

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
KATEDRA PSYCHOLOGIE FILOZOFICKÁ FAKULTA

**ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST A PSYCHICKÝ STAV OBYVATELŮ
DOMOVA DŮCHODCŮ**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

AUTOR: SOŇA LUDVÍKOVÁ
VEDOUCÍ PRÁCE: doc. PhDr. ZDENĚK VTÍPIL, CSc.

Olomouc
2011

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jsem jen uvedených pramenů a literatury.

V Těšeticích 1. února 2011

.....

Děkuji na tomto místě

své rodině za podporu a trpělivost, kterou se mnou měla, při psaní diplomové práce. Současné díky patří vedoucímu práce za jeho cenné připomínky.

1. ÚVOD	5
TEORETICKÁ ČÁST	8
2. KONTEXT PROBLÉMU STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	8
2.1. Demografické stárnutí	8
2.2. Stáří 21. století versus pohled seniora	14
2.3. Stáří, jeho rizika a poruchy chování	15
2.4. Špatné zacházení se seniory u nás	17
2.5. Rozdíly ve stárnutí žen a mužů	21
3. JAK ČLOVĚK STÁRNE	25
3.1. Vyrovnávání se s projevy stáří a stárnutí	25
3.2. Fyziologické změny ve stáří	26
3.3. Sociální změny ve stáří	27
3.4. Psychika a psychické změny ve stáří	30
4. PSYCHOLOGIE STÁRNUTÍ	34
4.1. Stárnutí jako přirozená součást života	34
4.1.1. Teorie versus hypotézy vysvětlující proces stárnutí	37
4.2. Struktura životních vývojových potřeb	40
5. SENIOR A SPOLEČNOST	44
5.1. Psychiatrická onemocnění ve stáří	44
5.2. Péče o seniory	48
5.2.1. Bydlení pro seniory	50
5.3. Senior a rodina	51
5.4. Senior a domov důchodců	54
6. POHLED NA KVALITU ŽIVOTA	57
7. ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST A SMYSLUPLNOST VE STÁŘÍ	61
7.1. Smysluplnost života	61
7.2. Sebepojetí ve stáří	62
7.3. Osobní pohoda	63
8. DOMOVY PRO DŮCHODCE JAKO ŽIVOTNÍ ALTERNATIVA	65
8.1. Principy v péči o seniory	65
8.2. Rizika dlouhodobého pobytu v ústavu	65
8.3. Členění podle zřizovatelů	66
8.4. Potřeba lůžek v domovech důchodců	67
8.5. Faktory ovlivňující kvalitu života v domovech důchodců	68
8.6. Zdravotní stav obyvatel domova důchodců	69
VÝZKUMNÁ ČÁST	73
9. METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU	73
9.1. Výzkumný problém, cíle a hypotézy	73
9.2. Aplikovaná metodika	75
9.2.1. Použité dotazníky	75
9.3. Popis vybraného vzorku osob	79
9.4. Metody zpracování dat	88
9.5. Výsledky výzkumu	89
9.5.1. Profil souborů z hlediska DŽS	89
9.5.2. Profil souborů z hlediska SUPOS – 7	93
9.5.3. Vybrané koreláty	97
9.5.4. K platnosti hypotéz	104
10. DISKUZE	106
11. ZÁVĚR	114
12. SOUHRN	119
Seznam literatury:	125
Přílohy :	129

1. ÚVOD

Život je krásný a jediný.

„Všechno má určenou chvíli a veškeré dění pod nebem svůj čas.“
(Robert Fulghum)

Zásadou filozofie bytí je názor, že „životu se musí rozumět zpětně“, je potřeba ale dodat, že žít se musí dopředu.

Na stáří nahlížíme z mnoha úhlů pohledu. Jak se člověk cítí nebo jaký je stav jeho ducha. S přibývajícimi roky měníme náš pohled na hranice životních cyklů a definujeme, „co je to být starý“ odlišně, než bychom definovali mladší.

„Přítomnost starého člověka“ by měla spočívat v přijetí vlastního věku a společnosti, stejně tak k udržení vlastní „přítomnosti.“ Starý člověk není automaticky znalcem života. Měl by se vyhnout falešné spiritualitě, která by ho vedla k uzavřenosti s odůvodněním, že nyní je čas myslet jediné na „šťastnou smrt.“ Abychom mohli říct, jaká je budoucnost starého člověka, stačí porozumět následující větě:

„A proto neklesáme na mysli, i když navenek hyneme, vnitřně se den ze dne obnovujeme.“

(apoštol Pavel, 2 Kor 4,16)

Dvacáté první století má být stoletím seniorů, alespoň v prvních padesáti letech. Již nyní u nás stoupá počet osob starších 80 let. Pro naši společnost to znamená zvýšené zaměření na geriatrickou péči.

Stárnutí je fenoménem dnešní doby, přesto se všeobecně popírá. Nepřiznáváme si, že to budeme i my, kdo bude jednou starý, nemocný a bude umírat. Dokud bude mít společnost „popírací postoj“, bude vytěsňovat i potřebu pomáhat starším spoluobčanům a nebude rozvíjet služby pro seniory.

Mezi mladší a starší generací stále přetrvávají stereotypy a mýty o stáří a stárnutí, chybí nedostatek mezigeneračních setkání.

Mnozí senioři jsou velmi závislí na péči své rodiny, která ji v mnoha případech odmítá poskytovat a přesouvá ji na zdravotní a sociální instituce. Vidíme nemohoucnost starých občanů, ovšem o to, jak jejich život končí nejprve sociální a později fyzickou smrtí kdesi v ústavu, to nikoho nezajímá. Není výjimkou, že stále častěji selhávají i profesionálové v sociálních a zdravotnických zařízeních. Přestávají rozumět změněným potřebám seniorů nebo jsou při

výkonu zaměstnání natolik psychicky a fyzicky vyčerpání, že nedokážou pojmenovat svůj syndrom vyhoření.

Lékaři a jiní odborníci hovoří o stáří a vysvětlují, jak stáří zpomalit, neumí ale říct, jak neodvratnému faktu stárnutí přizpůsobit život. Řešení existuje, a to naučit se chápat změny, kterými stárnoucí člověk prochází, respektovat potřeby těchto lidí, pomáhat seniorům naplnit svou životní roli ve stáří.

Všeobecně je pro starší lidi obtížné a především bolestné, když panuje nesoulad mezi jejich prožíváním a tím, jak je na ně pohlíženo a jaký obrázek si o nich vytvářejí ostatní lidé. Vezměme příklad obyvatele domova důchodců, který se zde může cítit dobře, ovšem okolím je vnímán jako skleslý stařec.

Čím dál více jsou čeští senioři líčeni jako aktivní ženy a muži, kteří bez problémů řídí velké firmy nebo navštěvují univerzity. Sebevědomí českého seniora se zvyšuje, což lze registrovat díky nárůstu služeb věnovaných právě seniorům. Na druhé straně se ale se stejnou samozřejmostí mluví o jejich vytěsnění na okraj zájmu společnosti. Přibývajících roky by pro člověka nemusely být větším problémem, záleží jen na vůli a volbě daného člověka. Vždyť přechod do důchodu lze chápat jako nový začátek a „třetí věk“ jako novou šanci. Naše společnost nabízí zajímavé možnosti k prožití hezkého stáří.

Diplomová práce je zaměřena na spokojenost a psychický stav obyvatelů domova důchodců. Právě vzhledem k nárůstu počtu starých lidí v populaci, je tato tematika aktuální a je velmi důležité se zabývat otázkami psychiky a spokojenosti v těchto zařízeních.

Stárnutí není nemoc. Můžeme na toto životní období připravit naši psychiku tím, že přijmeme fakt stárnutí, i přesto, když jsme ještě mladí. Je dobré v tomto životním období hledat pozitiva, která přináší každé vývojové období.

Pokud se jedinec ve stáří těší dobré psychické a fyzické kondici, je vyrovnaný a obklopený nejbližšími, v podstatě je ve svém životě spokojený. To samé můžeme říct i o osobách v domovech důchodců. Právě tyto instituce sdružují osoby, které sem mnohdy odešly, protože v jakékoliv oblasti svého života strádaly. Nebyly na tom dobře po psychické stránce, hůře již koordinovaly své tělo, žily o samotě nebo nebyly obklopeny osobami, kterým by nebyly lhostejní.

Teoretická část sestává ze sedmi hlavních kapitol. V první kapitole se věnujeme kontextu problému stáří a stárnutí, počínaje vysvětlením demografického stárnutí, přes pohled seniora, dále stářím, jeho riziky a poruchami chování, špatným zacházením se seniory až po rozdíly ve stárnutí žen a mužů. Ve druhé kapitole se zabýváme tím, jak se člověk vyrovnává s projevy stáří a stárnutí, dále pak změnami sociálními, fyziologickými, psychikou a psychickými změnami. Ve

třetí kapitole nastíníme stárnutí, jako přirozenou součást života, zmíníme teorie a hypotézy, které vysvětlují proces stárnutí a skončíme strukturou životních vývojových potřeb. Čtvrtá kapitola je o psychiatrických onemocněních ve stáří, péči o seniora, dále o vztahu senior a rodina a senior a domov důchodců a bydlení pro seniory. Pátá kapitola je o pohledu na kvalitu života. V šesté kapitole zmíníme něco o životní spokojenosti, smysluplnosti ve stáří a osobní pohodě. Teoretickou část uzavírá kapitola „Domovy pro důchodce jako životní alternativa.“ Zde pojednáváme o principech v péči o seniory, o rizicích dlouhodobého pobytu v ústavu, zmiňujeme členění podle zřizovatelů a potřebu lůžek v domovech důchodců, vyjádříme se i k faktorům, které ovlivňují kvalitu života v domovech a ke zdravotnímu stavu obyvatel domova důchodců.

Na výzkumnou část jsme použili Dotazník životní spokojenosti a SUPOS-7, dotazník struktury a dynamiky aktuálních psychických pocitů a stavů.

Výzkum jsme prováděli ve dvou domovech důchodců s cílem zjistit psychiku a životní spokojenost seniorů v těchto zařízeních vzhledem k jejich pohlaví a vymezit souvislost důležitých oblastí jejich života ve vztahu k trvalému pobytu, věku a roku od poslední svatby. Získali jsme vyrovnaný vzorek probandů (celkem 69, z toho 38 žen a 31 mužů). Administrovali jsme s každým klientem domova zvlášť. Výzkum jsme uskutečnili v období od 14.7. – 18.7. 2008 v Domově pro seniory v Jevišovicích a od 3.9. – 5.9. 2008 v Domově důchodců v Božicích, obojí u Znojma. Zvolili jsme postup subjektivního hodnocení samotnými seniory. Pomocí dotazníků jsme zjišťovali informace ohledně spokojeností klientů těchto zařízení, jaké je pořadí důležitosti jednotlivých oblastí jejich života. Co pokládají za nejdůležitější, co si myslí o kvalitě svého života a s čím ve svém životě spokojeni nejsou.

Domovy důchodců by měly být „místem života“ a posláním personálu by mělo být „pomáhat“ jejich obyvatelům „žít“. Každý člověk si zaslouží žít a prožít spokojený a naplněný život v jakékoliv jeho etapě.

TEORETICKÁ ČÁST

2. KONTEXT PROBLÉMU STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

„Všechno, což by předsevzala ruka tvá k činění, podle možnosti své to konej, pokud jsi živ a zdrav: nebo není práce, ani důmyslu, ani umění, ani moudrosti v hrobě, do něhož sejdeš.“

(Šalamoun)

Stárnutí je procesem, který je včleněn do celkového životního děje člověka a je plynulým přechodem v rámci celého života člověka (Křivohlavý, 2002). Jak poznamenává Švancara (1983): „Stárnutí není chorobnou změnou, ale normálním biologickým pochodem, který probíhá v nezadržitelném toku vývoje (Křivohlavý, 2002).

„ Stáří neznamená pouze úbytek funkcí. Některé funkce se celý život nemění, jiné se dokonce zlepšují! Vůbec nejvýznamnější je zjištění, že starý organismus disponuje kvalitativně jinými mechanismy, kterými se přizpůsobuje podmínkám okolí.“

(V. Pacovský)

Stárnutí je závěrečnou fází lidského vývoje a je třeba ho posuzovat jako součást kontinuální proměny (Hamilton, 1999).

2.1. Demografické stárnutí

Podle údajů z posledního sčítání lidu žijí u nás bezmála dva miliony osob ve věku šedesát a více let, což jsou asi dvě pětiny obyvatelstva. Z více než tří pětín se jedná o jedince v tzv. třetím věku, to jsou osoby, které mají 60 až 74 let. S velkou pravděpodobností se v průběhu desetiletí převaha starých žen mezi starými lidmi zřejmě oslabí. S úmrtím partnera budou lidi konfrontováni o čtyři až pět let později, než je tomu nyní. Závěrem dekády se počet šedesátiletých a starších zvýší na zhruba 2,3 milionu. Za dalších deset let se může posunout až ke 2,7 milionům a v polovině 21. století by podle Daňkové a kol. (2004) mohla Česká republika postoupit na třetí, nebo dokonce první místo světového žebříčku. Dle Českého statistického úřadu by měl dosáhnout podíl starého obyvatelstva do roku 2050 až jedné třetiny celkové populace (starým obyvatelstvem se rozumí osoby ve věku 65 a více let). Lidé se budou dožívat asi o deset let více než nyní (Sýkorová, 2007).

K nárůstu podílu seniorů na obyvatelstvu docházelo od první poloviny 80. let. Rostl taktéž podíl dětské složky (nejvyšší byl v roce 1984, a to 23,5 %). V roce 1989 u nás bylo přibližně 22% obyvatel mladších patnácti let. Právě přelom let 80. a 90. byl charakteristický nárůstem průměrné délky lidského života. Po roce 1990 se snížila sňatečnost a začalo se rodit podstatně méně dětí. Výrazně vzrostl počet rozvodů. Od roku 1991 zaznamenáváme další pokles úmrtnosti ve většině věkových skupin. Mírně rostl počet seniorů ve věku 65 a více let (Glosová, 2006).

Mužů se rodí o 6% více než žen, mají ovšem nižší naději dožití než ženy. V osmdesáti letech je u nás žen dvakrát a v devadesáti třikrát více než mužů. A to počátkem let 90. minulého století byly rozdíly ještě větší (Glosová, 2006). Zatímco na tisíc žen 60-64letých připadá 865 mužů, v kategorii 85letých a starších se jedná o poměr 1000 : 367 (Sýkorová, 2007).

Od počátku 90. let byl zaznamenán i nárůst podílu ovdovělých (více než 40% žen a téměř 10% mužů) (Glosová, 2006).

Dnes se populace seniorů 60+ vyznačuje velmi nízkým zastoupením rozvedených (6% mužů a 8% žen). V kategorii 60 – 64letých osob žijí v manželství více než 4/5 mužů a 3/5 žen a v kategorii 85+ ještě 2/5 mužů a jen 4% žen. Je známo, že po ovdovění i po rozvodu uzavírají muži nový sňatek častěji než ženy (Sýkorová, 2006).

Právě stárnutí bude hlavním problémem budoucího populačního vývoje České republiky. S důsledky stárnutí se bude dříve nebo později potýkat většina zemí, včetně těch rozvojových.

Tabulka 1:

Základní charakteristiky budoucího demografického vývoje - PřF UK

Rok	Plodnost (úhrnná plodnost)			Úmrtnost (naděje dožití při narození)						Migrace (migrační saldo)		
				muži			ženy			(v tis. osobách)		
	nízká	střední	vysoká	nízká	střední	vysoká	nízká	střední	vysoká	nízká	střední	vysoká
2003	1,15	1,19	1,19	72,0	72,4	72,7	78,5	78,8	79,1	10,0	24,0	34,0
2005	1,15	1,23	1,24	72,4	72,8	73,4	78,8	79,2	79,7	9,2	22,8	31,4
2010	1,19	1,34	1,37	73,4	74,1	74,9	79,7	80,3	81,0	7,0	20,0	25,0
2020	1,32	1,51	1,58	75,4	76,5	77,6	81,3	82,4	83,4	10,0	24,9	34,1
2030	1,38	1,57	1,67	77,0	78,7	80,0	82,6	84,0	85,2	10,2	25,9	37,3
2040	1,43	1,61	1,74	78,4	80,4	81,8	83,6	85,4	86,7	10,2	25,7	38,7
2050	1,45	1,64	1,80	79,7	82,0	83,4	84,6	86,7	88,0	10,3	25,4	39,7
2065	1,49	1,68	1,87	81,3	84,0	85,7	85,8	88,3	89,8	9,9	23,9	39,3

Pramen: B. Burcin a T. Kučera: Prognóza populačního vývoje České republiky na období 2003 – 2065

Tabulka 2:**Základní charakteristiky budoucího demografického vývoje – ČSÚ**

Rok	Plodnost (úhrnná plodnost)			Úmrtnost (naděje dožití při narození)						Migrace (migrační saldo) (v tis. osobách)		
				muži			ženy					
	nízká	střední	vysoká	nízká	střední	vysoká	nízká	střední	vysoká	nízká	střední	vysoká
2002	x	1,17	x	x	72,1	x	x	78,5	x	12,3	12,3	12,3
2005	1,19	1,23	1,28	72,3	72,4	72,4	78,8	78,8	78,9	10,0	25,0	40,0
2010	1,23	1,30	1,36	72,9	73,1	73,3	79,3	79,4	79,7	10,0	25,0	40,0
2020	1,31	1,45	1,55	74,2	74,5	75,1	80,3	80,7	81,2	10,0	25,0	40,0
2030	1,38	1,60	1,75	75,4	76,0	76,8	81,3	81,9	82,8	10,0	25,0	40,0
2040	1,40	1,61	1,76	76,6	77,5	78,6	82,3	83,2	84,4	10,0	25,0	40,0
2050	1,42	1,62	1,77	77,8	78,9	80,3	83,3	84,5	86,0	10,0	25,0	40,0

Pramen: ČSÚ; vlastní výpočty

Prognóza PřF UK pracuje s nadějí dožití vyšší o cca 3 roky pro muže a 2 roky pro ženy. ČSÚ (migrace) předpokládá v čase konstantní rozdíl mezi přistěhovalými a vystěhovalými, ale ani tak nemůžeme hovořit o výrazné odchylce od předpokladu PřF UK.

Tabulka 3:**Struktura populace podle pohlaví a věkových skupin - PřF UK**

	2003	2010	2020	2030	2040	2050	2065
Počet obyvatel (tis. osob)	10 214	10 305	10 404	10 376	10 231	10 065	9 716
Věková struktura (v %)							
Muži:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0 – 19	23,0	21,2	21,1	20,3	19,4	19,8	19,8
20 – 54	53,5	51,4	48,3	44,8	42,1	40,4	40,5
55 – 64	12,4	14,3	12,3	14,1	14,4	12,8	12,1
65 -	11,1	13,2	18,2	20,8	24,1	27,1	27,7
Ženy:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0 – 19	20,7	18,9	18,7	17,9	17,3	17,7	17,8
20 – 54	49,7	47,9	45,2	41,8	38,6	36,9	37,3
55 – 64	12,9	14,7	12,3	14,0	14,6	12,6	11,6
65 -	16,7	18,5	23,8	26,4	29,6	32,8	33,3
Obě pohlaví:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0 – 19	21,8	20,0	19,9	19,1	18,3	18,7	18,8
20 – 54	51,6	49,6	46,7	43,3	40,3	38,6	38,9
55 – 64	12,7	14,5	12,3	14,0	14,5	12,7	11,8
65 -	14,0	15,9	21,1	23,7	26,9	29,9	30,5

Pramen: B. Burcin a T. Kučera: Prognóza populačního vývoje České republiky na období 2003 – 2065

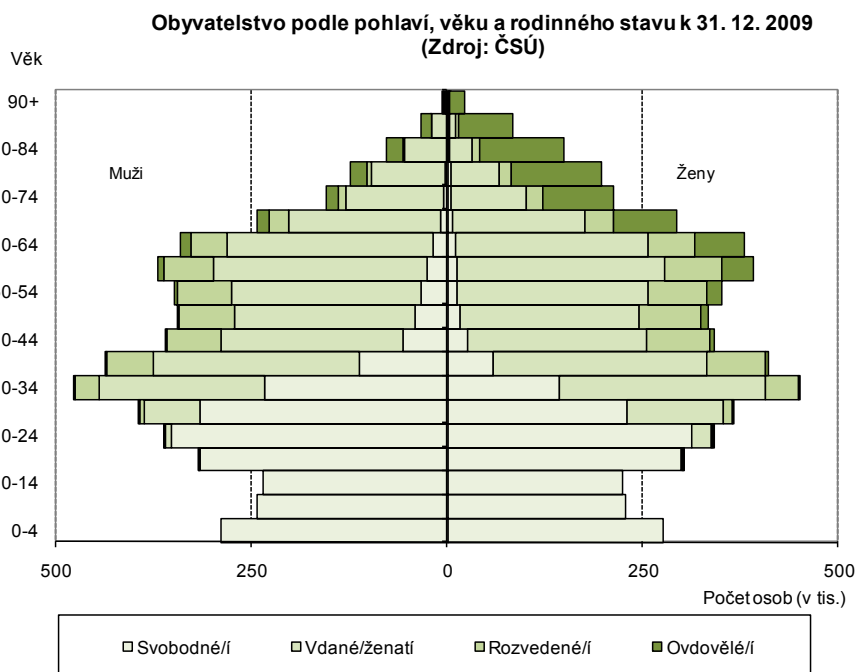
Tabulka 4:
Struktura populace podle pohlaví a věkových skupin – ČSÚ

	2003	2010	2020	2030	2040	2050
Počet obyvatel (tis. osob)	10 217	10 283	10 284	10 102	9 795	9 438
Věková struktura (v %)						
Muži:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0 – 19	22,8	20,2	19,2	18,2	17,4	17,5
20 - 54	53,7	52,6	50,5	46,5	42,0	39,5
55 – 64	12,4	14,4	12,8	15,3	16,4	14,5
65 -	11,1	12,8	17,5	20,0	24,1	28,5
Ženy:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0 – 19	20,6	18,3	17,4	16,5	15,8	15,9
20 - 54	49,9	48,8	46,8	42,9	38,6	36,1
55 – 64	12,9	14,8	12,8	15,1	16,1	14,0
65 -	16,6	18,1	23,0	25,6	29,5	34,0
Obě pohlaví:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0 – 19	21,7	19,2	18,3	17,3	16,6	16,7
20 - 54	51,7	50,7	48,6	44,6	40,3	37,8
55 – 64	12,7	14,6	12,8	15,2	16,3	14,2
65 -	13,9	15,5	20,3	22,8	26,9	31,3

Pramen: ČSÚ; vlastní výpočty

Prognóza PřF UK věří ve vyšší podíl mladých žen a mužů ve věku do 19 let a nižší podíl osob ve věku 55 – 64 let.

Graf 1:



Od věku 60 let dochází k poklesu podílu vdaných a rozvedených, a naopak k nárůstu podílu ovdovělých žen. Podíly ovdovělých žen ze všech žen jsou vždy vyšší, než je tomu u podílů ovdovělých mužů (ze

všech mužů). Nejvyšší podíl ovdovělých mužů (ze všech mužů) se vyskytuje až v nejvyšší věkové kategorii (90 a více let) a odpovídá podílu ovdovělých žen (ze všech žen) ve věku 70-74 let.

Tabulka 5:

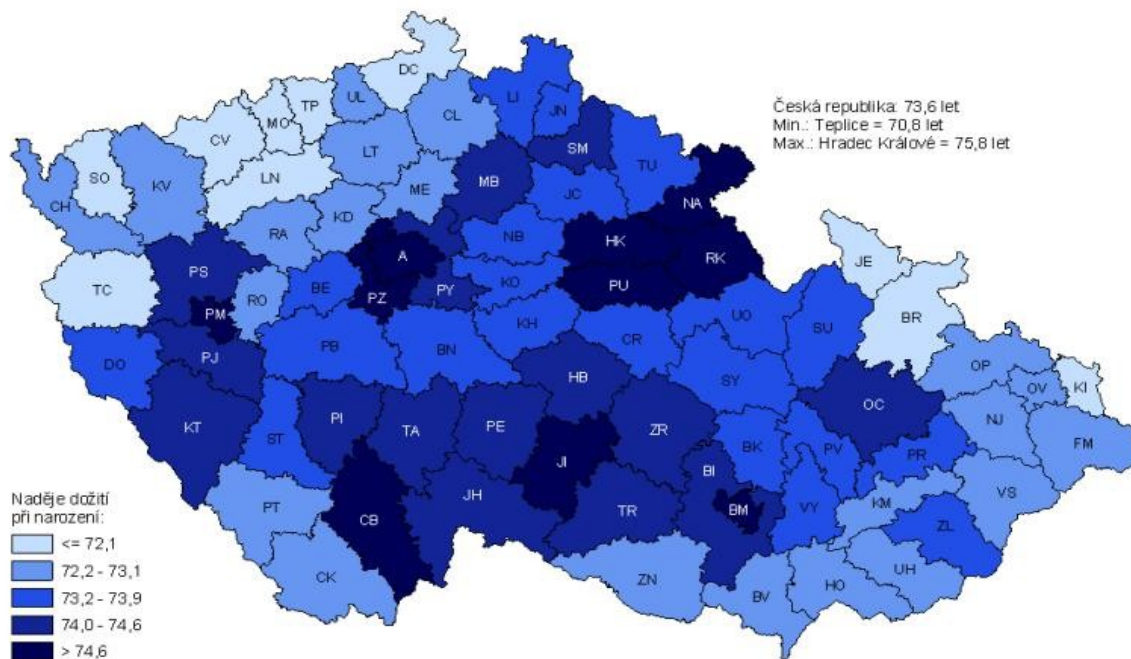
Pořadí krajů podle výše hodnoty indexu stáří (1=nejvyšší, 14=nejnižší hodnota)

Kraj	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Praha	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Středočeský kraj	2	3	3	5	5	5	6	8-9	10	11	11	13
Jihočeský kraj	9	9	9	8-9	8-9	9	9	8-9	8	9	9	9
Plzeňský kraj	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	4	4
Karlovarský kraj	14	14	14	14	14	13	13	13	13	13	13	11
Ústecký kraj	12	12	12	13	13	14	14	14	14	14	14	14
Liberecký kraj	11	11	11	11	11	11	12	12	12	12	12	12
Královéhradecký kraj	5	5	5	4	4	4	4	4	4-5	5	5	5
Pardubický kraj	6	6	6	7	8	7	8	7	7	7-8	8	8
Vysočina	10	10	10	10	10	10	10	10	9	7-8	7	7
Jihomoravský kraj	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	2	2
Olomoucký kraj	7	7	8	8-9	8-9	8	7	6	6	6	6	6
Zlínský kraj	8	8	7	6	6	6	5	5	4-5	4	3	3
Moravskoslezský kraj	13	13	13	12	12	12	11	11	11	10	10	10

Během celého sledovaného období byly zjištěny nejvyšší hodnoty indexu stáří v Praze. Počet osob ve věku 65 a více let připadající na 100 osob ve věku do 14 let se v Praze plynule zvyšoval. Všechny kraje zaznamenaly od roku 1998 nárůst indexu stáří, liší se jeho intenzitou. Zatímco Středočeský kraj se stal z druhého nejstaršího kraje v roce 1998 do roku 2009 druhým nejmladším krajem, Zlínský kraj zaznamenal trend opačný – z osmého nejmladšího se stal třetím nejstarším.

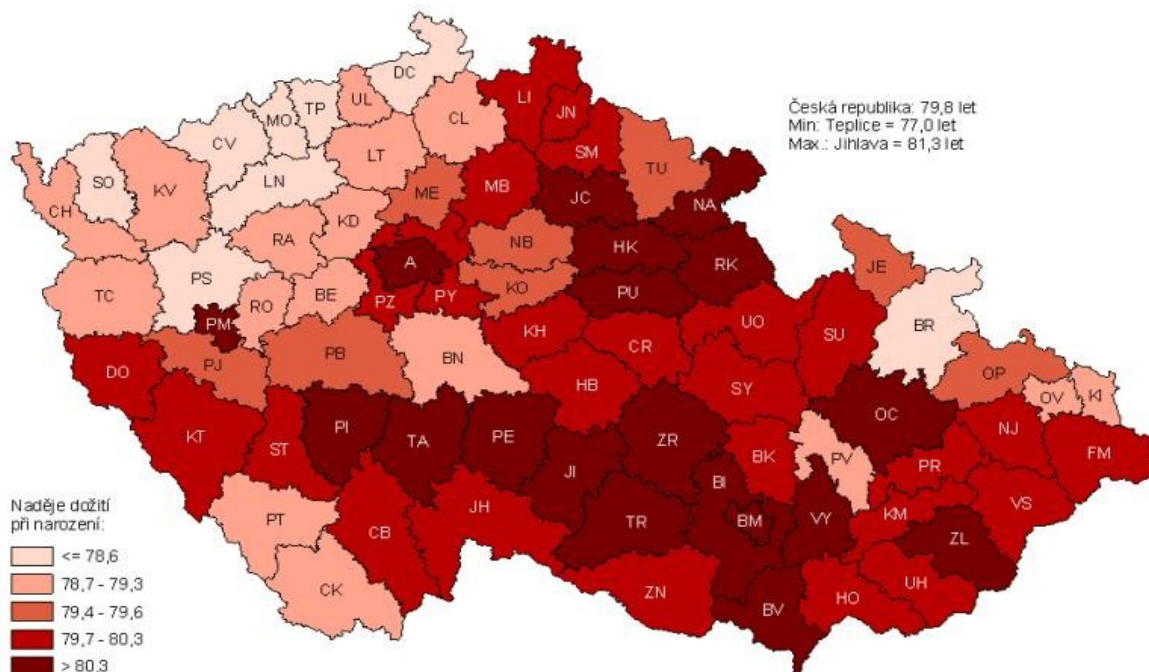
Mapa 1:

Naděje dožití mužů při narození v okresech v období 2005-2009 (Zdroj: ČSÚ)



Mapa 2:

Naděje dožití žen při narození v okresech v období 2005-2009 (Zdroj: ČSÚ)



Naděje dožití žen je nejnižší v okresech Sokolov, Chomutov, Most, Teplice, Děčín, Louny, Plzeň – sever a Bruntál, nejvyšší na Vysočině, Královéhradeckém kraji a Jihomoravském a v okrese Olomouc. Naděje dožití mužů je nejnižší v okresech Sokolov, Chomutov, Most, Teplice, Děčín, Louny, Bruntál, Karviná, Jeseník a Tachov, nejvyšší na Vysočině a Královéhradeckém kraji.

2.2. Stáří 21. století versus pohled seniora

Stáří si zaslouží, aby se mu dostávalo stejného zájmu i pozornosti, jak ze strany seniorů, pomáhajících profesí, tak i státní sociální a zdravotní politiky.

V této fázi života klademe velký důraz na psychosociální rozvoj osobnosti a uchování pohybových dovedností.

V dnešní společnosti vládne tvrdý individualismus. Nedaří se dosáhnout kvalitních vzájemných vztahů, člověk nepotřebuje žít s druhými a pro druhé, nesoucí a nemá pro druhé pochopení.

Staří lidé se začínají cítit ohroženi dobou, ve které žijí. Žijeme ve společnosti, jejímž ideálem je věčné mládí a jsme společností, která neumí stárnout. Příhoda je toho názoru, že „symptomem doby je orientace na mládí a je někdy až komické pozorovat, jak se s použitím invazivní kosmetiky a podporou reklamy mnozí ze střední generace snaží vzepřít proudu času“ (Příhoda in Tošnerová, 2009, s. 7). Dnešní společnost chápe stáří jako kletbu a civilizované lidstvo žije hic et nunc – tady a teď (Příhoda in Tošnerová, 2009). Podle Haškovcové „stáří a nemoci jsou pokládány za synonyma“ (Haškovcová in Glosová, 2006, s. 28).

Naši společnost charakterizují neustálé inovace. Vše musí být lepší a rychlejší. Můžeme to chápat tak, že dnešní společnost proměnila a narušila vztahy mezi mládím a stářím.

Dříve se pokládala za hlavní hodnotu stáří zkušenost. Dnes je tato zkušenost na obtíž a připomíná se, že kdysi byl svět jiný a lidé nebyli tak materiálně založeni jako dnes.

Mnozí senioři si proto mohou přijít odstrčení nebo dokonce diskriminováni. Ageismus dle Sýkorové (2007) stereotypizuje a taktéž diskriminuje lidi právě na základě jejich věku. Dochází tak k omezování sociálních rolí a znehodnocení statusu seniorů, odpírá jim rovné příležitosti a formuje očekávání druhých vůči nim. Ageismus se manifestuje diskriminací na trhu práce, ve zdravotnictví, pohrdáním až k vyhýbání se kontaktu se starými lidmi. Nejhrubší formou ageismu je pak násilí páchané na seniorech, a to nejčastěji bohužel v rodině (Sýkorová, 2007).

V naší společnosti přetrvává nezájem něco dělat. Každému senioru je jednoduše s příchodem důchodového věku přidělena nálepka „důchodce“ a myšlenka „já už se v životě napracoval dost a teď budu odpočívat“.

Dnešní senior ví, že když už mu bude nejhůř, jsou tady domovy důchodců a jiná zařízení, která se o něj postarají. Už ale neví, že existuje řada např. rehabilitačních programů, které by mu mohly pomoci vrátit se zpět do domácího prostředí nebo mnohá sociální zařízení, kde by měl senior mnohem lepší podmínky k dožití, než v klasických domovech důchodců.

Naši společnost vnímáme jako „konkurenci“, v níž vítězí ten silnější. Stáří je automaticky z tohoto „boje“ vyloučeno.

Je prokázáno, že dokud je zdravé tělo, tak je člověk výkonnější. Pak i psychika funguje lépe.

Stáří můžeme chápat i tak, že starý je člověk právě tak, jak staře myslí. Stáří není jen o počtu let, ale o tom, jak se člověk cítí po duševní a fyzické stránce.

Někteří senioři odmítají představu vlastního stáří. Vědomí vlastního chronologického věku se ale zcela nevytrácí. Věk mnohdy spojují právě se zdravím „když jsme zdraví, jsme ještě mladí.“ Mohou si též připadat staří „jen někdy a v něčem.“ Považovat se za starého totiž pro seniory znamená vzít na vědomí zhoršení smyslů, kognitivních funkcí, úbytek fyzických sil, též únavu a ztrátu chuti do života. Určení stáří je i pro samotné seniory problematické. Při určování se bere v potaz konkrétní věk, především ale zdravotní stav seniora, dále nás zajímá fyzický vzhled, ale i finanční potíže a sociální izolace. Jako velký problém je vnímán seniory právě ageismus, jehož negativní prožívání se promítá do definice vhodné společenské pomoci starým lidem. Máme tím na mysli úctu a toleranci, slušnost a společenské uznání starším spoluobčanům (Sýkorová, 2007).

Podle Schmidta a Bolanda „senioři vnímají více stereotypy zahrnující negativní osobnostní charakteristiky (kverulantství, nepružnost, zapomnětlivost, závislost) než ty, které obsahují pozitivní vlastnosti (moudrost, užitečnost, šlechtnost, velkorysost, zdraví a aktivitu) a než stereotypy spojené s charakteristikami fyzickými (šedými vlasy, vráscitou pletí, zhoršením zraku a sluchu)“ (Sýkorová, 2007, s. 67).

2.3. Stáří, jeho rizika a poruchy chování

„Existuje zcela určitý vztah mezi zdravím a splněním životního úkolu a obdobně i mezi nemocí a smrtí na jedné straně a nesplněním životního úkolu na straně druhé.“

(Arthur Jores)

Stává se skutečností, že ve velkých městech končí zhruba 80 % seniorů mimo rodinu, nejčastěji v nemocnicích, ústavech či domovech. Nejhůře to prožívá právě starý člověk, který se do této situace dostal.

Problémy násilí, páchaných na starých lidech, jsou v ČR stále poněkud stranou pozornosti, ačkoliv mnohé země již tuto otázku řeší. Staří lidé, jako specifická věková kategorie, se stávají aktuální ohroženou skupinou i z hlediska kriminality a trestné činnosti, která zahrnuje násilí fyzické, násilí psychické, násilí ekonomické a násilí majetkové.

(Zdroj: http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/kriminalistika/2001/01_01/senior.html).

Statistické údaje uvádí poměrně vysoké procento sebevražd, které jsou vyústěním dlouhotrvajících problémů nebo jsou zapříčiněny chorobnými návyky. Největší počet sebevražd je uváděn ve věkové kategorii od 40 do 54 let, převažuje mužská populace. Ve vyšším věku má sebevražednost vysokou úroveň. Největší procentuální zastoupení má u mužů nad 65 let, žijících osaměle, vdovců nebo rozvedených, u kterých se již dříve objevily sebevražedné pokusy, u alkoholiků, apod. Důvodů, proč senioři předčasně ukončí svůj život, je několik. Tělesná postižení, zdravotní problémy nebo narušené rodinné vztahy. Zapomínáme na to, že právě duševní onemocnění se rozvíjí v pozdějším věku a mohou být rizikem pro akcelerovanou smrt.

Poruchy chování u seniorů se rozvíjí spolu s poruchami kognitivních funkcí a jsou součástí širšího syndromu, který označujeme jako BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia). Symptomy BPSD jsou paranoidní ladění a myšlení, popř. bludy, výskyt halucinací, poruchy v běžné činnosti, agitovanost a agresivita, poruchy rytmu spánku / bdění, deprese, mánie, úzkosti nebo fobie. BPSD jsou zátěží jak pro pacienty a jejich rodiny, tak pro ošetřovatele, výskyt BPSD znamenají horší prognózu onemocnění, prohlubují vnímání deficitu nemocného atd. BPSD můžeme do jisté míry léčit.

(Zdroj: <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/poruchy-chovani-ve-stari-447837>).

Demenci tvoří tři základní skupiny symptomů. Jde o narušení kognitivních funkcí, aktivit denního života a BPSD, které lze rozdělit do dvou skupin – behaviorální a psychologické symptomy. Behaviorální zahrnují slovní (verbální) či brachiální agresivitu a agitovanost, bloudění, neodpovídající jednání, sexuální dezinhibici, vykřikování, ale i špehování, shromažďování zbytečných předmětů, hašteřivost. Psychologické (psychiatrické) symptomy jsou příznaky, které většinou objevíme buď na základě cíleného psychiatrického vyšetření pacienta,

nebo otázkami kladenými jejich příbuzným. Jde o poruchy nálady (anxieta, depresi, popřípadě elaci nálady), dále poruchy vnímání (halucinace) a myšlení (bludy).

Bloudění je vesměs bezcílné, vyskytuje se zvláště u středně těžké a těžké formy onemocnění, jde o projev dezorientace. Příčinami mohou být poruchy paměti, separační anxiety, spánková inverze nebo pocit osamocení. Ale také nevhodně podané léky mohou být příčinou zejména nočního bloudění.

Za rizikové faktory v rozvoji agresivního chování pokládáme mužské pohlaví, závažnější postižení intelektu, rozvoj bludného myšlení a narušená soběstačnost. Agitované, popř. agresivní jednání může být projevem úzkosti nemocného, může jít o obranné jednání, protest nebo snahu dosáhnout některého z nesplněných cílů. Příčinou může být i bludné přesvědčení nebo může jít o reakci na zvýšenou kontrolu personálu ohledně chování pacienta.

Výskyt bludů se uvádí od 10% až 75% případů, u nemocných trpících BPSD jsou v praxi nejčastější následující tři okruhy bludného myšlení, a to bludné přesvědčení, že je jedinec okrádán, dále chorobné přesvědčení o tom, že nemocný je opuštěn, že je vydán na pospas, že se o něj příbuzní nestarají a bludy z oblasti sexuální.

Halucinace se vyskytují mezi 10 až 50 % případů. Halucinace zrakové má přibližně 30 % pacientů s demencí. Jsou nejčastější u středních a těžkých stadií demence. Demence s Lewyho tělísky je charakterizována výskytem až v 70 % případů.

Poruchy nálady zahrnují zejména depresi, úzkost, fobie, méně často mánie, respektive tupou elaci nálady. Vyskytují se ve všech stadiích demence až u 50 % dementních nemocných.

Depresivní člověk bývá nenápadný a málo si spontánně stěžuje. Deprese se vyznačuje smutkem, sebelítostí a ztrátou zájmů, zhoršením spánku s nočním blouděním a agitovaností nebo ztrátou chuti k jídlu.

Co se etiopatogeneze BPSD týče, jsou nám známy tyto dvě skupiny faktorů, a to faktory genetické a neurobiologické a psychologické a sociální faktory.

(Zdroj: <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/poruchy-chovani-ve-stari-447837>).

2.4. Špatné zacházení se seniory u nás

Fenomén špatného zacházení se seniory může mít v dnešní společnosti mnoho podob a forem, od fyzického násilí, přes sexuální zneužívání, vydírání vyhrožování, k odmítání pomoci nebo zanedbávání.

Právě senior je díky svojí zranitelnosti více než kdo jiný ohrožen špatným zacházením a diskriminujícím postojem společnosti. U nás je problematice zneužívání stáří věnována jen malá pozornost.

Tělesným týráním rozumíme vědomé způsobování bolesti, zraňování nebo bezdůvodné fyzické omezování starší osoby (zlomeniny, otoky, škrábance, popáleniny, podlitiny a sexuální týrání).

Materiálním (finančním) zneužíváním míníme zneužívání majetku a finančních zdrojů seniora (mimořádný zájem členů rodiny o majetek seniora, nerovnost mezi příjmy/ majetkem a životní úrovni starší osoby, nepřesná nebo dokonce žádná povědomost o vlastní finanční situaci apod.).

Zanedbáváním druhou osobou máme na mysli zanedbávání ze strany pečující osoby ve smyslu zanedbání povinnosti opatřit svému svěřenci dostatek potravy, přístřeší nebo lékařskou péči.

Vlastním zanedbáváním péče o sebe sama rozumíme neschopnost si opatřit stravu, přístřeší, oděv a lékařskou péči.

Emocionálním týráním míníme ponižování, sekýrování, hrozby a odloučení nejbližších osob (zmatenost, přehnaný strach, nespavost, nezájem o sebe, stažení se do sebe apod.).

Jinými známkami zneužívání či týrání členy rodiny máme na mysli opakovaná „náhodná“ zranění, vyhýbání se lékaři, aby neodhalil zranění, přetrvávající pocity izolace pramenící z nepřístupu k penězům, přátelům, práci apod.

Velký podíl na špatném zacházení má právě násilí páchané v rodině. Násilí v rodině označujeme jako „model donucovacího dohledu“, který vykonává jedna osoba nad druhou. Modelem moci a dohledu nad obětí rozumíme zastrasování (zlé pohledy, týrání zvířete před obětí, rozbíjení věcí oběti), osamělost (mít dohled nad tím, s kým se oběť vídá, omezovat její zájmy apod.), citové týrání (nazývat ji hanlivými jmény, ponižovat ji apod.), snižování, zapírání a kárání (přesunutí odpovědnosti z týrání na někoho jiného), používání dětí k navození výčitek ve vztahu k dětem / vnukům, ekonomické týrání, omezování nebo výhrůžky.

(Zdroj: http://aa.ecn.cz/img_upload/07bc9d1453b4bc61934a7ebb36075df2/stari.pdf).

Z psychologického i právního hlediska je obtížné pomoci starému člověku, který se stal obětí psychického nebo fyzického týrání. Trestní zákon sice bere v potaz týrání svěřené osoby, nepamatuje ale už na týrání bezmocného a slabšího člověka, ani dokonce na týrání člověka člověkem.

Tabulka 6:

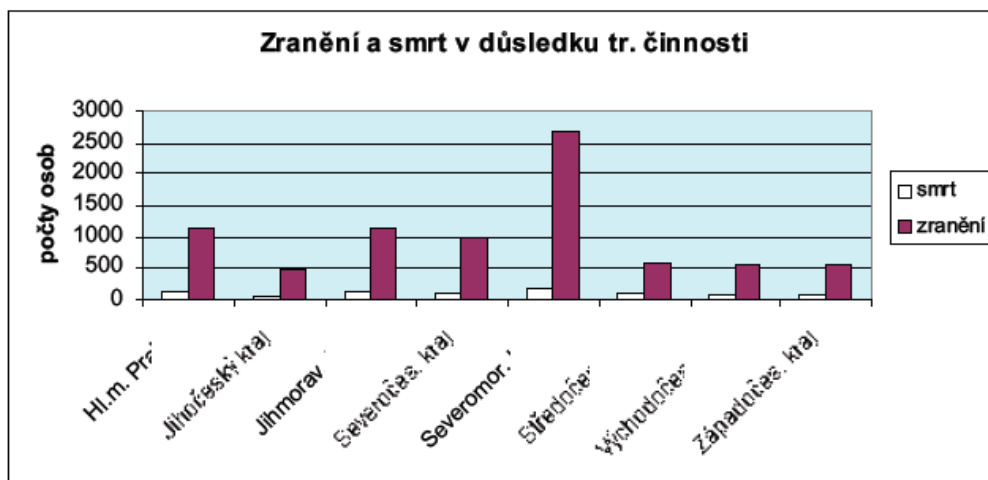
Počty policíí evidovaných obětí kriminality ve věku 60 a více let v období let 1994 – 2007 v ČR, dělení podle věkových kategorií a pohlaví obětí

Věk obětí v letech:	Muži		Ženy		Celkem	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
60-69	17947	60,9	18367	52,5	36314	56,3
70-79	8772	29,8	11982	34,2	20754	32,2
80-89	2466	8,3	4309	12,3	6775	10,5
90 a více	288	1,0	360	1,0	648	1,0
Celkem	29473	100,0	35018	100,0	64491	100,0

Trestná činnost spáchaná na osobách starších 60 let, se nejvíce dotkla věkové kategorie 60 – 69 let (56,3%), ve věkové kategorii 70 – 79 let (32,2%), u osob starších 80 let (11,5%).

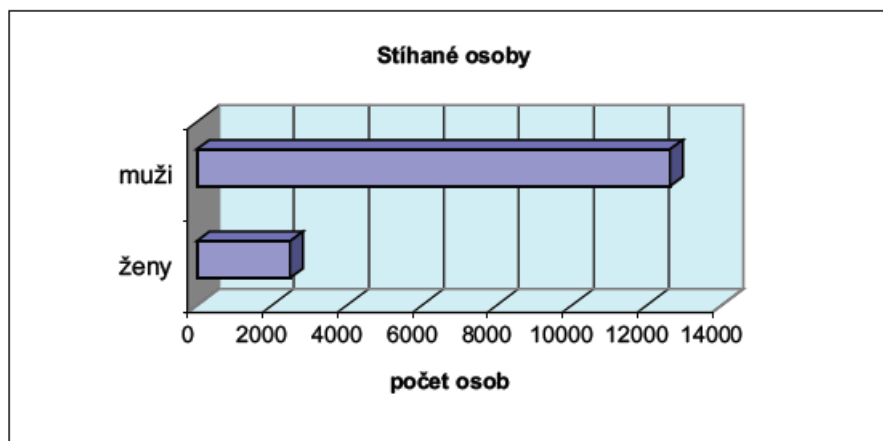
Graf 2:

Zranění a smrt jako následky trestné činnosti u policíí evidovaných obětí kriminality ve věku 60 a více let ve vyšších územně správních celcích /krajích/ ČR za období let 1994-2007 (úmrtí n=759, zranění n=8052)



Graf 3:

Stíhané osoby za trestnou činnost na osobách ve věku 60 a více let v období let 1994-2007 v ČR, dělení podle pohlaví stíhaných jedinců. (N=15117)



(Zdroj: <http://www.ok.cz/iksp/docs/362.pdf>).

Tabulka 7:

Stíhané osoby za trestný čin podle § 215a tr. zák. spáchaný na jedincích ve věku 60 a více let v období června 2004 až prosince 2007 na území ČR, dělení podle věku a pohlaví stíhaných osob

<i>Věk stíhaných osob v letech:</i>	<i>Muži</i>		<i>Ženy</i>		<i>Celkem</i>	
	<i>Abs.</i>	<i>%</i>	<i>Abs.</i>	<i>%</i>	<i>Abs.</i>	<i>%</i>
<i>0-15</i>	0	0	0	0	0	0
<i>15-17</i>	1	0,7	0	0	1	0,6
<i>18-20</i>	3	2,1	0	0	3	1,8
<i>21-29</i>	8	5,6	3	13,6	11	6,7
<i>30-39</i>	32	22,4	5	22,7	37	22,4
<i>40-49</i>	31	21,7	8	36,4	39	23,6
<i>50-59</i>	24	16,7	5	22,7	29	17,6
<i>60-69</i>	32	22,4	1	4,6	33	20,0
<i>70-79</i>	11	7,7	0	0	11	6,7
<i>80 a více</i>	1	0,7	0	0	1	0,6
<i>Celkem</i>	143	100,0	22	100,0	165	100,0

(Zdroj: <http://www.ok.cz/iksp/docs/362.pdf>).

