

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Bc. JOLANA ŠVANDOVÁ

II. ročník – kombinované studium

Obor: Speciálně pedagogická andragogika

**FAKTORY ŽIVOTNÍ SPOKOJENOSTI OSOB SENIORSKÉHO
VĚKU, VZHLEDEM K NABÍDCE ZDRAVOTNÍCH
A SOCIÁLNÍCH SLUŽEB**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Marie Chrásková

OLOMOUC 2011

PROHLÁŠENÍ

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

V Olomouci dne 28. června 2011

.....

Jolana Švandová

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. et Mgr. Marii Chráskové za odborné vedení mé diplomové práce, za cenné rady a podnětné připomínky.

Dále děkuji zařízením, které mi výzkum umožnily, jmenovitě OLU Paseka, DpS Červenka, DpS POHODA Olomouc a oddělení geriatrie Fakultní nemocnice Olomouc.

OBSAH

ÚVOD.....	7
SEZNAM ZKRATEK	9
TEORETICKÁ ČÁST	
1. STÁRNUTÍ A STÁŘÍ	10
1.1. Vymezení základních pojmů	10
1.1.1. Senior	10
1.1.2. Stáří.....	11
1.1.3. Stárnutí.....	13
1.1.4. Teorie procesu stárnutí	15
1.2. Anti – ageing.....	22
2. POJEM ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST	24
2.1. Faktory ovlivňující životní spokojenost	25
2.1.1. Demografické faktory.....	26
2.1.2. Faktory chování a projevů chování	28
2.1.3. Biologické faktory – zdraví	31
3. ZMĚNY A POTŘEBY V PROCESU STÁRNUTÍ A VE STÁŘÍ.....	32
3.1. Biologické změny v procesu stárnutí.....	33
3.2. Psychické změny v procesu stárnutí a ve stáří.....	35
3.3. Sociální změny v procesu stárnutí a stáří	39
4. TYPY SLUŽEB A ZAŘÍZENÍ PRO OSOBY V PROCESU STÁRNUTÍ.....	43
4.1. Zdravotnické služby.....	43
4.2. Služby sociální péče	44
4.2.1. Terénní a ambulantní služby.....	45
4.2.2. Pobytové služby.....	48
4.3. Paliativní a hospicová péče.....	50
4.3.1. Obecná paliativní péče.....	51
4.3.2. Specializovaná paliativní péče.....	51
PRAKTICKÁ ČÁST	
5. VÝZKUM.....	53
5.1. Cíle výzkumu.....	53
5.2. Stanovení hypotéz.....	54
5.3. Místo, čas a průběh šetření	54

5.3.1. Charakteristika srovnávaných zařízení.....	55
6. METODIKA ŠETŘENÍ.....	59
6.1. Definice vybraných metod.....	59
6.1.1. Dotazník.....	59
6.1.2. Dotazník č. 1.....	62
6.1.3. Dotazník č. 2.....	63
6.2. návratnost dotazníku.....	63
6.3. Rozhovor.....	64
7. VYHODNOCENÍ ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ.....	68
7.1. Popis vzorku respondentů.....	68
7.2. Vyhodnocení dotazníku Barthelové.....	71
7.3. Vyhodnocení dotazníku č.1.....	73
7.3.1. Zdraví biologické potřeby.....	73
7.3.2. Sociální potřeby.....	79
7.3.3. Psychické potřeby.....	83
7.4. Diskuze.....	93
8. ZÁVĚR.....	97
LITERATURA A PRAMENY	
PŘEHLED TABULEK A GRAFŮ	
SEZNAM PŘÍLOH	
PŘÍLOHY	
ANOTACE	

MOTTO:

„Jen tehdy vzbuzuje stáří úctu, když se samo dokáže uhájit, když si dokáže udržet své právo, když se nikomu nezaprodalo, když vládne svému panství do posledního dechu.“

