53 Životní spokojenost s odpočinkem podle typu zařízení



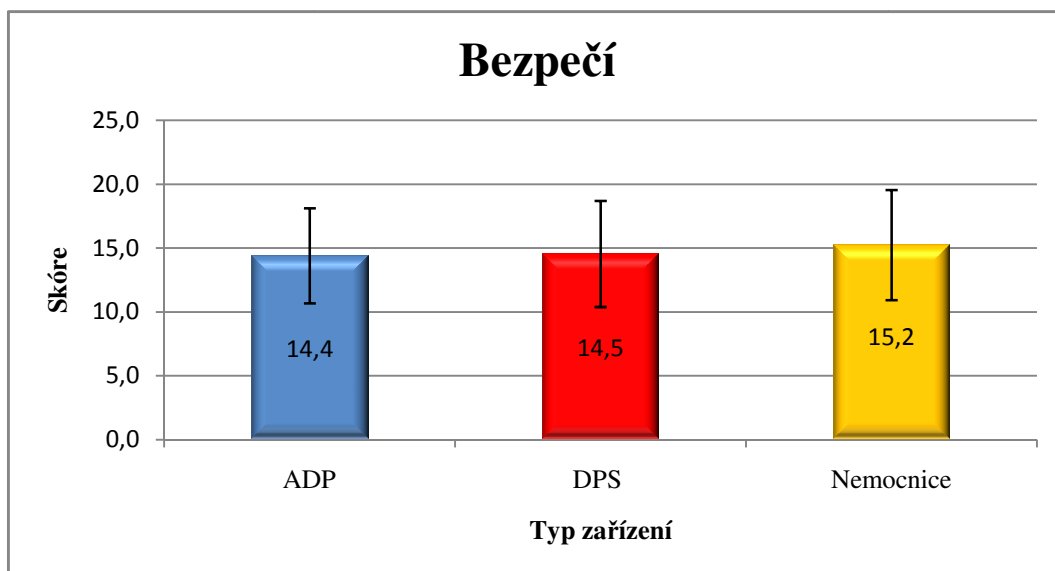
Průměrné skóre při hodnocení oblasti odpočinek bylo u klientů ADP 10,6, u klientů v domovech pro seniory 10,8 a u klientů ve zdravotnických zařízeních 9,7.

Graf č. 54 Životní spokojenost s koníčky podle typu zařízení



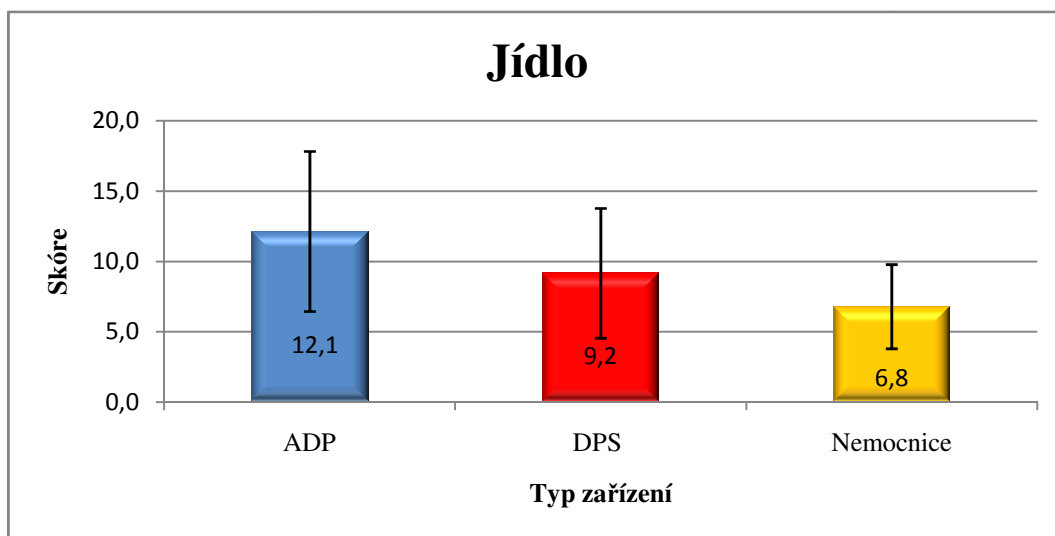
Průměrné skóre při hodnocení koníčků bylo u klientů ADP 9,0, u klientů v domovech pro seniory 8,5 a u klientů ve zdravotnických zařízeních 8,4.

Graf č. 55 Životní spokojenost s bezpečím podle typu zařízení



Průměrné skóre při hodnocení oblasti bezpečí bylo u klientů ADP 14,4, u klientů v domovech pro seniory 14,5 a u klientů ve zdravotnických zařízeních 15,2.

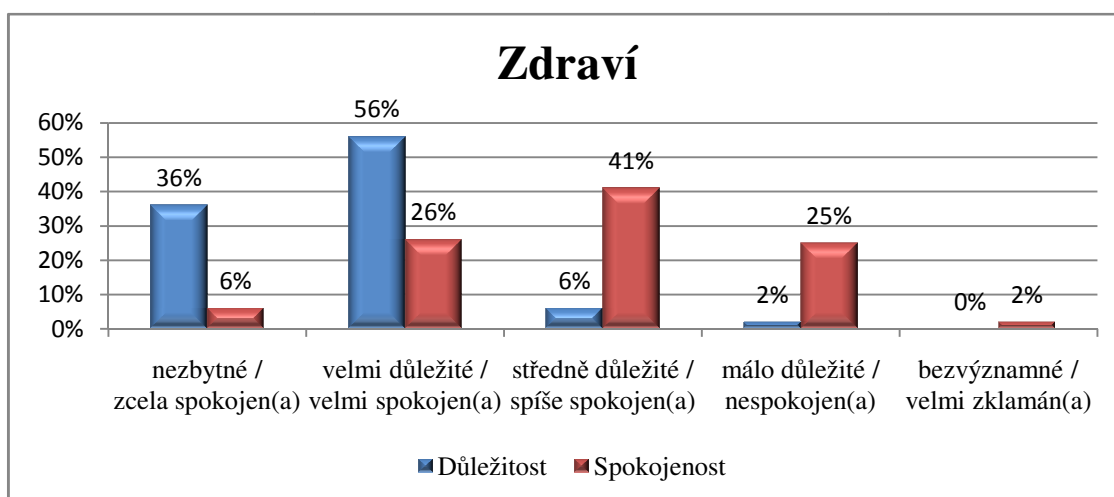
Graf č. 56 Životní spokojenost s jídlem podle typu zařízení



Průměrné skóre při hodnocení oblasti jídlo bylo u klientů ADP 12,1, u klientů v domovech pro seniory 9,2 a u klientů ve zdravotnických zařízeních 6,8.

7.7 Hodnocení důležitosti a hodnocení spokojenosti

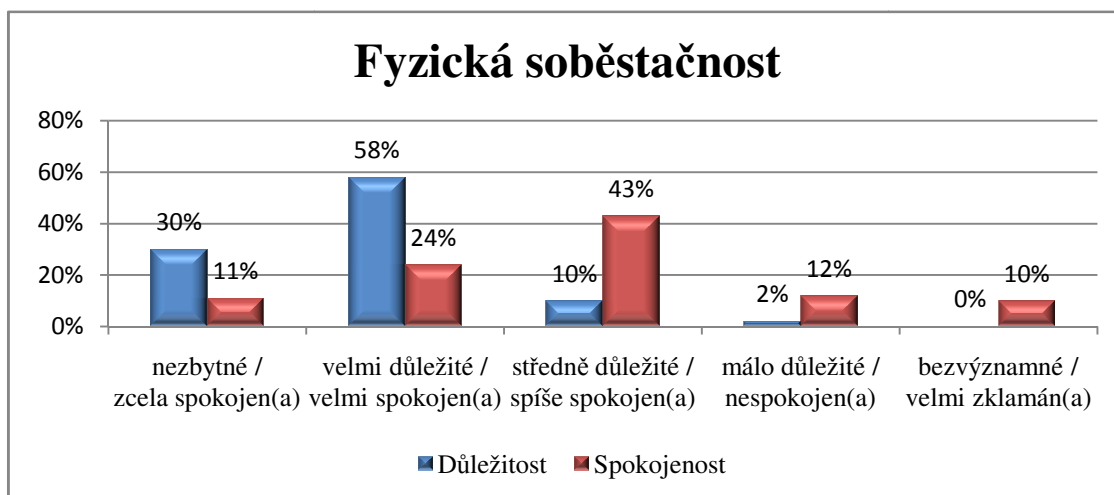
Graf č. 57 Srovnání důležitosti a spokojenosti v oblasti zdraví



Podle výzkumného šetření je zdraví nezbytné pro 36 %, velmi důležité pro 56 %, středně důležité pro 41 %, málo důležité pro 25 % a bezvýznamné pro 2 % dotázaných.