Tabulka 8:

Typy špatného zacházení s jednotlivými seniory v rodině - údaje sociálních pracovníků, kteří se s případy ubližování seniorovi setkali v „posledních pěti letech“ (2000-2005). Počet seniorů – obětí (případů ubližování): N=83 (26 mužů, 57 žen)

<i>Typy ubližování seniorovi v jednotlivých případech:</i>	<i>Počet seniorů (případů ubližování)</i>	
	<i>Abs.</i>	<i>%</i>
<i>Psychické</i>	16	19,3
<i>Psychické a zneužívání financí/majetku seniora</i>	14	16,9
<i>Zneužívání financí/majetku seniora</i>	9	10,8
<i>Psychické a fyzické</i>	8	9,7
<i>Psychické a zanedbávání</i>	8	9,7
<i>Zanedbávání a zneužívání financí/majetku seniora</i>	7	8,4
<i>Psychické, zanedbávání, zneužívání financí/majetku seniora</i>	7	8,4
<i>Zanedbávání</i>	6	7,2
<i>Psychické, fyzické, zanedbávání</i>	2	2,4
<i>Fyzické a zneužívání financí/majetku seniora</i>	2	2,4
<i>Psychické, fyzické, sexuální</i>	1	1,2
<i>Psychické, fyzické, zneužívání financí/majetku seniora</i>	1	1,2
<i>Fyzické a zanedbávání</i>	1	1,2
<i>Psychické, fyzické, zanedb., zneužívání financí/majetku seniora</i>	1	1,2
<i>Celkem seniorů (případů ubližování)</i>	83	100,0

Zanedbávání ve smyslu neprovádění hygieny aj. zažilo dle sociálních pracovníků skoro 40% z 83 seniorů, Jedna seniorka ze vzorku probandů byla opakovaně sexuálně zneužívána.

Tabulka 9:

Pohlaví osob, které špatně zacházely s 83 sledovanými seniory v rodině /v období let 2000 – 2005/. Údaje sociálních pracovníků.

<i>Pohlaví ubližovatelů:</i>	<i>Počet seniorů (případů ubližování)</i>	
	<i>Abs.</i>	<i>%</i>
Jen muž/muži	30	36,1
Jen žena/ženy	36	43,4
Muž a žena (muži a ženy)	17	20,5
<i>Celkem seniorů</i>	83	100,0

(Zdroj: <http://www.ok.cz/iksp/docs/362.pdf>).

2.5. Rozdíly ve stárnutí žen a mužů

Stárnutí žen a mužů probíhá odlišně. Souhrnně lze konstatovat, že některé fyziologické a psychologické problémy jsou společné pro muže i ženy. A obecně platí, že existují rozdíly mezi pohlavími ve způsobu, jakým lidé reagují na měnící se životní situace.

Ženy se v průměru dožívají vyššího věku než muži. Muži mají v každém věku vyšší úmrtnost než ženy.

Muži více trpí chronickými chorobami a častěji také umírají na závažné choroby, jako jsou například srdeční příhody.

U ženy dochází především k poklesu sekrece estrogenu, který se projevuje:

- vegetativním klimakterickým syndromem
- (hlavními projevy jsou pocity horka, zejména na hrudníku a v obličeji, pocení, palpitace, nespavost, zvýšená únava, podrážděnost a pocity úzkosti)
- organickými a metabolickými změnami
- (nedostatek estrogenu způsobuje:
- proaterogenní změny (riziko ICHS)
- zrychlení metabolismu kosti, což má za následek klimakterickou osteoporózu
- atrofii kůže a sliznic, zejména v oblasti vulvy, vagíny a močového systému
- přispívá ke vzniku inkontinence
- předpokládá se, že zvyšuje riziko vzniku a progresu Alzheimerovy choroby atd.)

U mužů dochází:

- andropauza – pozvolný pokles hladiny androgenu, resp. volného testosteronu

(mezi příznaky androgenního deficitu patří snížená vitalita, úbytek svalové hmoty, prořidnutí pohlavního ochlupení, abdominální obezita; snížené libido, omezení sexuální aktivity, slabší erekční funkce, slabá ejakulace, snížený objem ejakulátu; návaly horka, epizodické pocení, nervozita, insomnie; podrážděnost nebo letargie, zeslabený pocit spokojenosti, nízké sebevědomí, snížená duševní energie, příznaky deprese, problémy s krátkodobou pamětí)

- somatopauza – pokles sekrece růstového hormonu
- (jeho deficit vede ke snížení celkové výkonnosti a svalové síly, ke sklonu k obezitě, k poklesu výkonnosti kardiovaskulárního systému, CNS i imunitního systému)
- adrenopauza – pokles hladiny hormonu kůry nadledvin
- (kortizol, dehydroepiandrosteron – DHEA).

(Zdroj: Geriatrie a gerontologie – Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Mgr. Petra Zimmelová, MUDr. Jaroslava Hrdá, podpora pro kombinovanou formu studia).

Podle Turnera (1995) „potlačování emocí, nižší míra akceptace verbalizace vlastních obtíží a vyšší akceptace rizikového chování, distance od pečovatelské role, která je mimo jiné spojená s podporou získávání znalostí zdravotních problémů, přispívají k tomu, že ženy sice častěji navštěvují lékaře, ale muži umírají dříve“

(Zdroj: <http://www.genderonline.cz/view.php?cisloclanku=2009012407>).

Bereme-li dále v potaz oblast zdraví, narůstá v posledním desetiletí počet diabetiků jak z řad žen, tak mužů (podíl žen je ale vyšší).

(Zdroj: http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/kapitola/gender_uvod).

Starší ženy trpí poměrně často nemocemi souvisejícími s věkem, jako jsou nemoci postihující paměť a rakovina. Výskyt demence a Alzheimerovy choroby je vyšší u starších žen než u starších mužů. Pokud jde o různé druhy rakoviny, ženy trpí nejčastěji rakovinou prsu, jež je nejčastějším druhem rakoviny způsobujícím ženskou úmrť v Evropě, a dále rakovinou tlustého střeva. Jednou z nejčastějších příčin úmrtí u žen jsou také nemoci kardiovaskulárního systému a infarkty myokardu, které jsou často nediagnostikovány vzhledem k tomu, že příznaky se často liší od příznaků u mužů.

(Zdroj: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A7-2010-0237+0+DOC+XML+V0//CS>).

Ženy trpí mnohem větším rizikem osteoporózy.

(Zdroj: <http://free-books-online.org/psychology/gender-issues-in-psychology/gender->).

Muži mají přirozeně vysokou hladinu testosteronu. Vědci zjistili, že právě testosteron poškozujee imunitní systém a pokud by byl z těla odstraněn, počet imunitních buněk, které má tělo k dispozici v boji proti nemocem, by se rapidně zvýšil.

(Zdroj: <http://www.healthtree.com/articles/genetic-health/aging/gender-differences/>).

V elementárních duševních funkcích jsou mezi muži a ženami jen malé rozdíly (například větší úbytek sluchu, je u mužů způsoben tím, že v průměru jsou více muži vystaveni hluku než ženy).

I schopnost mechanického učení je déle zachovaná u žen, protože chronologicky stejně staré ženy jsou biologicky mladší než muži.

U většiny mužů se výrazně mění životní situace odchodem ze zaměstnání. Nároky na readaptaci jsou značné. U žen nastávají změny v sociálních rolích a v celkové životní situaci pozvolna. Protože zaměstnání v jejich životě obvykle hraje menší roli než u mužů.

Ženy intenzivněji reagují na změny v rodině. Hůře prožívají pobyt v ústavu, protože tím ztrácí svojí rodinnou roli.

Dle Leehe (1998) ženy ve stáří operují lepšími sociálními sítěmi, jsou schopnější navazovat a udržovat intimní přátelství a disponují ve stáří lepšími zdroji sociální interakce i pomoci.

(Zdroj: <http://www.genderonline.cz/view.php?cisloclanku=2009012407>).

Podle Bengstona, Reedyho a Gordona (1985) se ženy vnímají ve stáří jako asertivnější, méně závislé a doma autoritativnější. V případě mužů, se mnoho z nich ve stáří považuje za více pečovatelské, kooperativní a méně dominantní.

(Zdroj: <http://free-books-online.org/psychology/gender-issues-in-psychology/gender->).

Russel (2007) míní, že ženy jsou ve stáří schopny udržovat silnější zdroje moci a autority.

(Zdroj: <http://www.genderonline.cz/view.php?cisloclanku=2009012407>).

Politiky vztahující se ke stárnutí a starším lidem jako například důchodová, zdravotní, rodinná či příjmová politika nebo podpora péče a pečovatelů by měly být genderově sensitivní a spravedlivé. Důležité je nejen zohlednění převažujícího počtu žen ve vyšších věkových kategoriích, ale zejména rozdílných rizik, potřeb a specifik mužů a žen v jednotlivých oblastech života.

3. JAK ČLOVĚK STÁRNE

„Léta zvrásní tvář, ale nedostatek nadšení, zvrásní duši. Starosti, pochybnosti, nedůvěra v sebe, strach a zoufalství – to jsou ta dlouhá léta, která ohnou záda a obrátí rostoucího ducha zpátky v prach. Jste tak mladými, jako je vaše víra, a tak starými, jako jsou vaše pochybnosti, tak mladými, jako je vaše sebedůvěra, a tak starými, jako jsou vaše strachy, tak mladými, jako jsou vaše naděje, a tak starými, jako je vaše zoufalství.“

(Zarathustra)

3.1. Vyrovnávání se s projevy stáří a stárnutí

„Dovršení života, avšak nenaplnění životního úkolu – tak nějak vypadá tvář smrti. Je velice těžké přijmout fakt nedokončeného započatého díla.“

(M. Roger Mehl)

Každý prožíváme svůj život originálním způsobem. Můžeme se ale shodnout na významných okamžicích, které přináší vyšší věk u každého z nás, ať už v rovině psychické, tělesné nebo v rovině sociální.

Dle Venglářové „jsou reakce na změny ovlivněny osobností seniora, reakcemi jeho okolí a také možnostmi, jak získat pomoc v oblastech, které senior nezvládne sám“ (Venglářová, 2007, s. 12).

Podle toho pak přichází model adaptace na stáří:

1. Konstruktivní přístup ke stáří. Rozvíjení aktivit osvojených v produktivním věku, udržování tělesného zdraví v poproduktivním věku, rozvíjet a udržovat dobré vztahy s rodinou a přáteli.
2. Závislost na okolí. Tělesné potíže předurčují seniora být závislým na druhých. Je dobré místo sociální izolace řešit symptomy onemocnění.
3. Nepřátelský postoj. Nepřátelství vůči personálu, lidem kolem nebo dalším klientům.

(Venglářová, 2007).

Venglářová (2007) dále uvádí, že vyrovnání se seniora s přicházejícími změnami předpokládá pomoc okolí, toleranci a trpělivost ze strany druhých.

Pro některé může být velmi obtížné přijmout fakt stárnutí.

Podle Křivohlavého (2002) se objevuje odchodem do důchodu šok z uzavírajících se dveří. V překladu to znamená, že zjišťujeme, že věci, které jsme odkládali a chtěli udělat později, již nebudeme moci třeba udělat. Obdobně je tomu i s našimi fyzickými silami. Pokud se k tomu

všemu ještě přidruží nějaké závažné onemocnění, vše se podepíše na psychice daného člověka. U těch, kteří nedokážou akceptovat vlastní stárnutí, se mohou začít objevovat „neurózy stáří“. Tournier (1981) byl toho názoru, že „neuróza je v jádru projevem neschopnosti vyvíjet se psychicky v souladu s tělesným vývojem. Nepřijetí tělesných změn v kterékoliv fázi života se tak projeví neurotickými příznaky“ (in Křivohlavý, 2002, s. 147).

Křivohlavý (2002) dále uvádí, že senior může přijmout, neboli akceptovat nezměnitelný fakt stáří, kde přijetí může znesnadňovat právě přílišné lpění na představě dodělat všechny započaté úkoly s vědomím ubývání času, sil a možností. Variantou může být i nevyrovnání se sama se sebou samým, neakceptování toho, co se s námi děje. Starý člověk může rezignovat a dobrovolně se poddat stáří, co znamená, vzdát se všech nadějí a odevzdat se osudu a „čekat na příchod smrti“. Nebo může „zakročit proti stárnutí“ tím, že se nebude stahovat do ulity, nebude se vyhýbat kontaktu s druhými lidmi.

Jak řekl Francis Bacon „člověk nemůže jinak ovládnout přírodu nežli tím, že je jí poslušen“, pak i člověk pozná krásy a nové obzory, které přináší tato nová životní etapa nazvaná stáří, když prostě přijme fakt stárnutí za naprosto normální věc.

3.2. Fyziologické změny ve stáří

Fyziologickými změnami stárnoucího organismu rozumíme změny respiračního systému, krvetvorného systému, dále pak systému imunitního a kardiovaskulárního, trávicího ústrojí, systému vylučovacího, endokrinního a nervového, smyslového vnímání, změn souvisejících se stárnutím na jednotlivých vrstvách kůže, změny pohybového systému, změny vnitřního prostředí.

1. Respirační systém. Snižování počtu alveolů, jejich stěny se ztenčují a je v nich méně kapilár. Ochabuje se síla dýchacích svalů, dech je krátký a povrchní. Snižují se hodnoty vitální kapacity plic. Při fyzické zátěži se více zvyšuje minutová ventilace a spotřeba kyslíku.
2. Krvetvorný systém. Starý člověk hůře kompenzuje zvýšené nároky na krvetvorbu. Ve věku nad 70 nedochází k tak výraznému vzestupu leukocytů. U mužů nad 60 let dochází k největšímu poklesu hemoglobinu.
3. Imunitní systém. Vyšší výskyt nádorových onemocnění, těžší průběh infekčních onemocnění. Nejvíc postižena je imunitní paměť a produkce T – lymfocytů.
4. Kardiovaskulární systém. Stárnutí tepen, úbytek elasticity žilní stěny, důsledkem pak mírná hypertrofie nebo snížení minutového výdeje v klidu i při zátěži.

5. Trávicí ústrojí. Opatřebování skloviny chrupu, atrofie slinných žláz, oslabování chuti. Postupné snižování žaludeční sekrece. Zácpa, snížené vnímání nucení na stolicí.
6. Vylučovací systém. Snížená schopnost zpětné resorpce sodíku (zvýšený sklon ke ztrátě soli a tekutin).
7. Endokrinní systém. Hladiny některých hormonů klesají, jiné stoupají, nemění se kortizol nebo estrogeny u mužů.
8. Nervový systém. Ubývá počet neuronů, pokles hmotnosti mozku v důsledku atrofie. Bromley (1988) tvrdí, že lidský mozek při normálním průběhu stárnutí ztrácí 10 až 15% své váhy (Hamilton, 1999).
9. Smyslové vnímání. Zhoršení zraku (zrakové ostrosti, adaptace na světlo a tmou, kvality barvocitu), pokles horního víčka, šedavý prstenec kolem duhovky. Ušní šelest, zhoršení rozumění řeči. Čichová porucha u 62,5% osob nad 80 let. Stárnutí kůže (tvorba vrásek, kožní atrofie nebo ztráta elasticity).
Langmeier a Krejčířová (2006) uvádějí, že přibližně u 90% lidí nad 60 let lze zjistit výrazné zhoršení zrakové percepce a asi u 30% osob mluvíme o výrazném zhoršení sluchu.
Bromley (1988) je toho názoru, že zhruba 75% starých spoluobčanů potřebuje brýle a řada z nich podle něj nevidí ani s jejich pomocí. Corso (1981) zdůrazňuje viditelný pokles ostrosti vidění v souvislosti s věkem, tento problém se dá zmírnit, mají-li sledované předměty vysoký kontrast jasu (Hamilton, 1999).
10. Změny související se stárnutím na jednotlivých vrstvách kůže. Epidermis (snížená schopnost se opalovat, nárůst výskytu karcinomů), dermis (náchylnost kůže k potrhání i při mírném tahu, zvýšení bledosti a snížení teploty, častější výskyt pohmožděnin, klesá počet vlasů, vlasy šediví).
11. Pohybový systém. Stárnutí svalu. Změny tělesné výšky, která se snižuje. Ubývá aktivní tělesné hmoty, přibývá tuk a vazivo. Klesá hmotnost kostry i vnitřních orgánů. Tělesný povrch se ve stáří zmenšuje (u mužů pokles o 13 cm², u žen o 15 cm²).
12. Vnitřní prostředí. Úbytek celkové tělesné vody (CVT). Kromě věku i obezita snižuje objem CVT.

(Zdroj: Geriatrie a gerontologie – Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Mgr. Petra Zimmelová, MUDr. Jaroslava Hrdá, podpora pro kombinovanou formu studia).

3.3. Sociální změny ve stáří

„Stárneme tak, jak jsme žili“

(Ajuriaguerra, gerontopsychiatr)

„Každý člověk se rodí s určitými dispozicemi, a to jak bude reagovat na situace ve svém životě, je ovlivněno jeho genetickými předpoklady, životními zkušenostmi, prostředím ve kterém žije“ (Venglářová, 2007, s. 15).

Význam svého života každý vnímáme v souvislostech vývoje vlastní rodiny, ale také generací před námi. Stejně jako naši předkové, tak se i my setkáváme se životním partnerem či partnerkou, uzavíráme sňatky, rodíme děti, vychováváme je a poté, co nás naši potomci opouštějí, aby zakládali své rodiny a začali žít svým životem, jako před mnoha lety my, musíme se naučit adaptovat na nový život ve dvou, už jen my a partner. Časem procházíme dalším zlomem, opouštíme zaměstnání, jdeme do důchodu. Znovu se musíme adaptovat, tentokrát na podmínky, které sebou přináší stáří (Gjuričová, Kubička, 2003).

Pro stáří je charakteristické, že když se ztráty a životní zvraty nahromadí, staří lidé se stávají zranitelnější. Mezi velké životní změny patří:

- Smrt partnera, blízkých přátel nebo vrstevníků
- Odchod dospělých dětí z rodiny
- Odchod do důchodu / změna bydlení
- Pocity osamělosti
- Smrt partnera, blízkých přátel nebo vrstevníků. Úmrtí manžela nebo manželky v sobě zahrnuje mnoho dalších ztrát. Člověk nemá radost ze života, necítí se bezpečně. Chybí přítomnost partnera a pozůstalý „mizí“ s milovanou osobou. Takový člověk se trápí žalem a osamocněním. Samotné úmrtí bývá těžkým zásahem do psychiky. Ztráta silného emocionálního vztahu může vyústit až ke smrti. Podle Mahrové a Venglářové (2008) je partner zemřelé či zemřelého nejvíce zdravotně ohrožen v ročním období po smrti manžele či manželky. Právě smrt partnera přivádí vdovce či vdovu do stavu, kdy se mění mnoho věcí z doposud zažitého. Posouvají se jinam hranice volného času, opadají aktivity, které vykonávali manželé společně, naopak přibývá těch, které prováděl výhradně zemřelý. Smrtí milované osoby začíná i pozůstalý myslet na svou vlastní smrt, svým způsobem se začíná smířovat se smrtí. Říčan (1990) uvádí, že vyrovnat se s ovdověním znamená přeorganizovat svůj život, nepropadat pocitům méněcennosti a upnout se k novým hodnotným cílům. Stejně tak ztráta přátel a vrstevníků zanechá hlubokou stopu, která se jen těžko maže.

- Odchod dospělých dětí z rodiny. Odchodem dětí z domova se manželé náhle ocitají sami jeden s druhým. Musí nalézt nový způsob manželského života, života bez dětí. Tato velká změna může partnery sblížit i naopak. Na povrch vyplavou skryté konflikty nebo se v jejich vztahu usadí prázdnota. Dle Langmeiera a Krejčířové (2006) odchod dětí z domova mohou zejména matky chápat v tom smyslu, že „už nejsou potřebné“, a to zejména ty matky, které neměly kromě výchovy dětí žádné jiné skutečně hodnotné cíle ve svém životě. Na druhé straně nová role babičky a dědečka je pro jejich psychiku velkým přínosem. Prarodiče mají pocit užitečnosti, důležitosti.
- Odchod do důchodu / změna bydlení. Odchodem do důchodu nastává velká životní změna. Lidé v předdůchodovém věku se těší do důchodu, ovšem samotný okamžik odchodu už je vnímán jinak a to ve smyslu obavy nad tím, co člověk bude dělat, když se ještě cítí „mladý“ a hlavně potřebný. Jde o změnu statusu, kdy z pracujícího, je „důchodce“. Člověk se stává anonymním poživitelem důchodu, nikdo po něm nic nevyžaduje, není uznávaný tak, jak mohl být doposud zvyklý (Mahrová, Venglářová, 2008). Starší lidé odcházejí do různých zařízení sociální péče tehdy, když se samota stane nesnesitelnou, když se o sebe nedokážou sami postarat, když se o ně jejich děti bojí nebo nemají zájem se starat. Všichni si uvědomují, že je to už do konce života. Jdou do něčeho, o čem vůbec nic neví. O to horší to je, když na tuto situaci člověk není připraven. Nejdříve přichází šok, období smutku, truchlení a postupem času si člověk navykne na nové prostředí. Přijme skutečnost, že toto je jeho nový domov. Nové prostředí je pro člověka méně stimulující, i orientace je obtížnější. Člověk je částečně odříznut od okolního světa, musí se přizpůsobovat zaběhlému rytmu instituce, na začátku může být i přesycen kontakty s tolika novými lidmi. Ztrácí soukromí vlastního domova. Adaptace na nové prostředí probíhá v několika fázích, záleží jen na ochotě či neochotě stavění se k této změně.

Proces adaptace na nedobrovolné umístění do domova důchodců má 3 fáze (M. Vágnerová, 2000):

1. Fáze odporu. Negativismus a agresivitu starších chápeme jako obrannou reakci a projev nesouhlasu se změnou.
2. Fáze zoufalství a apatie. Člověk si uvědomuje, že odporem změny nedosáhne, proto rezignuje a ztrácí o všechno zájem.
3. Fáze vytvoření nové pozitivní vazby k personálu, k ostatním obyvatelům zařízení.

Proces adaptace na dobrovolné umístění do domova důchodců má 2 fáze a bývá méně problematický (M. Vágnerová, 2000):

1. Fáze nejistoty a vytváření nového stereotypu. Důležitá je orientovanost v novém prostředí, dostatek informací o chodu domova a způsobu života nových lidí. V této fázi člověk bilancuje dosavadní život, porovnává, co je nyní lepší a horší.
2. Fáze adaptace a přijetí nového životního stylu. Přichází smír se změnou, přesto není možné, aby člověk přijal domov důchodců jako opravdový domov.

- Pocity osamělosti

Důvody osamělosti:

- a) Psychické - osobní pohnutky způsobené fyzickou nebo psychickou nemocí (nízké sebevědomí, deprese, strach z reakce okolí).
- b) Rodinné – špatné vztahy v rodině, neschopnost nebo špatná, nedostatečná komunikace, nezáměr dětí postarat se o stárnoucí rodiče, změny v osobnosti seniora.
- c) Společenské – vnímání seniorů jako přítěže a snaha tyto jedince vyloučit z běžného života.
- d) Výrazné zmenšování sociální sítě – úmrtí členů rodiny, odchod z pracovního kolektivu

Podle Haškovcové (1989) je osaměle žijící člověk považován za rizikového geronta, protože žít a být sám není výsadou stáří.

3.4. Psychika a psychické změny ve stáří

„Dbejme, aby nám stáří neudělalo vrásky také na duši, když je dělá na tváři.“

(Michel de Montaigne)

Psychické změny ve stáří jsou podmíněny různými chorobnými změnami organismu.

Podle Malíkové (2011) se často poukazuje na souvislost mezi změnami psychickými a tělesnými. Gradující tělesné změny jsou prožívány seniorem negativně a následně se projevují změnami psychickými.

Dle Venglářové (2007) bývají psychické změny u starých lidí laicky označovány jako zhoršení povahy, v popředí s negativními rysy osobnosti. Psychické změny v kombinaci se sociálními změnami ztěžují klientovi adaptaci na nové prostředí.

Psychický stav stárnoucího člověka je úzce spojen s podmínkami panujícími v jeho rodině, závisí na vztazích, popř. zájmu dětí a vnoučat o jeho osobu. V okamžiku, kdy je starý člověk izolován od svého okolí, začne se měnit jeho psychika, dochází ke změně nálad, objevují se neurózy, deprese.

(zdroj: <http://www.ceskyduchodce.cz/pro-seniory/bolest-hippokrates-akutni-chronicka-bolest/>).

V souvislosti s psychikou se u starších osob mnohem častěji vyskytují duševní poruchy a psychiatrická onemocnění.

Podle Plevové a Bolelouckého (2000) se jedná o:

- a) depresivní syndrom
- b) úzkostný syndrom
- c) poruchy myšlení a bludy
- d) delirantní syndrom
- e) poruchy paměti
- f) syndrom demence
- g) neurózy
- h) afektivní poruchy
- i) psychózy
- j) Alzheimerova choroba atp.

Šimíčková – Čížková se domnívá, že většinu seniorů postihuje arteroskleróza, která má vliv na emoční prožívání, způsobuje unavitelnost a zhoršuje paměť.

Křivohlavý (2002) je toho názoru, že jedním z nejčastějších příznaků psychiky stárnoucího člověka je právě snížení paměti pro nové podněty.

Šimíčková – Čížková uvádí, že starší lidé jsou hašteřiví, nerudní, netrpěliví a nesnášenliví. Zvyšuje se u nich také riziko cévní mozkové příhody, zhoršuje se schopnost poznat známé objekty, dochází ke ztrátě naučených dovedností a v neposlední řadě se objevují poruchy řeči. Podle Křivohlavého (2002) zůstává obsahová stránka řeči relativně nedotčena, latence odpovědi se ale prodlužuje.

Dle Šimíčkové – Čížkové bývá také časté viditelné zhoršení paměti v důsledku demence. Ta může vést k dezorientaci člověka v jemu známém prostředí. Projevem pokračující demence je ztráta logického uvažování. Vágnerová (2000) poukazuje na to, že demence je diagnostikovaná u

osob nad 60 let v 3 – 6% a u osob nad 65 let v 4 – 6%. Demencí je postiženo na 20% lidí starších 80 let.

Snížené vnímání oslabenými smysly přináší strach, úzkost a nejistotu. To vede k tomu, že senior může být podezřivý a nedůvěřivý, má strach vycházet z bytu, vidět se s lidmi. Pociť izolace, vážné onemocnění, úmrtí partnera mohou posléze vyústit i k sebevraždě.

Výrazným příznakem stárnutí podle Křivohlavého (2002) jsou změny v oblasti vidění, vnímání akustických podnětů, chuťových podnětů a změny v oblasti vnímání vůní a pachů. Ztrácí se pružnost čočky (v 70 letech je ztráta 25%), po 75 roce věku se zvyšuje procento nedoslýchavosti, po 70 roku se snižuje percepce pro chuťové podněty. Objevují se obtíže se zaspáváním a noční bdění.

Dochází i ke změnám v intelektové oblasti. Je známo, že lidé s vyšší inteligencí se více zabývají intelektuálními aktivitami než lidé, jejichž životní styl nepodporuje ani zachování stávajících schopností, natož, aby je rozvíjel (Vágnerová, 2000).

Dle Křivohlavého (2002) dochází také ke změnám v kognitivní oblasti:

- s rostoucím věkem rostou obtíže lidí přijímat nové podněty
- je oslabena schopnost tvořit nové spoje, což znamená asociovat naučené s novým
- je snížena adaptabilita (schopnost přizpůsobovat se novým věcem)
- je snížena flexibilita (schopnost měnit stávající způsob života)
- je snížena schopnost měnit zažitá stereotypy a zvyky
- je zvýšená fixace na to, co bylo dříve zažito
- je zvýšená integrace

Jarošová (2006, s. 24 – 28) uvádí tyto psychické změny:

- snížení kognitivních a gnostických funkcí – zvýšené zapomínání, snížení schopnosti paměti, koncentrace, zapamatování nových informací, schopnosti rozpoznat viděné předměty, rozumět slyšeným zvukům
- snížení fatických funkcí – snížení funkce řeči, pokles schopnosti cokoliv pojmenovat, porozumět řeči
- snížení výkonnosti intelektových funkcí
- zvýšená emoční nestabilita až labilita, výkyvy nálad, proměnlivost rozhodnutí a postojů
- citová oploštělost, ztráta schopnosti citových prožitků
- celkové povahové změny – z pozitivních vlastností do neutrálních nebo až silně negativních a opačně

- zvýraznění povahových vlastností a osobnostních projevů, většinou negativních
- celkový nebo částečný pokles zájmu seniora, buď ve všech oblastech života, nebo jen v některé
- změny v pořadí životních hodnot – orientace na rodinu, zdraví, duchovní hodnoty
- změny potřeb a jejich pořadí – souvisejí se změnou životních hodnot a orientují se více na uspokojení potřeby lásky, sounáležitosti, spirituality
- změna zájmů a potřeby jejich uspokojení – často klesá, ale někdy se probouzí i zájem o nové činnosti
- tendence k bilancování svého života, posuzování situací s časovým odstupem
- snížená schopnost adaptace na změny, nové a náročné situace

Starý člověk je rovněž citlivější, více prožívá emoce. Většina seniorů očekává od druhých ohledy a porozumění. Oslabuje se jejich estetické, etické a sociální cítění. Slábnou tvůrčí schopnosti.

Naopak, zlepšuje se nástupem stáří trpělivost, vytrvalost, schopnost úsudku, životní nadhled, zájem o společenské dění, stálost názorů a vztahů, tolerance k druhým a opačným názorům.

Dle Pacovského (1990) je starý člověk stálejší ve svých názorech a vztazích, ve vlastním jednání je opatrnější a obezřetnější.

4. PSYCHOLOGIE STÁRNUTÍ

„Krásní mladí lidé jsou hříčkou přírody, ale krásní staří lidé jsou umělecká díla.“

(Johan Wolfgang von Goethe)

4.1. Stárnutí jako přirozená součást života

V dnešní společnosti jsou za seniory považovány osoby nad šedesát let. Všichni, kteří překročí tuto hranici, získají status osoby v postproduktivním věku, který je totožný s označením „senior“. Věková hranice 60 let vymezuje tzv. rané stáří. V dnešní době je střední délka života 78,1 let u žen a 71,5 let u mužů. Počet obyvatel ČR starších 65 let dosahuje téměř 15 %.

Stáří můžeme chápat jako výsledek stárnutí, jako období v životě každého člověka, které je vymezeno věkem, fyziologickým a psychickým stavem organismu.

Přehled definic stáří (in Malíková, 2011, s. 15-16):

- Stáří je zákonitým a dovršujícím procesem vývoje člověka (Bartko 1984).
- Stáří je přirozené období lidského života, vztahované k životnímu období dětství, mládí a době zralosti. Zdůrazňuje, že stáří není nemoc, ale přirozený proces změn, které trvají celý život, ale více zřetelné jsou až v pozdějším věku (Haškovcová, 1990).
- Stáří je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory (chorobami, způsobem života a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných sociálních změn (osamostatnění dětí, penzionování, změny sociálních rolí) (Kalvach, 1997).

Výši věku lze vymezit na základě několika kritérií (Hamilton, 1999):

- a) kalendářní (chronologický) věk – údaj, jak je člověk starý
- b) sociální (sociálně – historický) věk – vztahuje se ke společenskému očekávání chování přiměřeného určitému biologickému věku
- c) biologický (funkční) věk – biologické stárnutí organismu
- d) psychologický věk – subjektivní vnímání vlastního věku, poukazuje na psychický stav jedince

Mühlpachr (2005) uvádí tři druhy stáří:

1. Biologické stáří – přirozené tělesné změny ve stáří, i změny způsobené nemocemi. Dle epidemiologického přístupu je stáří a umírání nahodilé a podmíněné vnějšími vlivy, dle gerontologického přístupu je stárnutí a umírání kódováno genetickou informací, přirozená smrt stářím existuje.
2. Sociální stáří – změna rolí a životního stylu. Důležité je splnění určitého kritéria (odchod do důchodu).
3. Kalendářní stáří – dosažení určitého stanoveného věku, výhodou kalendářního vymezení je jednoduchost a jednoznačnost.

Mühlpachr (2005) rozlišuje:

1. mladé seniory – 65 až 74 let
 2. staré seniory – 75 až 84 let
 3. velmi staré seniory – 85 a více let
- dlouhověkost – nad 85 (někde nad 90 let), jejich počet stoupá

Šerák (2008) dělí stáří na třetí a čtvrtý věk:

1. Třetí věk se vyznačuje ještě dostatečnou samostatností, schopností edukace, aktivitou a nezávislostí na někom druhém.
2. Čtvrtý věk je charakteristický nesamostatností a závislostí jedince na pomoci druhých, možnost edukace je téměř nemožná. Tato fáze je příznačná hádavostí seniora, opakovaným vracením se do minulosti, neustálým porovnáváním toho, co bylo a co je teď.

Stárnutí je univerzální proces, který postihuje živou hmotu, probíhá od početí. Stárnutí charakterizujeme jako posloupnost nevratných změn, ke kterým dochází v živém organismu a které postupně omezují a oslabují jeho funkce. Jde o proces, který má určitou časovou dynamiku, je geneticky naprogramován a podléhá vlivům prostředí. Stárnutí můžeme chápat jako cestu do stáří. Je to poslední přirozená etapa životní cesty. (Petříková, Čornaničová, 2004).

Stárnutím po stránce duševního života a stárnutím jednotlivce v jeho interakci se sociálním prostředím, v neposlední řadě postojem k vlastnímu stárnutí, se zabývá gerontopsychologie. Klade si za cíl oddálit stárnutí, udržet co nejdéle duševní svěžest člověka, kompenzovat ztráty, které nevyhnutelně doprovází stárnutí.

Přehled definic stárnutí (in Malíková, 2011, s. 15):

- Stárnutí je specifický, nezvratný a neopakovatelný biologický proces, který je univerzální pro celou přírodu a jehož průběh je nazýván životem. Délka života je přitom geneticky determinovaná a pro každý druh specifická (Topinková, Neuwirth, 1997).
- Populační stárnutí je přirozený, cyklický a konečný proces. Ve vyspělých zemích probíhá déle než dvě století (Tomeš, 2005).
- Stárnutí je souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost, pokles schopnosti a výkonnosti jedince, které kulminují v terminálním stadiu a ve smrti (Langmeier a Krejčířová, 2006).

Bromley (in Křivohlavý, 2002) rozčleňuje fázi vyššího věku:

1. předdůchodový věk – 56 až 65 let
2. věk uvolňování aktivit – 65 až 70 let
3. stáří – 70 až 75 let
4. věk senility – 75 a výše let

Levinson (in Křivohlavý, 2002) člení vyšší věk na fázi pozdní dospělosti (60 až 85 let) a vysoký věk (80 let a výše), mezi těmito etapami však Levinson uvažuje ještě o tzv. přechodných fázích, které trvají zhruba pět let.

Burnsid a kol. (1979, in Hamilton, 1999) kategorizují stáří:

1. mladé stáří – 60 až 69 let
2. zralé stáří – 70 až 79 let
3. pokročilé stáří – 80 až 89 let
4. velmi pokročilé stáří – 90 až 99 let

Příhoda (1977) nazývá poslední fázi periodizace jako senium, které dělí do třech kategorií. Na senescenci (od 60 do 75 let), kmetství (od 75 do 90 let) a patriarchium (od 90 let).

Experti ze Světové zdravotnické organizace dělí stáří:

1. rané stáří – 60 až 75 let
2. pokročilý věk, vlastní stáří – 75 až 90 let
3. vysoký věk, dlouhověkost – 90 let a více (Říčan, 2004)

Stáří tedy můžeme pojímat jako konečnou etapu vyměřeného trvání života (Hartl, Hartlová, 2000). Na stáří lze pohlížet jako na období, kdy člověk chátrá, v nejlepším případě si zachovává část toho, co dříve získal. Jeho kompetence a zkušenosti ztrácí na významu. Pro společnost takový člověk není přínosný (Vágnerová, 2000).

4.1.1. Teorie versus hypotézy vysvětlující proces stárnutí

V současné době neexistuje jednotná teorie stárnutí.

V. D. M. – Lukaševa: „dosud nebyla formulována jediná plně hodnotná teorie stárnutí“.
A. V. Nagornyj: „vadou hypotéz o stárnutí je jejich jednostranné vytčení jednoho vývojového jevu, pokládání podružného pochodu za prvotní a nedostatečné přihlížení ke geriatrické praxi“ (in Příhoda, 1974).

Rozdělení hypotéz o příčinách stárnutí z hlediska vědeckého oboru a jeho metodiky (Příhoda, 1974):

1. předvědecké a filozofické
2. fyzikálně – chemické
 - a) opotřebování
 - b) hystereze koloidů
 - c) histochemický výklad (makromolekulární)
3. biologické
 - a) snížení výměny látek (spotřeba energie)
 - b) pokles buněčné diferenciaci (mitotického dělení)
 - c) hromadění mutačního poškození
 - d) involuční změny v základních funkcích (nervové, humorální, krevního oběhu, úbytek schopnosti tvořit protilátky)
 - e) otrava organismu (intoxikace bakteriemi a metabolity, autointoxikace)
 - f) dezorganizace tělesných regulátorů (disharmonie)
4. kybernetický výklad
5. specifický faktor (úbytek životní síly)

Již Herakleitos, Parmenides nebo Sokrates vykládali stárnutí úbytkem tepla. Pro gerontologii a geriatrii bylo důležitým datem rok 1796, kdy se Hufeland zabýval pojmem „životní síly“ a dospěl k názoru, že čím intenzivněji žijeme, tím menší bude naše extenze. Minot (1907) předpokládal, že zvětšování plazmatu a jeho tvarové znetvořování je znakem stárnutí. Mečnikov (1845 – 1916) přišel s hypotézou, že stárnutí souvisí s imunologickými pochody. Dle Mečnikova hostí lidské tělo zhoubné bakterie, bacily a koky, které působí předčasné stárnutí a posléze navozují smrt. Podle Mühlmana se stárnutí vyznačuje zvýšenou pigmentací, a to nejenom u savců, ale i ptáků. Raymond Pearl dospěl k závěrům, že po 40 až 45 roku se ukazuje, že si člověk zkracuje život, vykonává-li těžkou tělesnou práci. Faill (1958) rozvíjel mutační hypotézu a dospěl k tomu, že ozařování mutagenním činitelem uspišuje stárnutí. Jeden

z nejstarších výkladů příčin stárnutí je dán hlediskem mechanicko – materialistickým, které vidí v organismu přesně pracující stroj. Jde tu o hypotézu opotřebenosti. Dle Korschelta orgány, kterých se neustále intenzivně užívá (například srdce) se opotřebávají a stárnou rychleji. Hypotéza V. Růžičky (1870 – 1934) se zakládala na tom, že organismus stárne vlivem toho, že snadno rozpustné látky v organismu se stávají méně a méně rozpustnými. Zmíníme ještě Medvedeva, který zastával názor, že makromolekulární reprodukce chyb jako příčina stárnutí je především ve strukturálních změnách bílkovin (Příhoda, 1974).

Fořt (2001) rozlišuje tyto teorie vysvětlující proces stárnutí:

1. Teorie vitální substance. Každému organismu je při zrození dáno určité množství tzv. vitální substance, délka života organismu závisí na spotřebě této substance. Pokud s ní člověk zachází šetrně, dožije se vyššího věku a naopak.
2. Teorie genetických mutací. Je založena na předpokladu, že v průběhu života jedince dochází k četným genovým mutacím.
3. Teorie naprogramovaného stárnutí. Každá buňka má zakódovaný proces odumírání, kdy buňky jsou schopny pouze omezeného dělení.
4. Teorie neuroendokrinní. Celý organismus je řízen hormony. Pokles hormonu DHEA je projevem stáří nebo předpovídá vážnou nemoc.
5. Teorie postupného opotřebenosti. Stárnutí může být důsledkem náhodné mutace. Stárnutí postihuje samotné buňky, přímo se opotřebávají mitochondrie.
6. Teorie hromadění odpadních látek. Zvýšená tvorba a hromadění pigmentu lipofuchsinu je důsledkem stárnutí.
7. Teorie příčných vazeb. Stářím stoupá riziko změn ve tkáních. Spojují se části molekul některých bílkovin, spojují se také některé molekuly nebílkovinné povahy, projevuje se poruchou činnosti napadené tkáně.
8. Teorie volných radikálů. Volné radikály urychlují stárnutí a poškozují buňky, důležité je nalézt antioxidanty, které by bránily vzniku agresivních volných radikálů.
9. Teorie nárůstu pravděpodobnosti poruch buněčného dělení. Stárnutím organismu stoupá počet proběhlých buněčných dělení a stoupá riziko vzniku nějaké poruchy.
10. Teorie vyřazování důležitých bílkovin z činnosti jejich vazbou na glukózu. Máme na mysli glykosylaci proteinů. Molekula se stává nefunkční změnou své struktury.

Pacovský a Heřmanová (1981, in Langmeier, Krejčířová, 2006) rozdělují teorie stárnutí do tří skupin:

1. teorie o působení zevních vlivů (ekologické podmínky, vliv bakterií a virů)

2. teorie o působení vnitřních vlivů (specifické metabolické změny příčné vazby)
3. teorie porušené organizace a integrace

Teorie váznutí imunologického dozoru. Dle Křivohlavého (2002) vychází tato teorie z poznatků změn v činnosti imunitního systému (především činnosti brzlíku). Je známo, že brzlík je zřejmě od 40 věku člověka funkčně zcela neúčinný. Stárnutí je zapříčiněno vyčerpáním obranného buněčného systému.

Teorie ubývání nervových buněk a změn v mozku. Podle Křivohlavého (2002) dochází vlivem stárnutí k biochemickým změnám v neuronech. Dochází nejenom k ubývání nervových buněk, ale i ke vniku nových buněk, a to v závislosti na intenzitě mentální aktivity a „trénování mozku“.

Teorie genetická. Čím větší je schopnost odstranit chyby při replikaci DNA, tím větší je průměrná délka života (Ferenčík, 2005).

Teorie katastrofálních chyb dle Orgela (1963, in Ferenčík, 2005). V buňkách starých jedinců se hromadí škodlivé mutace DNA i méně funkční enzymy, které jsou příčinou nepříznivých změn v metabolismu.

Weber a kol. (2000, in Malíková, 2011) uvádějí, že je možné rozdělit teorie stárnutí do dvou skupin:

1. Stochastické teorie – předpokládají, že děje spojené se stárnutím jsou náhodné, s věkem přibývá poruch buněčného řízení. Radíme sem teorii omylů a katastrof, teorii překřížení, teorii opotřebení a teorii volných radikálů.
2. Nestochastické teorie – předpokládají, že stárnutí je geneticky předurčeno. Radíme sem teorii genetickou a teorii genetických hodin

Sociální teorie (Malíková, 2011):

1. Teorie aktivity. Pro udržování sebepojetí a zdraví ve stáří je důležité pokračování ve vykonávání aktivit.
2. Teorie neangažovanosti. Spokojenost ve stáří závisí na přijetí a vyrovnání se s redukcí sociálních a osobních vztahů.
3. Teorie kontinuity a diskontinuity. Aby byl člověk spokojený ve stáří, záleží to na tom, jak podobná je jeho nynější situace se situací, jak žil ve svých středních letech. Čím více změn, tím je diskontinuita větší.

Dle Langmeiera a Krejčířové (2006) urychlují proces stárnutí nemoci prodělané v dětství a pozdějším věku, stejně tak nesprávná životospráva a životní zátěž.

Stárnutí je dle Jarošové (2006) děj multifaktoriální. Je složen ze základu genetického a z procesů vnějších a vnitřních vlivů. Jarošová dále zmiňuje, že všechny teorie vysvětlující proces stárnutí jsou v praxi neprověřené a nezohledňují všechny determinanty. Každá teorie se podle ní zaměřuje jen na dílčí oblast.

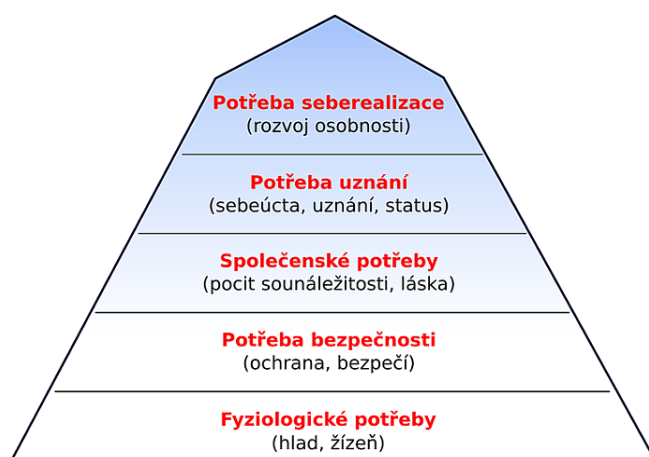
4.2. Struktura životních vývojových potřeb

„Schopnost snést utrpení není člověku vrozena. Jde o vnitřní zvládnání těžkých situací úpravou postojů. Člověk tím dělá něco se sebou. Vytváří tím svou osobnost. Rozhoduje o tom, kým bude.“

(V. E. Frankl)

Americký psycholog Abraham Maslow rozdělil potřeby do pěti úrovní, a to od nejnižších po nejvyšší (Plháková, 2005, s. 369):

1. Fyziologické potřeby, k nimž patří žízeň, hlad, sex, spánek atd. Mnohé z nich jsou homeostatické.
2. Potřeby bezpečí: jistota, stabilita, spolehlivost, osvobození od strachu, úzkosti a chaosu, potřeba struktury, pořádku, zákona, mezí, silného ochránce atd.
3. Potřeby lásky, náklonnosti a potřeba někam patřit (potřeba sounáležitosti).
4. Potřeby uznání: potřeby dosažení úspěšného výkonu a potřeby prestiže.
5. Potřeby seberealizace, což je třída potřeb, která se týká žádosti člověka po sebenaplnění, jeho tendence uskutečnit své možnosti.



Jako nedostatkové (deficitní, D-potřeby) označujeme potřeby, které spadají do prvních čtyř úrovní hierarchie. Dělí se na nižší (fyziologické potřeby a potřeby bezpečí) a vyšší (potřeby lásky, sounáležitosti a uznání). Potřeby seberealizace = růstové potřeby (metapotřeby, potřeby bytí, B-potřeby). Nejsou-li uspokojeny nižší potřeby, nelze postoupit do vyššího stupně.

„ Lidé jsou tvořeni čtyřmi základními složkami (biologickou, psychickou, sociální a spirituální), které jsou souhrnem 14 elementárních potřeb“ (Pavlíková, 2006, s. 46):

1. normální dýchání
2. dostatečný příjem potravy a tekutin
3. vylučování
4. pohyb a udržování vhodné polohy
5. spánek a odpočinek
6. vhodné oblečení, oblékání a svlékání
7. udržování fyziologické tělesné teploty
8. udržování upravenosti a čistoty těla
9. odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe a druhých
10. komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů
11. vyznávání vlastní víry
12. smysluplná práce
13. hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace
14. učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení

Výše uvedené potřeby jsou vlastní všem lidem, jsou ovlivněné kulturou a individualitou každého, a to v oblasti biologické (1-9), psychické (10 a 14), sociální (12 a 13) a spirituální (11). Uspokojované jsou nejrůznějšími způsoby života.

Dle Příhody (1974) se v období stáří život omezuje na potřeby spíše základní. Potřeby jsou omezeny ve svém rozsahu, jejich složek je méně a také impulsy stále více slábnou. Starší člověk se vyhýbá excesům, zmenšuje škálu rozkoší a zvolňuje své tempo. Biologické potřeby překračují potřeby vyšší, kulturní a sociální. Protože v této životní fázi dochází ke změně pojetí času, měřeného podle Příhody směrem ke smrti, ustává investiční zájem po opatření subsistenčních potřeb (jídlo, odívání, přístřeší a jiné zajištění existenčního minima). Ve stáří si člověk činí nárok na vyšší stupeň sociálního žebříčku, a to snad ve všech druzích zaměstnání.