Cicero

ÚVOD

„Člověk má vědět, co bude dělat, až nebude moci dělat to, co dělá dosud.“

Ferguson

Stářím život nekončí, nelze se mu vyhnout, ani se na ně připravit. Je však možné se s ním vyrovnat a prožít je plnohodnotně – aktivně. Seniorský věk již dávno nepředstavuje „výminek“ či nezájem o dění kolem sebe. Vyšší věk není důvodem k rezignaci na společenský život a nemůže být uváděn jako příčina nezájmu o technické i jiné novinky či o další vzdělávání. Pro ty seniory, kteří si chtějí i nadále rozšiřovat své obzory, tu pochopitelně možnosti jsou. Přestat ze dne na den pracovat, přijít o jistou společenskou prestiž, sociální roli, postavení a v neposlední řadě i o část svých příjmů není nic příjemného. Při odchodu do důchodu je ve výhodě ten, kdo má dlouholeté zájmy a koníčky, je odhodlán se jim dále věnovat. Přejít z věku produktivního do postproduktivního mnohem hůře snáší ti, pro které se práce stala jediným smyslem života. Pokud ve stejný čas přijde takový člověk o celoživotního partnera, ocitá se v těžké životní situaci a může získat pocit, že už jej v budoucnosti nic dobrého nečeká, a propadá beznaději. Pesimismus, apatie či zoufalství nejsou namístě: vždyť existuje řada zajímavých aktivit, v nichž je možné najít nový smysl života, seznámit se, navázat nová přátelství i vztahy.

To, co dnešní senioři ještě před několika lety zvládali s lehkostí a bez potíží, je v pokročilejším věku stále složitější. Fyzickou aktivitu je možné spojit i s tou duševní. Kdo nechce jen „sedět doma“, kdo se chce bavit, musí za zábavou sám vyrazit. Dojít do divadla či kina vyžaduje větší tělesnou zátěž než jen natáhnout ruku a zapnout televizi dálkovým ovladačem. Ale ani v případě, že je starší člověk ve svých fyzických možnostech omezen, nemusí zoufat: komunikaci s lidmi dokážou obstarat moderní technologie. Psychickou svěžest je možné trénovat doma. Jedním ze způsobů je neurobic – trénink paměti, koncentrace a kreativity, stojící na jednoduchém principu: čím více s mozkovými buňkami pracujeme, tím lepší výkon jsou schopny podat a naše paměť tedy funguje lépe.

Cílem této diplomové práce je zjistit míru spokojenosti seniorů žijících v zařízeních sociálních služeb, seznámit se s chodem zařízení a jejich prostředím a zamyslet se nad seniery jako přirozeným procesem dozrávání a konečnou fází života.

Z hlediska struktury je tato práce rozdělena na dvě části, a to část teoretickou a část praktickou. Část teoretická je tvořena čtyřmi kapitolami. V té první, nazvané „Stárnutí a stáří“, nejprve vymezují základní pojmy a poté se věnují samotnému stárnutí, resp. stáří podrobně a to i z hlediska současných teorií stárnutí, programu proti stárnutí a demografického stárnutí populace. Druhá kapitola „Pojem životní spokojenost“ je věnována životní spokojenosti a faktorům, které ji ovlivňují. Předposlední kapitola teoretické části „Změny a potřeby v procesu stárnutí a ve stáří“ se zabývá danou problematikou v rovině bio-psycho-sociální. Čtvrtá kapitola, „Typy služeb a zařízení pro osoby v procesu stárnutí a ve stáří“, přináší ucelený přehled a charakteristiku dle oblasti zdravotnické a sociální, jakož i popisy jednotlivých služeb.

Na teoretickou část diplomové práce navazuje část praktická, jejímž cílem je zjistit míru spokojenosti seniorů v pobytových zařízeních. Kromě celkové spokojenosti je možné z práce vyvodit i spokojenost seniorů v jednotlivých oblastech jako na příklad v oblasti biologických potřeb, psychických potřeb i v rovině potřeb sociálních. Výzkum konaný za účelem splnění cíle praktické části této diplomové práce probíhal formou dotazníkového šetření a formou rozhovoru. Ke každému respondentovi byl zaujat individuální přístup a byl mu věnován potřebný čas, úměrný jeho zdravotnímu a psychickému stavu.

SEZNAM ZKRATEK

CMP – cévní a mozkové příhody

DpS – domov pro seniory

DsPS – dům s pečovatelskou službou

LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

OLÚ – odborný léčebný ústav

SWB – Subjective well-being – aktuální životní pohoda

EAN – Elder Abuse and Neglect – týrání a zanedbávání seniorů (násilí na seniorech)

NEUROBIC – trénink paměti, koncentrace a kreativity

TRN – transpirační (resp. tuberkulózní) a respirační nemoci

RTG – rentgenologické pracoviště

MP – mentální postižení

MPSV (ČR) – Ministerstvo práce a sociálních věcí (České republiky)

SŠ – středoškolské vzdělání (s maturitou)

SOU – středoškolské vzdělání (střední odborné učiliště)

VŠ – vysokoškolské studium

MHD – městská hromadná doprava

ČOV – čistička odpadních vod

TEORETICKÁ ČÁST

1. STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

V první části této diplomové práce se budeme podrobněji věnovat přiblížení problematiky stárnutí a stáří. Jsou zde uvedeny některé ze současných teorií stárnutí a koncept úspěšného stárnutí tzv. anti-ageing program proti stárnutí. Značná pozornost je rovněž věnována vymezení základních pojmů týkajících se probírané problematiky.