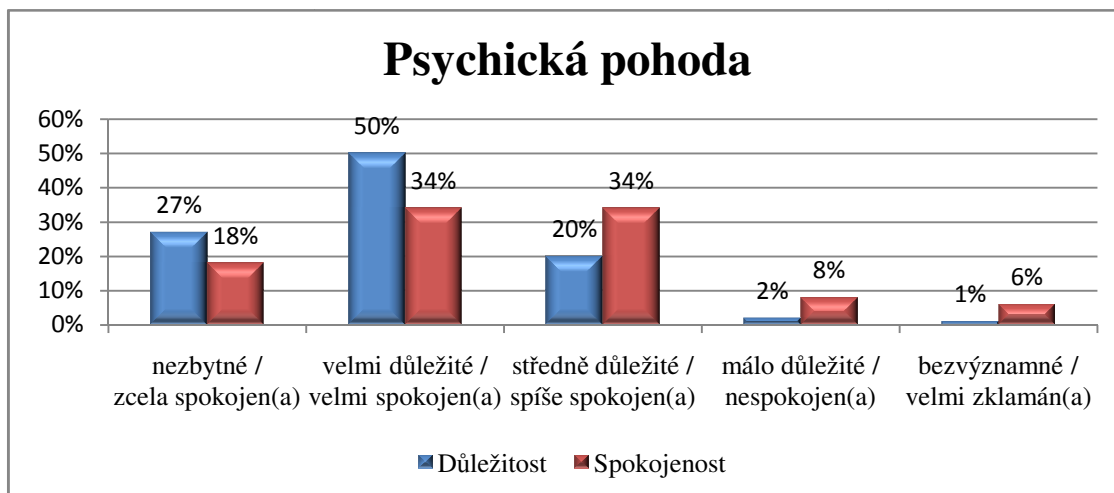
Zcela spokojeno se zdravím je 6 %, velmi spokojeno 26 %, spíše spokojeno 41 % a nespokojeno 25 % dotázaných.

Graf č. 58 Srovnání důležitosti a spokojenosti v oblasti fyzické soběstačnosti



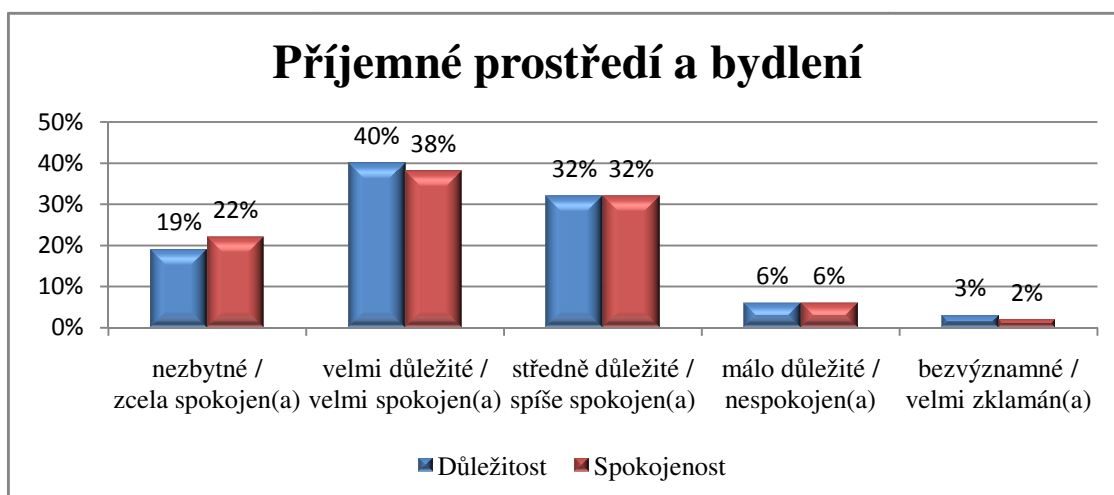
Podle výzkumného šetření je fyzická soběstačnost nezbytná pro 30 %, velmi důležitá pro 58 %, středně důležitá pro 10 % a málo důležitá pro 2 % dotázaných. Zcela spokojeno s fyzickou soběstačností je 11 %, velmi spokojeno 24 %, spíše spokojeno 43 %, nespokojeno 12 % a velmi zklamáno 10 % dotázaných.

Graf č. 59 Srovnání důležitosti a spokojenosti v oblasti psychické pohody



Podle výzkumného šetření je psychická pohoda nezbytná pro 27 %, velmi důležitá pro 50 %, středně důležitá pro 20 %, málo důležitá pro 2 % a bezvýznamná pro 1 % dotázaných. Zcela spokojeno s psychickou pohodou je 18 %, velmi spokojeno 34 %, spíše spokojeno 34 %, nespokojeno 8 % a velmi zklamáno 6 % dotázaných.

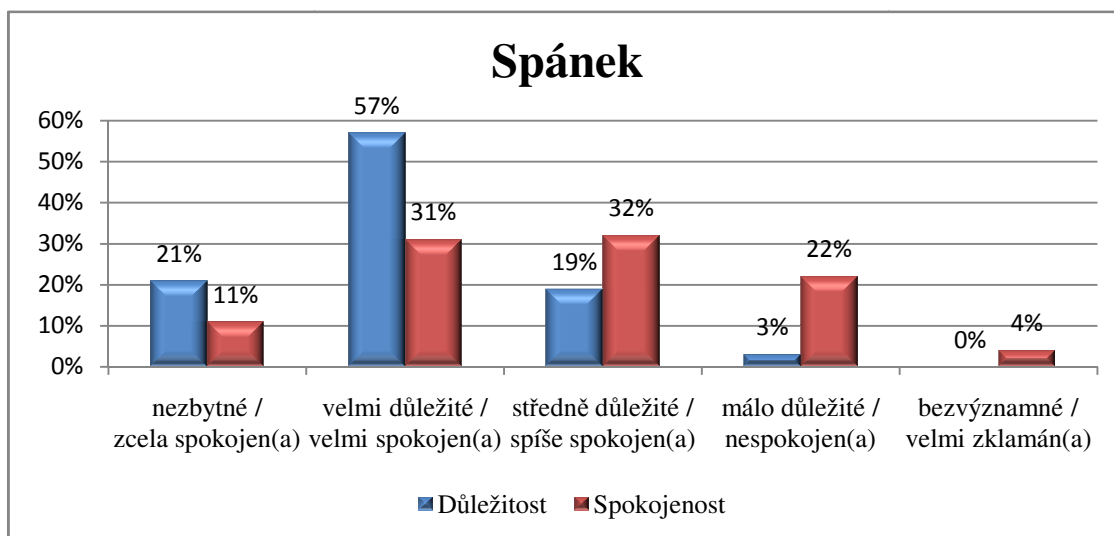
Graf č. 60 Srovnání důležitosti a spokojenosti v oblasti prostředí a bydlení



Podle výzkumného šetření je příjemné prostředí a bydlení nezbytné pro 19 %, velmi důležité pro 40 %, středně důležité pro 32 %, málo důležité pro 6 % a bezvýznamné pro 3 % dotázaných. Zcela spokojeno s prostředím a bydlením je 22 %,

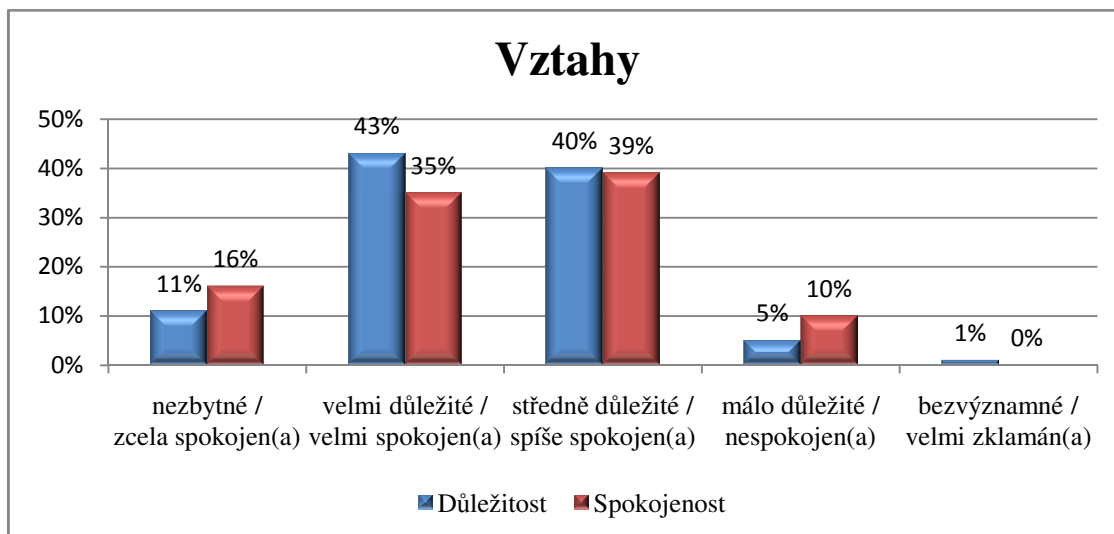
velmi spokojeno 38 %, spíše spokojeno 32 %, nespokojeno 6 % a velmi zklamána 2 % dotázaných.