Často proto dochází k frustraci starších pracovníků, kteří zůstávají podřízeni mladším. Starší člověk má potřebu větší společenské intimity, většina společenského styku je rutinovaná. Senior je přesycen společenskými zkušenostmi, stává se větším introvertem.

W. von Hollander (in Příhoda, 1974) „člověk potřebuje ve zralých letech ticho a samotu.“

Základní potřebou ve stáří je snaha pro něco žít, něco činit odděleně od materiálního zájmu. Intenzita nemateriálních činností a zájmů slábne, jsou ale stereotypnější a hlubší. Omezují se na činnosti nevyžadující svalové a energetické vypětí (Příhoda, 1974).

E. K. Strong (in Příhoda, 1974) zjistil, že po 45 roku ubývá zájem o tělesnou aktivitu, hazardní činnosti a soutěživé sportovní výkony. Sedativní zájmy, jako je čtení knih, rybaření a jiné poklidné činnosti ve stáří naopak převládají.

Model vývojových životních potřeb dle A. Pessa a D. Boydenové „PBSP“ (in Klevetová, Dlabalová, 2008):

1. Potřeba místa. Potřeba fyzického a mentálního místa v životě. Senior si tvoří iluzi domova i za nevhodných podmínek. Má také potřebu mentálního místa v srdci blízkých.
2. Potřeba bezpečí a ochrany. Víra seniora v to, že v případě potřeby mu bude nabídnuta potřebná pomoc.
3. Potřeba podpory. Podpory tělesné, finanční, citové a společenské.
4. Potřeba výživy a péče. Jedná se o přijímání potravy, vhodnou péči seniorovi, podání informace tak, aby jí starý člověk rozuměl.
5. Potřeba hranic a limitů. Člověk ve stáří potřebuje znát, jaké jsou hranice jeho možností.

Rozdělení potřeb dle Vágnerové (2000):

1. Potřeba stimulace. Tato potřeba je snížena. V důsledku stáří dochází k omezování kompetencí, dříve běžné podněty představují zátěž.
2. Potřeba učení. Tato potřeba je snížena. Nové informace starého člověka zatěžují, vyvolávají pocit ohrožení, starý člověk si může připadat dezorientovaný. Staří lidé mladým nerozumí, proto setrvávají ve světě, který je minulostí a s nímž se identifikovali.
3. Potřeba citové jistoty a bezpečí. Tato potřeba se zvyšuje. Stáří přináší ztrátu sil i kompetencí starého člověka. Senior si méně důvěřuje, směřuje se se svou závislostí na druhých lidech. Závislost v pozitivním slova smyslu posiluje pocit bezpečí. Je zvýšená potřeba emoční podpory.
4. Potřeba seberealizace. Tuto potřebu může frustrovat odchod do důchodu. Senior se tomuto pocitu brání zdůrazňováním své minulé činnosti nebo sebezpotvrzováním pomocí různých aktivit. Role, kterou člověk ve stáří zastává, může vést až k rezignaci nebo

pocitům méněcennosti. Tato potřeba může i vyhasínat, kdy už člověk netouží ničeho dosáhnout.

5. Potřeba otevřené budoucnosti a naděje. Ve stáří má člověk strach z opuštěnosti nebo nemoci, sytí ho představa vlastní budoucnosti, jako kompromisu na zachování sebeúcty. Starý člověk by měl hledat jiné hodnoty, pozitivně bilancovat vlastní život.

Podle Zacharové (2007) je potřeba chápána jako projev nedostatku, něco chybí a je potřeba to napravit. Potřeba je něčím, co potřebujeme pro svůj vývoj a život. Potřeba startuje proces motivace.

5. SENIOR A SPOLEČNOST

„Účel života není zajištění blahobytu jednotlivce, nýbrž usnadnění dalšího vývoje a dokonalosti lidstva v zájmu celku, jemuž se musí jednatlivec podrobit, ale jemuž sám děkuje za zachování své existence, neboť jen v organizované společnosti jest dnešní člověk možný.“

(Jindřich Matiega)

Klevetová (2008, s. 30) „moderní společnost žádá od starší generace, aby si svůj program pro své stáří vytvořila, ale nemá dořešený systém zdravotně sociální pomoci pro nesoběstačné a osamělé seniory. Staří sledují spěchající běh života a uspěchanost svých dětí a někteří si své děti netroufají zdržovat. To přináší pocit opuštěnosti a vede to k myšlenkám, že stáří je nanic. Mladá generace by neměla zapomínat, že stáří čeká i je, a že v této oblasti rodinných vztahů dávají svým dětem identifikační vzor. Nejde tolik o množství věnovaného času, ale o jeho kvalitu pro vytváření skutečných lidských vztahů, kde má místo láska, důvěra a trpělivost“.

Dle Mahrové (2008, s. 110) „senior, který si pomalu zvykl na svou neupotřebitelnost pro život v aktivní společnosti, naučil se zacházet se svými pocity nechtěnosti a nepotřebnosti, může dojít do fáze, kdy už nevidí smysl v dalším životě, a tak jen mechanicky vykonává své povinnosti a žije. Toto je jeden z možných počátků dalšího odevzdání se ve svém důsledku ztráty samostatnosti. Člověk přestane důvěřovat sobě a začne pasivně očekávat pomoc od jiných – jsem nemocný, tedy bezmocný, uzdravte mě“.

5.1. Psychiatrická onemocnění ve stáří

Klasifikace onemocnění ve stáří (Raboch a Pavlovský 2001 in Mahrová 2008):

- Poruchy nálad (F30 – F36)
 - deprese
 - poruchy vyvolané stresem (F43)
 - posttraumatická stresová porucha
- Organicky podmíněné duševní poruchy (F00 – F09)
 - Alzheimerova nemoc
 - vaskulární demence (Pickova nemoc, Creutzfeldt – Jakobova nemoc, Parkinsonova nemoc, Huntingtonova nemoc, progresivní paralýza, korsakovský syndrom, delirium, organicky podmíněné syndromy psychotického rázu, poruchy osobnosti a chování v důsledku organického postižení mozku)

- Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek (F10 – F19)
 - závislost na lécích a návykových látkách

Deprese

Mahrová (2008) soudí, že deprese u starších lidí probíhá často larvovaně. Mahrová dále uvádí, že projevem deprese seniorů je ztráta zájmu o komunikaci a dění v nejbližším okolí.

Deprese je stav člověka, kdy je jedinec skleslý, truchlivý, sklíčený, příliš vážný a málo aktivní, má problémy s koncentrací, má velké výkyvy v chuti a příjmu potravy, špatně spí, má pocity beznaděje a sociálního odmítání, myšlenky na sebevraždu, i pokusy o její realizaci (Merck's Manual in Faleide, Lian a Faleide, 2010).

Typické klinické příznaky deprese ve stáří (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol, 2009) jsou aktuálně „nové“ tělesné stesky nebo chybí stesky na špatnou náladu, nově vzniklá úzkost nebo nutkavé myšlenky, sebeobviňování, „změna osobnosti“ – poruchy chování neodpovídající osobnosti pacienta, poruchy paměti a intelektu (pseudodemence), pokusy o sebepoškození.

Posttraumatická stresová porucha

Čírtková, Vitoušová (2007, s. 31) posttraumatická stresová porucha „je soubor různých poruch chování a prožívání, včetně somatických reakcí (poruchy spánku, potivost, třes, nevolnost apod.), které vznikají jako důsledek extrémního stresového prožitku přesahujícího běžnou lidskou zkušenost. Rozmanité příznaky mohou propuknout až po delším časovém úseku od prožité krize“. Posttraumatický stresový syndrom může být ve stáří diagnostikován jako přetrvávající změna osobnosti. Příkladem může být člověk, který byl vězněn v koncentračním táboře, který může mít strach v jakémkoliv kolektivním zařízení (Mahrová, Venglářová, 2008).

Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol, 2009, s. 29) „je závažné neurovegetativní onemocnění, vedoucí k úbytku některých populací neuronů a v důsledku toho k mozkové atrofii, to má pak za následek vznik syndromu demence“.

Alzheimerova choroba představuje na 50% všech demencí. Časté jsou smíšené formy (alzheimerovsko-vaskulární nebo Lewy body varianta Alzheimerovy choroby).

Příznaky Alzheimerovy choroby podle Slezákové (2007): Musí trvat alespoň šest měsíců, vyskytuje se úbytek paměti, zpomalené a nepřesné vybavování, pokles úsudku, myšlení, orientace v prostoru, poruchy emoční kontroly – emoční labilita, podrážděnost, hrubost ve

společenském vystupování, poruchy motivace a změny sociálního chování. V časně fázi takto postižení lidé zapomínají např. telefonní čísla, termíny, osobní věci. Nemocný může mít problémy v orientaci, může docházet k úbytku schopností a logického uvažování. Lidé se uzavírají do sebe a mohou trpět depresemi. V pokročilém stádiu si člověk nepamatuje nejbližší rodinu, bloudí, je agresivní nebo netečný k okolí, je neklidný, utíká, vykřikuje. Objevují se u něho poruchy soběstačnosti.

Vaskulární demence

Pidrman (2007, s. 51) „vaskulární demence je charakterizována třemi základními veličinami: pacient je dementní, musí být prokázáno cerebrovaskulární onemocnění, a to anamnézou, klinickým vyšetřením nebo zobrazovacími metodami, předchozí dvě poruchy vzájemně souvisí a jsou na sobě závislé“. Tvoří 10-20% všech demencí, s věkem se výskyt zvyšuje. Vážnou komplikací vaskulární demence jsou stavy zmatenosti.

Pickova nemoc

Začíná mezi 45. a 65. rokem. Má pozvolný počátek a pomalou progresi. Dochází k časně ztrátě sociálního povědomí, k mentální rigiditě a stereotypnímu chování. Objevuje se deprese / úzkost, tělesná senzitivita a emoční oploštělost. Dochází k redukci a stereotypizaci řeči, vyskytuje se echolálie či perseverace. Častá je inkontinence, rigidita a tremor (Pidrman, 2007).

Creutzfeldt – Jakobova nemoc

Nejčastější výskyt je mezi 40. a 60. rokem. Vzácná nemoc, průměrná doba přežití od objevení se prvních příznaků je 8 – 12 měsíců. V počáteční fázi se objevuje únava, poruchy soustředění, poruchy spánku a příjmu potravy. V pokročilém stádiu přichází dysgrafie, dysartrie a další fatické poruchy (Pidrman, 2007).

Parkinsonova nemoc

Dle Slezákové (2007) „je Parkinsonova nemoc nejčastějším progresivním neurologickým postižením u starších pacientů. Její výskyt se zvyšuje s věkem“. Příznaky jsou hypertonie (zvýšený svalový tonus), hypokinéza až akinéza (pomalá chůze, snížená mimika, maskovitý vzhled tváře), řeč je pomalá a monotónní, kroky jsou krátké a šouravé, písmo je malé a třaslavé, parkinsonský třes, depresivní ladění (Slezáková, 2007).

Huntingtonova nemoc

V 90% začíná mezi 35. a 50. rokem. Nemoc charakterizuje hybné postižení (porucha volných pohybů), kognitivní deficit, který progreduje do obrazu těžké demence, změny chování a poruchy osobnosti, afektivní poruchy. Postupně dochází k marasmu, kdy takto postižená osoba není schopna základních denních aktivit (Preiss, Kučerová a kol., 2006).

Progresivní paralýza

K neurologickým příznakům patří oční příznaky (vyhaslá reakce na světlo, někdy až ztuhlost zornic), poruchy řeči (komolení slov, pomlaskávání) a reflexy šlachové a okosticové (třes rukou, ataxie). Psychopatologické příznaky se dělí na prodromální stadium (zpočátku zvýšená unavitelnost, nesoustředěnost, nervozita, poruchy spánku, dráždivost, nemocní o sebe přestávají dbát, objevuje se emoční oploštělost, poruchy myšlení, nemocní si tyto změny neuvědomují. Může se objevovat sklon k požívání alkoholu, poruchy písma, poruchy vědomí) a stadium vlastních příznaků (simplexní forma – apatická nálada, zájmová chudost, poruchy orientace, hypobulie až abulie, expanzivní forma – manická nálada, megalomanické bludy, depresivní forma – skleslá depresivní nálada, mikromanické bludy, emoční labilita, jindy stupor až katatonii symptomatika, Lissauerova paralýza – plegie, poruchy fatické a gnostické (Dušek, Večeřová – Procházková, 2010).

Korsakovský syndrom

Tento syndrom se podle Duška a Večeřové – Procházkové (2010) vyznačuje výraznou poruchou paměti, především ve vstíplivosti. Postižený používá konfabulace. Dalšími typickými znaky jsou dezorientace, zpomalené myšlení, časté perseverace, je narušena kritičnost a soudnost. Dále pak emoční inkontinence a labilita, mohou se objevovat halucinace, bludy (perzekuční a megalomanické). Rozlišujeme formu prostou, depresivní, expanzivní a paranoidní.

Delirium

Podle Pidrmana (2007) je delirium nejčastější psychiatrickou poruchou u akutně hospitalizovaných seniorů (až u 30%). Rysy deliria (Jiráček 2005 in Venglářová 2007) jsou snížená schopnost udržet pozornost k vnějším podnětům, poruchy myšlení včetně bludů, snížená úroveň vědomí, poruchy cyklu spánek bdění, změny psychomotorického tempa a aktivity, snížení nebo naopak zvýšení, dezorientace místem, časem nebo osobou, poruchy paměti.

Kromě výše zmíněných onemocnění, se ve stáří dále mohou vyskytovat různé bludy, které mohou vést k paranoidnímu nebo schizofrennímu jednání (například vlivem chybného zpracování informací vysílaných poškozeným zrakem). Dále patří mezi psychiatrické pacienty i

ti, kteří mají sekundární postižení po cévní mozkové příhodě, kdy je postižena řeč, orientace a motorika nebo dlouhodobě psychiatricky léčeni senioři (Mahrová, Venglářová, 2008).

Mahrová, Venglářová (2008, s. 111) „senior, který si dávno zvykl na své onemocnění, je již kompenzovaný. Naučil se s onemocněním žít a vycházet, často je však osamělejší, a proto ohroženější ve chvílích ztráty blízkých“.

5.2. Péče o seniory

„Již od mládí je třeba mít před očima stáří.“

(Gaius Lucilius)

Možnostmi péče o seniory jsou domovy důchodců, penziony pro důchodce, domovy s pečovatelskou službou, pečovatelská služba, geriatrická oddělení v nemocnicích, geriatrické ambulance, léčebny pro dlouhodobě nemocné, psychiatrické léčebny, geriatrické stacionáře, zařízení hospicového typu a dále agentury domácí péče nebo jídelny a kluby důchodců.

Co se v oblasti péče o seniory dle Jarošové (2007) týče, dominují služby sociální a zdravotní. Tyto služby směřují k podpoře a pohodě zdraví starých lidí, k prevenci nemoci, k posilování autonomie a soběstačnosti, zajištění základních životních potřeb a bojují za co možná nejdelší setrvání seniora v jeho přirozeném domácím prostředí. Nelze-li starému člověku zajistit optimální péči v domácím prostředí, zhoršením jeho zdraví a soběstačnosti, nastupuje pomoc v podobě sociálních a zdravotních služeb, které poskytují k tomu určené speciální organizace a instituce.

„Cílem jakékoliv gerontologické (geriatrické) péče včetně péče ošetřovatelské je zajistit všestrannou, vysoce odborně erudovanou a lidsky kultivovanou péči o staré nemocné“ (Haškovcová 1991 in Jarošová 2007, s. 76).

Z hlediska náplně ošetřovatelské péče o seniory dělíme činnost sester do dvou oblastí (Jarošová, 2007):

1. Základní ošetřovatelská péče je péčí o člověka a jeho prostředí. Provádí se v domácím prostředí nebo ve specializovaných institucích. Jedná se o péči poskytovanou odborníkem, rodinou, ale i sebedepečí.
2. Odborná ošetřovatelská péče, která je prováděna na profesionální úrovni, role sestry je jedinečná a nezastupitelná.

Podle Hollanda (2001 in Jarošová 2007) pomáhá ošetrovatelství starým lidem k podpoře sebedpěče, fyzické aktivity, informovanosti o výživě a managementu stresu.

Služby sociální péče (Malíková, 2011, s. 45-46):

- Osobní asistence. Jedná se o terénní službu pro seniory, která spočívá v pomoci jedincům zvládat péči o sebe a integrovat se do společnosti.
- Pečovatelská služba. Jedná se taktéž o terénní službu poskytovanou seniorům. Spočívá v pomoci seniorům v péči o sebe a o domácnost.
- Tísňová péče. Nepřetržitá telefonická a elektronická pomoc.
- Průvodcovské a předčitatelské služby. Pomoc postiženým při obstarávání osobních záležitostí.
- Podpora samostatného bydlení. Zaměřuje se na podporu a rozvoj osobních schopností seniora bydlet samostatně.
- Odlehčovací služby. Na dohodnutou dobu se přebírá péče o starého člověka se sníženou soběstačností.
- Centra denních služeb. Jedná se o ambulantní typ služby, zde je osobám se sníženou soběstačností poskytována pomoc při řadě nezbytných činností. Je jim zde nabízena i sociálně terapeutická činnost.
- Denní stacionáře. Jde o ambulantní službu pro osoby se sníženou soběstačností.
- Týdenní stacionáře. Pobytová služba pro osoby se sníženou soběstačností, v pracovní dny
- Domovy pro osoby se zdravotním postižením. Pobytová služba. Jsou zde nabízeny výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti.
- Domovy pro seniory. Pobytová služba pro osoby neschopné se o sebe postarat.
- Domovy se zvláštním režimem. Pobytová služba, která zohledňuje zvláštní potřeby osob.
- Chráněné bydlení. Pracovník dohlíží, kontroluje a zajišťuje pomoc při různých činnostech.
- Sociální služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče. Jedná se o služby poskytované v nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných apod.

Kritéria kvalitní ústavní péče podle Holmerové (Venglářová, 2007, s. 90):

- a) Zařízení je otevřeno pro návštěvy bez omezení.

- b) Vstřícné přijímání návštěvy zařízení, aby se při prohlídce cítila příjemně.
- c) Pracovníci by se měli usmívat a dorozumívat se pohledem s klienty.
- d) Zařízení by mělo vypadat dobře, uklizeně, nemělo by tam být nic nepříjemného cítit.
- e) Vědět bezpečně, že je poskytována při jídle pomoc těm, kteří ji potřebují, být informován o tom, jak se o klienty stará personál.
- f) Musí fungovat komunikace mezi jednotlivými pečujícími profesemi.
- g) Možnost umístit klienta pouze na zkoušku.
- h) Dozvědět se, zda zařízení disponuje dostatečným vybavením pro jednotlivé činnosti, jak vypadá kuchyňka, atd.
- i) Pečující by se měli snažit podporovat co nejvíce samostatnost klientů.
- j) Pečující by měli respektovat důstojnost seniorů. Hezky oslovovat klienty a zajistit, aby byli senioři hezky upraveni.
- k) Klienti by měli spokojeně vypadat a být spokojeni jako kdyby byli doma.

5.2.1. Bydlení pro seniory

Prostředí, ve kterém žijeme, výrazně ovlivňuje kvalitu našeho života.

„Teritorium, tedy prostor k bydlení, je jedním z nejzávažnějších prvků vedoucích k pocitu bezpečí člověka. Soukromí je výrazně vnímáno jako bezpečí – tedy místo, kde je člověk, byť třeba nemocný či žijící s nějakým handicapem, skutečně DOMA“ (Glosová, 2006, s. 37).

Bydlení s prvky sociálního, resp. sociálně – zdravotního pečování lze rozdělit (Lipner, 1995, Lipner, 1999 in Glosová a kol., 2006, s. 38 – 39):

1. péče v rodině bez nároků na pomoc společnosti
 - péče ve vlastním bytě
 - péče v bytě dětí či jiných příbuzných
2. péče v rodině s nároky na ambulantní pomoc (např. typ home care)
 - péče ve vlastním bytě
 - péče v bytě dětí či jiných příbuzných
3. péče semifamiliární s parciální hospitalizací (kombinace výše uvedeného s časově omezeným pobytem ve vhodném zařízení třeba po dobu pracovní či rekreativně motivované nemožnosti zajistit po limitovanou dobu péči v domácím prostředí)
4. péče institucionalizované s prvkem trvalosti
 - péče v zařízeních poskytujících doplňkové služby (byty či domy s pečovatelskou službou, penziony apod.)

- péče v zařízeních poskytujících i základní ošetrovatelskou a zdravotnickou péči
- péče v zařízeních s převahou medicínské péče (léčebny dlouhodobě nemocných, hospic apod.)

Podle poskytovaných služeb, jejich formy, kvality a potřebné intenzity, má u nás obydli seniorů tyto formy (Glosová, 2006, s. 77 - 99):

1. individuální bydlení – ve vlastních bytech, bytech příbuzných či přátel
2. chráněné bydlení
3. bydlení v domech s pečovatelskou službou
4. bydlení ústavní v penzionech a domovech důchodců
5. bydlení v centrech pro seniory

1. Individuální bydlení seniorů. Většina starých lidí prožívá stáří ve vlastních bytech s větší nebo menší pomocí svých blízkých (rodina nebo přátelé). Doma tak starší osoby tráví mnohem více času než mladší generace, také aktivity vykonávají doma nebo v okolí domu. Byt má ve stáří značný význam pro spokojenost člověka.
2. Chráněné bydlení. Upravený byt pro skupinu starých osob, v němž jsou poskytovány potřebné služby. Bydlení zde je méně nákladné, než bydlení v ústavním zařízení.
3. Neústavní bydlení seniorů – domy s pečovatelskou službou. Jsou určeny pro soběstačné seniory, je zde lehce dostupná pomoc. Bydlení zde předpokládá, že se senior v případě ztráty soběstačnosti musí přestěhovat do nového prostředí.
4. Ústavní bydlení v domově – penzionu pro důchodce a v domově důchodců. Penziony jsou určeny pro nepřiliš velká společenství starých osob (ještě soběstačných), jak pro jednotlivce, tak manželské páry. Domovy důchodců zajišťují jejich klientům komplexní péči. Jedná se o institucionální zařízení velkých kapacit.
5. Centrum pro seniory. Jedná se o komplex zařízení, sdružujícím v jenom místě všechny vyjmenované typy bydlení vhodné pro seniory.

5.3. Senior a rodina

Podle Šelnera (Sociální práce, 2/2004, s. 13-14) se „za rodinu považuje společenství různých generací v systému rodiče – dítě. Rodiny tří generací, žijící pod jednou střeou, jsou dnes zřídka vídaným jevem, v městských aglomeracích snad vůbec výjimkou. České údaje odhadují počet vícegeneračních domácností na 15%“.

Dále se dle Šelnera (2/2004) omezují kontakty s prarodiči, mezigenerační vztahy nabývají jiné hodnoty. Ztrácí se také pocit zodpovědnosti dětí ke starším spoluobčanům. „Dnešní tendence je v evropských zemích taková, že v první řadě nese za péči o seniora zodpovědnost rodina. Pokud tuto zodpovědnost nemůže převzít, pak přebírají (spolu)péči další složky. Aktivní podíl rodiny lze v převážné míře zaznamenat u ambulantní domácí péče, kdy se v ošetrovatelské péči navzájem doplňují rodinní příslušníci s profesionálními pracovníky ošetrovatelské péče (Šelner in Sociální práce, 2/2004, s. 17).

Pacovský a Heřmanová (1981, 236 – 237) „Rodinný život starých lidí je velmi důležitý z hlediska udržení jejich soběstačnosti v navyklém prostředí. Současná rodina má nadále důležité místo v centru rozšířené příbuzenské sítě. Staří lidé se snaží udržet si co nejdéle svou vlastní domácnost. Jejich přání je ve shodě s přáním mladší generace. Pro moderní rodinu jsou charakteristická silná emoční pouta, která přetrvávají i tehdy, když si již děti založili vlastní rodinu“.

Podle Zavázalové a kol. (2001) znamená pro seniora dobře fungující rodina v případě jeho nesoběstačnosti záruku psychické, fyzické i hmotné pomoci.

Podle Pacovského a Heřmanové (1981, s. 237) „starý člověk očekává zájem o svou osobu a zajímá se o problémy rodiny i ve velmi vysokém věku. Patologií rodinných vztahů rozumíme dysfunkčnost rodiny v péči o starého člověka. Nejzávažnějšími důsledky je opuštěnost či sociální izolace starého člověka a pak také složitá problematika generačních rozporů uvnitř rodiny.

Zavázalová (2001) uvádí tři faktory ovlivňující péči v rodině:

- Faktory celospolečenské – role, význam stáří, epidemiologie chronických chorob a jejich vliv na soběstačnost ve stáří, dostupnost zdravotních a sociálních služeb atd.
- Pečující rodina jako poskytovatel služeb – složení a možnosti rodiny, výchova, zdravotní stav poskytovatelů, vztahy v rodině a ochota a obětavost pečovatele.
- Starý člověk, jakožto příjemce péče – jeho zdravotní stav, soběstačnost, jeho přání a postoje apod.

Pokud hovoříme o vztazích mezi prarodiči a vnoučaty, zvláště když starý člověk sdílí společnou domácnost se svými dětmi, respektive vnoučaty, máme na mysli velmi intenzivní vztah. Hamilton (2005 in Tavel 2009, s. 197) „s přítomností prarodiče v domácnosti je spojený menší výskyt deviantního chování adolescentů. U adolescentů – černochů byla přítomnost prarodiče v rodině spojována také s menším výskytem depresivních symptomů“. Stickerová (1987 in Tavel, s. 198) „intenzita kontaktu mezi prarodičem a vnoučetem klesá s rostoucím věkem vnoučete“.

„ V západních zemích preferují staří lidé samostatný život, zároveň však vítají, nežijí-li jejich potomci či blízcí příbuzní daleko“ (Hamilton, 1999, s. 171).

Bengtson a Treas (in Hamilton, 1999, s. 171) „rodinní příslušníci jsou obvyklým a preferovaným zdrojem spokojenosti a pomoci v nouzi, avšak současně platí, že s narůstajícími očekáváními pomoci ze strany potomků stoupá u starých lidí míra deprese“.

Bengtson a Kuypers (1986, in Hamilton 1999, s. 172) „dostanou-li se staří lidé do nouze a potřebují pomoc, mohou být narušeny rodinné vztahy, neboť členové rodiny mají pocit, že situaci nezvládají a nedokážou se o své stárnoucí příbuzné spolehlivě postarat“.

Modely rodinné péče v podmínkách krize:

Dvojnásobný model ABCX (McCubbin a Patterson 1982 in Hamilton 1999, s. 172):

- A – příčina krize
- B – rodinné zdroje sloužící zvládnutí situace
- C – způsob, jakým rodina vnímá situaci
- X – pociťovaný stres

Model podle Gatzke a kol. (1990, in Hamilton 1999, s. 173):

- Událost jako krize (př. vážná choroba) – stresor (nepříznivý vliv takové události, př. člověk má bolesti) – odhad situace (proces, kdy se rodina rozhoduje, do jaké míry dokáže zvládnout situaci) – prostředníci (dosažitelnost pomoci a péče) – výsledky (stupeň stresu nebo adaptace rodiny na novou situaci).

Kuchařová (1996, s. 17 - 18) „Lidé nad 60 let vyžadují potřebu pomoci ve 14%. Pomoc rodiny svým starým členům je převážně považována za samozřejmost, reálně je však vyžadována poměrně málo. S věkem roste potřeba rozsáhlejší a „intimnější“ pomoci“.

Ve vztahu ke starým lidem prožívá rodina pozitivní nebo negativní pocity:

Z pozitivních pocitů to je:

- láska k rodičům, obohacení přítomnosti starého člověka v rodině
- vůle k zabránění vstupu starého člověka do sociálního zařízení

Z negativních pocitů to je:

- strach z nesplnění úkolu, když k sobě nepřijmeme starého rodiče
- strach, že se nebudeme umět o starého rodiče postarat, že mu nebudeme umět vyhovět
- otřes z toho, že se vztah rodič-dítě obrací
- strach, že obětujeme vlastní rodinu výměnou za péči o starého rodiče
- mohou se přidat pocity nenávisti a pomsty, což může vyústit ve špatné zacházení se starým člověkem

Je důležité, „jakým způsobem se péče poskytuje a jakou kvalitu v souladu s životními podmínkami seniorů má péče v konečném důsledku. Úloha rodiny v péči o seniory je nejen v tom, že se rodina o seniora stará doma, ale rovněž ve skutečnosti, že hájí zájmy svého příbuzného, pokud je odkázán na cizí pomoc, především v určitém zařízení“ (Šelner in Sociální práce, 2/2004, s. 19).

„Přibývá rodin ochotných pečovat o své seniory, byť za cenu určitých obětí. Na druhou stranu rodiny, které nemohou nebo nechťejí pečovat – a těch je zatím většina – se snaží zbavit se svých stárnoucích příbuzných za každou cenu a kvalitu péče často přehlížejí“ (Vlčková in Sociální práce, 2/2004, s. 29).

5.4. Senior a domov důchodců

Domovy důchodců, dříve označované jako „domy odpočinku“, znamenají dle Příhody (1974) ztrátu svobody a ztrátu intimity a soukromí.

„Domov zajišťuje pečlivě sterilizované dožívání, vzniká v něm těžký vzduch, smutný nevyvětratelný dech staroby. Tím, že své chráněnce zbavuje kontaktu s vnějším zlem, zbavuje je kontaktu se štěstím“ (Pluhař a Příhoda in Příhoda, 1974, s. 410 – 411).

„Se stářím se zvyšuje pravděpodobnost onemocnění. Může se stát, že dojde k situaci, kdy člověk nebude moci vést plnohodnotný život. Tím nejdůležitějším se stane kvalitní a dostupná zdravotní a sociální péče“.

Úkoly zdravotní a sociální péče o staré spoluobčany:

- posilovat dobré zdraví a pohodu starého člověka, předcházet nemocem, nesoběstačnosti nebo je zmírňovat
- léčit pacienta v případě onemocnění
- pomáhat starším lidem vést plnohodnotný a nezávislý život aktivních a platných členů lidského společenství
- zajistit kontinuitu mezi zdravotnickými a sociálními službami s cílem, aby starší občan zůstal co nejdéle ve svém domě a komunitě s tím, že hospitalizace či pobyt v instituci mu budou umožněny v případě, kdy se stanou nezbytnými
- garantovat, aby nedocházelo k diskriminaci důvodu věku, pohlaví, náboženského přesvědčení, národnosti občana či místa, kde právě žije

„Starší občané mají nárok na zajištění takové zdravotní péče, která je potřebná, a to podle zdravotního stavu a postupně závislosti, nikoliv dle schopnosti, si takovou péči zaplatit, prostředí, ze kterého pocházejí či s ohledem na životní styl“.

„Není-li starý občan schopen již zůstat doma, je třeba mu umožnit pobyt ve vhodné instituci“.

V instituci má starý občan právo očekávat:

- že bude vypracován plán péče, který bude pravidelně kontrolován a přizpůsobován jeho potřebám
- že bude rozhodovat, pokud to jeho zdravotní stav dovolí, o svém způsobu života včetně toho, kdy si přeje soukromí a kdy chce být ve společnosti
- že jeho pohyb mimo instituci nesmí být omezován, stejně tak i jakékoli jiné kontakty včetně pošty, telefonu či návštěv
- že péče o něj bude odborně vedena specialistou geriatrem, bude-li jeho stav vyžadovat složitější lékařskou péči a ošetřování

(Zdroj: Evropská charta pacientů seniorů – Mezinárodní gerontologická asociace – evropská oblast, Praha: ČGGS, 1999 in Venglářová 2007, s. 91 – 96).

Umístění seniora do domova důchodců, eventuálně jiné instituce podle Vágnerové (2000) znamená změnu životního stylu:

- ztráta zázemí, známého teritoria a s ním spojené identity (ztráta jistoty orientace a pocitu bezpečí známého prostředí)
- ztráta autonomie a soběstačnosti starého člověka jako důsledek postupujícího úpadku schopností
- signál blížícího se konce života

Vágnerová (2000, s. 496 - 499) dále uvádí, že „zátěž změny způsobu života a snížené spojené ztráty samostatnosti a soukromí starého člověka se projeví v oblasti základních psychických potřeb“ :

1. Potřeba přiměřené stimulace a orientace. Život v domově důchodců či v jiné instituci je pro jeho obyvatele málo stimulující. Aby se člověk mohl adaptovat na nové prostředí, je potřeba, aby jej poznal.
2. Potřeba citové jistoty a bezpečí. V domově důchodců jedinec ztrácí pocit bezpečí, reaguje obrannými mechanismy, senior touží si neustále potvrdit jistotu vztahů se svými dětmi a vnoučaty. Hovoříme o potřebě vazby k někomu, kdo by toto bezpečí zajistil.

3. Potřeba seberealizace. V domově důchodců chybí jejím obyvatelům smysluplná činnost, na kterou byli zvyklí a kterou prováděli dříve. Mohou trpět prázdnotou svého denního programu.
4. Potřeba otevřené budoucnosti. Obyvatel domova důchodců nesmí pod tlakem okolností rezignovat na novou „definitivní“ roli, která podle nich přináší už jen chmurnou budoucnost ve smyslu toho, že už nepříjde nic příjemného.

Procesem adaptace na nedobrovolné umístění do domova důchodců dle Vágnerové (2000) máme na mysli tři fáze:

1. Fáze odporu ve smyslu nepříjemného chování vůči personálu a ostatním obyvatelům jako výsledek frustrace a negativních emocí, které tito lidé prožívají.
2. Fáze zoufalství a apatie ve smyslu rezignace na všechno, i na svůj život.
3. Fáze vytvoření nové pozitivní vazby s dalšími obyvateli domova či s někým z personálu.

Procesem adaptace na dobrovolné umístění do domova důchodců dle Vágnerové (2000) máme na mysli tyto dvě fáze:

1. Fáze nejistoty a vytváření nového stereotypu ve smyslu prvotního přecitlivění, případné somatizace z nového prostředí, je důležité, aby prvotní zážitky v novém prostředí byly příjemné.
2. Fáze adaptace a přijetí nového životního stylu ve smyslu smíření se se ztrátou domova, zvyknutím si a přijetím domova nového a vytvoření nového životního stereotypu a získání nových sociálních kontaktů.

Stupně adaptace na domov důchodců podle Kolaříkové (in Příhoda, 1974, s. 413):

- Člověk přichází do domova a přizpůsobuje se vnějším chováním celkovému řádu.
- Člověk se přizpůsobuje vnitřně, navazováním citových vztahů, sbližováním s lidmi i s prostředím.
- Vazba na lidi i svět venku nakonec slábne.
- Jedinec v domově zakoření, zdomácní a netouží jej opustit. K tomuto stupni adaptace dospěje jen čtvrtina jedinců.

„Staří lidé nemohou v domově zcela přivyknout a nejrady by z něho zase odešli, kdyby to bylo možné“ (Kaufmanova – Prchlíkova in Příhoda, 1974, s. 411 - 412). Domovy důchodců a další ústavní zařízení by měly být „místem života“ pro jeho ortel a posláním personálu by mělo být „pomáhat obyvatelům žít.“

6. POHLED NA KVALITU ŽIVOTA

„Kvalita života je důležitější než život sám.“

(Alexis Carrel)

„Zdraví určitého člověka je co nejúžeji propojeno s kvalitou jeho života.“

(David Seedhouse)

Calman (1984) definoval kvalitu života daného člověka v jeho určitém časovém a situačním bodě jako rozdíl mezi nadějami a očekáváními tohoto člověka a současným stavem jeho života. O' Boyle, McGee a Joyce (1994) „definice kvality života by měla být formulována individuálně podle toho, jak si ji určí daný jedinec“ (in Křivohlavý, 2002, s. 171).

Slovo „kvalita“ podle Křivohlavého (2002, s. 162) „je odvozeno od latinského základu „qualitas“ – kvalita – či „qualis“ – jaký. Latinské „qualis“ je pak odvozeno od ještě hlubšího kořene „qui“ – „kdo“. Český kořen tohoto tázacího zájmena (kdo?) „k“ – nás dovede až ke slovům „kéž“ či „kýžený“ – tj. žádoucí, cílový stav atp. Kvalitou se tak rozumí charakteristický rys, jímž se daný jev odlišuje jako celek od jiného celku“.

Čornaničová (2004 in Sýkorová 2007, s. 93) „v rozličných životních obdobích a životních situacích se může obsah pojmu kvalita života značně lišit, můžeme hovořit také o specifických aspektech kvality života seniora z hlediska této životní etapy, rodinné, soukromé a jiné situace, tedy také o specifikách kvality života seniorů v situaci pacienta nebo sociálního klienta“.

Podle Markové (2010, s. 38) „se kvalita života dotýká pochopení lidské existence, smyslu života a samotného bytí. Zahrnuje hledání klíčových faktorů bytí a sebepochopení. Zkoumá materiální, psychologické, sociální, duchovní a další podmínky pro zdravý a šťastný život člověka.“

Rozsah pojetí kvality života dle Engela a Bergsmy (1988, in Křivohlavý, 2002, s. 163 - 164) ve třech rovinách:

- a) Makro – rovina. Podle Bergsmy jde o absolutní smysl života, život se vykládá jako absolutní morální hodnota.
- b) Mezo – rovina. Jedná se o kvalitu života v malých sociálních skupinách (nemocnice, domov důchodců atd.), respektuje se morální hodnota života, dále vzájemné vztahy mezi lidmi, otázky základních potřeb, existence tzv. soc. opory, sdílených hodnot apod.

- c) Osobní (personální) rovina. Je jím život jednotlivce (pacienta nebo lékaře a jiného). Jedná se o subjektivní hodnocení zdravotního stavu, spokojenosti, nadějí apod. Jednotlivec hodnotí kvalitu vlastního života.
- d) Fyzická (tělesná) existence. Mluvíme o pozorovatelném chování druhých lidí, můžeme jej měřit a porovnávat. Bergsam a Engel nedoporučují údaje z této roviny pro definování kvality života.

Kvalitou života podle Bludena (Dragomirecká, Škoda, 1997, s. 104) je fyzická pohoda, materiální pohoda, kognitivní pohoda a sociální pohoda.

Podle mínění Kováče (2004, s. 463) je kvalita života víceúrovňový a multikomponentní fenomén, který se projevuje v psychické reflexi jako přetrvávající spokojenost, chvílemi jako štěstí a dlouhodobě pohodou, s podporou kognitivních, emočních a motivačních potenciálů jedince.

Dimenze kvality života (Vymětal, 2001, in Vaňurová, Mülpachr, 2005, s. 17):

- a) Subjektivní dimenze QOL – jedinec vnímá své postavení ve společnosti, ve vztahu s kulturou, ve které žije a hodnotovým systémem. Na jeho osobních cílech, očekáváních a zájmech závisí životní spokojenost.
- b) Objektivní dimenze QOL – jedná se o ekonomické, sociální, zdravotní a environmentální podmínky ovlivňující život člověka.

Metody měření kvality života (Křivohlavý, 2002, s. 165 - 177):

1. Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu života hodnotí druhá osoba (metoda Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu – APACHE II, Karnofskyho index, metoda Vizuelní škálování celkového stavu pacienta „viditelná analogová škála – VAS“, Index kvality života pacienta ILF).
2. Metody měření kvality, kde hodnotitelem je sama daná osoba (DDRS – Posuzovací škála stresu a neschopnosti Rossera, metoda Stupnice spokojenosti se životem – SWLS Ed Dienera, metoda Repertory Grid Kellyho – metoda sítí životních pojetí a cílů, metoda SEIQoL – Systém individuálního hodnocení kvality života).
3. Metody smíšené, vzniklé kombinací metod typu 1. a 2 (metoda MANSA a její variace LQoLP, v jejím rámci metodika LSS – Škála životního uspokojení).

Koncepce metody SEIQoL – Systému individuálního hodnocení kvality života (in Křivohlavý, 2002, s. 172 – 174):

Jedná se o osobní představy dotazovaného, co považuje za důležité.

- Pojetí kvality života vychází z toho, jak je kvalita života definovaná dotazovanou osobou a jak je danou osobou hodnocena.
- Pojetí kvality života dané osoby závisejí na jejím vlastním systému hodnot.
- Aspekty života podstatné pro danou osobu v dané situaci, jsou zvažovány a hodnoceny jako závažné.
- Aspekty života kriticky závažné pro danou osobu, se daná metoda snaží poznat v rozhovoru.
- Relativní důležitost každého aspektu kvality života každého se zjišťuje a měří využitím metody analýzy jeho názoru a přesvědčení.

Nejčastěji uváděná jednotlivá životní zaměření starších lidí ve smyslu důležitosti získaná touto metodou (O' Boyle, McGee a Joyce 1994 in Křivohlavý, 2002, s. 173) jsou sociální činnost, zdraví, rodina, životní podmínky, víra, finance, vztahy, nezávislost, práce a štěstí.

Přístupy ke kvalitě života:

- a) Přístup psychologický. Předmětem zájmu je myšlení, prožívání, hodnocení člověka, sebehodnocení, potřeby a přání, ale i životní trauma, krize, deprese. Dále je to autonomie, autenticita a kompetentnost jedince (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 29). S kvalitou života je spojována osobní pohoda (Well – being), jejímiž komponentami jsou životní spokojenost, morálka ve smyslu mravních zásad a štěstí.
- b) Přístup medicínský. Podle projektu WHOQOL, který je v rámci Světové zdravotnické organizace, se na kvalitě života podílí šest oblastí, a to fyzická stránka, psychická stránka, stupeň samostatnosti, sociální vztahy, životní prostředí a spiritualita (www.who.int/evidence/assessment-instruments/qol/index.htm, in Vaďurová, Mühlpachr 2005, s. 27).
- c) Přístup sociologický. Kvalita života se vymezuje vzhledem k životní úrovni, způsobu života a životnímu stylu.
- d) Přístup ekologický. Ekologicko – environmentální podmínky přímo ovlivňují život jedince.
- e) Přístup psychoterapeutický. Základním pojmem je psychoterapie, která se uskutečňuje psychologickými prostředky, působí na duševní život a chování člověka či jeho meziosobní vztahy navozováním žádoucích změn a vede tak k podpoře uzdravení (Vymětal 2003 in Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 29).

„Sociální gerontologové zahrnují do definice kvality života ve stáří fyzické kapacity, mentální zdraví, absenci bolesti, sociální aktivity v oblasti rodiny, práce, volného času, finanční nezávislosti, sociální sítě a kvalitu sociální interakce, bydlení, spirits, sociální podporu, učení, obecnou životní spokojenost, vztah s prostředím a sociální pozici starých lidí ve společnosti“ (Tobiasz – Adamczyk 2004 in Sýkorová, 2007, s. 93).

„Zvyšování kvality života ve fázi stárnutí usnadňuje akceptaci faktu stárnutí – jeho přijetí a smíření se s ním“ (Křivohlavý, 2002, s. 150 – 151):

Je důležité:

- vidět ideál stáří v podobě moudrého člověka
- žít naplno každou etapu života
- nepřikazovat nikomu, že fakt stárnutí musí prostě přijmout
- nebagatelizovat ve smyslu nesnižovat, co stárnoucí člověk o svých těžkostech říká
- mít pochopení a projevit sympatii v těžkostech
- empaticky naslouchat a soucítit
- nediskriminovat starší lidi

„Nejen obohatit život o léta, ale i obohatit léta o život.“

(Mezinárodní gerontologická společnost)

7. ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST A SMYSLUPLNOST VE STÁŘÍ

„Spokojené stáří si zaslouží jen ten, který nikdy neztratil víru v dobro.“

(Turgeněv)

Podle Křivohlavého (2002, s. 169) „je se svým životem spokojen ten, kdo žije kvalitně. Spokojeni jsme tehdy, když se nám daří dosahovat cílů, které si předsevzeme.

Dle Ehtelda (1999 in Křivohlavý, 2002, s. 169 - 170) dosahuje-li člověk svých životních cílů, které si předsevzal, takovou rychlostí nebo ještě rychleji, než očekával, žije v pohodě (wellbeing).

Wellbeing je subjektivním pocitem štěstí a životní spokojenosti. Jedná se o přetrvávající emoční stav, během něhož cítí jedinec celkovou spokojenost se svým životem (Šolcová, Kebza, 2009).

Wellbeing chápeme jako dvousložkový model, který je složen z psychologické složky (psychická pohoda) a sociální složky (sociální pohoda), (Snyder a Lopez, 2002 in Křivohlavý, 2004). Psychologický wellbeing je osobní růst, začlenění do života nebo samostatnost aj., sociální wellbeing je sociální přijetí, sociální aktualizace nebo sociální soudržnost a integrace (Křivohlavý, 2004). U starších lidí jsou obě dimenze více provázány a závislé jedna na druhé.

Výzkum Mroczka a Spiry (2005, in Hrdlička, Kuric, Blatný, 2006) se opírá o tvrzení, že životní spokojenost vzrůstá a na vrcholu se udržuje do věku 65 let a následně klesá. Dle autorů Hrdličky, Kurice a Blatného (2006) tvoří životní spokojenost složka emoční (vysoká míra pozitivních emocí, nízká míra negativních emocí) a složka kognitivní (spokojenost v oblastech, jako jsou rodina, přátelé a dále sociální postavení a sebehodnocení člověka).

7.1. Smysluplnost života

Je vhodné od sebe odlišit otázky smysluplnosti v běžných životních problémech a v tzv. mezních životních situacích. Běžné životní problémy se týkají smysluplnosti pracovní činnosti, smysluplnosti identity apod. Mezní životní situace mohou být například situace stárnoucích osob, které si kladou otázky smyslu života s mimořádnou naléhavostí. Termín personal meaning znamená osobní pojetí smysluplnosti, ultimate meaning pak nejzazší pojetí smysluplnosti bytí.

Problematika smysluplnosti života je v pozadí naší motivace. Má vliv na kvalitu našeho života, na psychické či fyzické zdraví, na to, jak prožíváme stresy, jaké máme hodnoty, posiluje

pojetí soudržnosti. „Smysluplnost života má své místo i v pojetí celoživotního vývoje osobnosti (life-span-development), zvláště pak růstu a zrání osobnosti, stárnutí a adaptace na změny či zvládání životních obtíží. Rozlišujeme implicitní a existenciální smysluplnost.

Implicitní je přisuzování osobního významu událostem nebo věcem, s nimiž se člověk setkává (mysl stárnutí), „existenciálnímu smyslu jde o smysluplnost bytí“ (Křivohlavý, 2007, zdroj: <http://jaro.krivohlavy.cz/problematika-smysluplnosti-zivota-v-psychologii>).

Logoterapie V. E. Frankla se zaměřuje na smysl lidského života a na jeho hledání. „Podle ní úsilí nalézt smysl vlastního života je prvořadou motivační silou v člověku“ (Frankl, 1994).

Nalézt smysl ve stáří nemusí být obtížné. Právě stářím získal člověk mnoho životních zkušeností. Stáří nezabraňuje člověku rozhodovat se. Starý člověk je sice více konfrontován se smrtí i s tím, jak pomíjivá je lidská existence, umí-li se člověk s tímto vyrovnat, může být pro něj stáří pozitivním obdobím.

7.2. Sebepojetí ve stáří

„Přiměřené sebepojetí a sebehodnocení je základem adekvátního vztahu člověka k okolí a k sobě samému. Důležitým mentálně hygienickým aspektem je důvěra jedince ve své vlastní schopnosti a jeho sebeúcta. Sebepojetí člověka se utváří od prenatálního období vlivem sugescí, které dítěti dáváme a kterými programujeme jeho podvědomí. V průběhu individuálního života se sebepojetí člověka utváří působením četných sociálních vlivů. Sebepojetí člověka zralého věku závisí především na tom, zda se cítí pro své okolí užitečným, zda ho lidé potřebují. Erikson (1968) vyjádřil sebepojetí člověka zralého věku takto: "Já jsem to, co poskytuji." Erikson (1968) vyjádřil sebepojetí člověka v období stáří takto: "Já jsem to, co po mě zůstane."

Složky sebepojetí (složky „já“) podle Balcara (1983) a Říčana (1982):

- a) reálné já – je představa o vlastních možnostech
- b) ideální já – je představa o tom, jací bychom chtěli být
- c) obranné já – je obrana vědomí od toho, co pokládáme za nesnesitelné
- d) citový vztah k já – je úcta k vlastní osobě

(Miňhová, s. 5 – 8, zdroj:

http://www.zcu.cz/fpe/about/celozivotni_vzdelavani/ESF_mistri/materialy/kurz_podpory/KPS_MHAS_Minhova.pdf).

Sebepojetí bývá označováno pojmy identita či sebeobraz.