1.1. Vymezení základních pojmů

V úvodu diplomové práce je nezbytné vymežit některé základní pojmy týkající se problematiky stáří a stárnutí.

1.1.1. Senior

Vzhledem k tomu, že se tato práce zabývá spokojeností osob v seniorském věku, považujeme za nutné nejprve vymežit samotný pojem senior tak, jak je užíván v celé práci. Za účelem přiblížení problematiky definice tohoto relativně „mladého“ pojmu jsme použili několik zdrojů.

Akademický slovník cizích slov A-Ž nabízí pět možných definic tohoto pojmu. Obdobná situace vzniká v případě internetové aplikace ABZ.CZ-slovník cizích slov, která nabízí tři definice pojmu senior a to:

- a) starší ze dvou lidí stejného jména,
- b) příslušník starší věkové kategorie,
- c) člen sboru požívající zvláštní úcty.

Pro další nastínění významu slova senior jsme využili i ne zcela odborný zdroj – internetový portál Wikipedia.org – mnohojazyčnou webovou encyklopedii se svobodným (otevřeným) obsahem, která pojem senior definuje takto:

Slovo **senior** (z lat. *senex*, *senis*, starý, druhý stupeň *senior*, starší) má více významů, definici dominuje pojetí "starší" v protikladu k "mladší" (junior):

- a) člověk v letech, starý člověk, stařec,
- b) ve sportu dospělý oproti juniorovi,

- c) rozlišovač dvou osob téhož jména, zkratka sen. nebo Sr. za jménem, např. Josef Novák Sr., Josef Novák Jr. (mladší).

Protože stáří se tradičně spojuje s vyšším společenským postavením nebo autoritou, předkládáme zde i vymezení pojmů senior z hlediska užívání tohoto pojmu v cizím jazyce:

- a) v některých jazycích zdvořilé oslovení, španělské *señor*,
- b) nadřízený, představený (anglicky *senior officer*, vyšší úředník),
- c) v protestantských církvích duchovní stojící v čele několika sborů sdružených do seniorátu; popř. člen, představenstva sboru,
- d) v USA student nejvyšších tříd střední školy (*High school*).

Definice jsou na první pohled různorodé. Nutno podotknout, že ani náš právní systém pojem senior do roku 2006 neznal. V tomto roce byl přijat návrh zákona č.108/2006 Sb. o sociálních službách s platností od 1. ledna 2007, který už s termínem senior pracuje. Je uváděn pojem mladší senior (65 – 80 let)starší senior (nad 80 let). Právní předpisy z oblasti sociálního zabezpečení do té doby běžně užívaly výraz starý občan, avšak ten nebyl nikde vysvětlen. Macháčková ve své stati Práva starších osob v České republice pohledem právníka (2002, s. 38) definuje seniory jako: „*takové osoby, které jsou vzhledem ke svému zdravotnímu stavu zhoršenému v důsledku věku, odkázány zčásti nebo zcela na pomoc jiných lidí*“. K tomuto vymezení dochází na základě předchozího zhodnocení zvyklostních označení a slouží převážně pro účely statě.

Na základě výše uvedených definic jsme došli k závěru, že pro účely této práce postačí následující definice: „*Za seniory můžeme považovat osoby, které dosáhly věku 65 let, pobírají důchod a to bez ohledu na jejich zdravotní a psychický stav či míru jejich autonomie*“.

1.1.2. Stáří

Přesný okamžik nástupu stáří nelze určit, neboť fyziologické a biologické změny probíhají pozvolna a zcela individuálně. Někdy bývá za hranici stáří považován věk 60-ti let, avšak je nutné přihlížet k faktu, že vývoj technologií tuto hranici neustále zvyšuje. Jako příklad uvádíme známý fakt, že ve středověku byl za starce považován již člověk ve věku 40-ti let.

Často slyšíme frázi zejména z úst mladých lidí, že „stáří je konec života“, což není pravdou – to teprve smrt ukončuje život. Jak uvádějí Klevetová a Dlabalová (2008, s. 1), „*životní etapa stáří*“ je stejně důležitá jako každá jiná a zaslouží si stejný důraz na rozvoj jako dospělost a mládí.