Graf č. 61 Srovnání důležitosti a spokojenosti v oblasti spánku



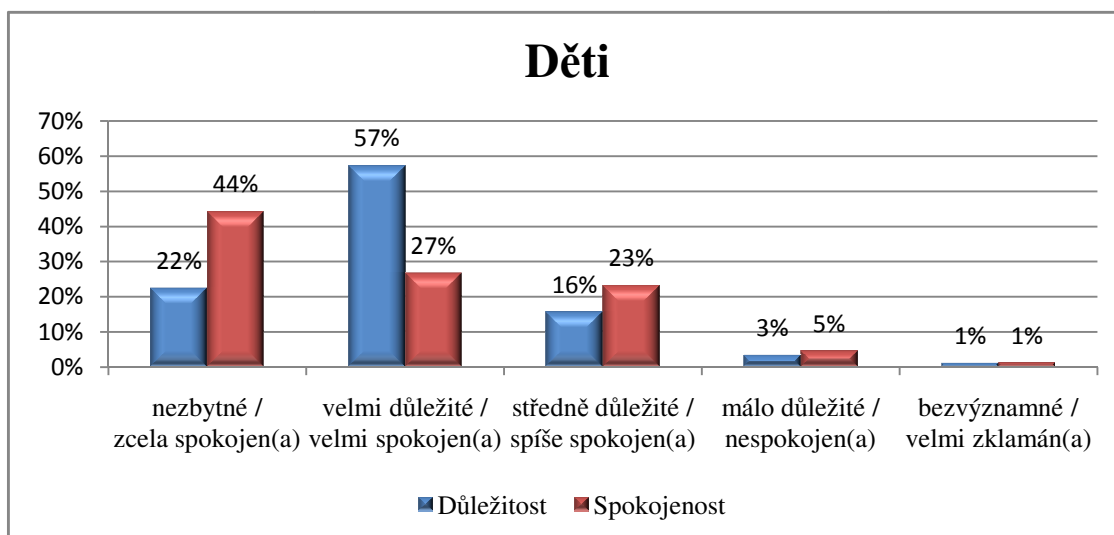
Podle výzkumného šetření je spánek nezbytný pro 21 %, velmi důležitý pro 57 %, středně důležitý pro 19 % a málo důležitý pro 3 % dotázaných. Zcela spokojeno se spánkem je 11 %, velmi spokojeno 31 %, spíše spokojeno 32 %, nespokojeno 22 % a velmi zklamáno 4 % dotázaných.

Graf č. 62 Srovnání důležitosti a spokojenosti v oblasti vztahů



Podle výzkumného šetření je oblast vztahů nezbytná pro 11 %, velmi důležitá pro 43 %, středně důležitá pro 40 %, málo důležitá pro 5 % a bezvýznamná pro 1 % dotázaných. Zcela spokojeno s oblastí vztahů je 16 %, velmi spokojeno 35 %, spíše spokojeno 39 % a nespokojeno 10 % dotázaných.

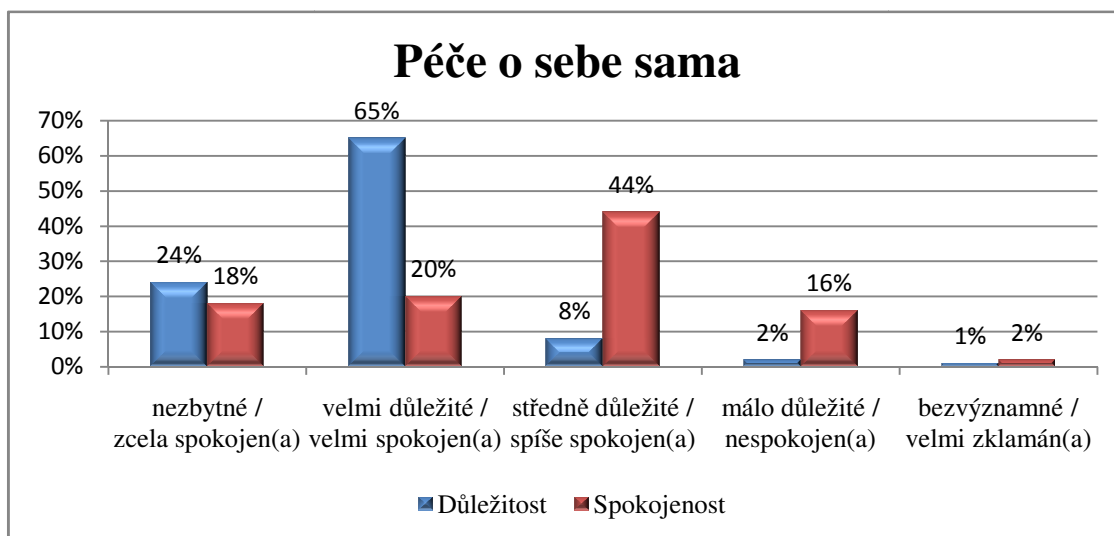
Graf č. 63 Srovnání důležitosti a spokojenosti v oblasti dětí



Podle výzkumného šetření je oblast dětí nezbytná pro 22 %, velmi důležitá pro 57 %, středně důležitá pro 16 %, málo důležitá pro 3 % a bezvýznamná pro 1 % dotázaných.

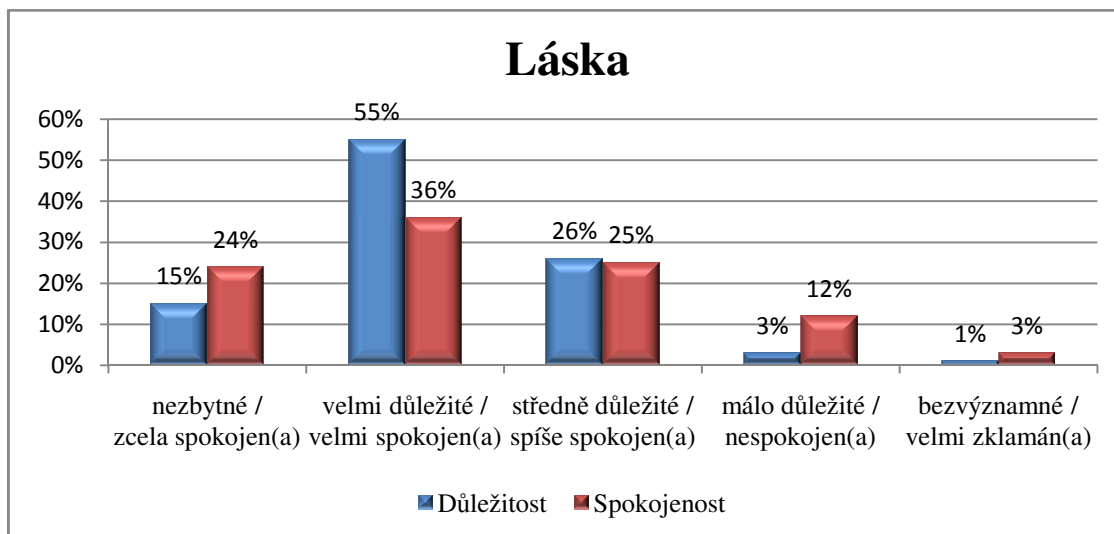
dotázaných. Zcela spokojeno s oblasti děti je 44 %, velmi spokojeno 27 %, spíše spokojeno 23 %, nespokojeno 5 % a velmi zklamáno 1 % dotázaných.