V souvislosti s porozuměním stárnoucímu člověku, je třeba uvažovat nad vnějšími vlivy, které ovlivňují sebeobraz a životní spokojenost seniora. Stereotypy ovlivňují sebedůvěru starých

lidí. Čím více jim člověk podlehne a čím kritičtěji hodnotí druhé, tím je nižší jeho sebehodnocení (Hamilton, 1999, s. 161).

Příčiny změny sebeobrazu podle Hamiltona (1999) jsou odchod do důchodu a ovdovění. „Kdo se cítí být k odchodu do důchodu „donuceni“, jsou obecně charakterizováni nižší úrovní životní spokojenosti (Swan a kol., 1991, in Hamilton, s. 163). „Životní spokojenost mohou ovlivňovat také smrt přátel, potíže mladších příbuzných či s mladšími příbuznými a podobně (Kermis, 1986, in Hamilton, 1999, s. 164).

Vliv na sebepojetí seniora má také společnost. Důležitou složkou identity pro seniora je rovněž rodina nebo životní partner. Ve stáří člověka ohrožuje samota nebo izolace, proto je dobré se ve stáří aktivně účastnit společenského života.

7.3. Osobní pohoda

Úroveň osobní pohody se během života výrazně nemění. To, co se mění, jsou její zdroje. Ve stáří převažuje rozumové, globální hodnocení života (Hrdlička, Kuric, Blatný, 2006).

„Osobní pohoda musí být chápána a měřena prostřednictvím svých komponent kognitivních (životní spokojenost, morálka ve smyslu mravních zásad) a emočních (positivní emoce, negativní emoce). Osobní pohoda se vyznačuje konzistencí v různých situacích a stabilitou v čase“ (Šolcová, Kebza, 2004, s. 21).

Dimenze osobní pohody podle Ryffové a Keyesové (1995, in Kebza 2005):

1. Sebepřijetí ve smyslu přijetí a akceptování sebe sama, zaujímáme pozitivní postoj a jsme se sebou spokojeni.
2. Pozitivní vztahy s druhými ve smyslu být k druhým empatický a mít o druhé zájem.
3. Autonomie ve smyslu udržení si vlastního názoru, nebýt závislý na hodnocení druhých a odolávat tlakům okolí.
4. Zvládání životního prostředí ve smyslu využívat příležitostí pro vlastní potřeby a cíle, být si vědomi toho, že jsme kompetentní zvládnout každodenní situace.
5. Smysl života ve smyslu mít cíl a k něčemu směřovat.
6. Osobní rozvoj ve smyslu otevřenosti k novým věcem, vidět u sebe pozitivní změny a nestagnovat.

Dimenzí osobní pohody je také tělesná zdatnost. Tělesná zdatnost, především u starších lidí, prodlužuje a zvyšuje pocit životní spokojenosti (Hunt, 2003 in Kebza 2005).

Zdroje osobní pohody:

- a) Oblast vzdělání: Kebza (2005) uvádí, že čím je nižší postavení člověka, tím je nižší prožívání pocitu osobní pohody.
- b) Oblast zdraví: Kermis (1986, in Hamilton 1999, s. 166 – 167) „deprese nebo stres mohou způsobovat zhoršování zdraví. Chatrné zdraví či tělesná vada mohou negativně ovlivňovat duševní stav člověka“.
- c) Oblast pohlaví: Ženy pozitivněji posuzují vztahy s druhými a svůj osobní rozvoj na rozdíl od mužů (Ryfová, Singer, 1998 in Kebza 2005).
- d) Oblast temperamentu a osobnostních rysů: „Osobní pohoda má nejsilnější vztah k emoční stabilitě a svědomitosti, následuje extroverze a přátelskost, nejslabší vztahy byly nalezeny k otevřenosti a novým zkušenostem.“ (Hrdlička, Kuric, Blatný, 2006, s. 122) .
Tři komponenty osobní pohody dle Okuny a Stocka (1987, in Šolcová a Kebza, 2004, s. 22):
1. „Životní spokojenost je hodnocením toho, jak se jedinci dařilo dosahovat cílů. Tato komponenta je orientována do minulosti a má silně kognitivní obsah“.
 2. „Morálka ve smyslu mravních zásad (morale), směřuje ke kázní (discipline) a důvěře (confidence). Je orientována do budoucna, má středně zastoupený kognitivní obsah“.
 3. „Štěstí (happiness) představuje emoční reakci na každodenní život. Je zaměřeno na současnost, jeho kognitivní komponenta je nízká“.

8. DOMOVY PRO DŮCHODCE JAKO ŽIVOTNÍ ALTERNATIVA

„Domovy důchodců jsou zřizovány jako ústavy sociální péče na základě § 61 vyhlášky MPSV č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení (v platném znění). V § 72 citované vyhlášky se praví: „Domovy důchodců jsou určeny především pro staré občany, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu a kteří pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují komplexní péči, jež jim nemůže být zajištěna členy jejich rodiny ani pečovatelskou službou nebo jinými službami sociální péče, a dále pro staré občany, kteří toto umístění nezbytně potřebují z jiných vážných důvodů. Nemohou však být přijati občané, jejichž zdravotní stav vyžaduje léčení a ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení“ (Červenková, Bruthansová, Pechanová, 2006, s. 19).

8.1. Principy v péči o seniory

Principy v geriatrické péči a v přístupu k seniorům (Kalvach, Onderková, 2006 in Kurečková, 2007, s. 27):

1. Zabezpečení ve smyslu zajištění základních biologických potřeb (přístřeší, ošacení, potrava apod.).
2. Autonomie ve smyslu snahy o zachování rozhodovací kompetence a kontroly nad děním s ohledem na soukromí klienta/seniora.
3. Důstojnost ve smyslu respektování osobnosti seniora, jeho soukromí, autonomie, vyloučit chování, které by bylo ponižující pro klienta, prevence nevhodného chování, zanedbávání a násilí vůči klientovi/seniorovi.
4. Smysluplnost ve smyslu pomoci při hledání životní náplně, podřízení zdravotní péče sociální roli, prevence komunikační i sensorické deprivace apod.
5. Participace ve smyslu zapojení klienta do komunity, sdílení problémů apod.
6. Dále respektování osobnosti, posilování její zodpovědnosti, empatie a aktivní naslouchání apod.

8.2. Rizika dlouhodobého pobytu v ústavu

Rizika dlouhodobého pobytu v ústavu dle Matouška (1995 in Kurečková 2007, s. 28 – 29):

1. Hospitalismus, který se vyznačuje sníženou schopností adaptace na život mimo ústav. Hlavní riziko hospitalismu spočívá ve ztrátě soběstačnosti vlivem přílišné péče a všestranném zaopatření, který ústav poskytuje.
2. Homogenní kolektivy jsou v ústavech represivního rázu (jedinci mající stejné pohlaví nebo věk), v domovech důchodců ale žijí jedinci různého pohlaví i věku.
3. Ponorková nemoc ve smyslu snižování tolerance vůči druhým. Vytváří se dlouhodobým pobytem v daném prostředí a projevuje se negativními projevy až nepřátelstvím.
4. Šikánování ve smyslu násilného chování klienta vůči druhému či druhým klientům.
5. Zneužívání klientů, a to nevhodných chováním ze strany personálu, popř. sexuální zneužívání.
6. Erotické vztahy mezi klienty, popř. klientem a někým z personálu.
7. Konfuze rolí ve smyslu stylizace někoho z personálu do úlohy rodiče či jiné blízké osoby klienta.
8. Ztráta soukromí ve smyslu sdílení už tak omezeného prostoru s druhými, které si nemohl vybrat. Klient je pod kontrolou personálu a dalších klientů, často je omezován ve svých činnostech.

Klienta/seniora mohou tyto rizika traumatizovat a psychicky poškodit.

8.3. Členění podle zřizovatelů

„Přijetím zákona č. 320/2002 Sb., o změně a zrušení některých zákonů v souvislosti s ukončením činnosti okresních úřadů (tzv. kompetenční zákon) došlo k řadě změn i v ústavní sociální péči. Do konce roku 2002 zřizovaly okresní úřady celou řadu organizací, mj. i většinu zařízení sociální péče (zejména ústavů sociální péče, kam patří i domovy důchodců) provozovaných v České republice. Problematika jejich přechodu na obce a kraje je upravena zákonem č. 290/2002 Sb., o přechodu některých dalších věcí, práv a závazků České republiky na kraje a obce tak, aby tyto organizace mohly bez přerušení nadále poskytovat sociální služby potřebným občanům. Vzhledem k tomu, že zákon č. 320/2002 Sb. nabyl účinnosti od 1.1.2003, bylo v roce 2005 „odstátnění“ domovů důchodců a jejich převod na regionální instituce prakticky dokončeno“ (Červenková, Bruthansová, Pechanová, 2006, s. 19).

Tabulka 10:

Domovy důchodců v roce 2005 podle zřizovatelů

typ zařízení ¹	zřizovatel	počet DD	podíl na počtu DD	průměrný počet obyvatel DD	podíl na počtu obyvatel DD	neinvest. výdaje na obyvatele a den (Kč)	počet zaměstnanců na 1 obyv.	podíl ošetřovat. lůžek z kapacity
1	stát	0	0%	0	0%	0	0	0%
2	kraj	178	45%	20 410	54%	548	0,50	39%
3	obec	149	37%	14 402	38%	562	0,51	35%
4	církev	59	15%	2 386	6%	546	0,58	43%
5	občanské sdružení	11	3%	424	1%	740	0,85	73%
6	fyzická osoba	0	0%	0	0%	0	0	0%
7	ostatní NNO	1	0%	32	0%	615	0,59	100%
	celkem	398	100%	37 654	100%	555	0,51	38%

(zdroj: in Červenková, Bruthansová, Pechanová, 2006, s. 20)

Tabulka 11:

Hrubé ukazatele zdravotního stavu obyvatel DD za rok 2005 podle zřizovatelů

zřizovatel	průměrný věk (k 31. 1. 2005)	počet obyvatel se zdravotními obtížemi			podíl z celkového počtu obyvatel DD		
		trvale upoutaných na lůžko	mobilních s dopomocí	vyžadujících nákladnější stravování	trvale upoutaných na lůžko	mobilních s dopomocí	vyžadujících nákladnější stravování
kraj	78	4 647	8 435	8 578	23%	41%	42%
obec	79	3 269	5 956	6 576	23%	41%	46%
církev	79	388	878	1 048	17%	37%	45%
občanské sdružení	77	115	127	114	24%	27%	24%
ostatní NNO	85	27	5	8	84%	16%	25%
celkem	79	8 446	15 401	16 324	22%	41%	43%

(zdroj: in Červenková, Bruthansová, Pechanová, 2006, s. 20)

8.4. Potřeba lůžek v domovech důchodců

Přehnal (1999 in Červenková, Bruthansová, Pechanová, 2006, s. 21) odhaduje potřebu ústavní péče o seniory na rok 2020 na 51 000 míst.

Tabulka 12:

Domovy důchodců v ČR: počet neuspokojených žadatelů, kapacita a počet zařízení 1995 - 2005

rok	počet neuspokojených žadatelů ⁶	počet míst (kapacita)	počet zařízení (v grafu stup. vpravo)	počet žadatelů na 100 míst
1995	18 549	32 305	290	57
1996	21 609	33 779	303	64
1997	23 454	34 436	314	68
1998	25 431	35 218	316	72
1999	27 243	35 656	329	76
2000	28 784	36 662	338	79
2001	34 763	36 612	346	95
2002	33 222	37 686	354	88
2003	37 052 ⁷	39 331	369	94
2004	38 220	38 875	373	98
2005	43 187	38 023	380	114

(zdroj: in Červenková, Bruthansová, Pechanová, 2006, s. 21)

Tabulka 13:

Počet čekatelů na jedno lůžko v DD podle krajů v roce 2005

rok 2005	čekatelé (neuspokojení žadatelé)	z toho: čekatelé přednostní a naléhaví	kapacita (počet lůžek) k 31.12. 2005	počet čekatelů na 1 lůžko	relativní kapacita (počet lůžek na 100 obyvatel kraje 65+)
Hlavní město Praha	7 460	1 967	2 911	2,6	1,6
Středočeský kraj	5 373	340	4 332	1,2	2,6
Jihočeský kraj	2 235	291	2 999	0,7	3,4
Plzeňský kraj	2 159	396	1 155	1,9	1,4
Karlovarský kraj	771	53	802	1,0	2,0
Ústecký kraj	2 388	133	4 142	0,6	4,0
Liberecký kraj	305	38	1 148	0,3	2,0
Královéhradecký kraj	3 051	592	2 416	1,3	3,0
Pardubický kraj	2 058	206	2 108	1,0	2,9
Vysočina	1 722	368	1 342	1,3	1,8
Jihomoravský kraj	3 169	690	3 995	0,8	2,4
Olomoucký kraj	3 574	1 512	2 582	1,4	2,8
Zlínský kraj	712	152	3 665	0,2	4,3
Moravskoslezský kraj	8 210	958	5 410	1,5	3,2
ČR celkem	43 187	7 696	39 007	1,1	2,7

(zdroj: in Červenková, Bruthansová, Pechanová, 2006, s. 22)

8.5. Faktory ovlivňující kvalitu života v domovech důchodců

Hlavními faktory, které ovlivňují kvalitu života v domovech důchodců podle Kurečkové (2007, s. 31 – 34) jsou prostředí, personál a služby.

1. Prostředí – úskalí spočívá v prostorovém přetížení, počet pokojů neodpovídá počtu klientů, dále je nepoměr mezi prostorami, které užívá personál domova a které užívají klienti. „Je potřeba, aby v zařízeních typu DD byla učiněna veškerá opatření, která klientům pomohou zorientovat se v novém prostředí – viditelné, zřetelné a často se opakující označení, důležitá je rovněž volba nábytku do zařízení pro seniory, který musí odpovídat jejich potřebám“ (Rheinwaldová, 1999 in Kurečková, 2007, s. 32).
2. Personál, a to jejich počet (mnohdy zbytečně vysoký) a kvalifikovanost (odborné znalosti, jejich hodnoty, podporování), dále je důležitý i výběr vhodného dobrovolníka (jeho motivovanost pro práci se seniory). „Klient by neměl být zatěžován pracovními neshodami mezi členy týmu a co víc, sám by měl být členem týmu, protože senior není jen objektem péče druhých, nýbrž sám je pečovatelem o svou osobu“ (in Kurečková, 2007, s. 33 – 34).
3. Služby, které jsou poskytovány zařízeními za úplatu. Od výpomoci, kterou poskytuje pečovatelská služba, až po služby poskytované domovem důchodců. Domovy poskytují kromě základních služeb, jako jsou zajišťování stravy, ubytování nebo lékařské péče, také služby doplňkové, které napomáhají lepší adaptaci nebo rozvoji schopností klienta.

8.6. Zdravotní stav obyvatel domova důchodců

„Do domovů důchodců nelze přijmou občany, jejichž zdravotní stav vyžaduje léčení a trvalé odborné ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení a dále pak občany trpící:

- a) infekčními a parazitárními chorobami všech druhů a stádií, při kterých může být nemocný zdrojem onemocnění
- b) tuberkulózou, s výjimkou stádií P III a M III a dalších stabilizovaných a inaktivních forem
- c) pohlavními chorobami v akutním stadiu, v chronickém stadiu jen na základě vyjádření odborného lékaře
- d) psychózou a psychickými poruchami, při nichž nemocný může ohrozit sebe a druhé, respektive jeho chování znemožňuje klidné soužití v kolektivu
- e) chronickým alkoholismem a jinou závažnou toxikomanií, pokud nedošlo k likvidaci návyku a chování občana znemožňuje klidné soužití v kolektivu
- f) imbecilitou a idiocií“

„Pokud není v ústavech sociální péče – domově důchodců zřízeno ošetrovatelské oddělení, nelze do ústavu sociální péče – domovů důchodců přijímat osoby, které trpí těmito zdravotními postiženími:

- a) zhoubné novotvary všech typů a lokalizací, pokud nebylo po komplexní léčbě dosaženo remise a v době uvažovaného příjmu do domova důchodců byly zjištěny metastázy
- b) diabetes mellitus nekompenzovatelný standardní dietou a běžnými perorálními léky nebo inzulinem a při současném výskytu komplikací
- c) roztroušená mozkomíšní skleróza, nebylo-li komplexní léčbou dosaženo dlouhodobé remise nebo nejde-li o stabilizovanou formu
- d) degenerativní nervové nemoci, nebylo-li komplexní léčbou dosaženo dlouhodobé remise nebo nejde-li o stabilizovanou formu
- e) choroby srdeční ve stadiu dekompenzace spojené s výrazným omezením hybnosti a sebeobsluhy
- f) těžké trofické změny na končetinách cévního původu a ischemické změny na končetinách interní léčbou již neovlivnitelné a v gangrenózním stadiu
- g) selhávání dýchacích funkcí jakéhokoliv původu spojené s výrazným omezením hybnosti a sebeobsluhy
- h) chronická onemocnění jater ve stadiu dekompenzace
- i) chronická onemocnění ledvin ve stadiu selhání
- j) chronické fistulující osteomyelitidy jakékoliv etiologie
- k) ireparabilní stavy po zlomeninách a luxacích, zejména dolních končetin a páteře s těžším omezením hybnosti
- l) stavy po amputacích s těžším omezením nebo znemožněním pohybu, při kterých nelze počítat s nošením protézy, respektive soběstačností s pomocí berlí nebo ovládání vozíku pro invalidy
- m) postižení lokomočního aparátu jakéhokoliv původu s těžším anatomickým a funkčním omezením a se značným ztížením sebeobsluhy
- n) stavy po poranění nebo operacích mozku, míchy, páteře, s trvalou poruchou hybnosti, která značně omezuje sebeobsluhu
- o) postižení smyslových funkcí, zejména zraku a sluchu, která způsobují značné omezení nebo ztrátu orientace nebo běžného dorozumívání“

„Dementní osoby lze přijímat do ústavů sociální péče – domovů důchodců v případech, kdy je při ústavu zřízeno ošetrovatelské oddělení pro tyto osoby“.

(Červenková, Bruthansová, Pechanová, 2006, s. 26 – 27).

Tabulka 14:

Hrubé ukazatele zdravotního stavu obyvatel DD a výdaje na osobu a den (podle krajů v roce 2005)

	průměrný věk	podíl na lůžko trvale upoutaných (TU)	podíl mobilních s dopomocí	podíl s nákladnějším stravováním	průměrné neinvestiční výdaje na osobu a den (v Kč)
Hl.město Praha	82	23%	33%	38%	606
Středočeský	79	20%	43%	47%	556
Jihočeský	85	21%	37%	40%	591
Plzeňský	77	20%	38%	40%	515
Karlovarský	76	9%	38%	34%	456
Ústecký	78	15%	37%	35%	499
Liberecký	78	19%	54%	46%	611
Královéhradecký	79	19%	48%	48%	574
Pardubický	77	21%	39%	34%	553
Vysočina	78	24%	47%	48%	517
Jihomoravský	79	29%	39%	50%	562
Olomoucký	78	28%	41%	49%	540
Zlínský	79	24%	37%	41%	478
Moravskoslezský	78	27%	47%	48%	617
ČR	79	22%	41%	43%	555

(zdroj: Červenková, Bruthansová, Pechanová, 2006, s. 28)

Tabulka 15:

Výdaje a počet zaměstnanců na 1 obyvatele DD v roce 2005

	průměrný počet obyvatel DD	roční neinvestiční výdaje (tis. Kč)	průměrný evidenční počet zaměstnanců (přepočtený)	počet zaměstnanců na 1 obyvatele DD	roční neinvestiční výdaje na 1 obyvatele DD (Kč)	výdaje na 1 obyvatele a den (Kč)	podíl lůžek na ošetřovat. odd. z celkové kapacity DD
Hl. město Praha	2 737	605 205 311	1 393	0,51	221 120	606	25%
Středočeský	4 262	865 546 368	2 139	0,50	203 085	556	28%
Jihočeský	2 837	611 700 500	1 477	0,52	215 615	591	40%
Plzeňský	1 120	210 674 162	538	0,48	188 102	515	17%
Karlovarský	785	130 705 230	347	0,44	166 503	456	31%
Ústecký	3 966	722 372 264	1968	0,50	182 141	499	34%
Liberecký	1 150	256 439 678	679	0,59	222 991	611	41%
Královéhradecký	2 352	492 377 614	1251	0,53	209 344	574	34%
Pardubický	2 026	409 118 824	1060	0,52	201 934	553	51%
Vysočina	1 295	244 228 995	650	0,50	188 594	517	29%
Jihomoravský	3 835	787 332 695	1 993	0,52	205 302	562	46%
Olomoucký	2 529	498 033 563	1151	0,46	196 929	540	37%
Zlínský	3 530	616 110 220	1763	0,50	174 535	478	44%
Moravskoslezský	5 230	1 178 658 808	2 947	0,56	225 365	617	49%
ČR	32 424	6 449 845 424	19 356	0,51	202 595	555	38%

(zdroj: Červenková, Bruthansová, Pechanová, 2006, s. 30)

Ošetřovatelská lůžka v domovech důchodců

„Z hlediska podílu ošetřovatelských lůžek máme tři typy domovů důchodců (viz tabulka 16):

- a) DD, kde celou lůžkovou kapacitu představují ošetrovatelská lůžka – 17% všech DD.
 - b) DD, která ošetrovatelská lůžka nemají – 40 % všech DD.
 - c) DD, kde ošetrovatelská lůžka tvoří část lůžkové kapacity – 43% všech DD.“
- (Červenková, Bruthansová, Pechanová, 2006, s. 31)

Tabulka 16:

Počet DD podle vybavenosti ošetrovatelskými lůžky – Ol (rok 2005 podle zřizovatelů)

zřizovatel	počet domovů důchodců				podíl z celkového počtu DD			
	počet DD, které mají pouze OL	počet DD, které OL vůbec nemají	počet DD, které mají oba typy lůžek	počet DD celkem	podíl DD, které mají pouze OL	podíl DD, které OL vůbec nemají	podíl DD, které mají oba typy lůžek	celkem
kraj	22	62	94	178	12%	35%	53%	100%
obec	26	69	54	149	17%	46%	36%	100%
církev	14	25	20	59	24%	42%	34%	100%
ostatní	5	3	4	12	42%	25%	33%	100%
celkem	67	159	172	398	17%	40%	43%	100%

(zdroj: Červenková, Bruthansová, Pechanová, 2006, s. 32)

Tabulka 17:

Podíl ošetrovatelských lůžek (OL) a osob trvale upoutaných na lůžko (TU) 2005 podle krajů

	Plzeňský	Zlínský	Praha	Středočeský	Karlovarský	Liberecký	Vysočina	Olomoucký	Ústecký	Jihočeský	Královéhrad.	Moravskosl.	Pardubický	Jihomorav.
podíl OL (%)	5%	12%	12%	16%	21%	28%	29%	30%	31%	32%	33%	45%	45%	55%
podíl TU (%)	20%	24%	23%	20%	9%	19%	24%	28%	15%	21%	19%	27%	21%	29%

(zdroj: Červenková, Bruthansová, Pechanová, 2006, s. 33)

VÝZKUMNÁ ČÁST

9. METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU

V diplomové práci jsme se zaměřili na zjištění údajů, jakými jsou psychický stav a životní spokojenost obyvatel domova důchodců. K získání dat jsme použili dotazníky SUPOS – 7 a Dotazník životní spokojenosti. Dotazníkové šetření jsme prováděli v Domově důchodců v Božicích a Domově pro seniory v Jevišovicích (oboje okres Znojmo), a to v termínech 14. – 18.7. 2008 a 3. – 5.9. 2008.

Před začátkem průzkumu jsme si vyžádali souhlas vedoucích pracovníků obou domovů se šetřením v jejich zařízení. K žádosti jsme připojili i vzory obou dotazníků.

Náš výzkumný vzorek čítá na 69 probandů – 38 žen a 31 mužů. Jednotlivé dotazníky jsme administrovali vždy s každým respondentem individuálně, vždy předcházelo ústní vysvětlení cíle našeho šetření.

Velká část klientů obou zařízení vyjadřovala obavy, zda se jim dotazníky podaří správně pochopit a následně vyplnit, často zastávali odmítavý postoj. Mnozí respondenti se domnívali, že šetření probíhá s cílem získat výsledky pro lékařské účely. Vycházeli a soudili z toho, že již měli s podobnou formou testování zkušenosti, tudíž neměli zájem o podobné testování, právě pro jeho domnělou náročnost. Po náležitém vysvětlení se podařilo respondenty uklidnit a k administraci následně přistupovali pozitivně.

Pro šetření byl zvolen ověřený postup, který spočíval v subjektivním hodnocení samotnými seniory.

9.1. Výzkumný problém, cíle a hypotézy

Formulace výzkumného problému

Po důkladném prozkoumání literatury, která se týkala problematiky našeho tématu, a to psychického stavu a životní spokojenosti obyvatel domova důchodců, se jevily jako důležité následující okruhy problémů:

1. Zajímalo nás, zda bude mít vyšší nebo nižší věk respondentů vliv na jejich celkovou psychiku a spokojenost. Lze se jen domnívat, že s rostoucím věkem klesá spokojenost starých lidí, protože čím starší člověk je, tím více si uvědomuje, že je přirozenému

zakončení života zase o krůček blíže. To stejné si lze myslet i o oblasti psychiky, kdy vlivem zúženého spektra možností, omezením v mnoha oblastech, nemocem, které přísluší stáří je na tom člověk, co se psychického stavu týče, hůře než člověk mladší.

2. Chtěli jsme zjistit, zda existují určité relace mezi délkou pobytu respondentů v zařízeních, v souvislosti se životní spokojeností a psychickým stavem. Opět se lze domnívat, že čím déle je člověk v domově důchodců, tím pravděpodobněji se již stihl adaptovat na prostředí, zvykl si na lidi kolem sebe, na personál. Na druhé straně faktem zůstává, že domov důchodců se nemůže vyrovnat přirozenému prostředí, kterým pro seniora byl jeho domov. Je pravděpodobné, že čím déle je člověk v ústavním zařízení, tím více strádá, trápí se, chybí mu jeho domov, partner, aktivity, které nyní v domově nemůže vykonávat v takové míře, jak tomu bylo dříve. Adaptace na dožívání života v instituci nebude nikdy úplná.
3. Sledovali jsme i vztah mezi posledním rokem svatby respondentů, který se ve výsledku taktéž promítá do celkového psychického stavu a spokojenosti zkoumaného vzorku probandů.

Stanovení cílů výzkumu

Naší snahou bylo zjistit:

1. Profil dimenzí psychického stavu a životní spokojenosti u mužů
2. Profil dimenzí psychického stavu a životní spokojenosti u žen

Hypotézy:

1. H1: Se zvyšující se délkou pobytu v domově důchodců se bude statisticky významně snižovat kvalita psychického stavu u žen.
2. H2: Se zvyšující se délkou pobytu v domově důchodců se bude statisticky významně snižovat kvalita psychického stavu u mužů.
3. H3: Se zvyšující se délkou pobytu se bude statisticky významně snižovat celková životní spokojenost u žen.
4. H4: Se zvyšující se délkou pobytu se bude statisticky významně snižovat celková životní spokojenost u mužů.

Abychom mohli správně formulovat výzkumný problém, cíle a hypotézy, museli jsme zvolit vhodné dotazníky pro užití v šetření. Výzkum jsme prováděli v Domově pro seniory

v Jevišovicích a Domově důchodců v Božicích (oboje okres Znojmo). Závěry, které vyplynuly z tohoto výzkumu, předáme oběma výše zmíněným sociálním zařízením, které projevíly zájem.

9.2. Aplikovaná metodika

9.2.1. Použité dotazníky

1. Dotazník životní spokojenosti

DŽS slouží k relativně spolehlivému zachycení individuálního obrazu celkové životní spokojenosti člověka a diferencování této spokojenosti do deseti oblastí. Dotazník vznikl v Německu, kde byl standardizován na vzorku 2780 osob. Nyní je k dispozici české vydání této metody (v překladu a úpravě Rodná, K. a Rodný, T., vydané Testcentrem Praha). DŽS lze používat pro děti od 14 let a dospělé. DŽS se skládá z deseti škál, každé odpovídá sedm položek, na něž respondent odpovídá na sedmibodové stupnici (od „velmi nespokojen“ až po „velmi spokojen“). K DŽS byly připojeny také otázky, které se týkají důležitých sociodemografických znaků, kterými jsou pohlaví, věk, ukončená školní docházka, rodinný stav, domácnost, práce a skupina povolání. Pro vyšetření pomocí DŽS postačí jen záznamový arch, rychlé je i vyhodnocení.

Škálami Dotazníku životní spokojenosti jsou:

a) Zdraví (DŽS – ZDR)

Osoby s vysokou škálovou hodnotou jsou spokojeny se svým celkovým zdravotním stavem, duševní a tělesnou kondicí, fyzickou výkonností a odolností proti nemocem. Faktem zůstává, že spokojenost, hlavně u žen, se zdravím ve stáří zřetelně klesá. S nízkou spokojeností se zdravím souvisí také zvýšená emocionalita, depresivní ladění, nízká sociální potence a více interpersonálních problémů.

b) Práce a zaměstnání (DŽS – PAZ)

Osoby s vysokou škálovou hodnotou jsou spokojeny se svou pozicí v zaměstnání, se svými úspěchy a s možnostmi vzestupu. Pozitivně hodnotí jistotu své profesionální budoucnosti, podnikové klima, spokojenost je i s mírou požadavků, zátěže v zaměstnání a pestrostí v zaměstnání. Osoby v důchodu hodnotí své bývalé zaměstnání.

c) Finanční situace (DŽS – FIN)

Osoby s vysokou škálovou hodnotou považují svůj příjem, výši svého majetku a svůj životní standard za uspokojující. To platí také pro zajištění existence, možnost výdělku v budoucnosti a zajištění ve stáří. Faktem zůstává, že životní spokojenost s vyšším věkem zřetelně roste.

d) Volný čas (DŽS – VLC)

Osoby s vysokou škálovou hodnotou jsou spokojeny jak s délkou, tak s kvalitou svého volného času a své dovolené. Dobu, potřebnou pro své koníčky a své blízké, hodnotí pozitivně, stejně jako celkovou pestrost ve volném čase. Obecně platí, že spokojenost s volným časem s věkem narůstá.

e) Manželství a partnerství (DŽS – MAN)

Osoby s vysokou škálovou hodnotou jsou v podstatných aspektech svého manželství, resp. partnerství spokojeny s požadavky, se společnými aktivitami, s partnerovou otevřeností, pochopením a ochotou pomáhat, s něžností a bezpečím. Obecně platí, že spokojenost s manželstvím a partnerstvím je výraznější u mužů, celkově vyšší je u ženatých / vdaných, u osob žijících v partnerském svazku. Tato položka se vyplňuje pouze v případě stálého partnera / partnerky.

f) Vztah k vlastním dětem (DŽS – DET)

Osoby s vysokou škálovou hodnotou hodnotí vztahy s vlastními dětmi celkově pozitivně, tzn. uvažují-li o tom, jak s dětmi vzájemně vychází, o radosti prožívané s dětmi, o jejich pokrocích ve škole a v zaměstnání, o své námaze a nákladech. Jsou také spokojeni se svým vlivem na děti, se společnými aktivitami a s tím, jak si jich děti cení. Spokojenost se vztahem k vlastním dětem je více vyjádřena u žen. Tato položka se vyplňuje v dotazníku pouze v případě vlastních dětí.

g) Vlastní osoba (DŽS – VLO)

Osoby s vysokou škálovou hodnotou jsou spokojeny s mnoha aspekty své osoby, a to se svým vzhledem, svými schopnostmi, charakterem, svou vitalitou a sebevědomím. Pozitivně hodnotí způsob života a vycházení s druhými lidmi. Spokojenost vlastní osobou je vyšší u mužů (mladších), u osob žijících v partnerském vztahu, u osob s vyššími příjmy a u osob nežijících ve městech.

h) Sexualita (DŽS – SEX)

Osoby s vysokou škálovou hodnotou pozitivně hodnotí svou fyzickou atraktivitu, jsou spokojeni se svou sexuální výkonností, sexuálními kontakty, sexuálními reakcemi. Otevřeně hovoří o oblasti sexuality a sexuální harmonii s partnerem. Spokojenost se sexualitou je vyšší u mužů (hlavně mladších) a u osob žijících v manželství či v partnerském svazku.

i) Přátelé, známí a příbuzní (DŽS – PZP)

Osoby s vysokou škálovou hodnotou jsou spokojeni se svými sociálními vztahy, s okruhem svých přátel a známých, se svými příbuznými a s kontakty se sousedy. Pozitivně hodnotí sociální podporu, sociální aktivity a společenskou angažovanost a obecně četnost styků s ostatními. Spokojenost s přáteli, známými a příbuznými je nižší u starší věkové skupiny a u svobodných.

j) Bydlení (DŽS – BYD)

Osoby s vysokou testovou hodnotou jsou spokojeny se svými bytovými podmínkami, s velikostí, stavem a polohou bytu, s dostupností dopravních prostředků, případnou hlukovou zátěží a s náklady a standardem bydlení. Spokojenost s položkou bydlení s věkem přibývá, je vyšší u ženatých / vdaných, u osob žijících v partnerském vztahu.

Celková životní spokojenost (DŽS – SUM)

Osoby s vysokou škálovou hodnotou jsou v mnoha oblastech života spokojeny, a to nadprůměrně. Týká se to oblasti zdraví, finanční situace, volného času, vlastní osoby, sexuality, přátel, známých a příbuzných a bydlení. Je-li v jednotlivých oblastech či aspektech důvod k nespokojenosti, je to kompenzováno spokojeností v jiných oblastech. Oblasti práce a povolání, manželství a partnerství a vztah k vlastním dětem, které se mnoha osob netýkají, se do celkové životní spokojenosti nezapočítávají. Celková životní spokojenost je relativně vyšší u osob ženatých a vdaných, u mladších osob, u osob v partnerském svazku.

(Rodná, K., Rodný, T., 2001, s. 60 – 62)

2. Dotazník SUPOS 7

Supos 7 je sebesposuzovací dotazník obvyklých psychických pocitů a stavů. Dotazník lze administrovat individuálně, i skupinově. My jsme v našem výzkumu administrovali individuálně. Při vyšetřování respondent uvádí své pocity a stavy za přesně vymezené období. V našem výzkumu to byly obvyklé pocity a stavy, běžně prožívané. Respondent vyplňuje dvě stránky záznamového archu, tzn. také subjektivní potíže na straně druhé. Vyšetřovaný zaškrťává nebo kroužkuje příslušnou číslici u adjektiv jako spokojený, svěží, energický, temperamentní apod. Zaznamenává stupeň prožívání uvedených pocitů a stavů. Na výběr jsou hodnoty 0 = vůbec ne, 1 = zřídka (mírně), 2 = často (silně) a 3 = soustavně (velmi silně) (Mikšík, 1993).

SUPOS – 7 – PC - dotazník

Pohlaví: M - Ž Rok narození:
Datum vyšetření: Vyšetření před po
návštěvě ordinace:

Zaznamenejte stupeň prožívání níže uvedených pocitů a stavů, **jak se cítíte obvykle**, zakroužkováním příslušné číslice

0 = vůbec ne	1 = zřídka	2 = často	3 = soustavně
--------------	------------	-----------	---------------

0	1	2	3	spokojený	0	1	2	3	svěží
0	1	2	3	energický	0	1	2	3	čínorodý
0	1	2	3	náladový	0	1	2	3	výbušný
0	1	2	3	rozmrzelý	0	1	2	3	nespokojený
0	1	2	3	napjatý	0	1	2	3	nejistý
0	1	2	3	otrávený	0	1	2	3	pesimistický
0	1	2	3	smutný	0	1	2	3	nešťastný
0	1	2	3	dobře naladěný	0	1	2	3	klidný
0	1	2	3	temperamentní	0	1	2	3	průbojný
0	1	2	3	těžko se ovládající	0	1	2	3	vzteklý
0	1	2	3	netrpělivý	0	1	2	3	neklidný
0	1	2	3	úzkostně naladěný	0	1	2	3	prožívající obavy
0	1	2	3	zmořený	0	1	2	3	vyčerpaný
0	1	2	3	přecitlivělý	0	1	2	3	osamělý

	P	A	O	N	U	D	S	SUMA
HS								
p								

(zdroj: http://theses.cz/id/s3zqul/DIPL_PRACE_RADMI/Dipl_Prilohy.pdf)

Komponenty psychického stavu (Mikšík, 1993, s. 106 – 107):

1. Psychická pohoda „P“ – pocit spokojenosti, příjemného naladění a příznivého psychického „nažhavení“ provázeného často prožitky euforie a sebevědomí. Jedná se o to, nakolik se respondent cítí svěžím a spokojeným, psychicky vyrovnaným a klidným, optimistickým a dobře naladěným.
2. Aktivnost, čínorodost „A“ – pocity síly a energie spojené s prahnutím po akci. Jedná se o zvýrazněnou pohotovost k aktivní interakci s dynamikou situačních proměnných, definovanou čínorodostí a průbojností jedince.
3. Impulzivita, odreagování se „O“ – neřízené, spontánní uvolňování energetického napětí a psychických tenzí. Projevuje se náladovostí, obtížným sebeovládáním, výbušností, podrážděností a nekorigovanou agresivitou.

4. Psychický nepokoj, rozlada „N“ – při tomto psychickém napětí člověk prožívá psychické tenze a nenachází ventily pro jejich uvolňování. Jedná se o psychický a motorický neklid, rozmrzelost, nespokojenost, netrpělivost a roztěkanost.
5. Psychická deprese, pocity vyčerpání „D“ – jde o komplex pocitů a stavů, které se vyznačují sníženou pohotovostí k interakci se situačními proměnnými spolu s apatií. Řadíme sem pesimismus, otrávenost, pocity slabosti a zmoženosti a apatii.
6. Úzkostné očekávání, obavy „U“ – astenické prožívání psychického napětí při nejisté, ohrožující situaci, chybí pohotovost k interakci v určitém směru. Jedná se o pocity nejistoty, prožitky psychického napětí, úzkostná nálada, obavy z možných důsledků budoucího apod.
7. Sklíčenost „S“ – pasivní prožívání negativních důsledků psychické zátěže, působení situačních proměnných. Patří sem prožitky, které lze vyjádřit adjektivy jako smutný, osamělý, přecitlivělý nebo nešťastný

9.3. Popis vybraného vzorku osob

Pro náš výzkum byla vybrána dvě sociální zařízení pro seniory, Domov důchodců Božice a Domov pro seniory Jevišovice. Snažili jsme se o to, mít ve vzorku vyrovnané zastoupení žen a mužů, což se nám podařilo.

a) Domov pro seniory Jevišovice

Domov pro seniory Jevišovice poskytuje sociální služby v zařízeních, jakými jsou Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem.

- Domov pro seniory poskytuje sociální služby osobám, které :
 - se v důsledku svého věku a zdravotního stavu ocitly v nepříznivé sociální situaci, kterou nejsou schopny překonat v domácím prostředí ani za pomoci jiných typů sociálních služeb a potřebují pravidelnou podporu a pomoc při zajištění svých potřeb s cílem zachovat a rozvíjet svou soběstačnost, společenské návyky a dovednosti
 - dosáhly věku 60 let
 - mají sníženou soběstačnost v důsledku svého věku a zdravotního stavu
 - vyžadují pravidelnou podporu a pomoc druhé osoby
- Domov se zvláštním režimem poskytuje sociální služby osobám, které:

- se v důsledku svého chronického duševního onemocnění nebo onemocnění demencí ocitly v nepříznivé situaci a potřebují pravidelnou podporu pomoc při zajišťování svých potřeb s cílem zachovat a rozvíjet svou soběstačnost, společenské návyky a dovednosti
- dosáhly věk 65 let
- vyžadují pravidelnou podporu a pomoc druhé osoby

Domov pro seniory Jevišovice je umístěn v objektu „Nového zámku“, uprostřed rozsáhlého parku. Zámek je vybudován v novogotickém, tzv. windsorském slohu, přestavbou z bývalého loveckého zámečku. Současnému účelu, to je sociálním službám, slouží tento objekt od roku 1953, nejdříve pod názvem domov důchodců, od 1. ledna 2007 pod názvem Domov pro seniory Jevišovice, příspěvková organizace s ubytovací kapacitou pro 105 klientů.

(zdroj: <http://www.domovjevisovice.cz/sluzby.php>)



b) Domov důchodců Božice

Domov důchodců Božice poskytuje sociální služby ve dvou typech sociálních zařízení, v Domově pro seniory a v Domově se zvláštním režimem.

- V domově pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které dosáhly věku 62 let a vzhledem k zdravotní a sociální situaci nemohou žít ve svém přirozeném prostředí. Potřebnou péči si nemohou zajistit prostřednictvím terénních služeb nebo rodinných příslušníků.
- Domov se zvláštním režimem poskytuje pobytové služby osobám starším 50 let pobírajícím příspěvek na péči, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu lehké nebo pokročilé ztráty paměťových a orientačních schopností, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Potřebnou péči si nemohou zajistit prostřednictvím terénních služeb nebo rodinných příslušníků.

Do roku 1945 sloužil celý objekt jako domov důchodců pro občany německé národnosti. V roce 1950 byl v budově kláštera zřízen Charitní domov pro přestárlé občany. Koncem 50. let žilo v domově průměrně 180 důchodců. V roce 1957 zde byly provedeny četné vnitřní a vnější úpravy. Prostředí domova je neustále modernizováno, stejně tak i přilehlá zahrada.

(zdroj: <http://www.domovbozice.cz/fotogalerie.php>)

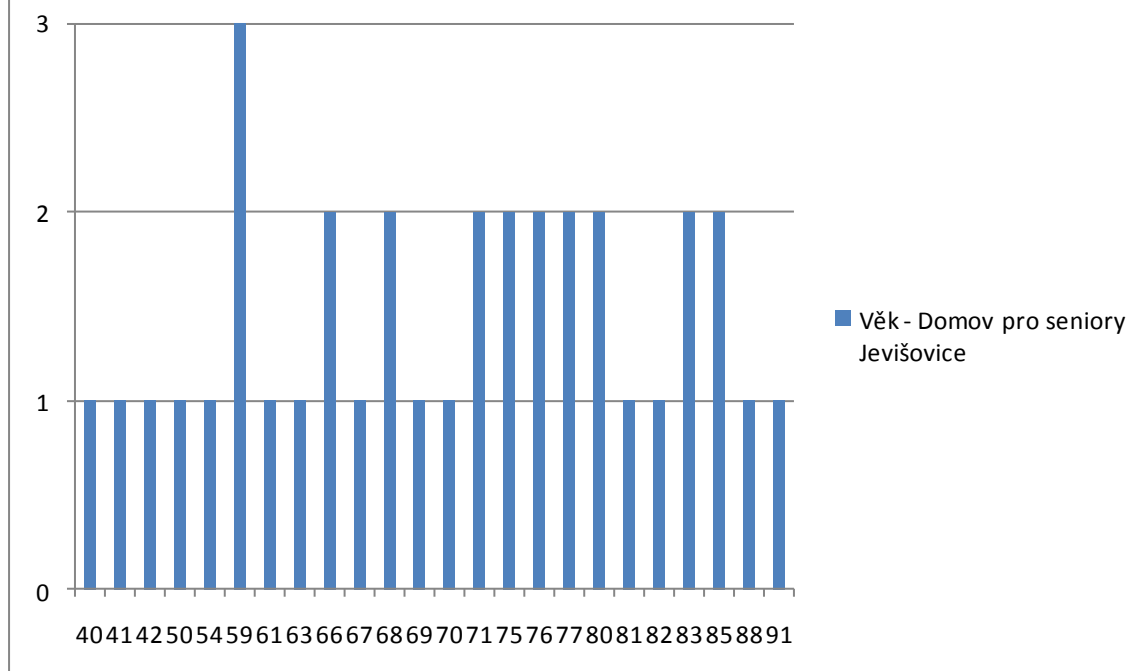


Základní výběrový soubor byl tvořen 69 respondenty, tedy osobami, které byly státem uznané jako důchodci a kteří tak mají právo pobírat sociální dávky v podobě důchodu. Snažili jsme se o rovnoměrné zastoupení žen a mužů, což se nám podařilo. V Domově pro seniory Jevišovice bylo 35 osob. Zastoupeno bylo 20 žen a 15 mužů, průměrný věk žen byl 73,75 let a mužů 64,2 let.

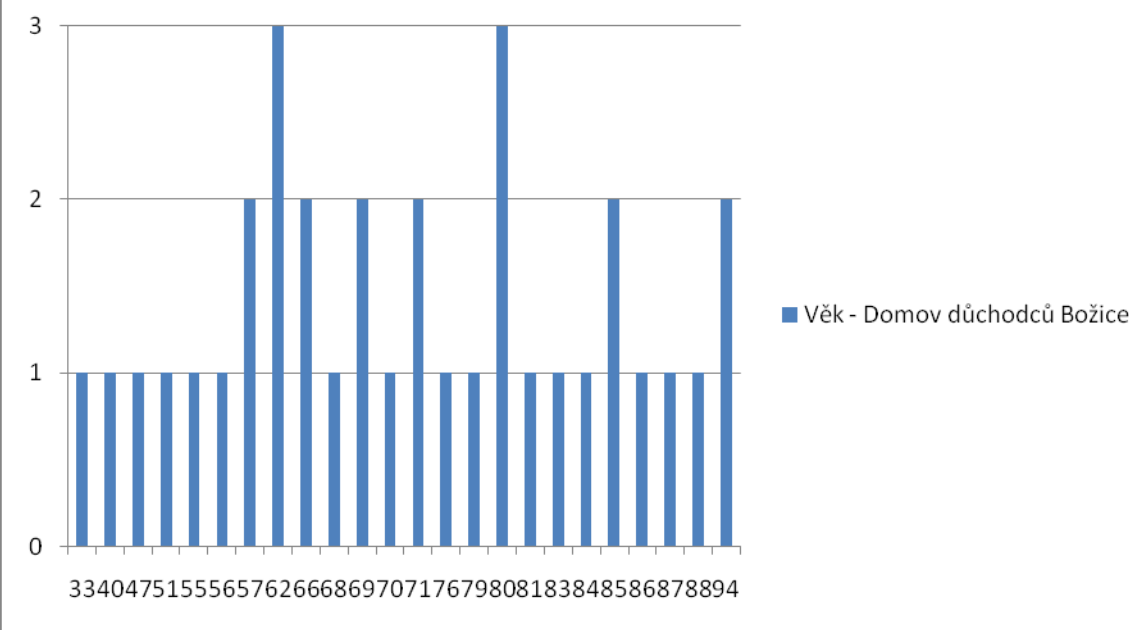
V Domově důchodců Božice bylo 34 osob. Zastoupeno bylo 18 žen a 16 mužů, průměrný věk žen byl 77,44 let a mužů 63 let.