Připomeňme si, že období stáří trvá 30 – 40 let a bude stejně dlouhé jako mládí a dospělost. Zaslouží si proto pozornost a zájem nejenom ze strany samotného seniora, ale i ze strany pomáhajících profesí a v neposlední řadě i zájem státní sociální a zdravotní politiky. Stáří je tedy *další vývojová etapa lidského života*, ve které je hlavní důraz kladen na uchování pohybových dovedností a psychosociální rozvoj osobnosti. Podobně jako u předcházejících vývojových etap lidského jedince neexistuje ani u období stáří jednotný názor na jeho periodizaci. Jak uvádějí Čížková a kol. (2001, s. 129), k nejstarším názorům na členění období stáří patří periodizace Komenského, který užil pro stáří termíny „*starý muž*“ a „*kmet*“ (z latinského *comes*, tj. „kdo se mnou jest“).

Zřejmě nejznámější je periodizace Příhodova (1974, s. 229), v níž autor první období senia od 60 do 75 let nazývá „*senescence*“, druhé období od 75 do 90 let pak „*kmetství*“ a věk nad 90 let „*patriarchium*“. Pokud budeme citovat současné české autory, tak např. Vágnerová (2007, s. 299, s. 398) hovoří o období „*raného stáří*“ (resp. třetího věku) pro jedince ve věku 60 až 75 let a o období „*pravého stáří*“ pro věk 75 a více let, k němuž doplňuje: „*Dovršením 80 let dosáhne senior tzv. „čtvrtého věku“, kdy je naživu pouze polovina jeho původní generace*“.

V 60. letech XX. století navrhla Světová zdravotnická organizace členění stáří na tři období (<http://www.medicina.cz>):

- a) 60 až 74 let – *rané stáří*,
- b) 75 až 89 let – *pravé stáří*,
- c) 90 let a více – *dlouhověkost*.

Mühlpachr (2004, s. 21) zastává názor, že opakovaně se jako *uzlový ontogenetický bod* vymezuje kritická perioda, objevuje věk kolem 75 let a předkládá následující členění období stáří:

- a) 65 až 74 let – *mladí senioři*,
- b) 75 až 84 let – *staří senioři*,
- c) 85 let a více – *velmi staří senioři*.

V první kategorii dle autora dominuje problematika adaptace na odchod do penze, problematika využití volného času, možných aktivit a seberealizace. Druhá kategorie obsahuje změnu funkční zdatnosti, specifickou medicínskou problematiku včetně atypického průběhu nemocí. Ve třetí kategorii dle Mühlpachra nabývá na významu sledování soběstačnosti a zabezpečení.

Obecně se autoři shodují, jak konstatují Čížková a kol. (2001, s. 13), že stáří a stárnutí jsou pojmy relativní. Jako rok zahajující vývojovou etapu stáří označují 60 let (popř. 65 let). Je nutné připomenout, že v souvislosti s užíváním termínu stáří, se nemíní vždy pouze jen *kalendářní (chronologické) stáří* a jeho periodizace, ale že „stáří“ bývá posuzováno jako souhrn symptomů v rovině biologické a v rovině sociální.

Biologické stáří je dle Mühlpachra (2004, s. 19–20): *“hypotetické označení konkrétní míry involučních změn (atrofie, pokles funkční zdatnosti, změny regulačních a adaptačních mechanismů), obvykle těsně propojených se změnami způsobenými těmi chorobami, které se vyskytují s vysokou frekvencí, převážně ve vyšším věku (např. ateroskleróza)”*.

Sociální stáří je dáno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění, hovoří se o sociální periodizaci celého života jedince – o tzv. *prvním až čtvrtém věku*. *Předproduktivní věk* (dětství a mládí) charakterizuje růst a vývoj, vzdělávání a profesní příprava, získávání zkušeností a znalostí. *Produktivní věk* (dospělost) – jak již sám název napovídá – znamená produktivitu biologickou (založení vlastní, nové rodiny), sociální a pracovní. Označení pro tzv. *třetí věk – postproduktivní* – je poněkud nepřesné či zavádějící (zejména vzhledem k současnému náhledu na období stáří), protože „příliš akcentuje pracovní, kolektivně výrobní roli jedince a potlačuje hledisko osobnostního rozvoje jako celoživotního procesu trvajících až do smrti v nejvyšším stáří“. Termín *čtvrtý věk* se používá k vyjádření *fáze závislosti*, což není také zcela vhodné (vytváří se dojem, jako by nástup nesoběstačnosti byl stejně tak zákonitým jevem jako příchod období předcházejících) a odporuje to konceptu úspěšného stárnutí i představě, že zdravé stáří zůstává až do nejpokročilejšího věku samostatné.