Graf č. 64 Srovnání důležitosti a spokojenosti v oblasti péče o sebe



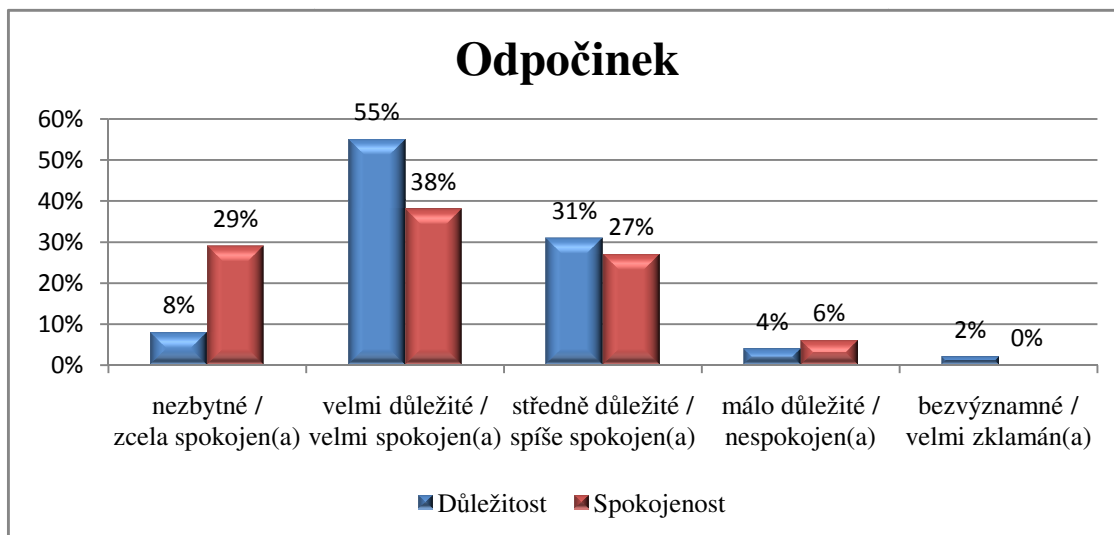
Podle výzkumného šetření je péče o sebe sama nezbytná pro 24 %, velmi důležitá pro 65 %, středně důležitá pro 8 %, málo důležitá pro 2 % a bezvýznamné pro 1 % dotázaných. Zcela spokojeno s péčí o sebe sama je 18 %, velmi spokojeno 20 %, spíše spokojeno 44 %, nespokojeno 16 % a velmi zklamána 2 % dotázaných.

Graf č. 65 Srovnání důležitosti a spokojenosti v oblasti lásky



Podle výzkumného šetření považuje lásku za nezbytnou 15 %, za velmi důležitou 55 %, za středně důležitou 20 %, za málo důležitou pro 3 % a za bezvýznamnou 1 % dotázaných. Zcela spokojeno s láskou je 24 %, velmi spokojeno 36 %, spíše spokojeno 25 %, nespokojeno 12 % a velmi zklamáno 3 % dotázaných.

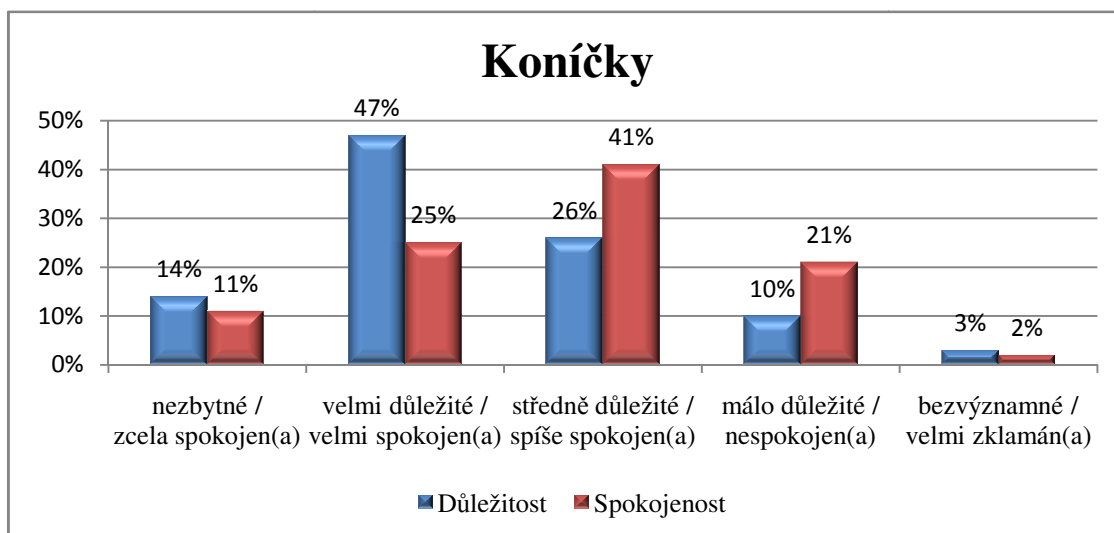
Graf č. 66 Srovnání důležitosti a spokojenosti v oblasti odpočinku



Podle výzkumného šetření je odpočinek nezbytný pro 8 %, velmi důležitý pro 55 %, středně důležitý pro 31 %, málo důležitý pro 4 % a bezvýznamný pro 2 %. Zcela

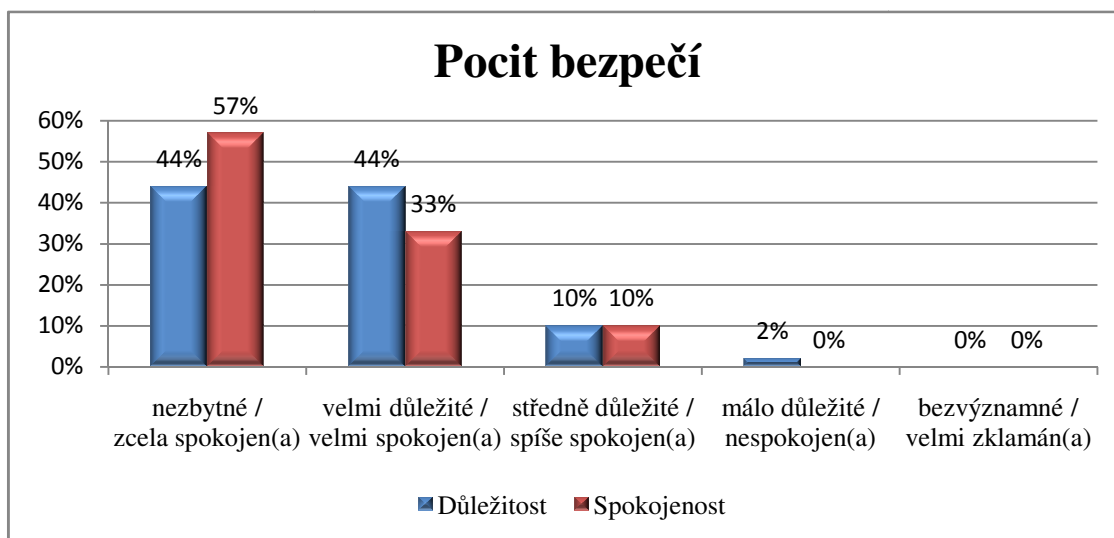
spokojeno s odpočinkem je 29 %, velmi spokojeno 38 %, spíše spokojeno 27 % a nespokojeno 6 % dotázaných.

Graf č. 67 Srovnání důležitosti a spokojenosti v oblasti koníčků



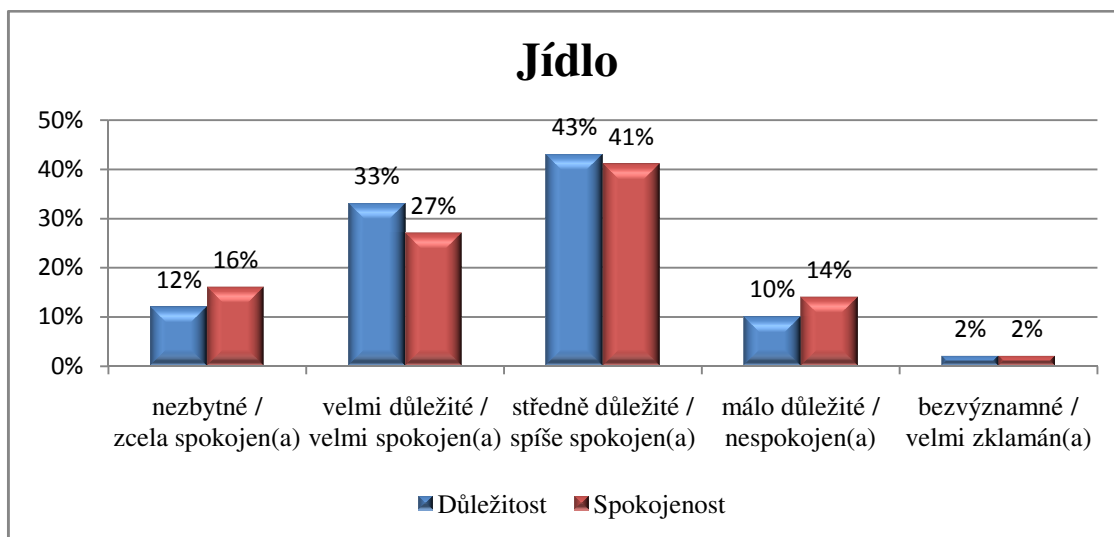
Podle výzkumného šetření jsou koníčky nezbytné pro 14 %, velmi důležité pro 47 %, středně důležité pro 26 %, málo důležité pro 10 % a bezvýznamné pro 3 % dotázaných. Zcela spokojeno s koníčky je 11 %, velmi spokojeno 25 %, spíše spokojeno 41 %, nespokojeno 21 % a velmi zklamána 2 % dotázaných.