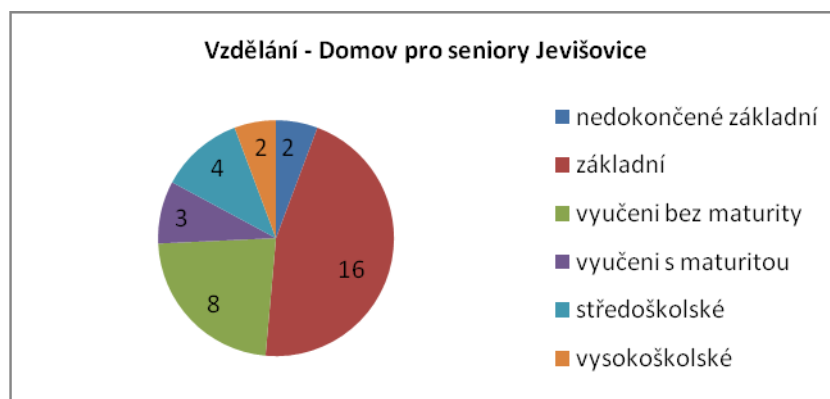
Z dotazníků bylo možno zjistit tyto následující údaje:

Věk - Domov pro seniory Jevišovice

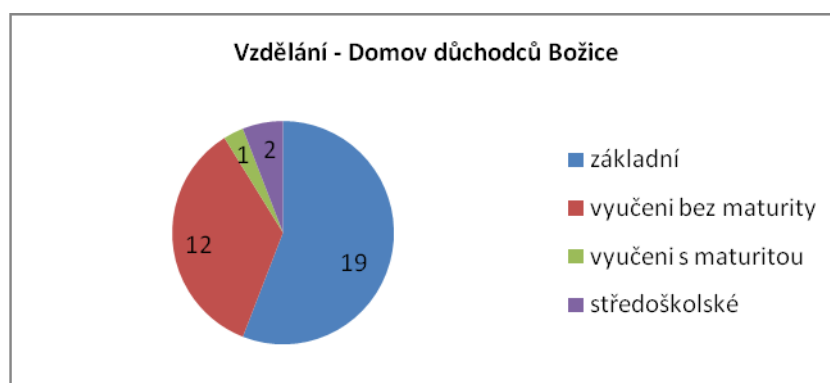


Věk - Domov důchodců Božice

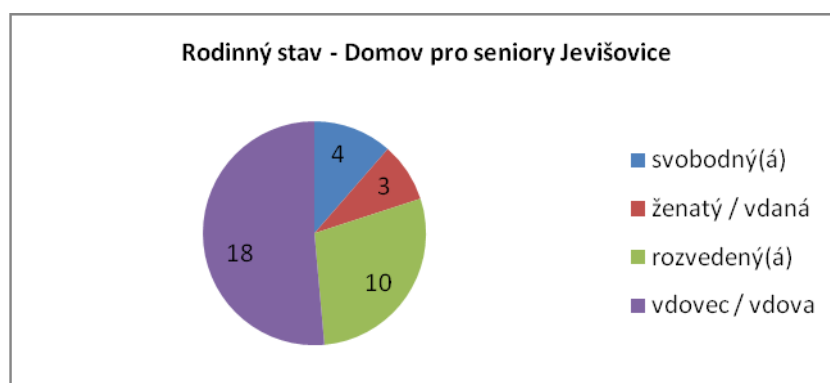




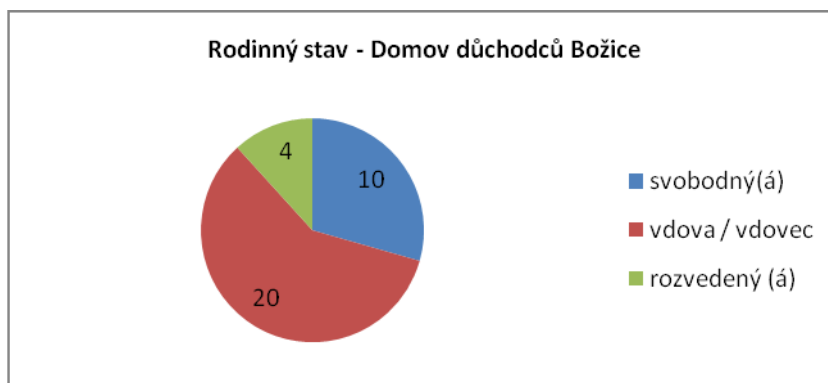
2 ženy mají nedokončené základní vzdělání. 11 žen a 5 mužů mají základní vzdělání. 2 ženy a 6 mužů jsou vyučeni bez maturity. 3 ženy jsou vyučeny s maturitou. 2 ženy a dva muži mají středoškolské vzdělání. 2 muži mají vysokoškolské vzdělání.



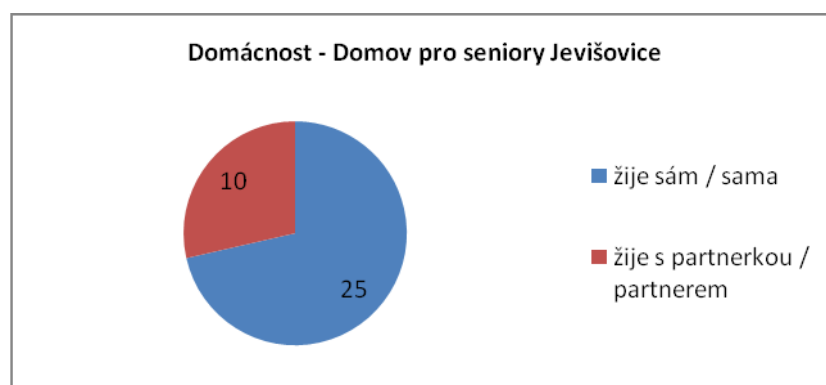
14 žen a 5 mužů mají základní vzdělání. 3 ženy a 9 mužů jsou vyučeni bez maturity. 1 žena je vyučena s maturitou. 2 muži mají středoškolské vzdělání.



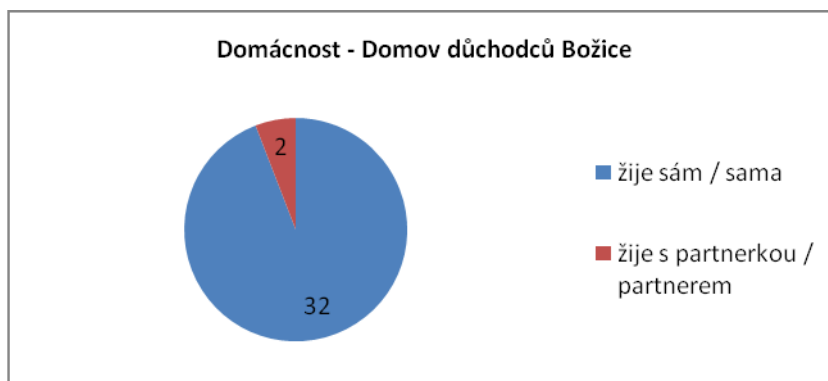
4 muži jsou svobodní. 2 ženy jsou vdané a 1 muž je ženatý. 4 ženy a 6 mužů jsou rozvedeni. 14 žen je vdovami a 4 muži vdovci.



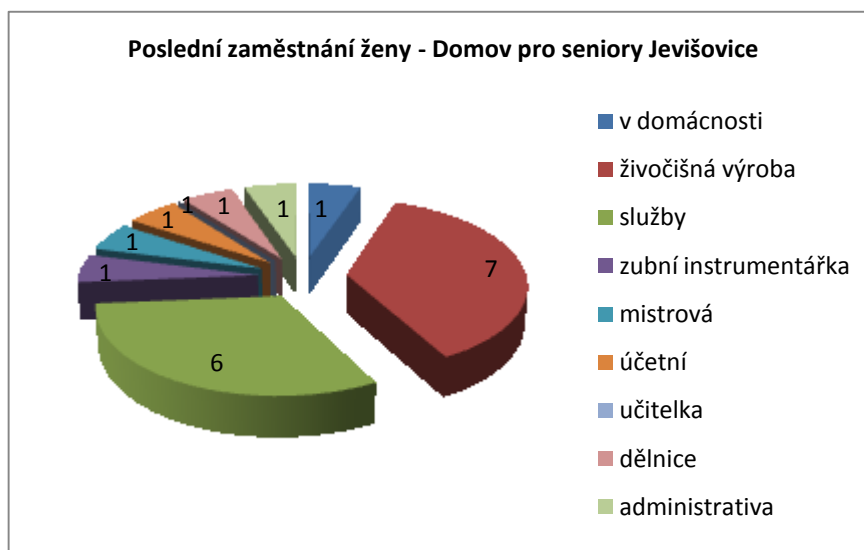
5 žen a 5 mužů jsou svobodní. 4 muži jsou rozvedeni. 13 žen je vdovami a 7 mužů je vdovci.



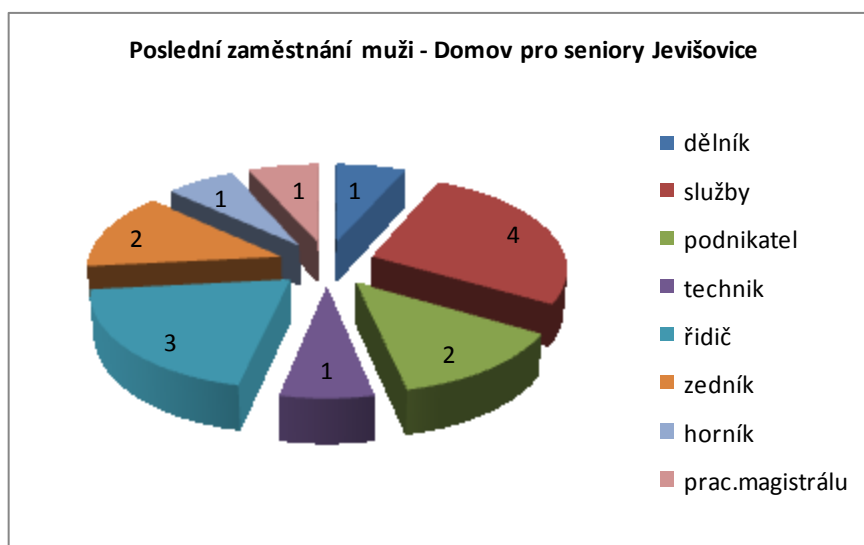
14 žen a 11 mužů žijí sami. 6 žen žije s partnerem a 4 muži s partnerkou.



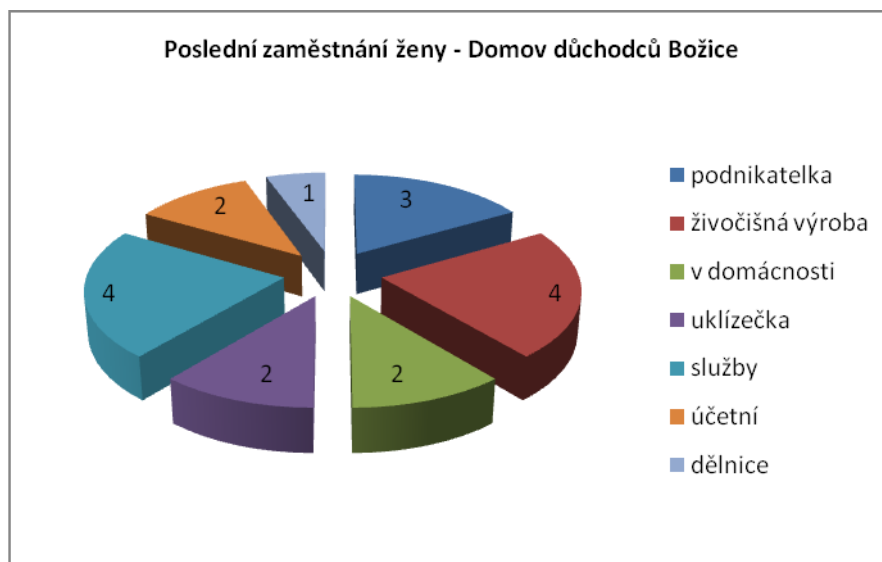
17 žen a 15 mužů žijí sami. 1 žena žije s partnerem a 1 muž s partnerkou.



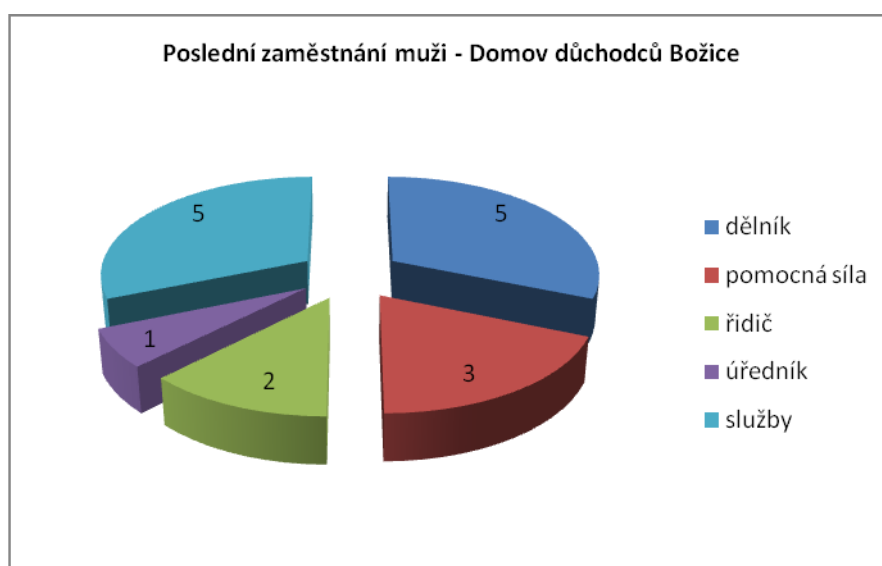
1 žena byla v domácnosti. 5 žen pracovalo v živočišné výrobě, 2 ženy jako pomocné síly na statku. 6 žen ve službách (3 kuchařky, 1 uklízečka, 1 hospodská, 1 švadlena). 1 žena byla zubní instalatérka. 1 žena pracovala jako mistrová. 1 jako mzdová účetní. 1 žena byla učitelka, 1 žena dělnice a 1 žena pracovala jako administrativní pracovnice.



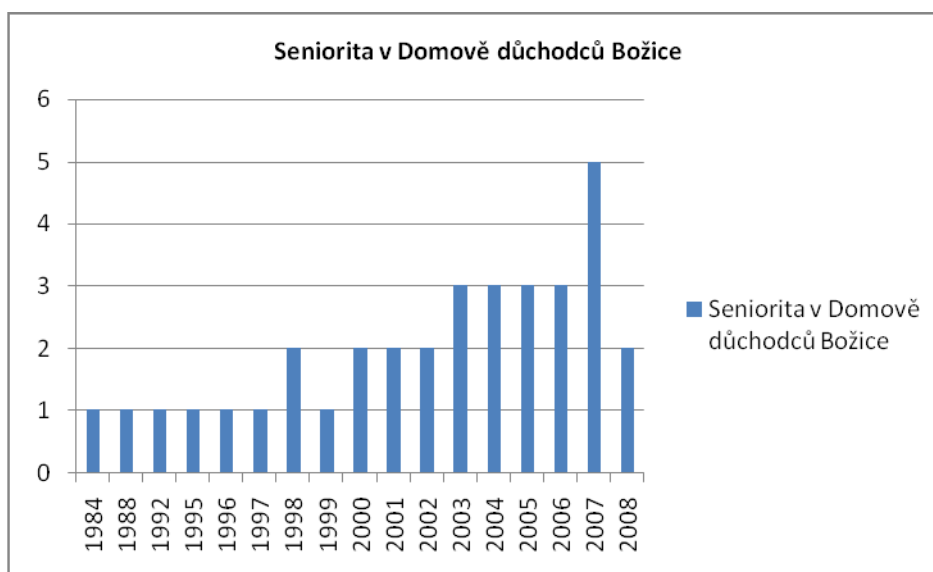
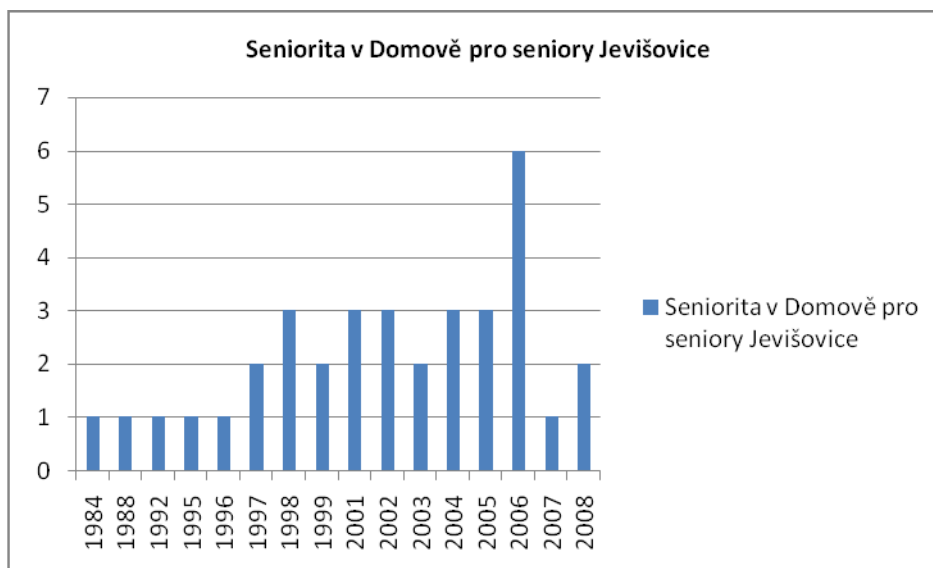
1 muž pracoval jako dělník. 4 muži ve službách (1 muž jako tesař, 1 muž jako elektrikář, 1 muž jako popelář a 1 muž jako slévač). 2 muži pracovali jako podnikatelé, 1 muž jako technik. 3 muži byli řidiči z povolání (z toho jeden traktorista), 2 muži zedníci, 1 muž horník a 1 muž pracovník magistrátu.



3 ženy podnikaly, 4 ženy pracovaly v živočišné výrobě (z toho 3 ženy jako pomocné síly na statku se zvířaty). 2 ženy byly v domácnosti. 2 ženy pracovaly jako uklízečky. 4 ženy byly ve službách (1 žena zahradnice, 1 žena skladnice, 1 žena pokladní a 1 žena cukrářka). 2 ženy pracovaly jako účetní a 1 žena byla dělnice.



5 mužů pracovalo jako dělník a 3 muži jako pomocná síla. 2 muži byli řidiči (z toho jeden traktorista), 1 muž byl úředník. 5 mužů pracovalo ve službách (1 muž jako sklář, 1 muž jako topič, 1 muž jako vodo instalatér, 1 muž jako betonář a 1 muž pracoval jako kuchař).



Jsme si vědomi toho, že aktuální zdravotní stav seniorů – respondentů, podobně jako jejich motivace k vyplnění dotazníku nebo případné nepochopení položek dotazníku, mohly ovlivnit výsledky našeho výzkumu. Na druhé straně jsme do našeho vzorku vybrali pouze osoby s dobrým aktuálním zdravotním stavem. Udělali jsme vše proto, aby dotazníky jako celek byly respondenty pochopeny. Nikdo nebyl nucen k účasti na výzkumu.

9.4. Metody zpracování dat

Microsoft Excel nám sloužil ke statistickému zpracování dat. V důsledku četnosti našeho souboru, který čítal na 69 respondentů, jsme použili nejen korelaci, ale i Studentův t – test.

Korelace slouží ke zjištění, zda naměřené hodnoty dvou proměnných jsou ve vzájemném vztahu, co znamená, zda korelují. Korelační koeficient určuje stupeň vztahu mezi dvěma proměnnými a je vyjádřen hodnotou mezi 0 a 1 (-1). Žádný vztah znamená 0, úplná pozitivní závislost je označena 1, úplná negativní závislost -1. S růstem hodnoty r od 0 k 1 (-1) se míra vztahu zvětšuje. Absolutní hodnota korelačního koeficientu nám udává míru vztahu. Pokud máme k dispozici pro obě proměnné X a Y metrické údaje, můžeme popsat stupeň jejich závislosti pomocí Pearsonova korelačního koeficientu, který se označuje písmenem „r“ a nabývá hodnot v intervalu $\langle -1, +1 \rangle$ (Reiterová, 2003).

Postupovali jsme následovně:

Počítali jsme se dvěma soubory, kdy jedním souborem byli muži (z obou domovů) a druhým ženy (z obou domovů).

Mužů bylo celkem 31, pro $n = 30$ jsme použili korelaci na hladinách významnosti $\alpha = 0,05$ a $\alpha = 0,01$. Kritická hodnota korelačního koeficientu na hladině $\alpha = 0,05$ činila 0,3494 a na hladině $\alpha = 0,01$ činila 0,4487. Žen respondentek bylo celkem 38, pro $n = 40$ jsme použili korelaci na hladinách významnosti $\alpha = 0,05$ a $\alpha = 0,01$. Kritická hodnota korelačního koeficientu na hladině $\alpha = 0,05$ činila 0,3044 a na hladině $\alpha = 0,01$ činila 0,3932.

Kromě dvou základních souborů (mužů a žen) jsme navíc porovnávali muže z každého domova zvlášť a ženy z každého domova zvlášť. To znamená muže z Domova pro seniory Jevišovice ($n = 15$) a muže z Domova důchodců Božice ($n = 16$). Pro $n = 15$ je pro $\alpha = 0,05$ kritická hodnota korelačního koeficientu 0,482 a pro $\alpha = 0,01$ je 0,605. Pro $n = 16$ je pro $\alpha = 0,05$ kritická hodnota korelačního koeficientu $\alpha = 0,468$ a pro $\alpha = 0,01$ kritická hodnota korelačního koeficientu 0,590. Porovnávali jsme také ženy z Domova pro seniory Jevišovice ($n = 20$) a ženy z Domova důchodců Božice ($n = 18$). Pro $n = 20$ je pro $\alpha = 0,05$ kritická hodnota korelačního koeficientu 0,422 a pro $\alpha = 0,01$ je 0,536. Pro $n = 18$ je pro $\alpha = 0,05$ kritická hodnota korelačního koeficientu 0,444 a pro $\alpha = 0,01$ je kritická hodnota korelačního koeficientu 0,561 (Tabulka kritických hodnot korelačního koeficientu in Reiterová, 2003).

Studentovy t – testy jsou testy významnosti rozdílů dvou průměrů. Podle typu alternativní hypotézy můžeme t-testy dělit na jednostranné a dvoustranné. Problémy, které řešíme tímto testem, můžeme rozdělit do dvou typů. Prvním typem je experiment, kde všechny objekty, kterých bylo užito, jsou zcela rovnocenné, liší se jen náhodně. Druhým typem je šetření, kde není

zaručeno, že se experimentální skupiny liší jen v jednom hledisku. Takto zjišťujeme, zda měřená veličina je stejná ve dvou přirozených populacích (Reiterová, 2003).

9.5. Výsledky výzkumu

9.5.1. Profil souborů z hlediska DŽD

I. Oba domovy důchodců dohromady – muži a ženy zvlášť a norma DŽS

	ZDR	FIN	VČ	VO	SEX	PZP	BY	PAZ	MAN	DET	SUMA
muži	33,42	31,70	28	35,03	26,48	34,03	35,35	37,84	29,26	30,90	223,90
ženy	29,63	33,92	28	36,08	26,89	34,68	39,24	36,39	30,87	34,21	228,63

Norma DŽS

	ZDR	FIN	VČ	VO	SEX	PZP	BY	PAZ	MAN	DET	SUMA
muži	36,30	34,64	37,45	39,16	35,16	37,54	39,30	32,48	41,62	39,79	259,54
ženy	31,70	36,23	38,39	37,41	27,27	38,11	39,70	28,10	34,62	38,65	248,81

Prvním subtestem je oblast Zdraví. Průměrná spokojenost se zdravím u mužů je dosažená hodnota 33,42, norma je 36,30. Muži obou domovů jsou tedy oproti normě méně spokojeni se svým tělesným zdravotním stavem, se svou duševní a tělesnou kondicí, se svou duševní výkonností a obranyschopností proti nemocem, trpí více bolestmi i nemocemi ve srovnání s normou. Ženy v oblasti zdraví dosáhly 29,63 bodů, norma je 31,70. Můžeme konstatovat, že i ženy obou domovů jsou méně spokojeny ve všech oblastech subtestu Zdraví ve srovnání s normou.

Druhým subtestem je oblast Finanční situace. U mužů jsme naměřili hodnotu 31,70, norma je 34,64. Z toho plyne, že jsou muži oproti normě méně spokojeni se svým příjmem, s tím, co vlastní, se svým životním standardem, hmotným zajištěním své existence, s budoucími možnostmi výdělků, stejně tak i s možnostmi, které mohou vzhledem ke své finanční situaci nabídnout své rodině, stejně tak se svým budoucím očekávaným finančním zajištěním ve stáří.

Ženy dosáhly na hodnotu 33,92, norma je 36,23. Také ženy jsou průměrně méně spokojeny ve všech oblastech subtestu Finanční situace ve srovnání s normou.

Subtest Volný čas jsme po dohodě s vedoucím práce s respondenty neadministrovali. Důchodce jakožto obyvatel domova důchodců má dostatek dovolené i dostatek volného času o víkendech nebo po práci (pokud nějakou vykonává), má dostatek volného času pro své koníčky i své blízké.

Čtvrtým subtestem je oblast Vlastní osoby. U mužů jsme zaznamenali hodnotu 35,03, norma je 39,16. Muži jsou tedy méně spokojeni oproti normě se svými schopnostmi a dovednostmi, se způsobem, jakým až doposud žili, se svým vnějším vzhledem, sebevědomím a sebejistotou, se svojí povahou či vitalitou, s tím, jak vychází s druhými. U žen je hodnota 36,08, norma je 37,41. V této oblasti jsou ženy stejně jako muži v průměru méně spokojeny oproti normě ve všech oblastech tohoto subtestu.

Pátým subtestem je Sexualita. U mužů jsme získali hodnotu 26,48, norma je 35,16. Muži jsou výrazně méně spokojeni se svou tělesnou přitažlivostí, sexuální výkonností, s četností svých sexuálních kontaktů, věnováním z partnerovy strany, se svými sexuálními reakcemi, dělá jim problém hovořit o sexuální oblasti. U žen jsme naměřili hodnotu 26,89, norma je 27,27. Vidíme, že i ženy jsou oproti normě méně spokojeny v této oblasti, ač to není markantní rozdíl oproti normě, ale přece.

Další subtest nese název Přátelé, známí a příbuzní. U mužů byla zjištěná hodnota 34,03, norma je 37,54. Tedy muži jsou oproti normě méně spokojeni s okruhem svých přátel a známých, s kontaktem s příbuznými či sousedy, s pomocí a podporou přátel a známých, se svými veřejnými a spolkovými aktivitami, společenskou angažovaností nebo s tím, jak často se dostanou mezi lidi. U žen se naměřená hodnota rovnala 34,68, norma je 38,11. Ženy jsou průměrně méně spokojeny ve všech oblastech subtestu Přátelé, známí, příbuzní.

Sedmým subtestem je Bydlení. U mužů byla naměřená hodnota 35,35 nižší než norma, která byla 39,30. Muži obou domovů jsou méně spokojeni s velikostí a stavem svého bytu, s výdaji za byt, s polohou svého bytu, s dosažitelností dopravních prostředků, s mírou zátěže hlukem nebo standardem svého bytu. U žen téměř odpovídala zjištěná hodnota 39,24 normě, která byla 39,70, přesto musíme konstatovat, že ženy jsou v průměru méně spokojeny oproti normě se všemi položkami subtestu Bydlení.

Osmým subtestem je Práce a zaměstnání. V tomto subtestu respondenti hodnotili své bývalé (poslední) zaměstnání. U mužů jsme naměřili hodnotu 37,84, norma je 32,48. Můžeme konstatovat vyšší spokojenost mužů oproti normě ve všech položkách, které zahrnuje tento subtest a které se vztahují právě k poslednímu zaměstnání, je to postavení na pracovišti, budoucnost a úspěchy v zaměstnání, možnosti postupu a atmosféra na pracovišti, pracovní

povinnosti a zátěž nebo pestrost zaměstnání. U žen byla zjištěná hodnota 36,39 výrazně vyšší oproti normě, která je 28,10. Ženy jsou oproti normě výrazně více spokojeny ve všech oblastech Práce a zaměstnání.

Dalším subtestem je Manželství a partnerství. Tuto část vyplňují pouze ti respondenti, kteří mají stálého partnera. Námi zjištěná hodnota u mužů byla 29,26, norma pak 41,62. Na první pohled je patrný rozdíl mezi oběma hodnotami. Říkáme, že muži jsou oproti normě výrazně méně spokojeni s požadavky, které na ně klade jejich manželství / partnerství, se společnými aktivitami, s upřímností a otevřeností svého partnera, s pochopením, něžnostmi, náklonností a bezpečím, které jim poskytuje jejich partner, popřípadě s ochotou pomoci ze strany partnera. U žen byla naměřená hodnota 30,87 nižší oproti normě 34,62. Ženy jsou taktéž v průměru méně spokojeny ve všech oblastech subtestu Manželství a partnerství.

Posledním subtestem je Vztah k vlastním dětem. Tuto položku vyplňují respondenti, kteří mají vlastní děti. U mužů byla hodnota 30,90, norma je 39,79. Muži jsou v průměru méně spokojeni ve všech položkách tohoto subtestu, který zahrnuje vycházení s vlastními dětmi, radost z dětí, úspěchy dětí ve škole a zaměstnání, námaha a výdaje spojené s dětmi, vlastní vliv na děti, uznání ze strany dětí nebo společné aktivity. Ženy dosáhly hodnoty 34,21, norma je 38,65. Ženy jsou v průměru méně spokojeny oproti normě ve všech položkách subtestu Vztah k vlastním dětem.

SUMA DŽS u mužů dosáhla hodnoty 223,90, norma je 259,54. Hovoříme o výrazné nespokojenosti mužů ve všech výše zmíněných oblastech oproti normě. U žen jsme naměřili hodnotu 228,63, norma je 248,81. Ženy jsou celkově méně spokojeny oproti normě ve všech výše zmíněných oblastech. Do SUMY DŽS nezapočítáváme hrubé skóry škál PAZ (Práce a zaměstnání), MAN (Manželství a partnerství) a DET (Vztah k vlastním dětem).

II. Ženy Jevišovice s ženami Božice a norma DŽS

	ZDR	FIN	VČ	VO	SEX	PZP	BY	PAZ	MAN	DET	SUMA
Ženy Jevišovice	30,55	37,5	28	38,8	29,85	36,25	38,85	36,15	31,55	36,5	240,15
Ženy Božice	28,61	29,94	28	33,06	23,61	32,94	39,67	36,67	29,78	31,67	215,83

Průměrný věk žen v Domově pro seniory byl 73,75 let.

Průměrný věk žen v Domově důchodců Božice byl 77,44 let.

Norma DŽS

	ZDR	FIN	VČ	VO	SEX	PZP	BY	PAZ	MAN	DET	SUMA
Ženy Jevišovice	34,72	34,91	37,71	37,85	28,88	37,73	39,13	29,64	37,03	38,54	250,91
Ženy Božice	31,70	36,23	38,39	37,41	27,27	38,11	39,70	28,10	34,62	38,65	248,81

Při hodnocení jsme brali v potaz věk respondentek. Ženy obou domovů se lišily věkem, byly proto nastaveny odlišné normy pro porovnávání.

Ženy z Domova pro seniory Jevišovice jsou oproti normě méně spokojeny v oblastech Zdraví, v oblasti Přátelé, známí, příbuzní, v oblasti Bydlení, v oblasti Manželství a partnerství, v oblasti Vztah k vlastním dětem, z toho nejméně spokojeny v oblasti Manželství a partnerství. Oproti normě jsou více spokojeny v oblastech Finanční situace, Vlastní osoba, Sexualita, Práce a zaměstnání, nejvíce spokojeny jsou v oblasti Práce a zaměstnání.

Ženy z Domova důchodců Božice jsou oproti normě méně spokojeny v oblastech Zdraví, Finanční situace, Vlastní osoba, Sexualita, Přátelé, známí, příbuzní, Bydlení, Manželství a partnerství, Vztah k vlastním dětem, z toho nejméně spokojeny v oblasti Vztahu k vlastním dětem. Oproti normě jsou více spokojeny jen v oblasti Práce a zaměstnání.

Celková spokojenost žen z Domova důchodců Božice je výrazně nižší oproti ženám v Domově pro seniory Jevišovice, ženy v obou domovech jsou výrazně celkově méně spokojeny ve všech oblastech oproti normě.

III. Muži Jevišovice s muži Božice a norma DŽS

	ZDR	FIN	VČ	VO	SEX	PZP	BY	PAZ	MAN	DET	SUMA
Muži Jevišovice	32,07	26,87	28	32,93	27,27	32,87	35,07	34,73	29,6	29,33	215,07
Muži Božice	34,69	36	28	37	25,75	35,13	35,63	40,75	28,88	32,38	232,19

Průměrný věk mužů v Domově pro seniory byl 64,2 let.

Průměrný věk mužů v Domově důchodců Božice byl 63 let.

Norma DŽS

	ZDR	FIN	VČ	VO	SEX	PZP	BY	PAZ	MAN	DET	SUMA
Muži Jevišovice a Božice	36,30	34,64	37,45	39,16	35,16	37,54	39,30	32,48	41,62	39,89	259,54

Při hodnocení jsme brali v potaz věk respondentů. Muži z obou domovů se nijak výrazně nelišili průměrným věkem, proto i norma pro porovnávání s námi získanými výsledky byla stejná jak pro muže z Jevišovic, tak pro muže z Božic.

Muži z Domova pro seniory Jevišovice jsou oproti normě méně spokojeni téměř ve všech oblastech, méně spokojeni jsou se svým zdravím, finanční situací, vlastní osobou, sexualitou, s okruhem svých přátel, známých a příbuzných, s bydlením, manželstvím nebo partnerstvím a vztahem k vlastním dětem. Z toho nejméně spokojeni jsou v oblasti manželství a partnerství. V jediné oblasti dosahují vyšší spokojenosti oproti normě, a to v oblasti práce a zaměstnání.

Muži z Domova důchodců Božice jsou oproti normě méně spokojeni se svým zdravím, vlastní osobou, sexualitou, s okruhem svých přátel, známých a příbuzných, s bydlením, s manželstvím a partnerstvím, i se vztahem k vlastním dětem. Nejméně spokojeni jsou v oblasti manželství a partnerství. Více spokojeno oproti normě jsou se svojí finanční situací a se svým posledním zaměstnáním.

Jsou velké rozdíly v celkové spokojenosti mužů z obou domovů ve srovnání s normou, hovoříme o výrazně nižší celkové spokojenosti mužů obou domovů ve srovnání s normou.

9.5.2. Profil souborů z hlediska SUPOS – 7

Číselné hodnoty jsme v řadách sečetli, hrubé skóry jsme zapsali do tabulek. Vypočítali jsme průměrné hodnoty žen a mužů v jednotlivých škálách. Naměřené hodnoty jsme převedli na hodnoty proporcionálního zastoupení jednotlivých komponent.

	PE	A	O	N	U	D	S
Muži	7,4	6	3,7	5,1	4,6	4	4,5
Ženy	6	6,8	2,3	4	5,5	3,8	5,5

Výpočty muži:

Výpočet PE:

$$7,4 + 6 + 3,7 + 5,1 + 4,6 + 4 + 4,5 = 35,3$$

$$7,4 : 35,3 = 0,21$$

Výpočet A:

$$6 : 35,3 = 0,17$$

Výpočet O:

$$3,7 : 35,3 = 0,10$$

Výpočet N:

$$5,1 : 35,3 = 0,14$$

Výpočet U:

$$4,6 : 35,3 = 0,13$$

Výpočet D:

$$4 : 35,3 = 0,11$$

Výpočet S:

$$4,5 : 35,3 = 0,13$$

	PE	A	O	N	U	D	S
Muži	0,21	0,17	0,10	0,14	0,13	0,11	0,13

Výpočty ženy:

Výpočet PE:

$$6 + 6,8 + 2,3 + 4 + 5,5 + 3,8 + 5,5 = 33,9$$

$$6 : 33,9 = 0,18$$

Výpočet A:

$$6,8 : 33,9 = 0,20$$

Výpočet O:

$$2,3 : 33,9 = 0,07$$

Výpočet N:

$$4 : 33,9 = 0,12$$

Výpočet U:

$$5,5 : 33,9 = 0,16$$

Výpočet D:

$$3,8 : 33,9 = 0,11$$

Výpočet S:

$$5,5 : 33,9 = 0,16$$

	PE	A	O	N	U	D	S
Ženy	0,18	0,20	0,07	0,12	0,16	0,11	0,16

Proporce:

$$\text{PE muži: } 0,21 + 0,17 + 0,10 + 0,14 + 0,13 + 0,11 + 0,13 = 0,99$$

$$\text{PE ženy: } 0,18 + 0,20 + 0,07 + 0,12 + 0,16 + 0,11 + 0,16 = 1$$

Tabulka proporcionalního zastoupení jednotlivých komponent ve struktuře psychického stavu doplněná našimi údaji podle SUPOS 7:

komponenta	muži / n= 4780/			ženy /n=1976/		
	M	SD		M	SD	
P	0,21	0,239	0,119	0,18	0,205	0,098
A	0,17	0,214	0,078	0,20	0,186	0,077
O	0,10	0,115	0,055	0,07	0,115	0,051
N	0,14	0,116	0,055	0,12	0,130	0,048
D	0,11	0,113	0,056	0,11	0,125	0,049
U	0,13	0,107	0,050	0,16	0,123	0,053
S	0,13	0,097	0,065	0,16	0,117	0,058
	0,99			1		

Výsledky zkoumaného souboru obyvatelů domova důchodců neprojevovaly zase tak relevantní rozdíl oproti normě (tu tvoří proporcionální zastoupení jednotlivých komponent ve struktuře psychického stavu podle SUPOS 7).

U mužů byl zjištěn největší rozdíl (0,044) v komponentě „A“ (aktivnost, činorodost), kdy muži z námi zkoumaným domovů byli nepatrně méně psychicky v pohodě než muži ze srovnávací studie. Nejnižší rozdíl (0,003) se projevil v komponentě „D“ (psychická deprese, pocity vyčerpání), kdy naši muži ze zkoumaných domovů měli velmi nepatrně vyšší psychickou depresi než je norma. Zmíníme-li další nepatrné rozdíly, porovnááme-li naše naměřené hodnoty s normou, potom v komponentě „P“ (psychická pohoda) byl rozdíl 0,029, muži ze srovnávací studie byli nepatrně více psychicky v pohodě než naši muži. Stejně tak v komponentě „O“ (impulzivita, odreagování se), kde byl rozdíl 0,015, tento rozdíl hrál v prospěch mužům ze srovnávací studie. V komponentách „N“ (psychický nepokoj, rozlada), „U“ (úzkostné očekávání a obavy) a „S“ (sklíčenost) dosahovali naši muži lepších výsledků, ze kterých lze usuzovat na lepší psychický stav oproti normě.

U žen byl zjištěn největší rozdíl (0,045) v komponentě „O“ (impulzivita, odreagování se), podle které lze usoudit, že ženy ze srovnávací studie jsou na tom lépe než naše ženy. Nejnižší, téměř zanedbatelný rozdíl (0,01) byl u komponenty „N“ (psychický nepokoj) kdy na tom byly lépe opět ženy ze srovnávací studie. Také v komponentě psychické pohody byly ženy ze srovnávací studie oproti našim ženám v lepší psychické pohodě, rozdíl byl 0,025. V komponentě „D“, i přes nízký rozdíl 0,015 na tom byly lépe ženy ze srovnávací studie. Naopak u proměnných „A“, „U“ a „S“ dosahovaly vyšších hodnot naše ženy oproti normě, u „A“ byl rozdíl 0,014, u „U“ 0,037 a u „S“ pak 0,043.

Při výpočtu proporcí jsme sečetli všechny dosažené hrubé skóry a výsledný součet jsme uvedli pod kolonku s označením sumy. Tento získaný součet jsme považovali za celek (tzn. proporci 1,00). Na základě přiložené tabulky na str. 119 – 120 (Mikšík, 1993) jsme vyhledávali hodnotu v levém sloupci čísel. V uvedeném řádku jsme pro danou sumu pro každý zjištěný hrubý skór v té které komponentě jsme našli jeho příslušnou proporcionální hodnotu a zaznamenali ji pod daný hrubý skór do rubriky „p“. Po kontrole jsme zjistili, že celkový součet takto získaných proporcionálních přepočtů činil přibližně 1,00, to znamená, že jsme se nedopustili ve výpočtech žádných chyb.

V oblasti subjektivních potíží jsme u zkoumaného souboru našich obyvatel domovů důchodců zaznamenali nízké hodnoty. Průměrné hrubé skóry dosáhly hodnoty 4,8 u žen a 5 u mužů.

9.5.3. Vybrané koreláty

Získané hodnoty jsme porovnávali pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Sledovali jsme věk respondentů a respondentek, dále senioritu (délka pobytu v domově důchodců uváděná na měsíce) a rok od poslední svatby. Zajímalo nás, zda bude mít vyšší nebo nižší věk respondentů vliv na jejich celkovou psychiku a spokojenost. Dále jsme chtěli zjistit, zda existují určité relace mezi délkou pobytu respondentů v zařízeních, v souvislosti se životní spokojeností a psychickým stavem. A v neposlední řadě jsme sledovali vztah mezi posledním rokem svatby a spokojeností či psychickým stavem.

Protože jsme subtest Volný čas po dohodě s vedoucím práce neadministrovali, tak s ním v tabulce výsledků nepočítáme (u korelací je dělení nulou).

Zjištěné údaje jsme porovnávali s tabulkou kritických hodnot korelačního koeficientu: signifikantnost korelace (Reiterová, 2003). Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ odpovídá signifikantní korelace pro 30 respondentů hodnotě 0,349 a pro 40 respondentek odpovídá hodnotě 0,304. Na hladině významnosti $\alpha = 0,01$ je signifikantní hodnota pro 30 respondentů 0,448 a pro 40 respondentek 0,393 (Reiterová, 2003).

Po porovnání jednotlivých položek v Dotazníku životní spokojenosti s věkem respondentů (muži) byly zjištěny konkrétní korelace. Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ nebyly zjištěny signifikantní korelace v žádné z oblastí DŽS, až na jednu výjimku, což byla suma DŽS, tedy celkový výsledek, nabývala hodnoty 0,323315. Tedy se zvyšujícím se věkem roste celková spokojenost u mužů. Na hladině významnosti $\alpha = 0,01$ byly zjištěny signifikantní korelace mezi věkem a vztahem k vlastní osobě (0,496908) a korelace mezi věkem a vztahem k vlastním dětem (0,426405). Tedy platí, že s rostoucím věkem se zvyšuje u mužů spokojenost s vlastní osobou. Dále platí, že se zvyšujícím se věkem se u mužů zvyšuje spokojenost se vztahem k vlastním dětem.

Po porovnání jednotlivých položek v Dotazníku životní spokojenosti a délkou pobytu v domově důchodců, vyjádřená počtem měsíců jsme zaznamenali signifikantní korelaci na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ v položce přátelé, známí, příbuzní (0,371038), dále u položky práce a zaměstnání (0,306175). Korelace na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ jsou dále signifikantně významné u položek sexualita (0,226938) a suma DŽS (0,213916). Platí, že s rostoucí délkou pobytu v domově důchodců se u mužů zvyšuje spokojenost s okruhem přátel, známých a příbuzných. Stejně tak platí, že se zvyšující se délkou pobytu v DD se u mužů zvyšuje spokojenost s bývalým zaměstnáním, které respondent vykonával před vstupem do DD. Dále, s rostoucí délkou pobytu v DD se u mužů zvyšuje spokojenost se sexualitou. S rostoucí délkou pobytu v DD se u mužů zvyšuje celková spokojenost. Na hladině významnosti $\alpha = 0,01$

byla zjištěna signifikantní korelace u položky manželství a partnerství (0,447879). Také u položky přátelé, známí, příbuzní (0,371038). Platí, že s rostoucí délkou pobytu v domově důchodců se u mužů zvyšuje spokojenost s manželstvím / partnerstvím. S rostoucí délkou pobytu v DD se u mužů zvyšuje spokojenost s okruhem přátel, známých a příbuzných.

Po porovnání jednotlivých položek v DŽS a délkou od poslední svatby, vyjádřenou počtem let, jsme zaznamenali signifikantní korelaci na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ u položek finance (0,262378), bydlení (0,20418) a sumy DŽS (0,212169). S rostoucí délkou od poslední svatby se zvyšuje spokojenost s financemi, stejně tak s bydlením. Celkově se zvyšuje u mužů s rostoucí délkou od svatby celková spokojenost. Na hladině významnosti $\alpha = 0,01$ byla zjištěna signifikantní korelace u položky vztah k vlastním dětem (0,44937). Platí, že se zvyšující se dobou od poslední svatby se u mužů zvyšuje spokojenost se vztahem k vlastním dětem.

MUŽI

Věk

DŽS	ZDR	FIN	VO	SEX	PZP	BY	PAZ	MAN	DET	SUMA
VĚK	0,171396	0,113988	0,496908	0,036123	0,170237	0,118031	0,066562	-0,022834	0,426405	0,323315

Délka pobytu v DD

DŽS	ZDR	FIN	VO	SEX	PZP	BY	PAZ	MAN	DET	SUMA
DÉLKA POBYTU	0,087061	-0,055862	0,102671	0,226939	0,371038	0,039982	0,306175	0,447879	-0,109521	0,213916

Rok od poslední svatby

DŽS	ZDR	FIN	VO	SEX	PZP	BY	PAZ	MAN	DET	SUMA
ROK OD SVATBY	0,049898	0,262378	0,067949	0,034932	0,089143	0,20418	-0,071158	-0,075285	0,44937	0,212169

Po porovnání získaných hodnot v jednotlivých položkách v dotazníku Supos 7 s hodnotami věk, délka pobytu a rok od poslední svatby jsme získali u respondentů (mužů) konkrétní korelace.

Mezi věkem a jednotlivými položkami dotazníku Supos 7 byly zaznamenány statisticky významné korelace na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ u položek „A“ (aktivita), a to hodnota -0,234658, u položky „D“ (psychická deprese) -0,245156 a u sumy Supos hodnota -0,205158. S rostoucím věkem se u mužů snižuje míra aktivity, činnosti. S rostoucím věkem se u mužů snižuje míra odolnosti vůči psychické depresi. S rostoucím věkem se u mužů snižuje celková

kvalita psychického stavu. Na hladině významnosti $\alpha = 0,01$ nebyly zjištěny žádné signifikantní korelace mezi věkem respondentů a jednotlivými položkami dotazníku Supos 7.

Mezi délkou pobytu v DD a jednotlivými položkami Supos 7 nebyla zaznamenána žádná statisticky významná korelace na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ a na hladině významnosti $\alpha = 0,01$.

Mezi rokem od poslední svatby a jednotlivými položkami dotazníku byla zaznamenána jen jedna statisticky významná korelace na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ v položce „U“ (úzkost), a to hodnota $-0,24523$. S rostoucí dobou od poslední svatby se u mužů snižuje míra úzkosti. Na hladině významnosti $\alpha = 0,01$ nebyly zjištěny žádné signifikantní korelace mezi rokem od poslední svatby a položkami dotazníku Supos 7.

MUŽI

Věk, Délka pobytu v DD, Rok od poslední svatby

Supos7	PE	A	O	N	U	D	S	SUMA	NEU
Věk	-0,159425	-0,234658	0,137458	-0,189147	-0,168703	-0,245156	0,046132	-0,205158	-0,022948
Délka pobytu	-0,136396	0,189231	-0,096038	0,092528	0,096152	-0,025772	-0,125683	-0,009817	0,095719
Rok od svatby	-0,008168	0,0000257	0,135849	-0,034514	-0,24523	-0,145522	-0,101248	-0,114444	0,020767

Po porovnání jednotlivých položek v Dotazníku životní spokojenosti s věkem respondentek (žen) byly zjištěny konkrétní korelace. Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ byly zaznamenány statisticky významné korelace v položkách vztah k vlastním dětem (0,331649), práce a zaměstnání (0,365411), dále také v položkách, jako jsou vztah k vlastní osobě ($-0,225789$), přátelé, známí a příbuzní (0,212565) a manželství a partnerství ($-0,203993$). S rostoucím věkem se u žen zvyšuje spokojenost se vztahem k vlastním dětem. Dále s rostoucím věkem se u žen zvyšuje spokojenost s posledním zaměstnáním. S rostoucím věkem se u žen snižuje spokojenost se vztahem k vlastní osobě. S rostoucím věkem se u žen zvyšuje spokojenost s okruhem přátel, známých a příbuzných. S rostoucím věkem se u žen snižuje spokojenost s manželstvím, partnerstvím. Na hladině významnosti $\alpha = 0,01$ byly zjištěny signifikantní korelace mezi věkem a jednotlivými položkami dotazníku: práce a zaměstnání (0,365411) a vztah k vlastním dětem (0,331649).

Při porovnání položek v DŽS s délkou pobytu v domově důchodců jsme zaznamenali signifikantní korelace na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ u položky sexualita (0,330091).

S rostoucí délkou pobytu v domově se zvyšuje spokojenost žen s vlastní sexualitou. Na hladině významnosti $\alpha = 0,01$ nebyly zjištěny žádné signifikantní korelace.

Mezi rokem od poslední svatby a jednotlivými položkami DŽS jsme zaznamenali pouze jednu statisticky významnou korelaci na hladině významnosti $\alpha = 0,05$, a to v položce vztah k vlastní osobě (-0,248112). S rostoucí délkou od poslední svatby se u žen snižuje spokojenost s vlastní osobou. Na hladině významnosti $\alpha = 0,01$ jsme nezaznamenali žádné signifikantní korelace.