1.1.3. Stárnutí

Stárnutí je proces projevující se chátráním tělesné schránky snižováním efektivity a účinnosti fungování organismu, hromaděním různých defektů v organismu a jeho klesající schopností tyto defekty opravovat a nahrazovat vadné či odumřelé buňky novými.

Náchylnost k různým nemocem je vyšší a může skončit smrtí, jestliže jedinec nezemře z jiných důvodů již dříve. Stárnutí nelze časově ohraničit. Někdy se považuje za stárnutí věk, kdy se zvyšuje riziko úmrtí. U člověka by v tom případě začínalo stárnutí již na počátku puberty.

K tématu stárnutí Hayflick (1997, s. 28–29) uvádí: „*Stárnutí je jediná fatální nutnost, která se nikomu z nás nemůže vyhnout. Definovat stárnutí je samo o sobě neskutčné, natož pak s využitím biologické terminologie. Stárnutí není pouhé plynutí času. Je ovšem projevem biologických dějů, které nastávají v čase a po určitý čas trvají. Biologické stárnutí neprobíhá u všech lidí stejným tempem*“.

Jak píše Mühlpachr (2004, s. 18), jde o „*celoživotní proces, jehož involuční projevy se stávají zřetelnějšími zhruba od přelomu 4. a 5. decenia*“ a ovlivňuje jej mnoho endogenně i exogenně působících faktorů.

Po šedesátém roce věku je stárnutí rychlejší, vyznačuje se typickými projevy a s přibývajícím věkem se ještě urychluje. Dle způsobu plynutí tohoto procesu hovoříme o *stárnutí normálním nebo předčasném* (předčasným rozumíme, stárnutí důsledek nějaké poruchy v biologickém vývoji či přetěžování organismu). V druhém případě se tedy kalendářní věk jedince může výrazně lišit od jeho věku *biologického*.

Tempo stárnutí ovlivňují i faktory psychické a sociální, které následně mohou zapříčinit zejména změny funkční – lze tedy hovořit i o věku funkčním (Čížková a kol., 2001, s. 130–131). Stárnutí je „*závěrečnou fází lidského vývoje a je třeba ho posuzovat jako součást kontinuální proměny*“ (Stuart-Hamilton, 1999, s. 18).

Demografické stárnutí populace

Termín stárnutí je možné vztahovat nejenom vůči jedinci, ale také vůči celé populaci. Zatímco stárnutí člověka je permanentní a omládnutí možné není, stárnoucí populace jako celek omládnout může – vysvětlením je, že je to v důsledku zvýšené porodnosti (www.demografie.info/?cz_starnuti).

Od poloviny XX. století ovšem populace stárne i celkově: „*Demografické stárnutí je proces, při němž se postupně mění věková struktura obyvatelstva takovým způsobem, že se zvyšuje podíl osob starších 60 let a snižuje se podíl osob mladších 15 let, tj. starší věkové skupiny rostou početně relativně rychleji než populace jako celek*“.

(www.demografie.info/?cz_demstarnutivyvoj).

1.1.4. Teorie procesu stárnutí

Mühlpachr (2004, s. 27–29) se zmiňuje o *Teorii rychlosti života* (1928, autor R. Pearl) tvrdící: „*délka života závisí na rychlosti, s jakou organismy vydávají energii*“; dále o Lipofuscinové (lipofuscin – tzv. pigment stárí) teorii (1977, autor B. Strehler) zakládající se na čtyřech kritériích (univerzálnost, škodlivost, progresivnost a vnitřnost) pro posouzení, zda „*sledované jevy jsou ... primární příčinou stárnutí ... vzhledem k tomu, že stárnou i jednotlivé buňky je třeba hledat příčiny stárnutí na molekulární úrovni*“; závěrem o Teorii účinku reaktivních sloučenin kyslíku (50. léta XX. století, D. Harman). Jako faktory dlouhověkosti D. Harman předkládá následující: „*život ve vysokohorských podmínkách, strava, tělesný pohyb, průběh onemocnění ve stáří*“.

V současné době existuje velký počet vědeckých teorií a hypotéz o příčinách stárnutí – Pacovský (1981, s. 64) uvádí, že alespoň dvě stě. Podle S. Ďoubala z Farmaceutické fakulty UK v Hradci Králové, jehož práce je přístupná na citovaném webu, jsou následující čtyři zmíněné teorie těmi zásadními.