Graf č. 68 Srovnání důležitosti a spokojenosti v oblasti pocitu bezpečí



Podle výzkumného šetření je pocit bezpečí nezbytný pro 44 %, velmi důležitý pro 44 %, středně důležitý pro 10 % a málo důležitý pro 2 % dotázaných. Zcela spokojeno s pocitem bezpečí je 57 %, velmi spokojeno 33 % a spíše spokojeno 10 % dotázaných.

Graf č. 69 Srovnání důležitosti a spokojenosti v oblasti jídla



Podle výzkumného šetření oblast jídla nezbytná pro 12 %, velmi důležitá pro 33 %, středně důležitá pro 43 %, málo důležitá pro 10 % a bezvýznamná pro 2 % dotázaných.

Zcela spokojeno s oblastí jídla je 16 %, velmi spokojeno 27 %, spíše spokojeno 41 %, nespokojeno 14 % a velmi zklamána 2 % dotázaných.

8 Diskuze

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak subjektivně hodnotí senioři svou životní spokojenost ve zdravotnickém zařízení, v domovech pro seniory a při využívání služeb agentury domácí péče. Nejprve bylo důležité specifikovat, co to vůbec životní spokojenost je.

Z různých zdrojů vyplývá, že pojem životní spokojenost úzce souvisí s pojmem kvalita života a že neexistuje jednotná definice tohoto pojmu. Snad všichni autoři se však shodují, že se jedná o velmi subjektivní záležitost, která je podmíněna mnoha vnějšími i vnitřními faktory, na nichž závisí uspokojování potřeb člověka. Lze předpokládat, že míra uspokojení jednotlivých potřeb určuje i míru životní spokojenosti. Přitom hierarchie potřeb, tedy jejich osobní významnost pro daného jedince, se během života mění.

Dle Trachtové (2013) je celý život v podstatě založený na uspokojování určitých potřeb. Jednak biologických, jednak psychických, sociálních i duchovních, přičemž k tomuto uspokojování je třeba něčeho dosahovat nebo se něčemu vyhýbat. Jestliže na cestě k uspokojování potřeb stojí nějaká těžko překonatelná překážka, člověk zažívá stav frustrace, který výrazně ovlivňuje jeho chování a navozuje pocity rozladěnosti a jiných záporných emocí. Tím jsou samozřejmě ovlivněny i jeho veškeré psychické procesy, včetně myšlení, rozhodování, uplatňování volných vlastností apod. (27)

Kalvach a Onderková (2006) zdůrazňují, že k závažným pochybením ze strany zdravotníků a k nízké kvalitě jejich práce dochází tehdy, je-li poskytovaná péče orientována z převážné části nebo dokonce výlučně na uspokojování biologických potřeb pacientů. Pracovní náplň zdravotního personálu je v tom případě omezena na nakrmení pacientů, zajištění čistého oděvu a ustlaného lůžka, pomoc při hygieně apod., zatímco oblast komunikace s okolím, stimulace sensorickými podněty a zejména smyslu života zůstává opomíjena. Pacienti jsou v těchto směrech často i silně deprimováni a mnohdy se stávají jen jakýmsi „čekateli na smrt“. (49)

K tomu, abych poznala, jak jsou u seniorů z výzkumného souboru uspokojovány jejich potřeby a jaké hodnoty ve svém životě vyznávají, jsem použila standardizovaný dotazník SQUALA, který jsem převedla do formy rozhovorů. Pro zjednodušení jsem využila pouze 13 domén z 21, který dotazník obsahoval. Zajímalo mě, s jakými oblastmi svého života jsou respondenti spokojeni a zároveň jakou důležitost pro ně dané oblasti představují.

První testovanou hypotézou bylo, že muži jsou spokojenější než ženy. Z celkového počtu respondentů bylo 35 % mužů a 65 % žen. Průměrné hodnocení životní spokojenosti bylo u mužů 135,8 a u žen 132,6 (z celkových 200 možných). Pomocí statistické metody t-test jsem zjistila, že rozdíl mezi těmito hodnotami není významný. Hypotéza, že muži jsou spokojenější než ženy, tedy nebyla potvrzena.

V druhé hypotéze jsem vyslovila předpoklad, že životní spokojenost klesá úměrně s narůstajícím věkem. Vycházela jsem přitom ze skutečnosti, že čím je člověk starší, tím více se u něj projevují involuční změny, jež se významně promítají do jeho každodenního života. Ubývá fyzických i psychických sil, zhoršují se percepční schopnosti, což s sebou nese určité omezení v kontaktu člověka s okolním světem. Senioři se s danými hendikepy často těžce vyrovnávají a trápí je, že není příliš mnoho možností, jak jim čelit. (3)

Pomocí Pearsonova korelačního koeficientu jsem se tedy snažila zjistit, zda existuje závislost mezi věkem a životní spokojeností. Výsledkem byl korelační koeficient ve výši -0,071, který znamená slabou korelaci mezi věkem a životní spokojeností. Hypotéza č. 2 tedy nebyla potvrzena.

Třetí hypotéza, kterou jsem testovala, byla založena na předpokladu, že nejvíce spokojeni jsou senioři využívající služeb ADP. Ze všech dotázaných bylo 46% ze zdravotnických zařízení, 39 % z domovů pro seniory a 15 % z agentury domácí péče. Nejvyšší průměrné skóre 160,8 vyšlo u klientů agentury domácí péče, přičemž maximálně bylo možné dosáhnout hodnoty 260. Nejhůře byla životní spokojenost hodnocena klienty zdravotnických zařízení, kdy průměrné skóre vyšlo 123,2. U klientů domovů pro seniory bylo průměrné skóre 135,7. Statistickou metodou ANOVA byla následně potvrzena hypotéza, že klienti agentury domácí péče jsou nejspokojenější.

Ukázalo se, že spokojenost starých lidí je velice úzce vázána na prostředí, v němž dosud žili a ve kterém se cítí nejbezpečněji. Z toho vychází také trend dnešní doby udržet člověka v takovémto prostředí co nejdéle, čemuž slouží dle Křivohlavého (1989) komunitní ošetrovatelská péče. Jejím prostřednictvím se uživatelům této péče dostává veškerých služeb, jež jsou nezbytné z hlediska léčby různých nemocí či jiných zdravotních obtíží i z hlediska zabezpečení maximální možné psychické pohody. Východiskem komunitního ošetrovatelství musí být podrobná analýza pacientovy životní situace, jež zahrnuje posouzení somatického i psychického stavu a také zhodnocení sociálních podmínek, v nichž klient žije, včetně zjištění kontaktů s příbuznými i s osobami z blízkého okolí. Tyto anamnestické údaje pomáhají sestře odhalit akutní a potenciální problémy, jejichž znalost je nezbytná pro vytvoření plánu komplexní ošetrovatelské péče. (50, 51)

Pro své výzkumné šetření, v němž jsem se zabývala prověřováním výše uvedených hypotéz, jsem zvolila tyto domény:

- zdraví a fyzická soběstačnost
- psychická pohoda
- prostředí
- spánek
- mezilidské vztahy
- děti
- péče o sebe
- láska
- odpočinek
- záliby
- bezpečí
- jídlo

Zdraví a fyzická soběstačnost

Pro většinu dotázaných je zdraví velmi důležité až nezbytné, avšak s postupujícím věkem se jeho kvalita zákonitě zhoršuje. Výzkumné šetření také ukázalo, že pouze 32% seniorů je se svým zdravotním stavem velmi až zcela spokojeno (viz graf č. 57). Srovnatelná se zdravím je fyzická soběstačnost. I tuto kategorii si respondenti velmi cení, spokojení s ní však příliš nejsou.

Toto se shoduje i s názorem Grohulské (2004), podle níž zdravotní stav starých osob, na němž závisí úroveň mobility a v souvislosti s tím také nezávislost, představuje významný faktor ovlivňující spokojenost ve stáří. (52)

Podle Špatenkové (2004) všeobecně platí, že v důsledku zhoršujícího se zdraví a častějšího výskytu úrazů klesá u starých lidí jejich životní spokojenost. (53)

Psychická pohoda

Rovněž psychická pohoda hraje v životě seniorů důležitou roli. Za velmi důležitou nebo nezbytnou ji považuje 77 % respondentů. Zcela nebo velmi spokojeno je však s touto oblastí pouze 52 %. Přibližně třetina oslovených seniorů hodnotí svoji psychickou pohodu spíše pozitivně. Zbýlých 14 % je se svoji situací v této oblasti nespokojeno nebo velmi zklamáno (viz graf č. 59).