Ženy

Věk, Délka pobytu v DD, Rok od poslední svatby

DŽS	ZDR	FIN	VO	SEX	PZP	BY	PAZ	MAN	DET	SUMA
Věk	0,085199	-0,90816	-0,225789	-0,147082	0,212565	-0,07246	0,365411	-0,203993	0,331649	-0,046719
Délka pobytu	0,023309	0,155408	0,107618	0,330091	-0,048109	0,00333	-0,044868	0,001092	0,130816	0,146280
Rok od svatby	-0,123173	-0,089777	-0,248112	-0,068885	0,064502	-0,093493	0,166353	0,008231	0,078642	-0,148344

Po porovnání získaných hodnot v jednotlivých položkách v dotazníku Supos 7 s hodnotami věk, délka pobytu v domově důchodců a rok od poslední svatby jsme získali konkrétní korelace.

Mezi věkem žen a jednotlivými položkami dotazníku jsme zaznamenali statisticky významné korelace na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ v položkách „D“ (psychická deprese) hodnotu 0,306728, v položce „A“ (aktivnost, čínorodost) hodnotu 0,299075, v položce „O“ (odreagování a impulzivita) hodnotu 0,247122, v položce „U“ (úzkost) hodnotu 0,240059. Se zvyšujícím se věkem žen se zvyšuje míra psychické deprese. Se zvyšujícím se věkem žen se dále zvyšuje míra aktivity, čínorodosti, stejně jako míra impulzivity a úzkosti. Na hladině významnosti $\alpha = 0,01$ jsme zjistili statisticky významné korelace u položek „N“ (psychický nepokoj) hodnota 0,430213 a u položky „S“ (sklíčenost) hodnota 0,438045. S rostoucím věkem žen se zvyšuje psychický nepokoj a se zvyšujícím se věkem žen se zvyšuje sklíčenost.

Mezi délkou pobytu žen v DD a jednotlivými položkami Supos 7 jsme zaznamenali statisticky významné korelace na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ v položce „O“ hodnotu 0,272113, v položce „N“ hodnotu 0,233141 a v položce „A“ hodnotu -0,207436. S rostoucí délkou pobytu žen v domově důchodců se zvyšuje impulzivita a psychický nepokoj, snižuje se aktivnost a čínorodost žen. Na hladině významnosti $\alpha = 0,01$ nebyly zjištěny žádné signifikantní korelace.

Mezi rokem od poslední svatby žen a jednotlivými položkami dotazníku Supos 7 jsme zaznamenali dvě statisticky významné korelace na hladině významnosti $\alpha = 0,05$, a to v položce „N“ hodnotu 0,255253 a v položce „A“ hodnotu 0,313935. S rostoucím rokem od poslední svatby se zvyšuje jak psychický nepokoj u žen, tak aktivnost, čínorodost. Na hladině významnosti $\alpha = 0,01$ jsme zjistili tři statisticky významné korelace, v položkách „D“, „S“ a suma Supos. S rostoucím rokem od poslední svatby se snižuje celková kvalita psychického stavu, zvyšuje se sklíčenost, zvyšuje se taktéž míra psychické deprese u žen.

ŽENY

Věk, Délka pobytu v DD, Rok od poslední svatby

Supos7	PE	A	O	N	U	D	S	SUMA	NEU
Věk	0,093602	0,299075	0,247122	0,430213	0,240059	0,306728	0,438045	0,448955	0,056404
Délka pobytu	0,081082	-0,207436	0,272113	0,233141	0,148084	0,032273	-0,000832	0,110576	0,112765
Rok od svatby	0,141681	0,313935	0,10096	0,255253	0,163252	0,373967	0,409325	0,391714	0,130544

Fisherův F-test DŽS

hladina významnosti	kritický obor		ZDR	FIN	VČ	VO
	min	max				
0,01	0,392199184	2,455336	0,764676	1,200711	#DIV/0!	1,465923
0,05	0,493822049	1,974454	0,764676	1,200711	#DIV/0!	1,465923

SEX	PZP	BY	PAZ	MAN	DET	SUMA
2,284185	0,710064	1,903551	1,443214	0,626677	0,865357	0,991439
2,284185	0,710064	1,903551	1,443214	0,626677	0,865357	0,991439

Nalezeny velké rozdíly mezi rozptylem mužů a žen u proměnné SEX

Fisherův F-test Supos

PE	A	O	N	U	D	S	SUMA	SUMA NEURO
0,552245	0,514245	1,306069	1,015133	0,808309	1,242551	0,741177	0,612853	1,070207
0,552245	0,514245	1,306069	1,015133	0,808309	1,242551	0,741177	0,612853	1,070207

Z výše zjištěných údajů vyplývá, že se F-test potvrdil u všech hodnot s výjimkou položky Sexualita v DŽS, a to na $\alpha = 0,05$. Položka je znázorněna červeně. U proměnné SEX hovoříme o velkých rozdílech mezi rozptylem mužů a žen.

Studentův T-test DŽS

hladina významnosti	kritický obor					
	min	max	ZDR	FIN	VČ	VO
0,01	-2,65008128	2,650081	1,751666	-1,10965	#DIV/0!	-0,57094
0,05	-1,99546891	1,995469	1,751666	-1,10965	#DIV/0!	-0,57094

SEX	PZP	BY	PAZ	MAN	DET	SUMA
-0,2087	-0,39006	-2,40134	0,957315	-1,12802	-1,73038	-0,67761
-0,2087	-0,39006	-2,40134	0,957315	-1,12802	-1,73038	-0,67761

u jedné hodnoty F test vyvrátil rovnost rozptylů, proto u nich musíme v T-testu postupovat jinak

	SEX
0,05	-2,02107537
	2,021075
	-0,19898
stupně volnosti	39,94768088
	40

Studentův T-test Supos

PE	A	O	N	U	D	S	SUMA	SUMA NEURO
1,979369	-1,20596	2,417732	1,405969	-1,2264	0,412907	-1,28855	0,490959	-0,247
1,979369	-1,20596	2,417732	1,405969	-1,2264	0,412907	-1,28855	0,490959	-0,247

U dvou položek test prokázal platnosti alternativní hypotézy

T-test se nám potvrdil všude, v každé položce, výjimkou jsou proměnné bydlení (BY) v DŽS a odreagování (O) v Supos, a to na $\alpha = 0,05$. Obě položky jsou znázorněny červeně. V ostatních položkách se s velkou pravděpodobností cítí ženy i muži podobně, jen u BY a O jsou velké rozdíly (porovnává průměry). Šance, že jsou na tom v těchto případech stejně a my jsme se spletli je právě $\alpha = 0,05$.

Z průměrných hodnot z tabulek, které nalezneme v příloze diplomové práce, konstatujeme výsledky:

Ženy jsou spokojenější než muži v oblastech finanční situace (33,92 : 31,58), vlastní osoby (36,08 : 35,03), sexuality (26,89 : 26,48), přátel, známých a příbuzných (34,68 : 34,03), bydlení (39,24 : 35,35), manželství a partnerství (30,87 : 29,23), vztahu k vlastním dětem (34,21 : 30,90). Spokojenost žen oproti mužům je výrazná zvláště v položkách bydlení (rozdíl 3,89) a vztah k vlastním dětem (rozdíl 3,31), rozdíly jsou natolik velké, abychom uvažovali o náhodě. Celková spokojenost u žen je vyšší než u mužů (228,45 : 223,9). Ženy jsou aktivnější, čínorodější oproti mužům (6,79 : 6,1), současně ale úzkostnější než muži (5,5 : 4,68) a sklíčenější než muži (5,5 : 4,55). Míra neuroticity je u žen vyšší než u mužů (1,13 : 1,1).

Muži jsou spokojenější než ženy v oblastech zdraví (33,42 : 29,63) a práce a zaměstnání (bývalé zaměstnání), a to 37,84 : 36,39. Spokojenost mužů oproti ženám je výrazná zvláště v položce zdraví (rozdíl 3,79), rozdíl je natolik veliký, abychom uvažovali o náhodě. Muži jsou v lepší psychické pohodě oproti ženám (7,35 : 6,11), jsou impulzivnější než ženy (3,68 : 2,29). Psychický nepokoj je vyšší oproti ženám (5,03 : 4,08). U mužů je oproti ženám vyšší míra deprese (4,1 : 3,79). Celková kvalita psychického stavu je vyšší u mužů ve srovnání se ženami (35,48 : 34,08).

F-testem jsme zjistili největší rozdíl mezi rozptylem mužů a žen u proměnné sexualita (rozdíl je 54,75), rozdíl byl tak veliký, že to nemůžeme připsat náhodě. U proměnné bydlení byl rozdíl 29,13, u proměnné vztah k vlastní osobě rozdíl 22,45, u proměnné zdraví rozdíl 21,31, u

proměnné manželství a partnerství rozdíl 16,47, u proměnné přátelé známí a příbuzní rozdíl 16,13, u proměnné práce a zaměstnání rozdíl 14,58 a u proměnné finance byl rozdíl 14,2. U proměnné vztah k vlastním dětem jsme naměřili rozdíl mezi rozptylem mužů a žen 9,07. V těchto případech byly rozdíly tak minimální, že to můžeme připsat náhodě.

9.5.4. K platnosti hypotéz

Zajímalo nás, zda existují určité relace mezi délkou pobytu respondentů v zařízeních v souvislosti se životní spokojeností a psychickým stavem.

Stanovili jsme se čtyři hypotézy:

1. **H1:** Se zvyšující se délkou pobytu v domově důchodců se bude statisticky významně snižovat kvalita psychického stavu u žen.
2. **H2:** Se zvyšující se délkou pobytu v domově důchodců se bude statisticky významně snižovat kvalita psychického stavu u mužů.
3. **H3:** Se zvyšující se délkou pobytu se bude statisticky významně snižovat celková životní spokojenost u žen.
4. **H4:** Se zvyšující se délkou pobytu se bude statisticky významně snižovat celková životní spokojenost u mužů.

H1: Se zvyšující se délkou pobytu v domově důchodců se bude statisticky významně snižovat kvalita psychického stavu u žen. Hypotéza H1 se nám nepotvrdila. Mezi délkou pobytu v domově důchodců a sumou Supos jsme nezaznamenali žádnou statisticky významnou korelaci na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ a na hladině významnosti $\alpha = 0,01$.

H2: Se zvyšující se délkou pobytu v domově důchodců se bude statisticky významně snižovat kvalita psychického stavu u mužů. Hypotéza H2 se nám nepotvrdila. Mezi délkou pobytu v domově důchodců a sumou Supos jsme nezaznamenali žádnou statisticky významnou korelaci na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ a na hladině významnosti $\alpha = 0,01$.

H3: Se zvyšující se délkou pobytu se bude statisticky významně snižovat celková životní spokojenost u žen. Hypotéza H3 se nám nepotvrdila. Mezi délkou pobytu v domově důchodců a sumou DŽS nebyla zaznamenána žádná statisticky významná korelace na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ a na hladině významnosti $\alpha = 0,01$.

H4: Se zvyšující se délkou pobytu se bude statisticky významně snižovat celková životní spokojenost u mužů. Hypotéza H4 se nám nepotvrdila. Po porovnání sumy DŽS s délkou pobytu v domově důchodců jsme zaznamenali signifikantní korelaci na hladině významnosti $\alpha = 0,05$, která představovala hodnotu 0,213916. Tedy platí, že se zvyšující se délkou pobytu v domově důchodců se u mužů zvyšuje celková životní spokojenost.

10. DISKUZE

Tématu, vybranému původně na ročníkovou práci, jsme se dále věnovali i v diplomové práci, s cílem dozvědět se, co prožívají obyvatelé domova důchodců. Zda vlivem prostředí, špatným zacházením ze strany personálu, nekvalitními vztahy se spolubydlícími či nezájmem ze strany rodiny nestrádá jejich psychika. Zajímala nás souvislost spokojenosti obyvatel domova vzhledem k jejich pohlaví.

Cílem bylo tedy zjistit psychiku a životní spokojenost vzhledem k jejich pohlaví a vymezit souvislost důležitých oblastí jejich života ve vztahu k trvalému pobytu, roku od poslední svatby, věku.

Počítali jsme se dvěma soubory, souborem mužů (z obou domovů) a souborem žen (z obou domovů).

Na základě zjištěných výsledků můžeme konstatovat následující zjištění:

I. Pomocí DŽS jsme srovnávali muže a ženy a porovnávali s normou DŽS

- a) Muži i ženy jsou oproti normě méně spokojeni se svým zdravím.
- b) Muži i ženy jsou ve srovnání s normou méně spokojeni se svou finanční situací.
- c) Muži i ženy jsou oproti normě méně spokojeni s vlastní osobou.
- d) Muži i ženy jsou ve srovnání s normou méně spokojeni se svou sexualitou.
- e) Muži i ženy jsou oproti normě méně spokojeni s okruhem svých přátel, známých a příbuzných.
- f) Muži a ženy jsou ve srovnání s normou méně spokojeni s bydlením.
- g) Muži a ženy jsou oproti normě více spokojeni se svým zaměstnáním (posledním, před vstupem do domova).
- h) Muži a ženy jsou ve srovnání s normou méně spokojeni se svým manželstvím, partnerstvím.
- i) Muži i ženy jsou oproti normě méně spokojeni se vztahem k vlastním dětem.
- j) Celková spokojenost mužů a žen je ve srovnání s normou menší.

Subtest Volný čas jsme po dohodě s vedoucím práce neadministrovali.

Jedinou oblastí, kde jsme zaznamenali vyšší spokojenost žen a mužů ve srovnání s normou bylo poslední zaměstnání, které respondenti vykonávali před vstupem do domova. Přes rozdílnost povolání naši respondenti tuto oblast hodnotili velmi pozitivně. V ostatních oblastech, jako jsou zdraví, finanční situace, vlastní osoba, přátelé, známí a příbuzní a bydlení jsme shledali menší, někde i nepatrné, změny při porovnávání našich výsledků s normou. U mužů, a to

v oblastech sexuality, manželství a partnerství a vztahu k vlastním dětem jsme zaznamenali velké změny při srovnání našich výsledků s normou. Co se sexuality týče, jsou to podle nás právě muži, kdo hůře prožívá změny v sexuální oblasti, které přichází stářím. Muži z našeho výzkumu v porovnání se ženami neměli problém hovořit o této problematice, ovšem na rozdíl od žen se hůře vyrovnávají se svou sexuální výkonností nebo s četností sexuálních kontaktů, které mají právě vlivem stáří klesající tendenci. Co se týká vztahu s vlastními dětmi, jsou to muži, kteří se například hůře vyrovnávají s tím, že už nemají takový vliv na své děti, že už se jim nedostává takového uznání od potomků, jako tomu bylo dříve.

II. Pomocí DŽS jsme srovnávali ženy z jednoho domova s ženami z druhého domova a porovnávali s normou DŽS

Ženy z Domova pro seniory Jevišovice jsou oproti normě méně spokojeny se svým zdravím, s okruhem přátel, známých a příbuzných, s bydlením, s manželstvím / partnerstvím. Ve srovnání s normou jsou více spokojeny se svou finanční situací, vlastní osobou, sexualitou a posledním zaměstnáním. Nejvíce spokojeny jsou právě se svým posledním zaměstnáním.

Ženy z Domova důchodců Božice jsou ve srovnání s normou méně spokojeny se svým zdravím, finanční situací, vlastní osobou, sexualitou, okruhem přátel, známých a příbuzných, s bydlením, s manželstvím / partnerstvím a vztahem k vlastním dětem. Nejméně spokojeny jsou právě se vztahem k vlastním dětem. Více spokojeny oproti normě jsou jen se svým posledním zaměstnáním.

Celková spokojenost žen z Domova důchodců Božice je výrazně nižší oproti celkové spokojenosti žen z Domova pro seniory Jevišovice.

Ženy z obou domovů jsou výrazně méně spokojeny ve všech oblastech oproti normě. Podle nás tomuto výsledku nahrávala právě osamělost, která byla ovlivněna rodinným stavem našich respondentek (27 žen z počtu 38 bylo vdovami, 4 ženy rozvedené) nebo sdílení domácnosti (31 žen z počtu 38 žilo samo, bez partnera). Dalším faktorem, který podle nás mohl zapříčinit, že ženy jsou výrazně méně spokojeny ve všech oblastech oproti normě, je „vytržení“ z rodinného prostředí nebo izolovanost v domově.

III. Pomocí DŽS jsme srovnávali muže z jednoho domova s muži z druhého domova a porovnávali s normou DŽS

Muži z Domova pro seniory Jevišovice jsou oproti normě méně spokojeni se svým zdravím, finanční situací, vlastní osobou, sexualitou, s okruhem přátel, známých a příbuzných, s bydlením, manželstvím / partnerstvím a vztahem k vlastním dětem. Nejméně spokojeni jsou právě s manželstvím a partnerstvím. Ve srovnání s normou jsou více spokojeni s posledním zaměstnáním.

Muži z Domova důchodců Božice jsou oproti normě méně spokojeni se svým zdravím, vlastní osobou, sexualitou, s okruhem přátel, známých a příbuzných, s bydlením, manželstvím / partnerstvím a vztahem k vlastním dětem. Nejméně spokojeni jsou právě s manželstvím a partnerstvím. Více spokojeni ve srovnání s normou jsou se svou finanční situací a posledním zaměstnáním.

Zaznamenali jsme výrazně nižší celkovou spokojenost mužů z obou domovů oproti normě. Podobně, jako tomu bylo u žen, také u mužů jsme došli k tomuto závěru. Příčiny bychom shledali, obdobně jako u žen, v rodinném stavu (11 mužů je vdovci, 10 mužů rozvedených) nebo sdílené domácnosti (26 mužů z počtu 31 žijí sami, bez partnerky). Stejně tak svou roli mohlo hrát „vytržení“ z rodinného prostředí nebo izolovanost v domově.

IV. Pomocí Supos jsme srovnávali muže a ženy a porovnávali s normou

- a) Muži jsou nepatrně ve větší psychické nepohodě oproti normě.
 - b) U mužů je velmi nepatrně vyšší míra psychické deprese ve srovnání s normou.
 - c) Muži jsou nepatrně více impulzivnější oproti normě.
 - d) Muži jsou na tom, co se psychického nepokoje, úzkosti a sklíčenosti týče, lépe, než muži ze srovnávací studie.
-
- a) Ženy jsou impulzivnější oproti normě.
 - b) Psychický nepokoj u žen je velmi nepatrně vyšší, než je norma.
 - c) Ženy jsou v horší psychické pohodě ve srovnání s normou.
 - d) Ženy mají velmi nepatrně vyšší míru psychické deprese oproti normě.
 - e) Ženy jsou aktivnější, činorodější ve srovnání s normou.
 - f) Ženy jsou méně úzkostnější a sklíčenější oproti normě.

Co mají muži i ženy společného, tak jsou oproti normě více impulzivnější, ve větší psychické nepohodě a mají vyšší míru psychické deprese. Právě u institucionalizovaných seniorů (až polovina klientů) je vyšší míra deprese, při které klesá schopnost přizpůsobovat se zevním stresorům, příčinou může být ztráta blízkého člověka nebo změna sociální role. Vyšší míra

psychické deprese našich respondentů mohla být zapříčiněna například nedostatkem sociálních kontaktů, nedostatkem tělesných a psychických aktivit, špatným přístupem personálu.

Muži a ženy jsou méně úzkostnější a sklíčenější oproti normě.

V. Muži DŽS x věk (korelace)

- a) Se zvyšujícím se věkem roste celková spokojenost ($\alpha = 0,05$).
- b) S rostoucím věkem se zvyšuje spokojenost s vlastní osobou ($\alpha = 0,01$).
- c) Se zvyšujícím se věkem roste spokojenost se vztahem k vlastním dětem ($\alpha = 0,01$).

Z našich výsledků vyplynulo, že se zvyšujícím se věkem roste celková spokojenost u mužů. Roste u nich také spokojenost s vlastní osobou a vztahem k vlastním dětem. V obou domovech měli senioři své zázemí, bylo o ně dobře postaráno. Předpokládáme, že jak člověk stárne, stává se méně náročným, a to nejen k sobě samému. Ve vyšším věku je člověk střízlivý v otázkách vlivu na své děti, uznání od svých dětí, trávení společného času s potomky apod. Těší se ze svých dětí, vnoučat, je vděčný za každou chvíli, kdy může být se svými blízkými.

VI. Muži DŽS x délka pobytu v DD (korelace)

- a) S rostoucí délkou pobytu se zvyšuje spokojenost s okruhem přátel, známých a příbuzných ($\alpha = 0,05$).
- b) Se zvyšující se délkou pobytu roste spokojenost s posledním zaměstnáním ($\alpha = 0,05$).
- c) S rostoucí délkou pobytu se zvyšuje spokojenost se sexualitou ($\alpha = 0,05$).
- d) Se zvyšující se délkou pobytu roste celková spokojenost ($\alpha = 0,05$).
- e) S rostoucí délkou pobytu se zvyšuje spokojenost s manželstvím / partnerstvím ($\alpha = 0,01$).
- f) Se zvyšující se délkou pobytu se zvyšuje spokojenost s okruhem přátel, známých a příbuzných ($\alpha = 0,01$).

Z našich výsledků vyplynulo, že s rostoucí délkou pobytu v domově se zvyšuje spokojenost s okruhem přátel, známých a příbuzných, roste spokojenost se zaměstnáním, které jedinec vykonával před vstupem do domova, roste spokojenost se sexualitou, roste celková spokojenost. Roste spokojenost s manželstvím / partnerstvím. Domníváme se, že muži jsou na tom v hodnocení spokojenosti v domově dobře proto, že v naší společnosti přetrvává trend, že péče o rodinu a domácnost je hlavně záležitostí žen. Mužům vyhovuje, že je o ně v domově po všech stránkách postaráno, zvláště tento fakt oceňují muži s přibývajícím věkem. V domově člověk nemá nouzi o sociální kontakt s druhými, kontakt každodenní. Mnohdy je pro něj tento kontakt jediný, co jej drží při životě a pro takového člověka znamená víc než styky s vlastní

rodinou, které mohou váznout. Je méně časté, že člověk žije v domově s partnerem. Mnohdy je partner to jediné, co takový člověk má. Pokud jsou dva lidi spolu, zas tolik nezáleží na tom, že svůj život žijí právě v domově. Partnerství / manželství je dar, kterého si ceníme zvláště ve stáří.

VII. Muži DŽS x délka od poslední svatby (korelace)

- a) Se zvyšující se délkou od poslední svatby se zvyšuje spokojenost s finanční situací a s bydlením ($\alpha = 0,05$).
- b) S rostoucí délkou od poslední svatby se zvyšuje celková spokojenost ($\alpha = 0,05$).
- c) Se zvyšující se délkou od poslední svatby roste spokojenost se vztahem k vlastním dětem ($\alpha = 0,01$).

Z výsledků je patrné, že se zvyšující se délkou od poslední svatby roste u mužů spokojenost s finanční situací, bydlením, se vztahem k vlastním dětem. Roste celková spokojenost. Samotné setrvávání v manželství je významným prediktorem celkové životní spokojenosti. Existují tři oblasti, ve kterých setrvávání v manželství může napomáhat většímu pocitu spokojenosti. Je to zlepšení životního stylu v souvislosti s přítomností partnera v domácnosti, také vyšší životní standard díky společnému hospodaření a emocionální podpora partnera (Hamplová, 2006).

VIII. Muži Supos x věk (korelace)

- a) S rostoucím věkem se snižuje míra aktivity ($\alpha = 0,05$).
- b) Se zvyšujícím se věkem se snižuje míra odolnosti vůči psychické depresi ($\alpha = 0,05$).
- c) S rostoucím věkem se snižuje celková kvalita psychického stavu ($\alpha = 0,05$).

S rostoucím věkem se snižuje aktivnost mužů a míra odolnosti vůči psychické depresi. S rostoucím věkem se snižuje celková kvalita psychického stavu. Záleží na tom, jak senior na svůj život pohlíží. Předpokládáme, že jinak se cítí ten, kdo bere svůj život jako realitu, již sám aktivně z větší části vytváří, do níž dokáže integrovat svá omezení způsobená stářím, nemocemi, než člověk s pasivním přístupem k životu, mající pocit, že si s ním život prostě "zahrává", aniž by to mohl jakkoli ovlivnit. Obecně ale platí, že s pokročujícím věkem se člověk stává úzkostnější, méně aktivnější a činorodější, skleslejší, depresivnější, apod.

IX. Muži Supos x délka od poslední svatby (korelace)

- a) Se zvyšující se délkou od poslední svatby se snižuje míra úzkosti ($\alpha = 0,05$).

Manželství prospívá psychice nejenom žen, ale i mužů. Domníváme se, že v manželství trpí lidé mnohem méně depresemi a úzkostmi než samotáři. Tyto potíže s větší pravděpodobností postihují lidi poté, co se partnerský vztah rozpadne. Čím déle je člověk v harmonickém svazku, po partnerské stránce se mu dostává všeho, co potřebuje, tak je ve všech směrech šťastnější a určitě i méně úzkostnější.

X. Ženy DŽS x věk (korelace)

- a) S rostoucím věkem se zvyšuje spokojenost se vztahem k vlastním dětem ($\alpha = 0,05$ a $\alpha = 0,01$).
- b) Se zvyšujícím se věkem se zvyšuje spokojenost s posledním zaměstnáním ($\alpha = 0,05$).
- c) S rostoucím věkem se snižuje spokojenost se vztahem k vlastní osobě ($\alpha = 0,05$).
- d) Se zvyšujícím se věkem roste spokojenost s okruhem přátel, známých a příbuzných ($\alpha = 0,05$ a $\alpha = 0,01$).
- e) S rostoucím věkem se snižuje spokojenost s manželstvím / partnerstvím ($\alpha = 0,05$).

S rostoucím věkem se u žen zvyšuje spokojenost se vztahem k vlastním dětem, spokojenost s posledním vykonávaným zaměstnáním, spokojenost s okruhem přátel, známých a příbuzných. Snižuje se spokojenost se vztahem k vlastní osobě a spokojenost s manželstvím a partnerstvím.

Obdobně jako u mužů, tak také u žen s rostoucím věkem roste spokojenost se vztahem k vlastním dětem. Stáří sebou přináší určitou střízlivost v otázkách například vlivu na své potomky, trávení společného času s nimi. Senior je vděčný za každou strávenou chvíli s rodinou. Máme-li na mysli okruh přátel, známých a příbuzných, starý člověk může mít za ta léta vybudované pevné přátelské vazby, které se věkem nebo například sdílením něčeho společného ještě prohlubují. Takové vazby se mohou mezi lidmi vytvořit i v domově. Je pochopitelné, že s přibývajícím roky se zvláště ženy stávají netolerantní vůči změnám na vlastní osobě. Je to snížená spokojenost s vnějším vzhledem, sebevědomím, vlastní vitalitou, se schopnostmi a dovednostmi, které přicházejí právě s přibývajícím roky.

XI. Ženy DŽS x délka pobytu (korelace)

- a) S rostoucí délkou pobytu se zvyšuje spokojenost se sexualitou ($\alpha = 0,05$).

Z výsledku můžeme konstatovat, že čím déle jsou ženy v domově důchodců, tím jsou spokojenější se svou tělesnou přitažlivostí, sexuální výkonností, s četností sexuálních kontaktů apod. Jsou spokojenější možná proto, že už tuto problematiku tolik neřeší. Tělesná přitažlivost

už pro ně není tolik důležitá, jako byla, když byly mladé. Sexuálně se už nemusejí stýkat s nikým, jednoduše, protože mohou být už bez partnera nebo naopak partner už jim v této oblasti nemůže vyhovět. Ženy jsou v oblasti sexuality skromnější, stačí partnerův dotyk nebo pohlazení

XII. Ženy DŽS x délka od svatby (korelace)

- a) Se zvyšující se délkou od svatby se snižuje spokojenost s vlastní osobou ($\alpha = 0,05$).

XIII. Ženy Supos x věk (korelace)

- a) S rostoucím věkem se zvyšuje míra psychické deprese ($\alpha = 0,05$).
- b) Se zvyšujícím se věkem roste míra aktivity, impulzivity a úzkosti ($\alpha = 0,05$).
- c) S rostoucím věkem se zvyšuje psychický nepokoj a sklíčenost ($\alpha = 0,01$).

S přibývajícím rokem se zvyšuje míra psychické deprese, nejenom u žen, ale i mužů. Zvyšuje se míra impulzivity a úzkosti, psychický nepokoj a sklíčenost. Zvyšuje se u žen míra činnosti, aktivity, na rozdíl od mužů, kde se aktivnost s rostoucím věkem snižuje.

XIV. Ženy Supos x délka pobytu (korelace)

- a) Se zvyšující se délkou pobytu roste impulzivita a psychický nepokoj ($\alpha = 0,05$).
- b) S rostoucí délkou pobytu se snižuje aktivnost ($\alpha = 0,05$).

XV. Ženy Supos x délka od poslední svatby (korelace)

- a) Se zvyšující se délkou od poslední svatby se zvyšuje psychický nepokoj a také aktivnost ($\alpha = 0,05$).
- b) S rostoucí délkou od poslední svatby se snižuje celková kvalita psychického stavu ($\alpha = 0,01$).
- c) Se zvyšující se délkou od poslední svatby se zvyšuje sklíčenost a míra psychické deprese ($\alpha = 0,01$).

XVI. Z průměrných hodnot:

- a) Ženy jsou spokojenější než muži v oblastech finanční situace, vlastní osoby, sexuality, přátel, známých a příbuzných, bydlení, manželství / partnerství a vztahu k vlastním dětem. Spokojenější jsou zvláště v položce bydlení a vztah k vlastním dětem. Celková spokojenost u žen je vyšší než u mužů. Ženy jsou aktivnější než muži. Ženy jsou úzkostnější a sklíčenější než muži. Míra neuroticity je u žen vyšší.

- b) Muži jsou spokojenější než ženy v oblastech zdraví a posledního zaměstnání. Spokojenější jsou zvláště v položce zdraví. Muži jsou v lepší psychické pohodě oproti ženám. Muži jsou impulzivnější než ženy. U mužů je vyšší míra psychického nepokoje a deprese než u žen. U mužů je vyšší celková kvalita psychického stavu než u žen.

XVII. K platnosti hypotéz:

Měli jsme stanovené čtyři hypotézy:

1. H1: Se zvyšující se délkou pobytu v domově důchodců se bude statisticky významně snižovat kvalita psychického stavu u žen.
2. H2: Se zvyšující se délkou pobytu v domově důchodců se bude statisticky významně snižovat kvalita psychického stavu u mužů.
3. H3: Se zvyšující se délkou pobytu se bude statisticky významně snižovat celková životní spokojenost u žen.
4. H4: Se zvyšující se délkou pobytu se bude statisticky významně snižovat celková životní spokojenost u mužů.

Ani jedna ze čtyř hypotéz se nám nepotvrdila.

Uvědomujeme si, že existují faktory, které mohly naše výsledky ovlivnit. Například nepochopení jednotlivých položek dotazníků respondenty. Výsledky, které jsme získali, můžeme považovat za přínosné v tom smyslu, že naznačují zajímavé oblasti dalšího zkoumání spokojenosti a psychického stavu obyvatel domovů důchodců.

11. ZÁVĚR

Diplomová práce je zaměřena na spokojenost a psychický stav obyvatelů domova důchodců. Právě vzhledem k nárůstu počtu starých lidí v populaci, je tato tematika aktuální a je velmi důležité se zabývat otázkami psychiky a spokojenosti v těchto zařízeních.

Náš výzkumný vzorek čítá na 69 probandů – 38 žen a 31 mužů. Dotazníkové šetření jsme prováděli v Domově důchodců v Božicích a Domově pro seniory v Jevišovicích (oboje okres Znojmo).

Počítali jsme se dvěma soubory, kdy jedním souborem byli muži (z obou domovů) a druhým ženy (z obou domovů).

Na základě zjištěných výsledků můžeme konstatovat následující zjištění:

I. Pomocí DŽS jsme srovnávali muže a ženy a porovnávali s normou DŽS

- a) Muži i ženy jsou oproti normě méně spokojeni se svým zdravím.
- b) Muži i ženy jsou ve srovnání s normou méně spokojeni se svou finanční situací.
- c) Muži i ženy jsou oproti normě méně spokojeni s vlastní osobou.
- d) Muži i ženy jsou ve srovnání s normou méně spokojeni se svou sexualitou.
- e) Muži i ženy jsou oproti normě méně spokojeni s okruhem svých přátel, známých a příbuzných.
- f) Muži a ženy jsou ve srovnání s normou méně spokojeni s bydlením.
- g) Muži a ženy jsou oproti normě více spokojeni se svým zaměstnáním (posledním, před vstupem do domova).
- h) Muži a ženy jsou ve srovnání s normou méně spokojeni se svým manželstvím, partnerstvím.
- i) Muži i ženy jsou oproti normě méně spokojeni se vztahem k vlastním dětem.
- j) Celková spokojenost mužů a žen je ve srovnání s normou menší.

Subtest Volný čas jsme po dohodě s vedoucím práce neadministrovali.

II. Pomocí DŽS jsme srovnávali ženy z jednoho domova s ženami z druhého domova a porovnávali s normou DŽS

Ženy z Domova pro seniory Jevišovice jsou oproti normě méně spokojeny se svým zdravím, s okruhem přátel, známých a příbuzných, s bydlením, s manželstvím / partnerstvím. Ve srovnání s normou jsou více spokojeny se svou finanční situací, vlastní osobou, sexualitou a posledním zaměstnáním. Nejvíce spokojeny jsou právě se svým posledním zaměstnáním.

Ženy z Domova důchodců Božice jsou ve srovnání s normou méně spokojeny se svým zdravím, finanční situací, vlastní osobou, sexualitou, okruhem přátel, známých a příbuzných, s bydlením, s manželstvím / partnerstvím a vztahem k vlastním dětem. Nejméně spokojeny jsou právě se vztahem k vlastním dětem. Více spokojeny oproti normě jsou jen se svým posledním zaměstnáním.

Celková spokojenost žen z Domova důchodců Božice je výrazně nižší oproti celkové spokojenosti žen z Domova pro seniory Jevišovice.

III. Pomocí DŽS jsme srovnávali muže z jednoho domova s muži z druhého domova a porovnávali s normou DŽS

Muži z Domova pro seniory Jevišovice jsou oproti normě méně spokojeni se svým zdravím, finanční situací, vlastní osobou, sexualitou, s okruhem přátel, známých a příbuzných, s bydlením, manželstvím / partnerstvím a vztahem k vlastním dětem. Nejméně spokojeni jsou právě s manželstvím a partnerstvím. Ve srovnání s normou jsou více spokojeni s posledním zaměstnáním.

Muži z Domova důchodců Božice jsou oproti normě méně spokojeni se svým zdravím, vlastní osobou, sexualitou, s okruhem přátel, známých a příbuzných, s bydlením, manželstvím / partnerstvím a vztahem k vlastním dětem. Nejméně spokojeni jsou právě s manželstvím a partnerstvím. Více spokojeni ve srovnání s normou jsou se svou finanční situací a posledním zaměstnáním.

Zaznamenali jsme výrazně nižší celkovou spokojenost mužů z obou domovů oproti normě.

IV. Pomocí Supos jsme srovnávali muže a ženy a porovnávali s normou

- a) Muži jsou nepatrně ve větší psychické nepohodě oproti normě.
 - b) U mužů je velmi nepatrně vyšší míra psychické deprese ve srovnání s normou.
 - c) Muži jsou nepatrně více impulzivnější oproti normě.
 - d) Muži jsou na tom, co se psychického nepokoje, úzkosti a sklíčenosti týče, lépe, než muži ze srovnávací studie.
-
- a) Ženy jsou impulzivnější oproti normě.
 - b) Psychický nepokoj u žen je velmi nepatrně vyšší, než je norma.
 - c) Ženy jsou v horší psychické pohodě ve srovnání s normou.
 - d) Ženy mají velmi nepatrně vyšší míru psychické deprese oproti normě.

- e) Ženy jsou aktivnější, činorodější ve srovnání s normou.
- f) Ženy jsou méně úzkostnější a sklíčenější oproti normě.

V. Muži DŽS x věk (korelace)

- a) Se zvyšujícím se věkem roste celková spokojenost ($\alpha = 0,05$).
- b) S rostoucím věkem se zvyšuje spokojenost s vlastní osobou ($\alpha = 0,01$).
- c) Se zvyšujícím se věkem roste spokojenost se vztahem k vlastním dětem ($\alpha = 0,01$).

VI. Muži DŽS x délka pobytu v DD (korelace)

- a) S rostoucí délkou pobytu se zvyšuje spokojenost s okruhem přátel, známých a příbuzných ($\alpha = 0,05$).
- b) Se zvyšující se délkou pobytu roste spokojenost s posledním zaměstnáním ($\alpha = 0,05$).
- c) S rostoucí délkou pobytu se zvyšuje spokojenost se sexualitou ($\alpha = 0,05$).
- d) Se zvyšující se délkou pobytu roste celková spokojenost ($\alpha = 0,05$).
- e) S rostoucí délkou pobytu se zvyšuje spokojenost s manželstvím / partnerstvím ($\alpha = 0,01$).
- f) Se zvyšující se délkou pobytu se zvyšuje spokojenost s okruhem přátel, známých a příbuzných ($\alpha = 0,01$).

VII. Muži DŽS x délka od poslední svatby (korelace)

- a) Se zvyšující se délkou od poslední svatby se zvyšuje spokojenost s finanční situací a s bydlením ($\alpha = 0,05$).
- b) S rostoucí délkou od poslední svatby se zvyšuje celková spokojenost ($\alpha = 0,05$).
- c) Se zvyšující se délkou od poslední svatby roste spokojenost se vztahem k vlastním dětem ($\alpha = 0,01$).

VIII. Muži Supos x věk (korelace)

- a) S rostoucím věkem se snižuje míra aktivity ($\alpha = 0,05$).
- b) Se zvyšujícím se věkem se snižuje míra odolnosti vůči psychické depresi ($\alpha = 0,05$).
- c) S rostoucím věkem se snižuje celková kvalita psychického stavu ($\alpha = 0,05$).

IX. Muži Supos x délka od poslední svatby (korelace)

- a) Se zvyšující se délkou od poslední svatby se snižuje míra úzkosti ($\alpha = 0,05$).

X. Ženy DŽS x věk (korelace)

- a) S rostoucím věkem se zvyšuje spokojenost se vztahem k vlastním dětem ($\alpha = 0,05$ a $\alpha = 0,01$).
- b) Se zvyšujícím se věkem se zvyšuje spokojenost s posledním zaměstnáním ($\alpha = 0,05$).
- c) S rostoucím věkem se snižuje spokojenost se vztahem k vlastní osobě ($\alpha = 0,05$).
- d) Se zvyšujícím se věkem roste spokojenost s okruhem přátel, známých a příbuzných ($\alpha = 0,05$ a $\alpha = 0,01$).
- e) S rostoucím věkem se snižuje spokojenost s manželstvím / partnerstvím ($\alpha = 0,05$).

XI. Ženy DŽS x délka pobytu (korelace)

- a) S rostoucí délkou pobytu se zvyšuje spokojenost se sexualitou ($\alpha = 0,05$).

XII. Ženy DŽS x délka od svatby (korelace)

- a) Se zvyšující se délkou od svatby se snižuje spokojenost s vlastní osobou ($\alpha = 0,05$).

XIII. Ženy Supos x věk (korelace)

- a) S rostoucím věkem se zvyšuje míra psychické deprese ($\alpha = 0,05$).
- b) Se zvyšujícím se věkem roste míra aktivity, impulzivity a úzkosti ($\alpha = 0,05$).
- c) S rostoucím věkem se zvyšuje psychický nepokoj a sklíčenost ($\alpha = 0,01$).

XIV. Ženy Supos x délka pobytu (korelace)

- a) Se zvyšující se délkou pobytu roste impulzivita a psychický nepokoj ($\alpha = 0,05$).
- b) S rostoucí délkou pobytu se snižuje aktivnost ($\alpha = 0,05$).

XV. Ženy Supos x délka od poslední svatby (korelace)

- a) Se zvyšující se délkou od poslední svatby se zvyšuje psychický nepokoj a také aktivnost ($\alpha = 0,05$).
- b) S rostoucí délkou od poslední svatby se snižuje celková kvalita psychického stavu ($\alpha = 0,01$).
- c) Se zvyšující se délkou od poslední svatby se zvyšuje sklíčenost a míra psychické deprese ($\alpha = 0,01$).

XVI. Z průměrných hodnot:

- a) Ženy jsou spokojenější než muži v oblastech finanční situace, vlastní osoby, sexuality, přátel, známých a příbuzných, bydlení, manželství / partnerství a vztahu k vlastním

dětem. Spokojenější jsou zvláště v položce bydlení a vztah k vlastním dětem. Celková spokojenost u žen je vyšší než u mužů. Ženy jsou aktivnější než muži. Ženy jsou úzkostnější a sklíčenější než muži. Míra neuroticity je u žen vyšší.

- b) Muži jsou spokojenější než ženy v oblastech zdraví a posledního zaměstnání. Spokojenější jsou zvláště v položce zdraví. Muži jsou v lepší psychické pohodě oproti ženám. Muži jsou impulzivnější než ženy. U mužů je vyšší míra psychického nepokoje a deprese než u žen. U mužů je vyšší celková kvalita psychického stavu než u žen.

Mnoho lidí vyššího věku se v průběhu průzkumu zmínilo, že by pro ně bylo velkým kladem, kdyby všichni zdravotníci a pečovatelé považovali staršího člověka za svobodně myslící osobnost a nebyla jim přisuzována senilita jen z důvodu vyššího počtu let.

Starší generace by ocenila, pokud by byla brána jako rovnocenný partner a nebylo jí ubíráno žádné z jejích práv. Proto je na místě, aby bylo podmínkou při specializované průpravě všech pracovníků, kteří hodlají pracovat se seniory širší obeznámení s životem občanů vyššího věku i psychologického hlediska.

Stárnutí je fenoménem dnešní doby, přesto se všeobecně popírá. Nepřiznáváme si, že to budeme i my, kdo bude jednou starý, nemocný a bude umírat. Dokud bude mít společnost „popírací postoj“, bude vytěsňovat i potřebu pomáhat starším spoluobčanům a nebude rozvíjet služby pro seniory.

Lékaři a jiní odborníci hovoří o stáří a vysvětlují, jak stáří zpomalit, neumí ale říct, jak neodvratnému faktu stárnutí přizpůsobit život. Řešení existuje, a to naučit se chápat změny, kterými stárnoucí člověk prochází, respektovat potřeby těchto lidí, pomáhat seniorům naplnit svou životní roli ve stáří.

Na závěr bychom chtěli říct, že stárnutí není nemoc. Můžeme na toto životní období připravit naši psychiku tím, že přijmeme fakt stárnutí, i přesto, když jsme ještě mladí. Je dobré v tomto životním období hledat pozitiva, která přináší každé vývojové období.

Je naším přáním, aby výsledky naší práce sloužily jako podnět k zamyšlení, posloužily ke zlepšení péče o obyvatele domovů.

Domovy důchodců by měly být „místem života“ a posláním personálu by mělo být „pomáhat“ jejich obyvatelům „žít“. Každý člověk si zaslouží žít a prožít spokojený a naplněný život v jakékoliv jeho etapě.

12. SOUHRN

Diplomová práce je zaměřena na spokojenost a psychický stav obyvatelů domova důchodců. Právě vzhledem k nárůstu počtu starých lidí v populaci, je tato tematika aktuální a je velmi důležité se zabývat otázkami psychiky a spokojenosti v těchto zařízeních.

Teoretická část sestává ze sedmi hlavních kapitol. V první kapitole se věnujeme kontextu problému stáří a stárnutí, počínaje vysvětlením demografického stárnutí, přes pohled seniora, dále stářím, jeho riziky a poruchami chování, špatným zacházením se seniory až po rozdíly ve stárnutí žen a mužů. Ve druhé kapitole se zabýváme tím, jak se člověk vyrovnává s projevy stáří a stárnutí, dále pak změnami sociálními, fyziologickými, psychikou a psychickými změnami. Ve třetí kapitole nastíníme stárnutí, jako přirozenou součást života, zmíníme teorie a hypotézy, které vysvětlují proces stárnutí a skončíme strukturou životních vývojových potřeb. Čtvrtá kapitola je o psychiatrických onemocněních ve stáří, péči o seniora, dále o vztahu senior a rodina a senior a domov důchodců a bydlení pro seniory. Pátá kapitola je o pohledu na kvalitu života. V šesté kapitole zmíníme něco o životní spokojenosti, smysluplnosti ve stáří a osobní pohodě. Teoretickou část uzavírá kapitola „Domovy pro důchodce jako životní alternativa.“ Zde pojednáváme o principech v péči o seniory, o rizicích dlouhodobého pobytu v ústavu, zmiňujeme členění podle zřizovatelů a potřebu lůžek v domovech důchodců, vyjádříme se i k faktorům, které ovlivňují kvalitu života v domovech a ke zdravotnímu stavu obyvatel domova důchodců.

Na výzkumnou část jsme použili Dotazník životní spokojenosti a SUPOS-7, dotazník struktury a dynamiky aktuálních psychických pocitů a stavů. Výzkum jsme prováděli ve dvou domovech důchodců s cílem zjistit psychiku a životní spokojenost seniorů v těchto zařízeních vzhledem k jejich pohlaví a vymezit souvislost důležitých oblastí jejich života ve vztahu k trvalému pobytu, věku a roku od poslední svatby. Výzkum jsme uskutečnili v období od 14.7. – 18.7. 2008 v Domově pro seniory v Jevišovicích a od 3.9. – 5.9. 2008 v Domově důchodců v Božicích, obojí u Znojma. Před začátkem průzkumu jsme si vyžádali souhlas vedoucích pracovníků obou domovů se šetřením v jejich zařízení. K žádosti jsme připojili i vzory obou dotazníků. Administrovali jsme s každým klientem domova zvlášť, vždy předcházelo ústní vysvětlení cíle našeho šetření.

Získali jsme vyrovnaný vzorek probandů (celkem 69, z toho 38 žen a 31 mužů). Početili jsme se dvěma soubory, souborem mužů (muži z obou domovů) a souborem žen (ženy z obou domovů).

Po důkladném prozkoumání literatury se jevily jako důležité následující okruhy problémů:

1. Zajímalo nás, zda bude mít vyšší nebo nižší věk respondentů vliv na jejich celkovou psychiku a spokojenost.
2. Chtěli jsme zjistit, zda existují určité relace mezi délkou pobytu respondentů v zařízeních, v souvislosti se životní spokojeností a psychickým stavem.
3. Sledovali jsme i vztah mezi posledním rokem svatby respondentů, který se ve výsledku taktéž promítá do celkového psychického stavu a spokojenosti zkoumaného vzorku probandů.

Naší snahou bylo zjistit:

1. Profil dimenzí psychického stavu a životní spokojenosti u mužů
2. Profil dimenzí psychického stavu a životní spokojenosti u žen

Stanovili jsme si čtyři hypotézy:

1. H1: Se zvyšující se délkou pobytu v domově důchodců se bude statisticky významně snižovat kvalita psychického stavu u žen.
2. H2: Se zvyšující se délkou pobytu v domově důchodců se bude statisticky významně snižovat kvalita psychického stavu u mužů.
3. H3: Se zvyšující se délkou pobytu se bude statisticky významně snižovat celková životní spokojenost u žen.
4. H4: Se zvyšující se délkou pobytu se bude statisticky významně snižovat celková životní spokojenost u mužů.

Microsoft Excel nám sloužil ke statistickému zpracování dat. V důsledku četnosti našeho souboru, který čítal na 69 respondentů, jsme použili nejen korelaci, ale i Studentův t – test.

Na základě zjištěných výsledků můžeme konstatovat následující zjištění:

Pomocí DŽS jsme srovnávali muže a ženy a porovnávali s normou DŽS

- a) Muži i ženy jsou oproti normě méně spokojeni se svým zdravím.
- b) Muži i ženy jsou ve srovnání s normou méně spokojeni se svou finanční situací.
- c) Muži i ženy jsou oproti normě méně spokojeni s vlastní osobou.
- d) Muži i ženy jsou ve srovnání s normou méně spokojeni se svou sexualitou.
- e) Muži i ženy jsou oproti normě méně spokojeni s okruhem svých přátel, známých a příbuzných.
- f) Muži a ženy jsou ve srovnání s normou méně spokojeni s bydlením.
- g) Muži a ženy jsou oproti normě více spokojeni se svým zaměstnáním (posledním, před vstupem do domova).
- h) Muži a ženy jsou ve srovnání s normou méně spokojeni se svým manželstvím, partnerstvím.
- i) Muži i ženy jsou oproti normě méně spokojeni se vztahem k vlastním dětem.

j) Celková spokojenost mužů a žen je ve srovnání s normou menší.

Subtest Volný čas jsme po dohodě s vedoucím práce neadministrovali.