(<http://www.faf.cuni.cz/apps/Gerontology/Mechanisms/Theory>)

Teorie volných radikálů

V současné době jsou volné radikály chápány jako atomy či skupiny atomů obsahující nepárový elektron ve vnější elektronové sféře. Volné radikály jsou velmi reaktivní a zpravidla vyvolávají řetěz reakcí, končící "neutralizací" volných radikálů, spočívající v tom, že volné radikály vytvoří neradikálovou částici - nepárové elektrony vstoupí do normální chemické vazby. Volné radikály v organismu vznikají při řadě procesů.

Z fyzikálních vlivů je zdrojem volných radikálů radioaktivní záření, rentgenové záření a ultrafialové světlo. Nejdůležitějším organickým procesem vzniku volných radikálů je jejich produkce uvnitř buněk při buněčném dýchání. Reakce volných radikálů jsou příčinou *četných poruch makromolekul a membrán* v živém organismu. Předpokládá se zde tedy jejich významná role při vzniku řady chorob, včetně rakoviny. Podle teorie volných radikálů, kterou navrhnul a posléze rozvinul Denham Harman, jsou volné radikály také primární příčinou stárnutí.

Reakce volných radikálů se obvykle rozdělují na tři etapy:

- 1) vznik volných radikálů (iniciace),
- 2) propagace volných radikálů (nepárový elektron je předáván na další atomy či molekuly, přičemž původní volný radikál se mění na neradikálovou částici za vzniku nového volného radikálu z částice, která elektron převzala),
- 3) terminace procesu (zánik volných radikálů vstupem nepárových elektronů do chemické vazby).

Podle D. Harmana (1987 s. 265): *"Teorie volných radikálů předpokládá, že existuje jediná základní příčina stárnutí, modifikovaná genetickými faktory a faktory prostředí a postuluje, že reakce volných radikálů hrají roli ve stárnutí a při onemocněních."*

Ve prospěch teorie volných radikálů mluví řada nepřímých důkazů. Mimo jiné fakt, že reakce volných radikálů stojí v pozadí řady nemocí, jejichž výskyt roste se stárnutím (např. rakovina, ateroskleróza, autoimunitní choroby, rozedma plic a řada dalších), nebo skutečnost, že antioxidační látky prodlužují střední délku života. Rovněž bylo prokázáno, že výrazné omezení příjmu potravy vede k prodloužení délky života experimentálních organismů. Podobný efekt mělo i umělé snížení tělesné teploty. V obou těchto případech se předpokládá, že došlo ke snížení tvorby volných radikálů (z hlediska praktického je použití těchto metod pro prodloužení života lidí nevhodné, pro jejich neúnosnou drastičnost).

Některé jevy však teorie volných radikálů přece jen nedokáže vysvětlit. Současný stav výzkumu teorii stárnutí zatím potvrzuje, že volné radikály hrají důležitou roli mezi primárními procesy stárnutí. Pro komplexní vysvětlení hlavních mechanismů stárnutí však teorie volných radikálů nepostačuje. Lze usuzovat, že proces stárnutí je nastaven jako vzájemný poměr procesů destruktivních, v nichž zřejmě na buněčné a podbuněčné úrovni hrají volné radikály klíčovou roli u mechanismů reparačních a regeneračních. Rovnováhu těchto procesů nelze vysvětlit pouze na základě teorie volných radikálů. Teorie volných radikálů neposkytuje ani návod na významnější zpomalení tempa stárnutí. Nabízí však prostředky k určitému, byť omezenému prodloužení střední délky života. Přesto, že se těmito prostředky nedosahuje zvýšení maximální délky života, znamená významný pokrok a je třeba usilovat o maximalizaci příznivých efektů pomocí prostředků, které nabízí, tedy především pomocí současného posilování enzymatické i neenzymatické ochrany organismu proti následkům volně - radikálových reakcí.

Skutečně komplexní teorie stárnutí však musí odpovědět nejen na Harmanovu otázku "jaká je základní příčina stárnutí", protože hlavní respektive primární příčinou mohou být poškození (např. volnými radikály), ale nastavení tempa stárnutí může záviset na dalších faktorech, jako jsou například schopnosti tato poškození opravit. Je třeba tedy hledat odpověď na širěji formulovaný problém, tedy odpovědět na otázku "jaké jsou hlavní mechanismy stárnutí". Ve prospěch teorie volných radikálů mluví řada nepřímých důkazů. (http://www.faf.cuni.cz/apps/Gerontology/Mechanisms/Theory/theory_contemporary.asp#radikálů).