Podle Zavázalové (2001) jsou nepříznivé psychické změny v séniu nejčastěji podmíněny izolací, úzkostí, strachem, sníženou koncentrací, emoční labilitou apod. Prožívání obtížnější životní situace ve stáří přitom předurčuje i míru psychické pohody. (54)

Při výzkumném šetření se ukázalo, že poměrně velká část respondentů si své psychické stavy uvědomuje a je schopna jejich reálného posouzení, což ovšem u nich v mnoha případech vyvolává pocity smutku či jiných negativních emocí. Často je třeba při překonávání psychických potíží těchto jedinců přistoupit i k medikaci v podobě antidepressiv, avšak vždy by spolu s medikamentózní léčbou měla probíhat terapeutická péče.

Prostředí

Klienti agentury domácí péče jsou v oblasti prostředí a bydlení významně spokojenější oproti ostatním respondentům. Tato převaha je nejvíce zřetelná ve vztahu k respondentům hospitalizovaným ve zdravotních zařízeních (ONP, LDN), kde je průměrné hodnocení spokojenosti 7,2 (z celkových 20 možných), což je dvakrát menší hodnota než u klientů ADP (viz graf č. 47). Je to dáno zejména tím, že lidé využívající služeb ADP se cítí v domácím prostředí dobře. Zdravotní sestry se o ně starají, neschází jim sociální kontakt a přitom mají své soukromí. U lidí, kteří jsou hospitalizováni v nemocnicích, padaly často stížnosti na spolupacienty na pokojích. Ne že by s nimi přímo nevycházeli, spíš postrádali dostatek soukromí. V nemocnicích byly nejčastěji třílůžkové pokoje. Při malém prostoru byli klienti omezeni ve využívání osobních věcí, na které byli dosud zvyklí a jež pro ně mnohdy představovaly i určitou životní jistotu. Chyběla jim také možnost trávit čas podle své nálady a svých potřeb, bez přítomnosti jiných osob. V domovech pro seniory to bylo obdobné, avšak výhodou byla někdy možnost sdílení společného pokoje manželským párem. To ocenil např. klient žijící v domově pro seniory na pokoji se svojí manželkou, která je už nemohoucí, imobilní.

Spánek

Z výzkumného šetření vyplývá, že spánek vnímají dotazované osoby jako poměrně důležitý a spokojenost s ním je průměrná (viz graf č. 61). Opět nejspokojenější se spánkem byli jedinci využívající služeb ADP (viz graf č. 48).

Podle Venglářové (2011) dochází ve stáří ke změnám spánkového rytmu. Jedná se především o spánkovou inverzi, což znamená, že staří lidé mívají převrácený spánkový režim. Místo spaní v noci pospávají přes den, zatímco v noci se u nich může vyskytovat noční neklid, který v případě sdílení společného pokoje ruší ostatní ve spánku. Dochází při něm k tomu, že pacienti vstávají, přecházejí po pokoji nebo pokoj opouštějí a "bloudí" po chodbách, hlučně manipulují s různými věcmi apod. To potvrdilo i výzkumné šetření. Navíc nespokojenost se spánkem u respondentů souvisela mnohdy s nemocničním režimem, při němž je nutné, aby zdravotní sestry podávaly některé léky v noci. Jako rušivý element bylo také označováno "chrápání" některých

pacientů. Pomoc hledají staří lidé často v užívání hypnotik, avšak ne vždy s žádoucím efektem. (55)

Mezilidské vztahy

V oblasti mezilidských vztahů můžeme pozorovat shodu mezi důležitostí a spokojeností (viz graf č. 62). Ojedinele se vyskytoval problém například jen s jednotlivcem z řad ošetřovatelského personálu, spolupacienta nebo obyvatele domova pro seniory. Nebylo to ale časté.

Děti

Z výzkumného šetření je zřejmé, že děti jsou pro respondenty důležité a většina je s nimi spokojena (viz graf č. 63). To se vztahuje dokonce i k respondentům, kteří přiznávají, že děti je nenavštěvují tak často, jak by si přáli a že jim chybí i častější kontakt s vnoučaty. Snaží se to ale pochopit a mladým to nevyčítají ani nezazlívají. Přesto je z jejich odpovědí na toto téma někdy cítit hořkost.

Péče o sebe sama

Z výzkumného šetření je patrné, že tato doména je pro ně důležitá a klienti jsou s ní buď průměrně spokojeni a nebo spíše nespokojeni. Velkou či úplnou spokojenost uvádí přibližně třetina dotázaných (viz graf č. 64). Někteří klienti z nemocničních zařízení a domovů pro seniory naznačovali, že by uvítali větší výpomoc ošetřovatelského personálu při provádění osobní hygieny, jiným naopak vadí, že ošetřovatelský personál za ně provádí i úkony, které by zvládli sami, jen k tomu potřebují více času a klidu. Uznávají ovšem, že hlavním důvodem, proč za ně zdravotníci některé úkony přebírají, není úmysl činit z nich nesoběstačné, ale časový stres, v němž jsou zdravotníci často nuceni své služby poskytovat.

Podle Kaufmana a Eldera (2003) je fyzická soběstačnost předpokladem autonomie jako hlavního atributu kvality života a pro seniora má velký význam ve vztahu k němu samému. Představuje mimo jiné zdroj jeho sebeúcty. K zachování autonomie je v rámci ošetřovatelství nezbytné kombinovat formální a neformální způsoby péče, zároveň

vycházet ze skutečnosti, že základem uspokojení seniora jsou v tomto směru tři hlavní "pilíře" - životní optimismus, nejbližší lidé a vlastní aktivita. Pokud jde o aktivitu, je ovšem třeba reálně posuzovat možnosti starých lidí s ohledem na jejich zdravotní a fyzický stav a citlivě zvažovat míru pomoci jim v běžných životních činnostech, jakými je např. hygiena, oblékání, úklid atd. Nesprávnou pomocí by bylo "přepečování" o seniora, to znamená odepírání mu činností, jež je byt' s určitým omezením a v pomalejším tempu schopen zvládat. Vedlo by to u něj k pocitům nemohoucnosti nebo dokonce méněcennosti a potlačení jeho soběstačnosti. Németh (2009) v souvislosti s tím hovoří o vzniku protektivního syndromu. (56, 57)

Láska

Z výzkumného šetření vyplývá, že pro dotazované je tato oblast důležitá a jsou s ní vcelku spokojeni (viz graf č. 65).

Dle Šamánkové (2011) potřeba lásky v sobě nese touhu být milován a respektován společností, ve kterém žil, žije a bude žít a naplnění této touhy je zcela nezbytným předpokladem zdravého psychického vývoje jedince. Je prokázáno, že citová deprivace v raném dětství může vývoj dítěte nezvratně poškodit a způsobit, že děti vyrůstající bez lásky nedokážou v budoucnu vytvářet a udržovat hluboké citové vztahy, stát se jednou dobrými, láskyplnými rodiči. Obdobně jako děti mohou trpět citovou deprivací také staří lidé, zvláště v situaci nastupujících nemocí a zhoršující se celkové kondice. I oni se upínají ke svým nejbližším a potřebují se ujist'ovat, že o jejich lásku nepřicházejí jen proto, že sami jim již nemohou poskytovat to, co dříve. V tomto směru je rodina nezastupitelná. Ošetřující personál ji nemůže nahradit a ani by nebylo správné, kdyby se o to pokoušel, avšak má možnost v případě chybějící lásky ze strany rodiny alespoň do určité míry kompenzovat tento nedostatek prostřednictvím laskavého, přátelského, empatického přístupu k pacientům. Zaslouží se tím zároveň o naplnění potřeby jistoty a bezpečí, jež starému člověku do značné míry usnadní překonávat četné problémy a strasti jeho nesnadné životní etapy. (30)

Odpočinek

Odpočinek je pro téměř všechny dotazované seniory důležitý a stejný počet vyjádřil i svoji spokojenost (viz graf č. 66).