Pomocí DŽS jsme srovnávali ženy z jednoho domova s ženami z druhého domova a porovnávali s normou DŽS

Ženy z Domova pro seniory Jevišovice jsou oproti normě méně spokojeny se svým zdravím, s okruhem přátel, známých a příbuzných, s bydlením, s manželstvím / partnerstvím. Ve srovnání s normou jsou více spokojeny se svou finanční situací, vlastní osobou, sexualitou a posledním zaměstnáním. Nejvíce spokojeny jsou právě se svým posledním zaměstnáním.

Ženy z Domova důchodců Božice jsou ve srovnání s normou méně spokojeny se svým zdravím, finanční situací, vlastní osobou, sexualitou, okruhem přátel, známých a příbuzných, s bydlením, s manželstvím / partnerstvím a vztahem k vlastním dětem. Nejméně spokojeny jsou právě se vztahem k vlastním dětem. Více spokojeny oproti normě jsou jen se svým posledním zaměstnáním.

Celková spokojenost žen z Domova důchodců Božice je výrazně nižší oproti celkové spokojenosti žen z Domova pro seniory Jevišovice.

Pomocí DŽS jsme srovnávali muže z jednoho domova s muži z druhého domova a porovnávali s normou DŽS

Muži z Domova pro seniory Jevišovice jsou oproti normě méně spokojeni se svým zdravím, finanční situací, vlastní osobou, sexualitou, s okruhem přátel, známých a příbuzných, s bydlením, manželstvím / partnerstvím a vztahem k vlastním dětem. Nejméně spokojeni jsou právě s manželstvím a partnerstvím. Ve srovnání s normou jsou více spokojeni s posledním zaměstnáním.

Muži z Domova důchodců Božice jsou oproti normě méně spokojeni se svým zdravím, vlastní osobou, sexualitou, s okruhem přátel, známých a příbuzných, s bydlením, manželstvím / partnerstvím a vztahem k vlastním dětem. Nejméně spokojeni jsou právě s manželstvím a partnerstvím. Více spokojeni ve srovnání s normou jsou se svou finanční situací a posledním zaměstnáním.

Zaznamenali jsme výrazně nižší celkovou spokojenost mužů z obou domovů oproti normě.

Pomocí Supos jsme srovnávali muže a ženy a porovnávali s normou

- a) Muži jsou nepatrně ve větší psychické nepohodě oproti normě.
- b) U mužů je velmi nepatrně vyšší míra psychické deprese ve srovnání s normou.
- c) Muži jsou nepatrně více impulzivnější oproti normě.
- d) Muži jsou na tom, co se psychického nepokoje, úzkosti a sklíčenosti týče, lépe, než muži ze srovnávací studie.

- a) Ženy jsou impulzivnější oproti normě.
- b) Psychický nepokoj u žen je velmi nepatrně vyšší, než je norma.
- c) Ženy jsou v horší psychické pohodě ve srovnání s normou.
- d) Ženy mají velmi nepatrně vyšší míru psychické deprese oproti normě.
- e) Ženy jsou aktivnější, činorodější ve srovnání s normou.
- f) Ženy jsou méně úzkostnější a sklíčenější oproti normě.

Muži DŽS x věk (korelace)

- a) Se zvyšujícím se věkem roste celková spokojenost ($\alpha = 0,05$).
- b) S rostoucím věkem se zvyšuje spokojenost s vlastní osobou ($\alpha = 0,01$).
- c) Se zvyšujícím se věkem roste spokojenost se vztahem k vlastním dětem ($\alpha = 0,01$).

Muži DŽS x délka pobytu v DD (korelace)

- a) S rostoucí délkou pobytu se zvyšuje spokojenost s okruhem přátel, známých a příbuzných ($\alpha = 0,05$).
- b) Se zvyšující se délkou pobytu roste spokojenost s posledním zaměstnáním ($\alpha = 0,05$).
- c) S rostoucí délkou pobytu se zvyšuje spokojenost se sexualitou ($\alpha = 0,05$).
- d) Se zvyšující se délkou pobytu roste celková spokojenost ($\alpha = 0,05$).
- e) S rostoucí délkou pobytu se zvyšuje spokojenost s manželstvím / partnerstvím ($\alpha = 0,01$).
- f) Se zvyšující se délkou pobytu se zvyšuje spokojenost s okruhem přátel, známých a příbuzných ($\alpha = 0,01$).

Muži DŽS x délka od poslední svatby (korelace)

- a) Se zvyšující se délkou od poslední svatby se zvyšuje spokojenost s finanční situací a s bydlením ($\alpha = 0,05$).
- b) S rostoucí délkou od poslední svatby se zvyšuje celková spokojenost ($\alpha = 0,05$).
- c) Se zvyšující se délkou od poslední svatby roste spokojenost se vztahem k vlastním dětem ($\alpha = 0,01$).

Muži Supos x věk (korelace)

- a) S rostoucím věkem se snižuje míra aktivity ($\alpha = 0,05$).
- b) Se zvyšujícím se věkem se snižuje míra odolnosti vůči psychické depresi ($\alpha = 0,05$).
- c) S rostoucím věkem se snižuje celková kvalita psychického stavu ($\alpha = 0,05$).

Muži Supos x délka od poslední svatby (korelace)

- a) Se zvyšující se délkou od poslední svatby se snižuje míra úzkosti ($\alpha = 0,05$).

Ženy DŽS x věk (korelace)

- a) S rostoucím věkem se zvyšuje spokojenost se vztahem k vlastním dětem ($\alpha = 0,05$ a $\alpha = 0,01$).

- b) Se zvyšujícím se věkem se zvyšuje spokojenost s posledním zaměstnáním ($\alpha = 0,05$).
- c) S rostoucím věkem se snižuje spokojenost se vztahem k vlastní osobě ($\alpha = 0,05$).
- d) Se zvyšujícím se věkem roste spokojenost s okruhem přátel, známých a příbuzných ($\alpha = 0,05$ a $\alpha = 0,01$).
- e) S rostoucím věkem se snižuje spokojenost s manželstvím / partnerstvím ($\alpha = 0,05$).

Ženy DŽS x délka pobytu (korelace)

- a) S rostoucí délkou pobytu se zvyšuje spokojenost se sexualitou ($\alpha = 0,05$).

Ženy DŽS x délka od svatby (korelace)

- a) Se zvyšující se délkou od svatby se snižuje spokojenost s vlastní osobou ($\alpha = 0,05$).

Ženy Supos x věk (korelace)

- a) S rostoucím věkem se zvyšuje míra psychické deprese ($\alpha = 0,05$).
- b) Se zvyšujícím se věkem roste míra aktivity, impulzivity a úzkosti ($\alpha = 0,05$).
- c) S rostoucím věkem se zvyšuje psychický nepokoj a sklíčenost ($\alpha = 0,01$).

Ženy Supos x délka pobytu (korelace)

- a) Se zvyšující se délkou pobytu roste impulzivita a psychický nepokoj ($\alpha = 0,05$).
- b) S rostoucí délkou pobytu se snižuje aktivnost ($\alpha = 0,05$).

Ženy Supos x délka od poslední svatby (korelace)

- a) Se zvyšující se délkou od poslední svatby se zvyšuje psychický nepokoj a také aktivnost ($\alpha = 0,05$).
- b) S rostoucí délkou od poslední svatby se snižuje celková kvalita psychického stavu ($\alpha = 0,01$).
- c) Se zvyšující se délkou od poslední svatby se zvyšuje sklíčenost a míra psychické deprese ($\alpha = 0,01$).

Z průměrných hodnot:

- a) Ženy jsou spokojenější než muži v oblastech finanční situace, vlastní osoby, sexuality, přátel, známých a příbuzných, bydlení, manželství / partnerství a vztahu k vlastním dětem. Spokojenější jsou zvláště v položce bydlení a vztah k vlastním dětem. Celková spokojenost u žen je vyšší než u mužů. Ženy jsou aktivnější než muži. Ženy jsou úzkostnější a sklíčenější než muži. Míra neuroticity je u žen vyšší.
- b) Muži jsou spokojenější než ženy v oblastech zdraví a posledního zaměstnání. Spokojenější jsou zvláště v položce zdraví. Muži jsou v lepší psychické pohodě oproti ženám. Muži jsou impulzivnější než ženy. U mužů je vyšší míra psychického nepokoje a deprese než u žen. U mužů je vyšší celková kvalita psychického stavu než u žen.

Měli jsme stanovené čtyři hypotézy. Ani jedna ze čtyř hypotéz se nám nepotvrdila.

Je naším přáním, aby výsledky naší práce sloužily jako podnět k zamyšlení, posloužily ke zlepšení péče o obyvatele domovů.

Domovy důchodců by měly být „místem života“ a posláním personálu by mělo být „pomáhat“ jejich obyvatelům „žít“. Každý člověk si zaslouží žít a prožít spokojený a naplněný život v jakékoliv jeho etapě.

Seznam literatury:

1. Bolest (2009):
<http://www.ceskyduchodce.cz/pro-seniory/bolest-hippokrates-akutni-chronicka-bolest/>
2. Burcin, B. a Kučera, T. Prognóza populačního vývoje České republiky na období 2003 – 2065.
3. Červenková, A., Bruthansová, D., Pechanová, M. (2006). Sociálně zdravotní služby poskytované klientům na ošetrovatelských odděleních domovů důchodců a v léčebnách dlouhodobě nemocných se zřetelem k jejich sociální situaci a zdravotnímu stavu. Praha: VÚPSV
4. Český statistický úřad (2004). Senioři v České republice. Základní údaje o populaci seniorů: <http://www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/p/4123-04>.
5. Český statistický úřad (2009). Genderové statistiky – Úvod:
http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/kapitola/gender_uvod.
6. Český statistický úřad (2010). Senioři v ČR 2010. Demografické charakteristiky seniorů: <http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/p/1417-10>.
7. Český statistický úřad (2010). Věkové složení obyvatelstva v roce 2009. Věkové složení obyvatel k 1. 1. 2009:
<http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/p/4003-10>.
8. Čírtková, L., Vitoušová, P. a kol. (2007). Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů. Příručka pro pomáhající profese. Praha: Grada.
9. Čornaničová, R., Petříková, A. (2004). Gerontagogika úvod do teorie a praxe edukace seniorů. Studijní texty střediska distančního vzdělávání. Olomouc: UP.
10. Demografický vývoj (2005):
<http://www.mpsv.cz/files/clanky/2237/srovnani-demografie.pdf>
11. Domov důchodců Božice: <http://www.domovbozice.cz/>
12. Domov pro seniory Jevišovice: <http://www.domovjevisovice.cz/sluzby.php>
13. Dragomirecká, E., Škoda, C. (1997). Kvalita života. Vymezení definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii. ČS Psychiatrie 93.
14. Dušek, K., Večeřová – Procházková, A. (2010). Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada.
15. Ferenčík, M., Rovenský, J., Shoenfeld, Y., Mařha, V. (2005). Imunitní systém, informace pro každého. Praha: Grada.
16. Fořt, P. (2001). Jak stárnout pomalu. Havlíčkův Brod: EB nakladatelství.
17. Frankl, V. E. (1994). Člověk hledá smysl: Úvod do logoterapie. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.

18. Genderové rozdíly ve stáří (2010):
<http://free-books-online.org/psychology/gender-issues-in-psychology/gender->
19. Gjuríčová, Š. a Kubička, J. (2003). Rodinná terapie – systemické a narativní přístupy. Praha: Grada.
20. Glosová, D. a kol. (2006). Bydlení pro seniory. Brno: Era.
21. Hamilton, S. (1999). Psychologie stárnutí. Praha: Portál.
22. Hamplová, D. (2006): Životní spokojenost, štěstí a rodinný stav v 21 evropských zemích. Sociologický časopis. Vol. 42, No. 1. 35-55.
23. Hartl, P., Hartlová, H. (2000). Psychologický slovník. Praha: Portál.
24. Hasmanová Marhánková, J. (2009). Genderové nerovnosti ve stáří: marginalizace a zvýhodnění žen ve stáří. Plzeň:
<http://www.gendersonline.cz/view.php?cisloclanku=2009012407>
25. Haškovcová, H. (1989). Fenomén stáří. Praha: Panorama.
26. Hrdlička, M., Kuric, J., Blatný, M. (2006). Krize středního věku. Praha: Portál.
27. Jak pohlaví ovlivňuje proces stárnutí (2010):
<http://www.healthtree.com/articles/genetic-health/aging/gender-differences>
28. Jarošová, D. (2006). Péče o seniory. 1. vydání. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity.
29. Jarošová, D. (2007). Úvod do komunitního ošetrovatelství. Praha: Grada.
30. Jiráček, R., Holmerová, I., Borzová, C. a kol. (2009). Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče. Praha: Grada.
31. Kebza, V. (2005). Psychosociální determinanty zdraví. Praha: Academia.
32. Kebza, V., Šolcová, I. (2009). Osobní pohoda vysokoškolských studentů: česká část studie. ČS psychologie. 53, 2.
33. Klevetová, D., Dlabalová, I. (2008). Motivační prvky při práci se seniory. 1. vydání. Praha: Grada.
34. Kováč, D. (2004). K pojmu – logike kvality života. ČS psychologie, č. 5.
35. Křivohlavý, J. (2002). Psychologie nemoci. Praha: Grada.
36. Křivohlavý, J. (2004). Pozitivní psychologie. Praha: Portál.
37. Křivohlavý, J. (2007). Problematika smysluplnosti života v psychologii:
<http://jaro.krivohlavy.cz/problematika-smysluplnosti-zivota-v-psychologii>
38. Křivohlavý, J. (2010). Vliv psychiky na zdraví. Soudobá psychosomatika. Praha: Grada.
39. Kuchařová, V. (1996). Staří lidé ve společnosti a rodině. Praha: VÚPSV.
40. Kurečková, M. (2007). Kvalita života seniorů v domovech důchodců a hledání cesty k jejímu zlepšení. Zlín, nepublikovaná bakalářská práce.

41. Langmeier, J., Krejčířová, D. (2006). Vývojová psychologie 2., aktualizované vydání. Praha: Grada.
42. Mahrová, G., Venglářová, M. a kol. (2008). Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada.
43. Malíková, E. (2011). Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada.
44. Marková, M. (2010). Sestra a pacient v paliativní péči. Praha: Grada.
45. Martinková, M. (2009). Špatné zacházení s osobami pokročilého věku se zvláštním zřetelem k domácímu násilí. Praha, Institut pro kriminologii a sociální prevenci: <http://www.ok.cz/iksp/docs/362.pdf>.
46. Mikšík, O. (1993). SUPOS – 7. Praha: Heuréka Progress.
47. Miňhová, J. Mentálně hygienické aspekty VŠ studia, studijní opora pro projekt ESF: Kompetence učitelů a mistrů: http://www.zcu.cz/fpe/about/celozivotni_vzdelavani/ESF_mistri/materialy/kurz_podpory/KPS_MHAS_Minhova.pdf
48. Mühlpachr, P. (2005). Schola gerontologica. Brno: PF MU.
49. Pacovský, V., Heřmanová, H. (1981). Gerontologie. Praha: Avicenum.
50. Pacovský, V. (1990). O stárnutí a stáří. Praha: Avicenum.
51. Pavlíková, S. (2006). Modely ošetrovatelství v kostce. Praha: Grada.
52. Pidrman, V. (2007). Demence. Praha: Grada.
53. Pidrman, V. (2009). Poruchy chování ve stáří. Hradec Králové: Galenus: <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/poruchy-chovani-ve-stari-447837>
54. Pietikäinen, S. (2010). Zpráva o úloze žen ve stárnoucí společnosti: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A7-2010-0237+0+DOC+XML+V0//CS>
55. Plevová, J., Boleloucký, Z. (2000). Psychofarmakoterapie vyššího věku. 2. vydání. Praha: Grada.
56. Plháková, A. (2005). Učebnice obecné psychologie. Praha: Academia.
57. Preiss, M., Kučerová, H. a kol. (2006). Neuropsychologie v neurologii. Praha: Grada.
58. Příhoda, V. (1974). Ontogeneze lidské psychiky IV. Praha: SPN.
59. Příhoda, V. (1977). Ontogeneze lidské psychiky. Praha: SPN.
60. Příloha č. 1 – Dotazník Supos 7: http://theses.cz/id/s3zqul/DIPL_PRACE_RADMI/Dipl_Prilohy.pdf
61. Reiterová, E. (2003). Základy statistiky pro studenty psychologie. Olomouc: FF UP.
62. Reiterová, E. (2005). Techniky realizace výzkumu. Olomouc: FF UP.
63. Rodný, T., Rodná, K. (2001). Dotazník životní spokojenosti. Praha: Testcentrum.

64. Říčan, P. (1990). Cesta životem. Praha: Panorama.
65. Říčan, P. (2004). Cesta životem. Praha: Portál.
66. Slezáková, L. a kol. (2007). Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty I. Interna. Praha: Grada.
67. Sýkorová, D. (2007). Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
68. Šelner, I. (2004). Úloha rodiny v péči o seniory – reality a prognózy. Sociální práce 2 / 2004:
<http://www.socialniprace.cz/soubory/2004-2-090221132843.pdf>
69. Šerák, M. (2009). Zájmové vzdělávání dospělých, 1. vydání. Praha: Portál.
70. Šimíčková – Čížková, J. Kompendium obecné a vývojové psychologie.
71. Šolcová, I., Kebza, V. (2004). Kvalita života. Sborník příspěvků z konference. Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory. Praha: Psychologický ústav AV ČR, Státní zdravotní ústav.
72. Tavel, P. (2009). Psychologické problémy v starobe I. Pusté Úľany: Schola Philosophica.
73. Tošnerová, T. (2002). Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině. Ambulance pro poruchy paměti. Praha: Ústav lékařské etiky 3. LF UK.
74. Tošnerová, T. (2009). Jak si vychutnat seniorská léta. Brno: Computer Press.
75. Vágnerová, M. (2000). Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří. Praha: Portál.
76. Vaďurová, H., Mühlpachr, P. (2005). Kvalita života. Brno: MU.
77. Vaďurová, H., Mühlpachr, P. (2005):
www.who.int/evidence/assessment-instruments/qol/index.htm
78. Venglářová, M. (2007). Problematické situace v péči o seniory. Praha: Grada.
79. Vykopalová, H. (2008). Stáří, jeho rizika a ohrožení. Olomouc: Právnická fakulta UP:
http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/kriminalistika/2001/01_01/senior.html
80. Zimmelová, P., Hrdá, J. Geriatrie a gerontologie. Podpora pro kombinovanou formu studia. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity.
81. Zacharová, M. a kol. (2007). Zdravotnická psychologie. 1. vydání. Praha: Grada.
82. Zavázalová, H. a kol. (2001). Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. 1. vydání. Praha: Karolinum.

Přílohy:

Příloha č. 1: Dotazník životní spokojenosti

Příloha č. 2: Dotazník Supos 7

Příloha č. 3: Výchozí data pro statistické přílohy (tabulky)

Příloha č. 4: Fotografická dokumentace

Příloha č. 5: Abstrakt diplomové práce v českém a anglickém jazyce

Příloha č. 6: Podklad pro zadání diplomové práce

Příloha č. 7: Potvrzení o provedení výzkumu v domovech

Příloha č. 1: Dotazník životní spokojenosti

DOTAZNÍK

Dotazník životní spokojenosti

J. Fahrenberg, M. Myrtek, J. Schumacher, E. Brähler

Zaškrtněte prosím u každého z tvrzení na následujících stranách vždy to číslo, které nejvíce odpovídá vaší spokojenosti ve vztahu k danému tvrzení.

Příklad:	①	②	③	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤	⑥	⑦
	velmi nespokojen(a)	nespokojen(a)	spíše nespokojen(a)		spíše spokojen(a)	spokojen(a)	velmi spokojen(a)
S počasím jsem ...				X			

Pokud tedy – jako v tomto případě – nejste s počasím ani spokojen(a), ani nespokojen(a), zaškrtněte prosím ④. U každého tvrzení zaškrťávejte prosím pouze jedno políčko.

ZDRAVÍ	①	②	③	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤	⑥	⑦
	velmi nespokojen(a)	nespokojen(a)	spíše nespokojen(a)		spíše spokojen(a)	spokojen(a)	velmi spokojen(a)
Se svým tělesným zdravotním stavem jsem...							
Se svou duševní kondicí jsem...							
Se svou tělesnou kondicí jsem...							
Se svou duševní výkonností jsem...							
Se svou obranyschopností proti nemoci jsem...							
Když myslím na to, jak často mám bolesti, jsem...							
Když myslím na to, jak často jsem až dosud byl(a) nemocný(á), jsem ...							

PRÁCE A ZAMĚSTNÁNÍ (osoby v důchodu: hodnotte prosím své bývalé zaměstnání)	①	②	③	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤	⑥	⑦
	velmi nespokojen(a)	nespokojen(a)	spíše nespokojen(a)		spíše spokojen(a)	spokojen(a)	velmi spokojen(a)
Se svým postavením na pracovišti jsem...							
Když myslím na to, jak jistá je moje budoucnost v zaměstnání, jsem...							
S úspěchy, které mám v zaměstnání, jsem...							
S možnostmi postupu, které mám na mém pracovišti, jsem...							
S atmosférou na pracovišti jsem...							
Co se týká mých pracovních povinností a zátěže, jsem...							
S pestrostí, kterou mi nabízí mé zaměstnání, jsem...							

FINANČNÍ SITUACE	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Se svým příjmem / platem jsem...							
S tím, co vlastním, jsem...							
Se svým životním standardem jsem...							
S hmotným zajištěním své existence jsem...							
Se svými budoucími možnostmi výdělku jsem...							
S možnostmi, které mohu vzhledem ke své finanční situaci nabídnout své rodině, jsem...							
Se svým budoucím očekávaným (finančním) zajištěním ve stáří jsem...							

VOLNÝ ČAS	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
S délkou své každoroční dovolené jsem...							
S množstvím svého volného času po práci a o víkendech jsem...							
S kvalitou odpočinku, který mi přináší dovolená, jsem...							
S kvalitou odpočinku, který mi přináší volný čas po práci a víkendy, jsem...							
S množstvím času, který mám k dispozici pro své koníčky, jsem...							
S časem, který mohu věnovat blízkým osobám, jsem...							
S pestrostí svého volného času jsem...							

MANŽELSTVÍ A PARTNERSTVÍ (Vypíšte prosím pouze pokud máte stálého partnera / partnerku)	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
S požadavky, které na mne klade mé manželství / partnerství, jsem...							
S našimi společnými aktivitami jsem...							
S upřímností a otevřeností svého partnera / partnerky jsem...							
S pochopením, které má pro mne můj partner / partnerka, jsem...							
S něžností a náklonností, kterou mi můj partner / partnerka projevuje, jsem...							
S bezpečím, které mi poskytuje můj partner / partnerka, jsem...							
S ochotou pomoci, kterou mi projevuje můj partner / partnerka, jsem...							

VZTAH K VLASTNÍM DĚTEM (Vyplňte pouze pokud máte vlastní děti)	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Když myslím na to, jak s dětmi vzájemně vycházíme, jsem...							
Když myslím na úspěchy svých dětí ve škole a zaměstnání, jsem...							
Když myslím na to, kolik radosti mám ze svých dětí, jsem...							
Když myslím na námahu a výdaje, které mě mé děti stály, jsem...							
S vlivem, který mám na své děti, jsem...							
S uznáním, kterého se mi od mých dětí dostává, jsem...							
S našimi společnými aktivitami jsem...							

VLASTNÍ OSOBA	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Se svými schopnostmi a dovednostmi jsem...							
Se způsobem, jak jsem až doposud žil, jsem...							
Se svým vnějším vzhledem jsem...							
Se svým sebevědomím a sebestjotou jsem...							
Se svým charakterem (povahou) jsem...							
Se svou vitalitou (tzn. s radostí ze života a životní energií) jsem...							
Když myslím na to, jak vycházím s ostatními lidmi, jsem...							

SEXUALITA	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Se svou tělesnou přitažlivostí jsem...							
Se svou sexuální výkonností jsem...							
S četností svých sexuálních kontaktů jsem...							
S tím, jak často se mi můj partner / má partnerka tělesně věnuje (dotýká se mne, hladí mne), jsem...							
Se svými sexuálními reakcemi jsem...							
Když myslím na to, jak otevřeně mohu mluvit o sexuální oblasti, jsem...							
Když myslím na to, jak se k sobě s partnerem v sexualitě hodíme, jsem...							

PŘÁTELE, ZNÁMÍ A PŘÍBUZNÍ	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen
Když myslím na okruh svých přátel a známých, jsem...							
S kontaktem se svými příbuznými jsem...							
S kontaktem se svými sousedy jsem...							
S pomocí a podporou, kterou mi poskytují přátelé a známí, jsem...							
Se svými veřejnými a spolkovými aktivitami jsem...							
Se svou společenskou angažovaností jsem...							
Když myslím na to, jak často se dostanu mezi lidi, jsem...							

BYDLENÍ	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen
S velikostí svého bytu jsem...							
Se stavem svého bytu jsem...							
S výdaji za svůj byt (nájem, příp. splátky) jsem...							
S polohou svého bytu jsem...							
S dosažitelností dopravních prostředků jsem...							
Když myslím na míru zátěže hlukem, jsem ve svém bytě...							
Se standardem svého bytu jsem...							

⑥ *Hesle a rok n na toto místo*

Odpovězte, prosím, na následující otázky tak, že zaškrtnete hodící se odpověď.

Pohlaví: muž žena

Věk: let

- ① Dosažené vzdělání:
- nedokončené základní vzdělání
 - základní
 - vyučen bez maturity
 - vyučen s maturitou
 - ukončené středoškolské vzdělání
 - ukončené vysokoškolské vzdělání

② Pokud jste ženatý/vdaná, jak dlouho let

- ③ Rodinný stav:
- ženatý / vdaná
 - svobodný(á)
 - vdovec / vdova
 - rozvedený(á)

- ④ Domácnost:
- žiji sám / sama
 - žiji s partnerem / partnerkou

⑤ Rok poslední svatby:

Jste zaměstnaný(á)?

- ano
- ano, ve vlastní firmě
- v domácnosti

- anebo jste:

- žák / žákyně
- student / studentka
- v učení
- v důchodu
- nezaměstnaný(á)

⑦ Vaše poslední za

Zaměstnaní

--	--	--	--	--

SUPOS - 7 - PC

Jméno: Datum narození:
 Datum vyšetření: Hodina vyšetření:
 Pohlaví: **m** - ž

ZAZNAMENEJTE STUPEŇ PROŽÍVÁNÍ NÍŽE UVEDENÝCH POCITŮ A STAVŮ

obvykle	V uplynulých dnech	během posledních 24 hodin
---------	-----------------------------	------------------------------

zakroužkováním příslušné číslice:

0 = vůbec ne	1 = zřídka (mírně)	2 = často (silně)	3 = soustavně (velmi silně)
--------------	-----------------------	----------------------	--------------------------------

- | | |
|-----------------------------|---------------------------|
| 0 1 2 3 spokojený | 0 1 2 3 svěží |
| 0 1 2 3 energický | 0 1 2 3 činorodý |
| 0 1 2 3 náladový | 0 1 2 3 výbušný |
| 0 1 2 3 rozmrzelý | 0 1 2 3 nespokojený |
| 0 1 2 3 napjatý | 0 1 2 3 nejistý |
| 0 1 2 3 otrávený | 0 1 2 3 pesimistický |
| 0 1 2 3 smutný | 0 1 2 3 nešťastný |
| 0 1 2 3 dobře naladěný | 0 1 2 3 klidný |
| 0 1 2 3 temperamentní | 0 1 2 3 průbojný |
| 0 1 2 3 těžko se ovládající | 0 1 2 3 vzteklý |
| 0 1 2 3 netrpělivý | 0 1 2 3 neklidný |
| 0 1 2 3 úzkostně naladěný | 0 1 2 3 prožívající obavy |
| 0 1 2 3 zmořený | 0 1 2 3 vyčerpaný |
| 0 1 2 3 přecitlivělý | 0 1 2 3 osamělý |

	PE	A	O	N	U	D	S	Σ
HS								
P								

ZÁZNAM DNE v hodin

Situační pozadí:

Hlavní činnosti:

1.
2.
3.

Objektivní potíže při jejich realizaci:

1.
2.
3.

Hlavní příjemné prožitky:

1.
2.
3.

Hlavní nepříjemné zážitky:

1.
2.
3.

SUBJEKTIVNÍ POTÍŽE A DALŠÍ ÚDAJE:

víbec ne zřídka (mírně) často (silně) soustavně (velmi silně)									
0	1	2	3	bolesti hlavy					
0	1	2	3	žalud potíže					
0	1	2	3	nechutenství					
0	1	2	3	přítivost					
0	1	2	3	poruchy spánku	+	+	+	+	+
0	1	2	3	nutkání na WC					
0	1	2	3	tělesná únava					
0	1	2	3	kouření					

těžko se probouzím
špatně usínám
budím se ze spaní
musím chodit na WC
mám hrůzné sny
bez obtíží

Jiné obtíže (jaké):

Nemoc:

Užívání léků (druh, množství):

Alkohol (druh a množství):

Denně vypil kávy: Počet cigaret:

Tep: Tlak: Teplota:

Příloha č. 3: Výchozí data pro statistické přílohy (tabulky)

Muži Božice

DV	RS	DO	SD				VĚK	ZDR	FIN	VČ	VO	SEX	DŽS					SUMA
			RSV	SEN	DOM	PO							PZP	BY	PAZ	MAN	DET	
3	2	1	38	9	1	69	43	39	28	37	28	28	42	38	28	35	245	
3	1	1	38	65	1	66	42	36	28	28	28	35	28	42	28	42	225	
5	1	1	36	77	1	62	44	30	28	44	28	43	21	42	28	43	238	
3	3	1	0	197	1	62	45	30	28	44	28	37	35	39	28	28	247	
2	3	1	0	290	1	57	30	31	28	37	28	38	23	45	28	28	215	
3	2	2	48	245	1	70	47	35	28	41	46	46	49	42	42	43	292	
3	2	1	42	103	1	66	15	38	28	37	32	34	42	42	28	35	226	
3	3	1	0	62	1	62	36	45	28	30	19	31	21	49	28	28	210	
3	3	1	0	119	1	33	33	39	28	30	19	35	42	38	28	28	226	
2	3	1	0	161	1	40	37	29	28	35	23	42	42	40	28	28	236	
2	2	1	66	147	1	81	39	36	28	32	19	27	35	36	28	15	216	
5	2	1	63	15	1	94	40	36	28	44	22	40	42	40	28	44	252	
2	2	1	33	35	1	69	22	42	28	41	14	33	42	42	28	36	222	
2	2	1	33	131	1	71	17	38	28	42	14	33	42	42	28	35	214	
3	1	1	25	29	1	51	39	44	28	40	36	25	35	38	28	28	247	
3	1	1	23	51	1	47	26	28	28	30	28	35	29	37	28	22	204	

SUPOS

PE	A	O	N	U	D	S	SUMA	SUMA NEURO
5	8	4	4	5	2	3	31	2
7	6	1	7	8	4	6	39	1
9	7	1	6	1	3	3	30	1
7	6	4	4	5	2	3	31	1
8	8	1	7	4	1	3	32	1
5	5	3	2	1	0	0	16	1
7	9	4	3	4	4	3	34	1
8	6	2	1	4	3	3	27	0
9	7	2	7	9	8	5	47	2
9	6	3	5	8	8	6	45	1
8	6	3	3	4	2	3	29	1
9	4	2	3	5	1	1	25	2
9	7	3	2	4	8	8	41	1
9	7	4	2	4	8	9	43	2
9	9	3	7	5	1	1	35	2
11	4	5	2	1	2	3	28	1

Muži Jevišovice

DV	RS	DO	SD				VĚK	ZDR	FIN	VČ	VO	SEX	DŽS					SUMA
			RSV	SEN	DOM	PO							PZP	BY	PAZ	MAN	DET	
3	1	1	19	122	1	41	19	40	28	13	15	24	42	37	28	20	181	
5	1	1	16	39	1	69	40	34	28	41	25	29	34	41	28	28	231	
6	1	1	30	48	1	59	34	36	28	38	21	39	32	42	28	38	228	
3	2	2	43	119	1	71	38	20	28	31	48	36	44	38	40	35	245	
3	1	2	33	141	1	54	36	25	28	31	47	41	24	38	40	26	232	
3	2	1	7	24	1	63	27	28	28	31	34	23	24	26	28	15	195	
3	3	1	0	64	1	40	32	14	28	38	23	35	40	42	28	28	210	
6	1	1	32	41	1	66	35	21	28	29	12	32	39	27	28	38	196	
2	4	1	60	5	1	85	32	26	28	35	20	38	34	30	14	37	213	
2	3	1	0	83	1	67	32	7	28	41	33	30	42	23	28	28	213	
2	2	1	59	3	1	83	35	42	28	44	33	40	42	44	28	36	264	
2	2	2	49	88	1	76	23	34	28	34	17	27	31	28	28	33	194	
2	1	1	23	17	1	42	27	20	28	7	22	22	28	19	28	22	154	
5	3	1	0	113	1	71	41	38	28	41	42	42	42	44	28	28	274	
3	3	2	0	134	1	76	30	18	28	40	17	35	28	42	42	28	196	

SUPOS							SUMA	SUMA NEURO
PE	A	O	N	U	D	S		
4	11	0	9	12	12	9	57	2
12	3	3	4	4	1	4	31	1
7	3	3	5	4	3	5	30	1
6	8	10	10	7	3	5	49	1
5	7	9	11	3	7	3	45	1
2	6	11	10	8	10	12	59	1
11	3	3	4	3	3	3	30	0
8	5	2	7	6	7	8	43	0
8	6	4	6	4	8	4	40	1
6	4	4	2	2	0	2	20	1
6	6	4	3	2	0	7	28	0
7	3	8	8	5	5	7	43	1
7	7	3	2	0	1	0	20	1
5	7	2	8	6	7	6	41	1
5	5	3	2	7	3	6	31	2

Ženy Božice

SD							DŽS										
DV	RS	DO	RSV	SEN DOM	PO	VĚK	ZDR	FIN	VČ	VO	SEX	PZP	BY	PAZ	MAN	DET	SUMA
2	3	1	0	40	2	68	12	16	28	40	28	30	42	34	28	34	196
2	2	1	58	76	2	87	19	12	28	23	28	26	42	31	28	36	178
2	2	1	47	5	2	76	37	30	28	28	28	19	42	41	28	22	212
2	2	2	64	110	2	86	45	34	28	40	32	44	49	42	39	46	272
2	2	1	63	12	2	83	33	35	28	28	8	35	35	38	28	26	202
3	3	1	0	82	2	55	38	42	28	45	28	36	49	28	28	28	266
2	2	1	60	40	2	85	27	36	28	29	28	42	49	42	28	38	239
4	3	1	0	15	2	57	23	33	28	33	10	33	35	30	28	28	195
3	3	1	0	119	2	56	36	34	28	39	24	34	42	39	28	28	237
2	2	1	59	10	2	80	25	27	28	36	18	39	42	35	28	43	215
2	2	1	59	1	2	85	22	36	28	35	18	35	35	33	28	36	209
2	2	1	68	50	2	88	23	39	28	35	20	30	42	40	28	37	217
2	2	1	61	26	2	84	15	14	28	25	28	35	21	34	28	23	166
2	2	1	52	61	2	71	17	16	28	28	28	31	35	35	28	22	183
2	2	1	58	23	2	80	39	36	28	31	22	22	35	43	28	28	213
2	2	1	31	100	2	80	44	35	28	34	21	31	35	36	28	39	228
2	2	1	63	46	2	94	29	32	28	34	28	37	42	37	49	28	230
3	3	1	0	83	2	79	31	32	28	32	28	34	42	42	28	28	227

SUPOS							SUMA	SUMA NEURO
PE	A	O	N	U	D	S		
6	6	0	1	2	0	2	17	1
7	12	0	11	11	8	10	59	3
3	12	1	4	5	4	8	37	1
4	9	0	1	3	1	2	20	1
9	9	0	1	5	2	10	36	1
6	8	2	3	3	1	2	25	1
5	9	1	4	5	4	8	36	1
6	3	0	1	3	2	3	18	1
6	3	0	1	5	2	1	18	1
8	2	3	2	6	6	5	32	1
11	4	2	3	6	6	7	39	1
8	7	2	5	6	6	6	40	1
9	12	3	7	8	6	10	55	1
9	9	2	4	3	2	4	33	1
8	7	1	5	8	9	11	49	1
11	5	1	3	3	3	4	30	1
5	12	2	4	7	6	11	47	1
6	6	1	4	6	4	4	31	1

Ženy Jevišovice

DV	RS	DO	SD				VĚK	DŽS										
			RSV	SEN	DOM	PO		ZDR	FIN	VČ	VO	SEX	PZP	BY	PAZ	MAN	DET	SUMA
2	2	1	67	124	2	80	22	29	28	43	30	20	33	35	28	35	205	
2	2	1	53	195	2	77	31	42	28	32	29	43	33	34	28	43	238	
2	2	1	9	85	2	91	40	45	28	41	28	44	42	37	28	45	268	
4	1	1	48	28	2	75	40	41	28	39	28	41	41	36	28	40	258	
2	2	1	59	69	2	82	27	32	28	44	30	36	42	42	28	35	239	
2	2	2	48	56	2	61	32	37	28	42	34	41	45	31	43	15	259	
2	2	1	63	23	2	81	41	37	28	44	29	45	44	31	28	28	268	
3	2	2	15	131	2	66	36	22	28	33	48	40	44	43	40	40	251	
1	4	2	6	75	2	59	31	42	28	45	25	22	39	39	42	28	232	
2	4	1	51	125	2	68	38	43	28	42	28	40	42	43	28	28	261	
1	2	1	57	245	2	83	37	43	28	43	28	31	42	37	28	28	252	
3	2	1	24	27	2	80	37	42	28	35	28	34	29	30	28	38	233	
5	2	2	59	51	2	77	15	34	28	22	28	37	42	39	49	49	206	
3	1	2	28	76	2	50	22	43	28	42	36	22	38	16	47	28	231	
2	1	1	48	163	2	68	20	36	28	22	28	24	40	32	28	33	198	
4	2	2	46	21	2	88	45	43	28	46	28	47	42	47	24	47	279	
5	2	1	52	31	2	75	16	33	28	39	28	40	35	42	28	41	219	
2	1	1	33	43	2	59	23	33	28	39	28	40	37	42	28	42	228	
2	2	1	45	288	2	85	19	34	28	38	28	36	32	34	28	43	215	
2	2	1	33	52	2	70	39	39	28	45	28	42	35	33	28	44	256	

SUPOS

PE	A	O	N	U	D	S	SUMA	SUMA NEURO
6	5	3	3	3	2	4	26	1
10	4	4	9	9	7	8	51	1
6	7	11	11	11	6	10	62	1
3	11	3	4	6	4	2	34	1
3	7	1	3	2	5	1	22	2
3	4	4	6	1	2	2	22	0
3	7	6	4	1	0	3	24	1
6	6	4	2	4	0	5	27	0
0	6	0	0	3	0	0	9	1
9	5	2	5	8	6	5	40	1
3	8	6	2	4	0	3	26	1
5	3	0	4	2	1	2	17	1
2	6	2	6	12	12	9	49	2
3	8	1	0	11	7	6	36	3
11	6	3	7	6	4	8	45	1
2	8	4	6	8	2	4	34	1
10	5	4	5	5	3	8	40	1
10	8	4	5	5	3	8	43	1
7	4	4	9	9	8	10	51	2
3	5	0	0	4	0	3	15	1

Vybrané koreláty MUŽI

			SD			
DV	RS	DO	RSV	SEN DOM	PO	VĚK
3	2	1	38	9	1	69
3	1	1	38	65	1	66
5	1	1	36	77	1	62
3	3	1	0	197	1	62
2	3	1	0	290	1	57
3	2	2	48	245	1	70
3	2	1	42	103	1	66
3	3	1	0	62	1	62
3	3	1	0	119	1	33
2	3	1	0	161	1	40
2	2	1	66	147	1	81
5	2	1	63	15	1	94
2	2	1	33	35	1	69
2	2	1	33	131	1	71
3	1	1	25	29	1	51
3	1	1	23	51	1	47
3	1	1	19	122	1	41
5	1	1	16	39	1	69
6	1	1	30	48	1	59
3	2	2	43	119	1	71
3	1	2	33	141	1	54
3	2	1	7	24	1	63
3	3	1	0	64	1	40
6	1	1	32	41	1	66
2	4	1	60	5	1	85
2	3	1	0	83	1	67
2	2	1	59	3	1	83
2	2	2	49	88	1	76
2	1	1	23	17	1	42
5	3	1	0	113	1	71
3	3	2	0	134	1	76

Korelace s věkem

Korelace s délkou pobytu

Korelace s časem od sňatku

ZDR	FIN	VČ	VO	SEX	DŽs					SUMA
					PZP	BY	PAZ	MAN	DET	
43	39	28	37	28	28	42	38	28	35	245
42	36	28	28	28	35	28	42	28	42	225
44	30	28	44	28	43	21	42	28	43	238
45	30	28	44	28	37	35	39	28	28	247
30	31	28	37	28	38	23	45	28	28	215
47	35	28	41	46	46	49	42	42	43	292
15	38	28	37	32	34	42	42	28	35	226
36	45	28	30	19	31	21	49	28	28	210
33	39	28	30	19	35	42	38	28	28	226
37	29	28	35	23	42	42	40	28	28	236
39	36	28	32	19	27	35	36	28	15	216
40	36	28	44	22	40	42	40	28	44	252
22	42	28	41	14	33	42	42	28	36	222
17	38	28	42	14	33	42	42	28	35	214
39	44	28	40	36	25	35	38	28	28	247
26	28	28	30	28	35	29	37	28	22	204
19	40	28	13	15	24	42	37	28	20	181
40	34	28	41	25	29	34	41	28	28	231
34	36	28	38	21	39	32	42	28	38	228
38	20	28	31	48	36	44	38	40	35	245
36	25	28	31	47	41	24	38	40	26	232
27	28	28	31	34	23	24	26	28	15	195
32	14	28	38	23	35	40	42	28	28	210
35	21	28	29	12	32	39	27	28	38	196
32	26	28	35	20	38	34	30	14	37	213
32	7	28	41	33	30	42	23	28	28	213
35	42	28	44	33	40	42	44	28	36	264
23	34	28	34	17	27	31	28	28	33	194
27	20	28	7	22	22	28	19	28	22	154
41	38	28	41	42	42	42	44	28	28	274
30	18	28	40	17	35	28	42	42	28	196
0,171396416	0,113988217	#DIV/0!	0,4969077	0,036122978	0,170236626	0,118031099	0,06656182	-0,02283428	0,426404907	0,323314581
0,087061399	-0,05586243	#DIV/0!	0,10267106	0,226937929	0,371037942	0,039981996	0,306175267	0,447878736	-0,109520725	0,213915963
0,04989821	0,262378159	#DIV/0!	0,06794877	0,034931625	0,089143176	0,204179602	-0,071158308	-0,075285495	0,449370176	0,212168616

SUPOS

PE	A	O	N	U	D	S	SUMA	SUMA NEURO
5	8	4	4	5	2	3	31	2
7	6	1	7	8	4	6	39	1
9	7	1	6	1	3	3	30	1
7	6	4	4	5	2	3	31	1
8	8	1	7	4	1	3	32	1
5	5	3	2	1	0	0	16	1
7	9	4	3	4	4	3	34	1
8	6	2	1	4	3	3	27	0
9	7	2	7	9	8	5	47	2
9	6	3	5	8	8	6	45	1
8	6	3	3	4	2	3	29	1
9	4	2	3	5	1	1	25	2
9	7	3	2	4	8	8	41	1
9	7	4	2	4	8	9	43	2
9	9	3	7	5	1	1	35	2
11	4	5	2	1	2	3	28	1
4	11	0	9	12	12	9	57	2
12	3	3	4	4	1	4	31	1
7	3	3	5	4	3	5	30	1
6	8	10	10	7	3	5	49	1
5	7	9	11	3	7	3	45	1
2	6	11	10	8	10	12	59	1
11	3	3	4	3	3	3	30	0
8	5	2	7	6	7	8	43	0
8	6	4	6	4	8	4	40	1
6	4	4	2	2	0	2	20	1
6	6	4	3	2	0	7	28	0
7	3	8	8	5	5	7	43	1
7	7	3	2	0	1	0	20	1
5	7	2	8	6	7	6	41	1
5	5	3	2	7	3	6	31	2
-0,159425389	-0,234657756	0,137457656	-0,189146541	-0,168702615	-0,245156328	0,046131708	-0,205158419	-0,022947899
-0,136395622	0,18923073	-0,096037662	0,09252841	0,096152499	-0,025772495	-0,125682901	-0,009816632	0,095719091
-0,008168217	0,0000257	0,135848526	-0,034514374	-0,245229947	-0,145521779	-0,101247729	-0,114443604	0,020766835

Vybrané koreláty ŽENY

			SD			
DV	RS	DO	RSV	SEN DOM	PO	VĚK
2	3	1	0	40	2	68
2	2	1	58	76	2	87
2	2	1	47	5	2	76
2	2	2	64	110	2	86
2	2	1	63	12	2	83
3	3	1	0	82	2	55
2	2	1	60	40	2	85
4	3	1	0	15	2	57
3	3	1	0	119	2	56
2	2	1	59	10	2	80
2	2	1	59	1	2	85
2	2	1	68	50	2	88
2	2	1	61	26	2	84
2	2	1	52	61	2	71
2	2	1	58	23	2	80
2	2	1	31	100	2	80
2	2	1	63	46	2	94
3	3	1	0	83	2	79
2	2	1	67	124	2	80
2	2	1	53	195	2	77
2	2	1	9	85	2	91
4	1	1	48	28	2	75
2	2	1	59	69	2	82
2	2	2	48	56	2	61
2	2	1	63	23	2	81
3	2	2	15	131	2	66
1	4	2	6	75	2	59
2	4	1	51	125	2	68
1	2	1	57	245	2	83
3	2	1	24	27	2	80
5	2	2	59	51	2	77
3	1	2	28	76	2	50
2	1	1	48	163	2	68
4	2	2	46	21	2	88
5	2	1	52	31	2	75
2	1	1	33	43	2	59
2	2	1	45	288	2	85
2	2	1	33	52	2	70

Korelace s věkem

Korelace s délkou pobytu

Korelace s časem od sňatku

DŽS										
ZDR	FIN	VČ	VO	SEX	PZP	BY	PAZ	MAN	DET	SUMA
12	16	28	40	28	30	42	34	28	34	196
19	12	28	23	28	26	42	31	28	36	178
37	30	28	28	28	19	42	41	28	22	212
45	34	28	40	32	44	49	42	39	46	272
33	35	28	28	8	35	35	38	28	26	202
38	42	28	45	28	36	49	28	28	28	266
27	36	28	29	28	42	49	42	28	38	239
23	33	28	33	10	33	35	30	28	28	195
36	34	28	39	24	34	42	39	28	28	237
25	27	28	36	18	39	42	35	28	43	215
22	36	28	35	18	35	35	33	28	36	209
23	39	28	35	20	30	42	40	28	37	217
15	14	28	25	28	35	21	34	28	23	166
17	16	28	28	28	31	35	35	28	22	183
39	36	28	31	22	22	35	43	28	28	213
44	35	28	34	21	31	35	36	28	39	228
29	32	28	34	28	37	42	37	49	28	230
31	32	28	32	28	34	42	42	28	28	227
22	29	28	43	30	20	33	35	28	35	205
31	42	28	32	29	43	33	34	28	43	238
40	45	28	41	28	44	42	37	28	45	268
40	41	28	39	28	41	41	36	28	40	258
27	32	28	44	30	36	42	42	28	35	239
32	37	28	42	34	41	45	31	43	15	259
41	37	28	44	29	45	44	31	28	28	268
36	22	28	33	48	40	44	43	40	40	251
31	42	28	45	25	22	39	39	42	28	232
38	43	28	42	28	40	42	43	28	28	261
37	43	28	43	28	31	42	37	28	28	252
37	42	28	35	28	34	29	30	28	38	233
15	34	28	22	28	37	42	39	49	49	206
22	43	28	42	36	22	38	16	47	28	231
20	36	28	22	28	24	40	32	28	33	198
45	43	28	46	28	47	42	47	24	47	279
16	33	28	39	28	40	35	42	28	41	219
23	33	28	39	28	40	37	42	28	42	228
19	34	28	38	28	36	32	34	28	43	215
39	39	28	45	28	42	35	33	28	44	256
0,085198729	-0,090815991	#DIV/0!	-0,225789194	-0,147081599	0,212564774	-0,072460101	0,365410708	-0,203992872	0,331648768	-0,046719109
0,02330916	0,155407621	#DIV/0!	0,107618219	0,330091475	-0,048109139	0,003329575	-0,044867585	0,001092432	0,130816462	0,146279744
-0,123173166	-0,089776943	#DIV/0!	-0,248112463	-0,068885391	0,064501859	-0,093492607	0,166352619	0,00823098	0,078641752	-0,148343537