Neuro-endokrinní teorie stárnutí

Poslední léta se v odborných i laických kruzích hodně diskutuje o tzv. neuro - endokrinní teorii stárnutí. Tato hypotéza předpokládá, že rozhodující mechanismus, který řídí stárnutí je součástí *endokrinního systému*. Tato teorie dále předpokládá, že řídicím endokrinním centrem je *epifýza* a hlavním endokrinním působkem je její hormon *melatonin*. Tato teorie patří do skupiny tzv. *pacemakerových teorií stárnutí*.

Melatonin byl objeven koncem padesátých let Lernerem a spolupracovníky (Lerner, 1959). Zpočátku se předpokládalo, že se jedná o fylogeneticky archaickou látku, která u nižších obratlovců, zejména obojživelníků, řídí zbarvení kůže, a která u savců nemá žádnou významnější funkci. Postupně se ukázalo, že melatonin má prakticky u všech skupin obratlovců roli látky, která řídí biorytmy. V posledních několika letech byl prokázán vliv melatoninu i na proces stárnutí (Grad, 1993, Reiter, 1982, 1994, 1995, Pirpaoli, 1994, Fabris 1990, a další).

V současné době se melatonin začíná v USA považovat za téměř zázračný prostředek proti stárnutí, při léčbě a prevenci poruch spánku. Zdá se skutečně, že melatonin je výjimečná látka. Především v tom směru, že přes široké spektrum pozitivních působení na organismus, nebyl u ní zatím popsán žádný vedlejší či negativní účinek. Melatonin je poměrně levný.

Podle současného stavu znalostí působí melatonin na organismus jednak jako specifický hormon, řídící tvorbu a uvolňování dalších hormonů, a mající tak významnou řídicí roli v endokrinním systému, jednak přímo na většinu tkání a buněk v organismu. Účinky melatoninu zahrnují řízení biorytmů, ovlivňování stavu imunitního systému, stimulaci výživy buněk a tkání a tak i podporu regeneračních procesů. Šíře působení melatoninu je umožněna tím, že melatonin je rozpustný v tucích,

a tak snadno proniká do nitra buněk, kde se pozitivně projevují jeho antioxidační účinky. Samotná přítomnost melatoninu uvnitř buněk totiž přispívá k zvýšení ochrany buněk před volnými radikály a jsou-li pravdivé vývody teorie volných radikálů, působí proti základní příčině stárnutí (Fabrik, 1990, Pierpaoli, 1994, Reiter 1982, 1994, 1995, Touitou, 1994, Vassiljev, 1994 a další).

Epifýza produkuje melatonin jen v určitém denním období. V cyklech, které se opakují za normálních okolností jednou za 24 hodin. Tyto cykly jsou dány zřejmě časovacím systémem uvnitř samotné hypofýzy. Podstata tohoto načasování není dosud zcela objasněna a podle některých autorů souvisí s poměrně jednoduchými fyzikálně-chemickými pochody uvnitř buněk produkujících melatonin, tzv. pinealocytů (Huether, 1994, Touitou, 1994). Tento vnitřní časovací systém je však synchronizován světelnými signály z okolí. Lze tedy říci, že světlo inhibuje produkci melatoninu. Výsledkem je, že za normálních podmínek je melatonin produkován pouze za tmy, a to na začátku tmavé periody dne, s periodou 24 hodin. Bez této synchronizace se perioda cyklů produkce melatoninu spontánně ustavuje na 25 hodinách.

Stěžejním faktem této teorie je, že produkce melatoninu klesá výrazně s věkem. Maximální hladiny melatoninu jsou u starých lidí sníženy na necelých 25 % hodnoty ve srovnání s hladinami v mladém věku (Reiter, 1995). Výsledkem by tedy bylo dodávání melatoninu do organismu, stimulace jeho imunitního systému a celkové zlepšení stavu organismu. V podstatě se jedná o zlepšení všech hlavních parametrů organismu, jimiž je charakterizováno stárnutí.

(http://www.faf.cuni.cz/apps/Gerontology/Mechanisms/Theory/theory_contemporary.asp#Neuro)

Genetické teorie stárnutí

Jedním z velmi důležitých dílčích mechanismů, které hrají roli v procesu stárnutí, je dědičnost. Genetické faktory se uplatňují nejen jako jedna z hlavních komponent při určování délky života, ale zasahují i do vlastního průběhu stárnutí (Medvedev, 1990).