Podle Trachtové (2013) neznamená odpočinek pouze inaktivitu. Odpočinkem rozumíme především klid, relaxaci bez emočního stresu a uvolnění napětí a úzkosti. Klid neznamená pouze nečinnost, některé aktivity mohou být uklidňující, např. procházka. S potřebou odpočinku spojují lidé prostředí, kde chtějí odpočívat a činnosti, kterým se chtějí věnovat (četba, hudba, procházka,...). Klid a pohoda ovlivňují pozitivní emoce, které jsou výchozí polohou pro odpočívání. Předpokladem pro odpočinek je pocit, že mám svoje věci pod kontrolou, pochopení ostatních lidí, porozumění situaci: vím, co se děje, klid, pohoda, spokojenost (nejsem znepokojený, podrážděný, necítím bolest), dostatečné množství účelné činnosti, vědomí, že mi v případě potřeby někdo pomůže. (27)

Záliby

Provozování koníčků je pro seniory poměrně důležité, a jak z šetření vyplývá, možnosti seberealizace v oblasti zájmů jsou pro respondenty, kteří byli zahrnuti do výzkumného vzorku, uspokojivé (viz graf č. 67). Zhruba 90 % dotázaných odpovědělo, že se necítí být prostředím, v němž se nacházejí, v provozování koníčků omezování. Přizpůsobili se novým podmínkám a našli si způsob, jak své zájmy i nadále uspokojovat. Někteří si postesklí, že se nemohou věnovat např. práci na zahrádce nebo myslivosti, tedy aktivitám vázaným na venkovní prostředí, ale dali najevo své pochopení, že určitých činností se prostě musí vzdát a nezdá se, že by tím byli nějak deprimováni. Většinou se přeorientovali na jiné oblasti zabavení.

Bezpečí

Pocit bezpečí je pro dotázané staré osoby velmi důležitý. Nenašla se osoba, která by tuto oblast považovala za bezvýznamnou. Zároveň jsou s jejím naplněním spokojeni (viz graf č. 68).

V Maslowově hierarchii potřeb zaujímá potřeba bezpečí a jistoty hned druhou příčku, proto je třeba věnovat ji velkou pozornost.

Dle Šamánkové (2011) je životní jistota ve spojení s pocitem bezpečí vážně ohrožena již samotným onemocněním, zejména v případě, kdy je jedinec vytržen ze svého domácího prostředí a netuší, jak se bude jeho zdravotní stav dále vyvíjet. Zažívá obavy z budoucnosti, jež pro něho může znamenat nejen zdravotní potíže, včetně různých bolestí, ale také přerušování kontaktu s blízkými a často i finanční nesnáze a další nepříjemnosti. Úkolem ošetrovatelského personálu je zklidňovat klienty, kteří se ocitnou v situaci, kdy jsou odkázány na jeho pomoc a minimalizovat riziko, že zcela ztratí pocit životní jistoty a bezpečí. Součástí tohoto úkolu je nejen zabezpečit materiální pomoc (pohodlné lůžko, bezpečný transport v rámci různých vyšetření, vyhovující oblečení atd.) ale poskytovat klientům také psychickou podporu, vědomí, že mají nablízku někoho, kdo je vyslechne, utěší, dodá jim naději apod.) Takový přístup by měl být pro veškerý ošetrovatelský personál samozřejmostí. (30)

Jídlo

Pro respondenty je stravování důležité a s naplňováním této potřeby jsou převážně spokojeni (viz graf č. 69). Pokud se vyskytovaly výhrady, vztahovaly se nejčastěji k menší pestrosti a chutnosti jídel, případně k nedodržování dietetických požadavků, např. u diabetiků, kteří dle svého sdělení dostávali téměř denně bílé pečivo a často se v jejich jídelníčku objevoval např. suchý trvanlivý salám, knedlíky apod. Jiní klienti, kteří měli trávicí potíže, dostávali například bramborovou kaši polévanou omastkem.

Dle Trachtové (2013) je příjem potravy nejen jednou ze základních biologických potřeb člověka, ale také veskrze příjemnou záležitostí. Pocit nasycenosti bývá spojen s pozitivními emocemi a navozuje u člověka příjemnou náladu, zejména pokud se stravujeme ve společnosti lidí, s nimiž se cítíme dobře. Tím nabývá uspokojování této životní potřeby i sociální aspekt. Trachtová poukazuje rovněž na význam stravy pro udržení dobrého zdravotního stavu a duševní rovnováhy a dokonce ve stravě správného složení spatřuje jeden z prostředků léčby některých chorob či alespoň ovlivňování průběhu léčby. (27)

9 Závěr

Spokojenost pacientů, jíž jsem se ve své práci zabývala, hraje podstatnou roli v životě lidí pokročilého věku a zároveň je důležitým ukazatelem kvality zdravotnických služeb. V České republice začala být intenzivněji sledována počátkem 90. let 20. století, kdy se do popředí zájmu dostala orientace na pacienta a jeho názory a přání začaly představovat významný zdroj podnětů pro co nejkvalitnější péči. Uspokojování potřeb pacientů s cílem dosáhnout jejich maximální spokojenosti se stává rovnocenným požadavkem jako je požadavek poskytování odborné lékařské péče. Tyto dvě oblasti sice nelze zaměňovat či ztotožňovat, avšak existují mezi nimi úzké vzájemné vztahy. Ukazuje se totiž, že v případě spokojeného pacienta, který je mimo jiné průběžně informován o průběhu své léčby, má možnost vyjadřovat přitom své názory a přání, klást dotazy ohledně své prognózy apod., je efekt léčebného procesu podstatně vyšší, než kdyby tyto možnosti pacient neměl a zažíval stavy nejistoty či psychické nepohody. (19)

Empirická část mé diplomové práce se opírala o výsledky kvantitativního šetření. Cílem byl monitoring životní spokojenosti seniorů ve třech rozličných prostředích: ve zdravotnických zařízeních, domovech pro seniory a vlastních domovech, kam docházejí pracovníci agentury domácí péče.

K naplnění cíle byla využita metoda strukturovaného rozhovoru, který vycházel ze standardizovaného dotazníku SQUALA. Pro své účely jsem využila pouze 13 oblastí z 21, který dotazník SQUALA obsahuje. Jednalo se o oblast zdraví, fyzické soběstačnosti, psychické pohody, prostředí, spánku, mezilidských vztahů, dětí, péče o sebe sama, lásky, odpočinku, koníčků, bezpečí a jídla.

Pro práci byly stanoveny tři hypotézy, kterými jsou H1: Muži jsou spokojenější než ženy, H2: S vyšším věkem klesá spokojenost seniorů, H3 Nejvíce spokojení jsou senioři využívající služeb ADP.

Na základě výzkumného šetření byly následující hypotézy vyhodnoceny následovně:

H1: Muži jsou spokojenější než ženy

Hypotéza nepotvrzena

H2: S vyšším věkem klesá spokojenost seniorů

Hypotéza nepotvrzena

H3: Nejvíce spokojeni jsou senioři využívající služeb ADP

Hypotéza potvrzena

Výsledky výzkumného šetření pro mě byly v mnohém překvapivé. Nejvíce mě "zarazila" skutečnost, že lidé ve vyšším věku (od 90 let výše) jsou častokrát více spokojeni se svým životem než jsem očekávala. Patrně k tomu přispívá větší osobní vyrovnanost a možná i určitá smířenost, spojená s vědomím, že jejich život se přehoupal do poslední fáze a nemá smysl znepříjemňovat si jej záležitostmi, které za to nestojí a ani je nelze změnit.

Při testování hypotéz vyplynuly problémy, které by si zasloužily, aby se jim ošetrovatelský personál hlouběji zabýval. Jednalo se zejména o prostředí, v němž klienti pobývají a které na ně působí zřejmě příliš institucionálně, neosobně. Možná by stačilo pár drobných úprav, které by toto prostředí zútulnily a dodaly jim alespoň náznak "tepla domova". Také výběr spolupacientů by se měl provádět citlivěji, se snahou zohledňovat při umisťování do společných pokojů zdravotní a psychický stav jedinců a jejich osobnostní založení. Další oblastí, v níž je možné předpokládat určité rezervy a která je pro pacienty zvláště choulostivá, je pomoc při osobní hygieně. Velmi zde záleží na schopnosti ošetrovatelského personálu odhadnout míru této pomoci a nepřipustit, aby pacienti nabývali dojmu, že jsou považováni za zcela nesoběstačné. Pokud má klient snahu zvládat úkony osobní hygieny sám, měl by se mu proto vytvořit potřebný prostor a ponechat na něm, o jakou konkrétní pomoc požádá, a to i za cenu větší časové dotace. V neposlední řadě by se mělo věnovat větší pozornost také spolupráci s nutričními

terapeuty, kteří by měli více ovlivňovat sestavování jídelníčku pro osoby s určitým dietním omezením a zabezpečovat celkově větší spokojenost se stravou z hlediska chutnosti a pestrosti.

Význam mé diplomové práce spatřuji v tom, že jednak vypovídá o spokojenosti seniorů ve významných oblastech jejich života i o faktorech, jež tuto spokojenost podmiňují a jednak v tom, že dává podnět k praktickému využití získaných poznatků při dalším zkvalitňování péče zdravotních sester. Domnívám se, že informace obsažené v mé práci mohou sloužit jako podklad pro další výzkum.