										SUPOS	
DET	SUMA	PE	A	O	N	U	D	S	SUMA	SUMA NEURO	
34	196	6	6	0	1	2	0	2	17	1	
36	178	7	12	0	11	11	8	10	59	3	
22	212	3	12	1	4	5	4	8	37	1	
46	272	4	9	0	1	3	1	2	20	1	
26	202	9	9	0	1	5	2	10	36	1	
28	266	6	8	2	3	3	1	2	25	1	
38	239	5	9	1	4	5	4	8	36	1	
28	195	6	3	0	1	3	2	3	18	1	
28	237	6	3	0	1	5	2	1	18	1	
43	215	8	2	3	2	6	6	5	32	1	
36	209	11	4	2	3	6	6	7	39	1	
37	217	8	7	2	5	6	6	6	40	1	
23	166	9	12	3	7	8	6	10	55	1	
22	183	9	9	2	4	3	2	4	33	1	
28	213	8	7	1	5	8	9	11	49	1	
39	228	11	5	1	3	3	3	4	30	1	
28	230	5	12	2	4	7	6	11	47	1	
28	227	6	6	1	4	6	4	4	31	1	
35	205	6	5	3	3	3	2	4	26	1	
43	238	10	4	4	9	9	7	8	51	1	
45	268	6	7	11	11	11	6	10	62	1	
40	258	3	11	3	4	6	4	2	34	1	
35	239	3	7	1	3	2	5	1	22	2	
15	259	3	4	4	6	1	2	2	22	0	
28	268	3	7	6	4	1	0	3	24	1	
40	251	6	6	4	2	4	0	5	27	0	
28	232	0	6	0	0	3	0	0	9	1	
28	261	9	5	2	5	8	6	5	40	1	
28	252	3	8	6	2	4	0	3	26	1	
38	233	5	3	0	4	2	1	2	17	1	
49	206	2	6	2	6	12	12	9	49	2	
28	231	3	8	1	0	11	7	6	36	3	
33	198	11	6	3	7	6	4	8	45	1	
47	279	2	8	4	6	8	2	4	34	1	
41	219	10	5	4	5	5	3	8	40	1	
42	228	10	8	4	5	5	3	8	43	1	
43	215	7	4	4	9	9	8	10	51	2	
44	256	3	5	0	0	4	0	3	15	1	
0,331648768	-0,046719109	0,0936023	0,2990749	0,2471225	0,430213	0,2400586	0,3067279	0,4380446	0,4489547	0,056404	
0,130816462	0,146279744	0,0810817	-0,2074362	0,2721134	0,2331409	0,1480844	0,0322726	-0,0008318	0,1105763	0,1127652	
0,078641752	-0,148343537	0,1416814	0,3139353	0,1009604	0,2552533	0,1632522	0,373967	0,4093247	0,3917141	0,1305437	

Muži

DV	RS	DO	RSV	SEN DOM	PO	VĚK
3	2	1	38	9	1	69
3	1	1	38	65	1	66
5	1	1	36	77	1	62
3	3	1	0	197	1	62
2	3	1	0	290	1	57
3	2	2	48	245	1	70
3	2	1	42	103	1	66
3	3	1	0	62	1	62
3	3	1	0	119	1	33
2	3	1	0	161	1	40
2	2	1	66	147	1	81
5	2	1	63	15	1	94
2	2	1	33	35	1	69
2	2	1	33	131	1	71
3	1	1	25	29	1	51
3	1	1	23	51	1	47
3	1	1	19	122	1	41
5	1	1	16	39	1	69
6	1	1	30	48	1	59
3	2	2	43	119	1	71
3	1	2	33	141	1	54
3	2	1	7	24	1	63
3	3	1	0	64	1	40
6	1	1	32	41	1	66
2	4	1	60	5	1	85
2	3	1	0	83	1	67
2	2	1	59	3	1	83
2	2	2	49	88	1	76
2	1	1	23	17	1	42
5	3	1	0	113	1	71
3	3	2	0	134	1	76

	ZDR	FIN	VČ	VO	SEX	PZP	BY	PAZ	MAN	DET	SUMA
	43	39	28	37	28	28	42	38	28	35	245
	42	36	28	28	28	35	28	42	28	42	225
	44	30	28	44	28	43	21	42	28	43	238
	45	30	28	44	28	37	35	39	28	28	247
	30	31	28	37	28	38	23	45	28	28	215
	47	35	28	41	46	46	49	42	42	43	292
	15	38	28	37	32	34	42	42	28	35	226
	36	45	28	30	19	31	21	49	28	28	210
	33	39	28	30	19	35	42	38	28	28	226
	37	29	28	35	23	42	42	40	28	28	236
	39	36	28	32	19	27	35	36	28	15	216
	40	36	28	44	22	40	42	40	28	44	252
	22	42	28	41	14	33	42	42	28	36	222
	17	38	28	42	14	33	42	42	28	35	214
	39	44	28	40	36	25	35	38	28	28	247
	26	28	28	30	28	35	29	37	28	22	204
	19	40	28	13	15	24	42	37	28	20	181
	40	34	28	41	25	29	34	41	28	28	231
	34	36	28	38	21	39	32	42	28	38	228
	38	20	28	31	48	36	44	38	40	35	245
	36	25	28	31	47	41	24	38	40	26	232
	27	28	28	31	34	23	24	26	28	15	195
	32	14	28	38	23	35	40	42	28	28	210
	35	21	28	29	12	32	39	27	28	38	196
	32	26	28	35	20	38	34	30	14	37	213
	32	7	28	41	33	30	42	23	28	28	213
	35	42	28	44	33	40	42	44	28	36	264
	23	34	28	34	17	27	31	28	28	33	194
	27	20	28	7	22	22	28	19	28	22	154
	41	38	28	41	42	42	42	44	28	28	274
	30	18	28	40	17	35	28	42	42	28	196
suma	1036	979	868	1086	821	1055	1096	1173	906	958	6941
počet	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
průměr	33,41935484	31,580645	28	35,032258	26,483871	34,032258	35,354839	37,83871	29,225806	30,903226	223,90323
součet rozdílů	2077,548387	2547,5484	0	2118,9677	2921,7419	1184,9677	1841,0968	1424,1935	829,41935	1748,7097	23266,71
sx	67,01768991	82,17898	0	68,353798	94,24974	38,224766	59,390219	45,941727	26,755463	56,40999	750,53902
s`x	69,2516129	84,91828	0	70,632258	97,391398	39,498925	61,369892	47,473118	27,647312	58,290323	775,55699

PE	A	O	N	U	D	S	SUMA	SUMA NEURO
5	8	4	4	5	2	3	31	2
7	6	1	7	8	4	6	39	1
9	7	1	6	1	3	3	30	1
7	6	4	4	5	2	3	31	1
8	8	1	7	4	1	3	32	1
5	5	3	2	1	0	0	16	1
7	9	4	3	4	4	3	34	1
8	6	2	1	4	3	3	27	0
9	7	2	7	9	8	5	47	2
9	6	3	5	8	8	6	45	1
8	6	3	3	4	2	3	29	1
9	4	2	3	5	1	1	25	2
9	7	3	2	4	8	8	41	1
9	7	4	2	4	8	9	43	2
9	9	3	7	5	1	1	35	2
11	4	5	2	1	2	3	28	1
4	11	0	9	12	12	9	57	2
12	3	3	4	4	1	4	31	1
7	3	3	5	4	3	5	30	1
6	8	10	10	7	3	5	49	1
5	7	9	11	3	7	3	45	1
2	6	11	10	8	10	12	59	1
11	3	3	4	3	3	3	30	0
8	5	2	7	6	7	8	43	0
8	6	4	6	4	8	4	40	1
6	4	4	2	2	0	2	20	1
6	6	4	3	2	0	7	28	0
7	3	8	8	5	5	7	43	1
7	7	3	2	0	1	0	20	1
5	7	2	8	6	7	6	41	1
5	5	3	2	7	3	6	31	2
228	189	114	156	145	127	141	1100	34
31	31	31	31	31	31	31	31	31
7,354839	6,096774	3,677419	5,032258	4,677419	4,096774	4,548387	35,48387	1,096774
143,0968	112,7097	196,7742	240,9677	206,7742	322,7097	237,6774	3155,742	10,70968
4,616025	3,635796	6,347555	7,773153	6,670135	10,40999	7,667014	101,7981	0,345473
4,769892	3,756989	6,55914	8,032258	6,892473	10,75699	7,922581	105,1914	0,356989

Ženy

DV	RS	DO	RSV	SEN DOM	PO	VĚK
2	3	1	0	40	2	68
2	2	1	58	76	2	87
2	2	1	47	5	2	76
2	2	2	64	110	2	86
2	2	1	63	12	2	83
3	3	1	0	82	2	55
2	2	1	60	40	2	85
4	3	1	0	15	2	57
3	3	1	0	119	2	56
2	2	1	59	10	2	80
2	2	1	59	1	2	85
2	2	1	68	50	2	88
2	2	1	61	26	2	84
2	2	1	52	61	2	71
2	2	1	58	23	2	80
2	2	1	31	100	2	80
2	2	1	63	46	2	94
3	3	1	0	83	2	79
2	2	1	67	124	2	80
2	2	1	53	195	2	77
2	2	1	9	85	2	91
4	1	1	48	28	2	75
2	2	1	59	69	2	82
2	2	2	48	56	2	61
2	2	1	63	23	2	81
3	2	2	15	131	2	66
1	4	2	6	75	2	59
2	4	1	51	125	2	68
1	2	1	57	245	2	83
3	2	1	24	27	2	80
5	2	2	59	51	2	77
3	1	2	28	76	2	50
2	1	1	48	163	2	68
4	2	2	46	21	2	88
5	2	1	52	31	2	75
2	1	1	33	43	2	59
2	2	1	45	288	2	85
2	2	1	33	52	2	70

	ZDR	FIN	VČ	VO	SEX	PZP	BY	PAZ	MAN	DET	SUMA
	12	16	28	40	28	30	42	34	28	34	196
	19	12	28	23	28	26	42	31	28	36	178
	37	30	28	28	28	19	42	41	28	22	212
	45	34	28	40	32	44	49	42	39	46	272
	33	35	28	28	8	35	35	38	28	26	202
	38	42	28	45	28	36	49	28	28	28	266
	27	36	28	29	28	42	49	42	28	38	239
	23	33	28	33	10	33	35	30	28	28	195
	36	34	28	39	24	34	42	39	28	28	237
	25	27	28	36	18	39	42	35	28	43	215
	22	36	28	35	18	35	35	33	28	36	209
	23	39	28	35	20	30	42	40	28	37	217
	15	14	28	25	28	35	21	34	28	23	166
	17	16	28	28	28	31	35	35	28	22	183
	39	36	28	31	22	22	35	43	28	28	213
	44	35	28	34	21	31	35	36	28	39	228
	29	32	28	34	28	37	42	37	49	28	230
	31	32	28	32	28	34	42	42	28	28	227
	22	29	28	43	30	20	33	35	28	35	205
	31	42	28	32	29	43	33	34	28	43	238
	40	45	28	41	28	44	42	37	28	45	268
	40	41	28	39	28	41	41	36	28	40	258
	27	32	28	44	30	36	42	42	28	35	239
	32	37	28	42	34	41	45	31	43	15	259
	41	37	28	44	29	45	44	31	28	28	268
	36	22	28	33	48	40	44	43	40	40	251
	31	42	28	45	25	22	39	39	42	28	232
	38	43	28	42	28	40	42	43	28	28	261
	37	43	28	43	28	31	42	37	28	28	252
	37	42	28	35	28	34	29	30	28	38	233
	15	34	28	22	28	37	42	39	49	49	206
	22	43	28	42	36	22	38	16	47	28	231
	20	36	28	22	28	24	40	32	28	33	198
	45	43	28	46	28	47	42	47	24	47	279
	16	33	28	39	28	40	35	42	28	41	219
	23	33	28	39	28	40	37	42	28	42	228
	19	34	28	38	28	36	32	34	28	43	215
	39	39	28	45	28	42	35	33	28	44	256
suma	1126	1289	1064	1371	1022	1318	1491	1383	1173	1300	8681
počet	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38
průměr	29,63158	33,92105	28	36,07895	26,89474	34,68421	39,23684	36,39474	30,86842	34,21053	228,4474
součet rozdílů	3350,842	2616,763	0	1782,763	1577,579	2058,211	1192,868	1217,079	1632,342	2492,316	28943,39
sx	88,18006	68,86219	0	46,91482	41,51524	54,16343	31,39127	32,02839	42,95637	65,58726	761,6683
s`x	90,5633	70,72333	0	48,18279	42,63727	55,62731	32,23969	32,89403	44,11735	67,35989	782,2539

PE	A	O	N	U	D	S	SUMA	SUMA NEURO
6	6	0	1	2	0	2	17	1
7	12	0	11	11	8	10	59	3
3	12	1	4	5	4	8	37	1
4	9	0	1	3	1	2	20	1
9	9	0	1	5	2	10	36	1
6	8	2	3	3	1	2	25	1
5	9	1	4	5	4	8	36	1
6	3	0	1	3	2	3	18	1
6	3	0	1	5	2	1	18	1
8	2	3	2	6	6	5	32	1
11	4	2	3	6	6	7	39	1
8	7	2	5	6	6	6	40	1
9	12	3	7	8	6	10	55	1
9	9	2	4	3	2	4	33	1
8	7	1	5	8	9	11	49	1
11	5	1	3	3	3	4	30	1
5	12	2	4	7	6	11	47	1
6	6	1	4	6	4	4	31	1
6	5	3	3	3	2	4	26	1
10	4	4	9	9	7	8	51	1
6	7	11	11	11	6	10	62	1
3	11	3	4	6	4	2	34	1
3	7	1	3	2	5	1	22	2
3	4	4	6	1	2	2	22	0
3	7	6	4	1	0	3	24	1
6	6	4	2	4	0	5	27	0
0	6	0	0	3	0	0	9	1
9	5	2	5	8	6	5	40	1
3	8	6	2	4	0	3	26	1
5	3	0	4	2	1	2	17	1
2	6	2	6	12	12	9	49	2
3	8	1	0	11	7	6	36	3
11	6	3	7	6	4	8	45	1
2	8	4	6	8	2	4	34	1
10	5	4	5	5	3	8	40	1
10	8	4	5	5	3	8	43	1
7	4	4	9	9	8	10	51	2
3	5	0	0	4	0	3	15	1
232	258	87	155	209	144	209	1295	43
38	38	38	38	38	38	38	38	38
6,105263	6,789474	2,289474	4,078947	5,5	3,789474	5,5	34,07895	1,131579
319,5789	270,3158	185,8158	292,7632	315,5	320,3158	395,5	6350,763	12,34211
8,409972	7,113573	4,889889	7,704294	8,302632	8,429363	10,40789	167,1253	0,324792
8,637269	7,305832	5,022048	7,912518	8,527027	8,657183	10,68919	171,6422	0,33357

Muži - pomocné tabulky pro výpočet rozptylu DŽS

91,78876	55,04683	0	3,872008	2,298647	36,38814	44,15817	0,026015	1,502601	16,78356	445,0739
73,62747	19,5307	0	49,45265	2,298647	0,936524	54,09365	17,31634	1,502601	123,1384	1,202914
111,9501	2,498439	0	80,4204	2,298647	80,4204	206,0614	17,31634	1,502601	146,3319	198,719
134,1113	2,498439	0	80,4204	2,298647	8,807492	0,125911	1,348595	1,502601	8,42872	533,461
11,69199	0,337149	0	3,872008	2,298647	15,74298	152,642	51,28408	1,502601	8,42872	79,26743
184,4339	11,69199	0	35,61394	380,8793	143,2268	186,1904	17,31634	163,18	146,3319	4637,171
339,2726	41,20812	0	3,872008	30,42768	0,001041	44,15817	17,31634	1,502601	16,78356	4,396462
6,659729	180,0791	0	25,32362	56,00832	9,194589	206,0614	124,5744	1,502601	8,42872	193,2997
0,175858	55,04683	0	25,32362	56,00832	0,936524	44,15817	0,026015	1,502601	8,42872	4,396462
12,82102	6,659729	0	0,001041	12,13736	63,48491	44,15817	4,671176	1,502601	8,42872	146,3319
31,1436	19,5307	0	9,194589	56,00832	49,45265	0,125911	3,380853	1,502601	252,9126	62,46098
43,30489	19,5307	0	80,4204	20,1051	35,61394	44,15817	4,671176	1,502601	171,5255	789,4287
130,4017	108,563	0	35,61394	155,847	1,065557	44,15817	17,31634	1,502601	25,97711	3,622268
269,5952	41,20812	0	48,54943	155,847	1,065557	44,15817	17,31634	1,502601	16,78356	98,07388
31,1436	154,2404	0	24,67846	90,55671	81,58169	0,125911	0,026015	1,502601	8,42872	533,461
55,04683	12,82102	0	25,32362	2,298647	0,936524	40,38398	0,703434	1,502601	79,26743	396,1384
207,9178	70,88554	0	485,4204	131,8793	100,6462	44,15817	0,703434	1,502601	118,8803	1840,687
43,30489	5,853278	0	35,61394	2,201873	25,32362	1,835588	9,993757	1,502601	8,42872	50,3642
0,337149	19,5307	0	8,807492	30,07284	24,67846	11,25494	17,31634	1,502601	50,3642	16,78356
20,98231	134,1113	0	16,25911	462,9438	3,872008	74,73881	0,026015	116,0832	16,78356	445,0739
6,659729	43,30489	0	16,25911	420,9116	48,54943	128,9324	0,026015	116,0832	24,04162	65,55775
41,20812	12,82102	0	16,25911	56,4922	121,7107	128,9324	140,155	1,502601	252,9126	835,3965
2,014568	309,0791	0	8,807492	12,13736	0,936524	21,57752	17,31634	1,502601	8,42872	193,2997
2,498439	111,9501	0	36,38814	209,7825	4,130073	13,2872	117,4776	1,502601	50,3642	778,59
2,014568	31,1436	0	0,001041	42,04058	15,74298	1,835588	61,44537	231,8252	37,17066	118,8803
2,014568	604,2081	0	35,61394	42,45994	16,25911	44,15817	220,1873	1,502601	8,42872	118,8803
2,498439	108,563	0	80,4204	42,45994	35,61394	44,15817	37,9615	1,502601	25,97711	1607,751
108,563	5,853278	0	1,065557	89,94381	49,45265	18,96462	96,80021	1,502601	4,396462	894,2029
41,20812	134,1113	0	785,8075	20,1051	144,7752	54,09365	354,897	1,502601	79,26743	4886,461
57,46618	41,20812	0	35,61394	240,7503	63,48491	44,15817	37,9615	1,502601	8,42872	2509,687
11,69199	184,4339	0	24,67846	89,94381	0,936524	54,09365	17,31634	163,18	8,42872	778,59

Muži – pomocné tabulky Supos

5,545265	3,622268	0,104058	1,065557	0,104058	4,396462	2,397503	20,1051	0,815817
0,125911	0,009365	7,168574	3,872008	11,03954	0,009365	2,10718	12,36316	0,009365
2,706556	0,815817	7,168574	0,936524	13,52341	1,202914	2,397503	30,07284	0,009365
0,125911	0,009365	0,104058	1,065557	0,104058	4,396462	2,397503	20,1051	0,009365
0,416233	3,622268	7,168574	3,872008	0,458897	9,59001	2,397503	12,13736	0,009365
5,545265	1,202914	0,458897	9,194589	13,52341	16,78356	20,68783	379,6212	0,009365
0,125911	8,42872	0,104058	4,130073	0,458897	0,009365	2,397503	2,201873	0,009365
0,416233	0,009365	2,813736	16,25911	0,458897	1,202914	2,397503	71,97607	1,202914
2,706556	0,815817	2,813736	3,872008	18,6847	15,23517	0,203954	132,6212	0,815817
2,706556	0,009365	0,458897	0,001041	11,03954	15,23517	2,10718	90,55671	0,009365
0,416233	0,009365	0,458897	4,130073	0,458897	4,396462	2,397503	42,04058	0,009365
2,706556	4,396462	2,813736	4,130073	0,104058	9,59001	12,59105	109,9116	0,815817
2,706556	0,815817	0,458897	9,194589	0,458897	15,23517	11,91363	30,42768	0,009365
2,706556	0,815817	0,104058	9,194589	0,458897	15,23517	19,81686	56,4922	0,815817
2,706556	8,42872	0,458897	3,872008	0,104058	9,59001	12,59105	0,234131	0,815817
13,2872	4,396462	1,74922	9,194589	13,52341	4,396462	2,397503	56,00832	0,009365
11,25494	24,04162	13,52341	15,74298	53,62019	62,46098	19,81686	462,9438	0,815817
21,57752	9,59001	0,458897	1,065557	0,458897	9,59001	0,300728	20,1051	0,009365
0,125911	9,59001	0,458897	0,001041	0,458897	1,202914	0,203954	30,07284	0,009365
1,835588	3,622268	39,97503	24,67846	5,394381	1,202914	0,203954	182,6857	0,009365
5,545265	0,815817	28,32986	35,61394	2,813736	8,42872	2,397503	90,55671	0,009365
28,6743	0,009365	53,62019	24,67846	11,03954	34,84807	55,52653	553,0083	0,009365
13,2872	9,59001	0,458897	1,065557	2,813736	1,202914	2,397503	30,07284	1,202914
0,416233	1,202914	2,813736	3,872008	1,74922	8,42872	11,91363	56,4922	1,202914
0,416233	0,009365	0,104058	0,936524	0,458897	15,23517	0,300728	20,39542	0,009365
1,835588	4,396462	0,104058	9,194589	7,168574	16,78356	6,494277	239,7503	0,009365
1,835588	0,009365	0,104058	4,130073	7,168574	16,78356	6,010406	56,00832	1,202914
0,125911	9,59001	18,6847	8,807492	0,104058	0,815817	6,010406	56,4922	0,009365
0,125911	0,815817	0,458897	9,194589	21,87825	9,59001	20,68783	239,7503	0,009365
5,545265	0,815817	2,813736	8,807492	1,74922	8,42872	2,10718	30,42768	0,009365
5,545265	1,202914	0,458897	9,194589	5,394381	1,202914	2,10718	20,1051	0,815817

Ženy – pomocné tabulky pro výpočet rozptylu DŽS

310.8726	321.1641	0	15.37465	1.221607	21.94183	7.635042	5.734765	8.227839	0.044321	1052.832
113.0305	480.5325	0	171.0589	1.221607	75.41551	7.635042	29.10319	8.227839	3.202216	2544.937
54.29363	15.37465	0	65.26939	1.221607	245.9945	7.635042	21.20845	8.227839	149.097	270.5159
236.1884	0.006233	0	15.37465	26.06371	86.78393	95.31925	31.41898	66.12258	138.9917	1896.832
11.34626	1.164127	0	65.26939	357.0111	0.099723	17.95083	2.57687	8.227839	67.41274	699.4633
70.03047	65.26939	0	79.58518	1.221607	1.731302	95.31925	70.47161	8.227839	38.57064	1410.2
6.925208	4.322022	0	50.1115	1.221607	53.52078	95.31925	31.41898	8.227839	14.36011	111.358
43.97784	0.848338	0	9.479917	285.4321	2.836565	17.95083	40.89266	8.227839	38.57064	1118.726
40.55679	0.006233	0	8.532548	8.379501	0.468144	7.635042	6.787396	8.227839	38.57064	73.14751
21.45152	47.90097	0	0.006233	79.11634	18.62604	7.635042	1.945291	8.227839	77.25485	180.8317
58.241	4.322022	0	1.164127	79.11634	0.099723	17.95083	11.52424	8.227839	3.202216	378.2001
43.97784	25.79571	0	1.164127	47.5374	21.94183	7.635042	12.99792	8.227839	7.781163	131.0422
214.0831	396.8483	0	122.7431	1.221607	0.099723	332.5824	5.734765	8.227839	125.6759	3899.674
159.5568	321.1641	0	65.26939	1.221607	13.57341	17.95083	1.945291	8.227839	149.097	2065.463
87.76731	4.322022	0	25.79571	23.95845	160.8892	17.95083	43.6295	8.227839	38.57064	238.6212
206.4515	1.164127	0	4.322022	34.74792	13.57341	17.95083	0.155817	8.227839	22.93906	0.200139
0.398892	3.690443	0	4.322022	1.221607	5.362881	7.635042	0.366343	328.7542	38.57064	2.410665
1.872576	3.690443	0	16.63781	1.221607	0.468144	7.635042	31.41898	8.227839	38.57064	2.094875
58.241	24.21676	0	47.90097	9.642659	215.626	38.8982	1.945291	8.227839	0.623269	549.7791
1.872576	65.26939	0	16.63781	4.432133	69.15235	38.8982	5.734765	8.227839	77.25485	91.25277
107.5042	122.7431	0	24.21676	1.221607	86.78393	7.635042	0.366343	8.227839	116.4127	1564.411
107.5042	50.1115	0	8.532548	1.221607	39.8892	3.108726	0.155817	8.227839	33.51801	873.358
6.925208	3.690443	0	62.74307	9.642659	1.731302	7.635042	31.41898	8.227839	0.623269	111.358
5.609418	9.479917	0	35.05886	50.48476	39.8892	33.21399	29.10319	147.1752	369.0443	933.4633
129.241	9.479917	0	62.74307	4.432133	106.4155	22.68767	29.10319	8.227839	38.57064	1564.411
40.55679	142.1115	0	9.479917	445.4321	28.25762	22.68767	43.6295	83.38573	33.51801	508.6212
1.872576	65.26939	0	79.58518	3.590028	160.8892	0.056094	6.787396	123.912	38.57064	12.62119
70.03047	82.42729	0	35.05886	1.221607	28.25762	7.635042	43.6295	8.227839	38.57064	1059.674
54.29363	82.42729	0	47.90097	1.221607	13.57341	7.635042	0.366343	8.227839	38.57064	554.7265
54.29363	65.26939	0	1.164127	1.221607	0.468144	104.7929	40.89266	8.227839	14.36011	20.72645
214.0831	0.006233	0	198.2168	1.221607	5.362881	7.635042	6.787396	328.7542	218.7285	503.8843
58.241	82.42729	0	35.05886	82.90582	160.8892	1.529778	415.9453	260.2278	38.57064	6.515928
92.76731	4.322022	0	198.2168	1.221607	114.1524	0.58241	19.31371	8.227839	1.465374	927.0422
236.1884	82.42729	0	98.42729	1.221607	151.6787	7.635042	112.4716	47.17521	163.5706	2555.569
185.8199	0.848338	0	8.532548	1.221607	28.25762	17.95083	31.41898	8.227839	46.09695	89.25277
43.97784	0.848338	0	8.532548	1.221607	28.25762	5.003463	31.41898	8.227839	60.6759	0.200139
113.0305	0.006233	0	3.690443	1.221607	1.731302	52.37188	5.734765	8.227839	77.25485	180.8317
87.76731	25.79571	0	79.58518	1.221607	53.52078	17.95083	11.52424	8.227839	95.8338	759.1475

Ženy – pomocné tabulky Supos

0,01108	0,623269	5,24169	9,479917	12,25	14,36011	12,25	291,6904	0,017313
0,800554	27,14958	5,24169	47,90097	30,25	17,72853	20,25	621,0589	3,490997
9,642659	27,14958	1,662742	0,006233	0,25	0,044321	6,25	8,532548	0,017313
4,432133	4,886427	5,24169	9,479917	6,25	7,781163	12,25	198,2168	0,017313
8,379501	4,886427	5,24169	9,479917	0,25	3,202216	20,25	3,690443	0,017313
0,01108	1,465374	0,083795	1,164127	6,25	7,781163	12,25	82,42729	0,017313
1,221607	4,886427	1,662742	0,006233	0,25	0,044321	6,25	3,690443	0,017313
0,01108	14,36011	5,24169	9,479917	6,25	3,202216	6,25	258,5325	0,017313
0,01108	14,36011	5,24169	9,479917	0,25	3,202216	20,25	258,5325	0,017313
3,590028	22,93906	0,504848	4,322022	0,25	4,886427	0,25	4,322022	0,017313
23,95845	7,781163	0,083795	1,164127	0,25	4,886427	2,25	24,21676	0,017313
3,590028	0,044321	0,083795	0,848338	0,25	4,886427	0,25	35,05886	0,017313
8,379501	27,14958	0,504848	8,532548	6,25	4,886427	20,25	437,6904	0,017313
8,379501	4,886427	0,083795	0,006233	6,25	3,202216	2,25	1,164127	0,017313
3,590028	0,044321	1,662742	0,848338	6,25	27,14958	30,25	222,6378	0,017313
23,95845	3,202216	1,662742	1,164127	6,25	0,623269	2,25	16,63781	0,017313
1,221607	27,14958	0,083795	0,006233	2,25	4,886427	30,25	166,9536	0,017313
0,01108	0,623269	1,662742	0,006233	0,25	0,044321	2,25	9,479917	0,017313
0,01108	3,202216	0,504848	1,164127	6,25	3,202216	2,25	65,26939	0,017313
15,16898	7,781163	2,9259	24,21676	12,25	10,30748	6,25	286,322	0,017313
0,01108	0,044321	75,87327	47,90097	30,25	4,886427	20,25	779,5852	0,017313
9,642659	17,72853	0,504848	0,006233	0,25	0,044321	12,25	0,006233	0,017313
9,642659	0,044321	1,662742	1,164127	12,25	1,465374	20,25	145,901	0,754155
9,642659	7,781163	2,9259	3,690443	20,25	3,202216	12,25	145,901	1,280471
9,642659	0,044321	13,76801	0,006233	20,25	14,36011	6,25	101,5852	0,017313
0,01108	0,623269	2,9259	4,322022	2,25	14,36011	0,25	50,1115	1,280471
37,27424	0,623269	5,24169	16,63781	6,25	14,36011	30,25	628,9536	0,017313
8,379501	3,202216	0,083795	0,848338	6,25	4,886427	0,25	35,05886	0,017313
9,642659	1,465374	13,76801	4,322022	2,25	14,36011	6,25	65,26939	0,017313
1,221607	14,36011	5,24169	0,006233	12,25	7,781163	12,25	291,6904	0,017313
16,85319	0,623269	0,083795	3,690443	42,25	67,41274	12,25	222,6378	0,754155
9,642659	1,465374	1,662742	16,63781	30,25	10,30748	0,25	3,690443	3,490997
23,95845	0,623269	0,504848	8,532548	0,25	0,044321	6,25	119,2694	0,017313
16,85319	1,465374	2,9259	3,690443	6,25	3,202216	2,25	0,006233	0,017313
15,16898	3,202216	2,9259	0,848338	0,25	0,623269	6,25	35,05886	0,017313
15,16898	1,465374	2,9259	0,848338	0,25	0,623269	6,25	79,58518	0,017313
0,800554	7,781163	2,9259	24,21676	12,25	17,72853	20,25	286,322	0,754155
9,642659	3,202216	5,24169	16,63781	2,25	14,36011	6,25	364,0062	0,017313

F-test

hladina významnosti	kritický obor		ZDR	FIN	VČ	VO	SEX	PZP	BY	PAZ	MAN	DET	SUMA
	min	max											
0,01	0,392199184	2,455336	0,764676	1,200711	#DIV/0!	1,465923	2,284185	0,710064	1,903551	1,443214	0,626677	0,865357	0,991439
0,05	0,493822049	1,974454	0,764676	1,200711	#DIV/0!	1,465923	2,284185	0,710064	1,903551	1,443214	0,626677	0,865357	0,991439

Nalezeny velké rozdíly mezi rozptylem mužů a žen u proměnné SEX

PE	A	O	N	U	D	S	SUMA	SUMA NEURO
0,552245	0,514245	1,306069	1,015133	0,808309	1,242551	0,741177	0,612853	1,070207
0,552245	0,514245	1,306069	1,015133	0,808309	1,242551	0,741177	0,612853	1,070207

T-test

hladina významnosti	kritický obor		ZDR	FIN	VČ	VO	SEX	PZP	BY	PAZ	MAN	DET	SUMA
	min	max											
0,01	2,65008128	2,650081	1,751666	-1,10965	#DIV/0!	-0,57094	-0,2087	-0,39006	-2,40134	0,957315	-1,12802	-1,73038	-0,67761
0,05	1,99546891	1,995469	1,751666	-1,10965	#DIV/0!	-0,57094	-0,2087	-0,39006	-2,40134	0,957315	-1,12802	-1,73038	-0,67761

u jedné hodnoty F test vyvrátil rovnost rozptylů proto u nich musíme T-testu postupovat jinak

	SEX	
0,05	-2,02107537	2,021075
		-0,19898
stupně volnosti	39,94768088	40

PE	A	O	N	U	D	S	SUMA	SUMA NEURO
1,979369	-1,20596	2,417732	1,405969	-1,2264	0,412907	-1,28855	0,490959	-0,247
1,979369	-1,20596	2,417732	1,405969	-1,2264	0,412907	-1,28855	0,490959	-0,247

U dvou položek test prokázal platnosti alternativní hypotézy

I.

	ZDR	FIN	VČ	VO	SEX	PZP	BY	PAZ	MAN	DET	SUMA
muži	33,42	31,70	28	35,03	26,48	34,03	35,35	37,84	29,26	30,90	223,90
ženy	29,63	33,92	28	36,08	26,89	34,68	39,24	36,39	30,87	34,21	228,63

Norma

	ZDR	FIN	VČ	VO	SEX	PZP	BY	PAZ	MAN	DET	SUMA
muži	36,30	34,64	37,45	39,16	35,16	37,54	39,30	32,48	41,62	39,79	259,54
ženy	31,70	36,23	38,39	37,41	27,27	38,11	39,70	28,10	34,62	38,65	248,81

II.

	ZDR	FIN	VČ	VO	SEX	PZP	BY	PAZ	MAN	DET	SUMA
Ženy Jevišovice	30,55	37,5	28	38,8	29,85	36,25	38,85	36,15	31,55	36,5	240,15
Ženy Božice	28,61	29,94	28	33,06	23,61	32,94	39,67	36,67	29,78	31,67	215,83

Norma

	ZDR	FIN	VČ	VO	SEX	PZP	BY	PAZ	MAN	DET	SUMA
Ženy Jevišovice	34,72	34,91	37,71	37,85	28,88	37,73	39,13	29,64	37,03	38,54	250,91
Ženy Božice	31,70	36,23	38,39	37,41	27,27	38,11	39,70	28,10	34,62	38,65	248,81

III.

	ZDR	FIN	VČ	VO	SEX	PZP	BY	PAZ	MAN	DET	SUMA
Muži Jevišovice	32,07	26,87	28	32,93	27,27	32,87	35,07	34,73	29,6	29,33	215,07
Muži Božice	34,69	36	28	37	25,75	35,13	35,63	40,75	28,88	32,38	232,19

Norma

	ZDR	FIN	VČ	VO	SEX	PZP	BY	PAZ	MAN	DET	SUMA
Muži Jevišovice a Božice	36,30	34,64	37,45	39,16	35,16	37,54	39,30	32,48	41,62	39,89	259,54

Supos

	PE	A	O	N	U	D	S
Muži	7,4	6	3,7	5,1	4,6	4	4,5
Ženy	6	6,8	2,3	4	5,5	3,8	5,5

I.

	PE	A	O	N	U	D	S
Muži	0,21	0,17	0,10	0,14	0,13	0,11	0,13

II.

	PE	A	O	N	U	D	S
Ženy	0,18	0,20	0,07	0,12	0,16	0,11	0,16

Proporce:

komponenta	muži / n= 4780/			ženy /n=1976/		
	M	SD		M	SD	
P	0,21	0,239	0,119	0,18	0,205	0,098
A	0,17	0,214	0,078	0,20	0,186	0,077
O	0,10	0,115	0,055	0,07	0,115	0,051
N	0,14	0,116	0,055	0,12	0,130	0,048
D	0,11	0,113	0,056	0,11	0,125	0,049
U	0,13	0,107	0,050	0,16	0,123	0,053
S	0,13	0,097	0,065	0,16	0,117	0,058
	0,99			1		

Příloha č. 4: Fotografická dokumentace

A) Domov pro seniory Jevišovice



Pohled zezadu na zámek



Pohled zepředu, vchod



Letecký snímek - zámecký areál



Ubytovací prostory pro klienty



Jídelna



Klientky domova



Klientky domova při pracovní terapii



Klientky domova při práci



Masopust v zařízení

B) Domov důchodců Božice



Letecký snímek - pohled na areál



Zařízení, pohled do silnice



Pohled na okolí



Pohled do zahrady domova



Klienti při hře a výtvarné činnosti



Klientka zařízení při pracovní terapii



Pracovní terapie



Výstava výrobků



Výrobky zhotovené klienty zařízení

Příloha č. 5: Abstrakt diplomové práce v českém a anglickém jazyce

Vysoká škola: **Palackého univerzita Olomouc**

Fakulta: **Filozofická**

Katedra: **Psychologie**

Školní rok: **2010 / 2011**

Abstrakt diplomové práce

Jméno a příjmení: **Soňa Ludvíková**

Obor: **Psychologie, prezenční magisterské studium**

Konzultant: **doc. PhDr. Zdeněk Vtípil, CSc.**

Počet stran: **178**

Počet příloh: **7**

Název diplomové práce: **Životní spokojenost a psychický stav obyvatelů domova důchodců**

Abstrakt diplomové práce:

Diplomová práce se věnuje problematice psychického stavu a životní spokojenosti seniorů v domově důchodců. Práce je strukturována do dvou velkých celků. Teoretická část sestává ze sedmi hlavních kapitol. V první kapitole se věnujeme kontextu problému stáří a stárnutí, počínaje vysvětlením demografického stárnutí, přes pohled seniora, dále stářím, jeho riziky a poruchami chování, špatným zacházením se seniory až po rozdíly ve stárnutí žen a mužů. Ve druhé kapitole se zabýváme tím, jak se člověk vyrovnává s projevy stáří a stárnutí, dále pak změnami sociálními, fyziologickými, psychikou a psychickými změnami. Ve třetí kapitole nastíníme stárnutí, jako přirozenou součást života, zmíníme teorie a hypotézy, které vysvětlují proces stárnutí, a skončíme strukturou životních vývojových potřeb. Čtvrtá kapitola je o psychiatrických onemocněních ve stáří, péči o seniora, dále o vztahu senior a rodina a senior a domov důchodců a bydlení pro seniory. Pátá kapitola je o pohledu na kvalitu života. V šesté kapitole zmíníme něco o životní spokojenosti, smysluplnosti ve stáří a osobní pohodě. Teoretickou část uzavírá kapitola „Domovy pro důchodce jako životní alternativa.“ Zde pojednáváme o principech v péči o seniory, o rizicích dlouhodobého pobytu v ústavu, zmiňujeme členění podle zřizovatelů a potřebu lůžek v domovech důchodců, vyjádříme se i k faktorům, které ovlivňují kvalitu života v domovech a ke zdravotnímu stavu obyvatel domova důchodců.

Na výzkumnou část jsme použili Dotazník životní spokojenosti a SUPOS-7, dotazník struktury a dynamiky aktuálních psychických pocitů a stavů.

Tato diplomová práce napomáhá pochopit úskalí života ve stáří a hlavně se zaměřit na spokojenost a psychiku seniorů v domovech důchodců

Klíčová slova:

stáří, senior, změny ve stáří, rizika ve stáří, rozdíly ve stárnutí žen a mužů, stárnutí, potřeby, kvalita života, osobní pohoda, spokojenost, smysluplnost a sebepojetí ve stáří, psychika, teorie stárnutí, psychiatrická onemocnění, péče o seniory, bydlení, senior a rodina, senior a domov důchodců.

Vysoká škola: **Palackého univerzita Olomouc**

Katedra: **Psychologie**

Fakulta: **Filozofická**

Školní rok: **2010 / 2011**

Abstrakt diplomové práce

Jméno a příjmení: **Soňa Ludvíková**

Obor: **Psychologie, prezenční magisterské studium**

Konzultant: **doc. PhDr. Zdeněk Vtípil, CSc.**

Počet stran:

Počet příloh: **7**

Název diplomové práce: **Wellbeing and psychical condition of seniors at retirement homes**

Abstract:

The final project is primarily focused on wellbeing and psychical condition of seniors at retirement homes. It is structured into two parts. The theoretical part consists of seven subchapters. The first chapter includes aspects of aging process, starting with demographic aging process, seniors' perceptions, aging process, its difficulties and behavior disorders, bad seniors treating, and differences in male and female aging. The topic of the second chapter is coping with signs of aging including aging process itself and also social, physiological and mental changes. The third chapter deals with aging process as a natural part of human life, there also be theories and hypothesis mentioned so as to explain aging process. This chapter is concluded with describing structure of life needs. The fourth chapter analyses psychiatric illnesses determined by aging, carrying after seniors, relations between senior and his/her family and also between a senior and a retire homes. The fifth chapter includes aspects of life quality. Wellbeing sense of live at old age is the main topic of the sixth chapter. The theoretical part is concluded with the chapter called "Retirement homes as a life alternative", which deals with the principles of seniors' care, risks of long term staying in social institutions. In this part the principles of seniors' care are discussed as well as risks of long term staying in social institutions, institutional division and number of sick-beds. Another

analyzed issue is life quality factors and health conditions of seniors at retire homes. Wellbeing questionnaire, SUPOS-7, structure and dynamics questionnaire of actual psychical state were used in this project. This final project tries to explain difficulties at horizons of human life and to understand aspects of seniors' wellbeing at retire homes.

Key words:

Old age, senior, changes at old age, differences in males' and females' aging process, needs, life quality, subjective wellbeing, wellbeing, [advisability](#), self conception of old age, psychics, theories of aging process, psychiatric disorders, caring after seniors, living in retire homes, seniors and family, seniors and retire homes.

Příloha č. 6: Podklad pro zadání diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2010/2011

Studijní program: Psychologie
Forma: Prezenční
Obor/komb.: Psychologie (PS)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
LUDVÍKOVÁ Soňa	Těšetice 120, Těšetice	F06423

TÉMA ČESKY:

Životní spokojenost a psychický stav obyvatelů domova důchodců

NÁZEV ANGLICKY:

Live's experience and mental condition of rest home inhabitants

VEDOUCÍ PRÁCE:

Doc. PhDr. Zdeněk Vtípil, CSc. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Spec. zaměření: Demografické stárnutí, rizika stáří, poruchy chování, špatné zacházení se seniory, rozdíly ve stárnutí mužů a žen, změny ve stáří, teorie stárnutí, potřeby, péče o seniory, senior a rodina, senior a domov důchodců, kvalita života, životní spokojenost a osobní pohoda.

Cíle práce: A) Struktura složek psych. stavu souborů vers. norma, B) Struktura dimenzí živ. spokojenosti souborů vers. norma, C) Koreláty proměnných SUPOS a DŽS v rámci souborů, D) Sociodemografické proměnné - koreláty k proměnným SUPOS a DŽS, E) Komparace souboru M a Ž z hlediska SUPOS a DŽS.

Metodika: SUPOS, DŽS Fahrenheit.

Zk. soubor: cca 70 respondentů.

Norma: Miovský.

Statistika: Pears. korel. koef., Stud. t-test.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Červenková, A., Bruthansová, D., Pechanová, M. (2006). Sociálně zdravotní služby poskytované klientům na ošetřovatelských odděleních domovů důchodců a v léčebnách dlouhodobě nemocných se zřetelem k jejich sociální situaci a zdravotnímu stavu. Praha: VÚPSV
- Český statistický úřad (2004). Senioři v České republice. Základní údaje o populaci seniorů: <http://www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/p/4123-04>.
- Český statistický úřad (2010). Senioři v ČR 2010. Demografické charakteristiky seniorů: <http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/p/1417-10>.
- Čornaničová, R., Petříková, A. (2004). Gerontagogika úvod do teorie a praxe edukace seniorů. Studijní texty střediska distančního vzdělávání. Olomouc: UP.
- Dragomírecká, E., Škoda, C. (1997). Kvalita života. Vymezení definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii. ČS Psychiatrie 93.
- Fořt, P. (2001). Jak stárnout pomalu. Havlíčkův Brod: EB nakladatelství.
- Glosová, D. a kol. (2006). Bydlení pro seniory. Brno: Era.
- Hamilton, S. (1999). Psychologie stárnutí. Praha: Portál.
- Hasmanová Marhánková, J. (2009). Genderové nerovnosti ve stáří: marginalizace a zvýhodnění žen ve stáří. Plzeň: http://www.genderonline.cz/view.php?cisloci_lanku=2009012407
- Haškovcová, H. (1989). Fenomén stáří. Praha: Panorama.
- Hrdlička, M., Kuric, J., Blatný, M. (2006). Krize středního věku. Praha: Portál.
- Jarošová, D. (2006). Péče o seniory. 1. vydání. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity.
- Klvetová, D., Dlabalová, I. (2008). Motivační prvky při práci se seniory. 1. vydání. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (2002). Psychologie nemoci. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (2010). Vliv psychiky na zdraví. Soudobá psychosomatika. Praha: Grada.
- Kuchařová, V. (1996). Staří lidé ve společnosti a rodině. Praha: VÚPSV.
- Kurečková, M. (2007). Kvalita života seniorů v domovech důchodců a hledání cesty k jejímu zlepšení. Zlín, nepublikovaná bakalářská práce.
- Malíková, E. (2011). Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada.

- Mühlpachr, P. (2005). Schola gerontologica. Brno: PF MU.
- Pacovský, V., Heřmanová, H. (1981). Gerontologie. Praha: Avicenum.
- Pacovský, V. (1990). O stárnutí a stáří. Praha: Avicenum.
- Příhoda, V. (1974). Ontogeneze lidské psychiky IV. Praha: SPN.
- Reiterová, E. (2005). Techniky realizace výzkumu. Olomouc: FF UP.
- Říčan, P. (2004). Cesta životem. Praha: Portál.
- Sýkorová, D. (2007). Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
- Šelner, I. (2004). Úloha rodiny v péči o seniory ? reality a prognózy. Sociální práce 2 / 2004:
<http://www.socialniprace.cz/soubory/2004-2-090221132843.pdf>
- Tavel, P. (2009). Psychologické problémy v starobe I. Pusté Úľány: Schola Philosophica.
- Tošnerová, T. (2009). Jak si vychutnat seniorská léta. Brno: Computer Press.
- Venglářová, M. (2007). Problematické situace v péči o seniory. Praha: Grada.
- Zimmelová, P., Hrdá, J. Geriatrie a gerontologie. Podpora pro kombinovanou formu studia. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity.

Podpis studenta:

Datum:

Podpis vedoucího práce:

Datum:

Příloha č. 7: Potvrzení o provedení výzkumu v domovech

A) Potvrzení z Domova pro seniory Jevišovice

Domov pro Seniory Jevišovice, p.o.
Jevišovice 104
671 53 Jevišovice

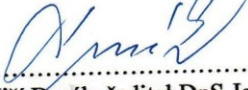
V Jevišovicích dne 18.7.2008

Věc: Potvrzení

Potvrzujeme, že Soňa Ludvíková prováděla ve dnech 14.7. – 18.7.2008 průzkum spokojenosti klientů našeho domova v rámci svého studia.

Její přístup ke klientům a také k personálu byl velmi vstřícný a milý, čímž si získala důvěru klientů, což jistě prospělo větší vypovídací hodnotě průzkumu, který prováděla na profesionální úrovni.

**DOMOV PRO SENIORY
JEVIŠOVICE**
PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE
IČO: 456 71 711 -1-


.....
Ing Jiří Durák, ředitel DpS Jevišovice

**DOMOV PRO SENIORY
JEVIŠOVICE**
PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE
IČO: 456 71 711 -5-

B) Potvrzení z Domova důchodců Božice

**Domov důchodců Božice, příspěvková organizace, Božice 188
671 64 Božice, tel.: 515 257 122**

Potvrzujeme, že Soňa Ludvíková navštívila ve dnech 3. - 5. září 2008 naše zařízení a provedla dotazníkové šetření pro bakalářskou práci.

Uživatelé a zaměstnanci našeho zařízení vnímali její přítomnost pozitivně.

V Božicích dne 5. září 2008

DOMOV DŮCHODCŮ BOŽICE
příspěvková organizace
BOŽICE 188, 671 64 BOŽICE
IČO: 456 71 877 (4)

Ing. Jaromír Leisser
ředitel DD Božice