10. Seznam použitých zdrojů

1. KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
2. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada publishing a.s., 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
3. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2. přepracované vydání. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
4. KALVACH, Z. et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. ISBN 80-247-0548-6.
5. HAJER-MÜLLEROVÁ, Lenka. *Klinická gerontologie*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, Pedagogická fakulta, 2003. ISBN 80-7044-536-X.
6. JAROŠOVÁ, Dana. *Péče o seniory*. Ostrava: OU ZSF, 2006. ISBN 80-7368-110-2.
7. NAVRÁTIL, Leoš a kol.. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2319-8.
8. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.
9. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II. - dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-246-1318-5.
10. ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1997-2.
11. BROMLEY, D. B. *Psychológia ľudského starnutia*. Bratislava: Smena, 1974.
12. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
13. ARISTOTELES. *Metafyzika*. Praha: Rezek, 2008. ISBN 80-86027-27-9.
14. DŽUKA, Jozef. *Kvalita života a subjektívna pohoda - teórie a modely, podobnosť a rozdiely*. Prešov: Prešovská univerzita, 2004. ISBN 80-8068-282-8.
15. DAVIDOVÁ, Eva. *Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice*. Praha: TRITON, 2010. ISBN: 978-80-7387-428-5.

16. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada Publishing a. s., 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.
17. HUDÁKOVÁ, Anna. *Kvalita života v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4772-9.
18. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Zdraví 2020*. Přeložilo Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem a Kanceláří WHO v České republice. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2013. ISBN 978-80-85047-45-5.
19. PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
20. HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2012. ISBN 978-80-7419-106-0.
21. VAĐUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005. ISBN 80-210-3754-7.
22. HAASE, J. E., BRADEN, J. B., *Conceptualization and Measurement Quality of Life and Related Concepts: Guidelines for Clarity*. In King, C.R., Hinds. P.S. Quality of Life. From Nursing and Patient Perspective. Theory. Practice. Research. Sudbury: Jones and Bartlett Publisher. 2003
23. VALLERAND, A. H., PAYNE, J. K. *Theories and Conceptual Models to Guide Quality of Life Related Research*. In King, C.R., Hinds. P. S. Quality of Life From Nursing and Patient Perspective. Theory. Practice. Research. Second edition. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2003
24. FERRANS, C.E., JOHNSON ZERWIC, J., WILBUR, J. E., LARSON, J. L. *Conceptual Model of Health-Related Quality of Life*. Journal of Nursing Scholarship, 2005.
25. HAAS, B. A. *Multidisciplinary Concept Analysis of Quality of Life*. Western Journal of Nursing Research. 1999.
26. BLATNÝ, M., J. DOSEDLOVÁ, KEBZA V. a I. ŠOLCOVÁ. *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. Brno: Masarykova univerzita a Nakladatelství MSD, 2005. ISBN 80-86633-35-7.
27. TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2.

28. SMĚKAL, Vladimír. *Pozvání do psychologie osobnosti*. Brno: Barrister & Principal, 2007. ISBN 80-86598-65-9.
29. MASLOW, A. H. *O psychologii bytí*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0618-7.
30. ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.
31. PLEVOVÁ, Ilona a kol.. *Ošetrovatelství II*. Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3558-0.
32. NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. Praha: Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1679-9.
33. BLATNÝ, M., J. DOSEDLOVÁ, KEBZA V. a I. ŠOLCOVÁ. *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. Brno: Masarykova univerzita a Nakladatelství MSD, 2005. ISBN 80-86633-35-7.
34. ČELEDOVÁ, L., R. ČEVELA a Z. KALVACH. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada publishing a.s., 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.
35. KRAMULOVÁ, Daniela. Krize středního věku - nevyhýbá se ani úspěšným. *Portal.cz* ©2005-2015 [cit. 2015-03-14]. Dostupné z: <http://www.portal.cz/casopisy/pd/ukazky/-krize-stredniho-veku---nevyhyba-se-ani-uspesnym/41782/>
36. HRDLIČKA, M., J. KURIC a M. BLATNÝ. *Krize středního věku - úskalí a šance*. Praha: Portál, 2006. ISBN 978-80-736-7168-6.
37. SOCIOLOGICKÝ ÚSTAV AV ČR. *Životní spokojenost: rodina, práce a další faktory*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2004. ISBN 80-7330-063-X.
38. TOV, William a Ed DIENER. *The well-being of nations: Linking together trust, cooperation and democracy*. Springer Netherlands, 2009. ISBN 978-90-481-2350-6.
39. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3224-4.
40. MEDICAL TRIBUNE. Středověké a raněnovověké špitály v českých zemích. *Tribune.cz* [online]. [cit. 2015-02-25]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/13703>

41. RYTÍŘSKÝ ŘÁD KŘÍŽOVNÍKŮ S ČERVENOU HVĚZDOU. O Řádu. *Krizovnici.cz* [online]. [cit. 2015-02-25]. Dostupné z: <http://www.krizovnici.eu/cz/oradu>
42. ČESKÝ ROZHLAS. Nejstarší sociální ústavy vznikaly na Jesenícku už v 16. století. *Rozhlas.cz* [online]. [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: http://www.rozhlas.cz/olomouc/kraj/_zprava/nejstarsi-socialni-ustavy-vznikaly-na-jesenicku-uz-v-16-stoleti--1321772
43. ČESKÝ ČERVENÝ KŘÍŽ. Historie Československého červeného kříže a Českého červeného kříže. *Český červený kříž*. [online]. ©1999-2013 [cit. 2015-02-26]. Dostupné z: <http://www.cervenkykruz.eu/cz/historie.aspx>
44. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek sociální gerontologie*. Brno: IPVZ Brno, 2002. ISBN 80-7013-363-5.
45. NÁRODNÍ CENTRUM DOMÁCÍ PÉČE ČESKÉ REPUBLIKY. Historie domácí péče. *Domáci-pece.info* [online]. 2006 [cit. 2015-01-15]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/historie-domaci-pece->
46. NÁRODNÍ CENTRUM DOMÁCÍ PÉČE ČESKÉ REPUBLIKY. Historie domácí péče. *Domáci-pece.info* [online]. 2006 [cit. 2015-01-15]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty->
47. DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ. *WHOQOL-BREF WHOQOL-100 World Health Organization Quality of Life Assessment. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN: 80-85121-82-4.
48. HEŘMANOVÁ, Eva. Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu. *Sociologia - Slovak Sociological Review*. 2012, č. 4, s. 405-508. ISSN 1336-8613.
49. KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. *Stáří - pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5.
50. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Vážně nemocný mezi námi*. Praha: Avicenum, 1989.
51. HANZLÍKOVÁ, Alžběta a kol. *Komunitní ošetrovatelství*. Martin: Osveta, 2004. ISBN 978-80-8063-257-1.

52. GROHULSKÁ, A. Quality of life of people over 65 years of age health, mobility and independence. In: Sirka, K. A. *Proceeding of the toward active old age - European conference on the care elderly*. Pori: I. S. N. I, 2004, p. 63.
53. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Dana SÝKOROVÁ. Senioři a zdraví. In: *sborník Autonomie ve stáří (Strategie jejího zachování)*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta, 2004. ISBN 80-7326-026-3.
54. ZAVÁZALOVÁ, H. et al. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8.
55. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.
56. KAUFMAN, G., ELDER, G. H. Jr. *Grandparenting and age identity*. Journal of Aging Studies, 2003.
57. NÉMETH, F. a kol. *Geriatría geriatrické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-314-1.

11 Přílohy

11.1 Dotazník subjektivní kvality života (SQUALA)

11.1 Dotazník subjektivní kvality života (SQUALA)

Dotazník subjektivní kvality života (SQUALA)

Pořadové číslo:

Vážená paní, vážený pane,

cílem tohoto dotazníku je hodnocení kvality života.

V první části dotazníku vás prosím, abyste odpověděli, jaké hodnoty považujete v životě za důležité, jak si jich ceníte. Ve druhé části zjišťuji, 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.

Děkuji vám za vaši spolupráci na mém výzkumném šetření.

Demografické údaje

1. Pohlaví

Muž

Žena

2. Věk _____

Hodnocení důležitosti

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

	nezbytné	velmi důležitá	středně důležitá	málo důležitá	bezvýznamné
být zdravý					
být fyzicky soběstačný					
cítit se psychicky dobře					
příjemné prostředí a bydlení					
dobře spát					
vztahy s ostatními lidmi					
mít a vychovávat děti					
postarat se o sebe					
milovat a být milován					
odpočívat ve volném čase					
mít koníčky ve volném čase					
být v bezpečí					
dobré jídlo					

Hodnocení spokojenosti

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

	zcela spokojen/a	velmi spokojen/a	spíše spokojen/a	nespokojen/a	velmi zklamán/a
zdraví					
fyzická soběstačnost					
psychická pohoda					
prostředí a bydlení					
spánek					
vztahy s ostatními					
děti					
péče o sebe sama					
láska					
odpočinek					
koníčky					
pocit bezpečí					
jídlo					