První pokusy prokázat podíl dědičnosti na stárnutí a její vliv na délku života jsou datovány na konci minulého století. Zabývaly se však, vzhledem k tehdejší úrovni poznání, sledováním podobností v postupu stárnutí a délce života v rámci rodových linií. S rozvojem genetiky a molekulární biologie vzniká postupem času celá řada teorií a hypotéz, které se snaží objasnit stárnutí a s ním související sníženou funkčnost

a zvýšení rizik onemocnění a úmrtí jako důsledek změn ve struktuře nebo funkci nukleových kyselin, nebo jako výsledek uplatnění určitého genetického programu. Vznik těchto teorií je důsledkem studia podstaty genetické kontroly míry zestárnutí, typů mutací a pozorování morfogenetických a vývojových procesů během stárnutí. Genetické teorie stárnutí se zpravidla dělí do dvou velkých skupin: *na teorie mutační a teorie programovaného stárnutí*.

Mutační teorie vycházejí z poznatku, že během celého života jedince dochází v jeho somatických buňkách k hromadění mutací. Tyto mutace jsou považovány za prvotní příčinu stárnutí. Tyto teorie vznikají počátkem 60. let, kdy se v analýze chromozomových mutací začínají uplatňovat cytogenetické metody. Bylo totiž prokázáno, že frekvence výskytu spontánních chromozomových mutací v somatických buňkách s věkem roste (Crowley, 1963, Brown, 1979). Chromozomové mutace jsou významnou funkční poruchou buněk a zasahují téměř vždy větší počet genů. Mohou se vyskytnout v pohlavních buňkách; v somatických buňkách vznikají spontánně a náhodně během života individua. Jejich důsledky, kterými mohou být změna funkce nebo smrt buněk, poruchy funkce tkání, orgánů i celého organismu, závisí na rozsahu, frekvenci, typu postižených buněk i jejich stupni vývoje.

V 80. letech vznikají v souvislosti s výzkumem reparačních mechanismů na celulární úrovni nové teorie, které se snaží vysvětlit mezidruhové rozdíly v délce života a v procesu stárnutí na základě odlišné schopnosti reparovat vzniklá poškození. Tyto teorie rovněž postulují, že určitou roli může hrát obecné zpomalení reparačních procesů s rostoucím věkem.

Další z teorií, patřících do této skupiny, jsou *teorie mutací mitochondriální DNA*. Tyto teorie předpokládají, že mutace DNA (které mají povětšinou charakter delecí) jsou příčinou zvýšené citlivosti mitochondriálních membrán k poškození metabolickými produkty, k poruchám metabolických funkcí a v důsledku toho i urychlení degenerativních procesů a buněčného stárnutí. Chromozomové mutace jsou významnou funkční poruchou buněk a ovlivňují téměř vždy větší počet genů. Mohou se vyskytnout v pohlavních buňkách; v somatických buňkách vznikají spontánně a náhodně během života individua. Jejich důsledky, kterými mohou být změna funkce nebo smrt buněk, poruchy funkce tkání, orgánů i celého organismu, závisí na rozsahu, frekvenci, typu postižených buněk i jejich stupni vývoje. V posledních 15 letech je zvýšená pozornost věnována geneticky podmíněným syndromům, které jsou spojeny s projevy předčasného stárnutí.

Například první ze skupiny onemocnění souvisejících s volnými radikály, zastoupená např. Fanconiho anémií nebo Bloomovým syndromem, jsou ryze "genetická" onemocnění (tj. autozomální recesivní poškození). Jsou způsobena geneticky podmíněnou nedostatečnou ochranou proti kyslíkovým radikálům.

Druhou skupinu "volně-radikálových" onemocnění tvoří postižení, kde se kombinují genetické a vnější faktory. Příkladem může být systémový lupus erythematosus. U tohoto onemocnění byla prokázána geneticky zvýšená citlivost jaderné DNA jednoho nebo více typů buněk k poškození volnými radikály. Jako modifikující faktor pak působí např. množství polynenasycených lipidů v dietě nebo hladina endogenních radikálových reakcí. Dalšími z onemocnění s prokázaným genetickým podkladem, která se projevují předčasným stárnutím, jsou Hutchinsonův syndrom (označovaný jako progerie), Wernerův syndrom (označovaný někdy jako progerie dospělých) a částečně také například Downův syndrom, teleangiektázie a xeroderma pigmentosum.

Teorie programovaného stárnutí vycházejí z předpokladu, že funkce jednotlivých genů či skupin genů je časově ohraničena a předem naprogramována. Stárnutí je podle těchto teorií výsledkem uplatnění určitého genetického programu; je tedy geneticky determinováno (Hayflick, 1985). Tato teorie chápe stárnutí jako výsledek uplatnění určitého genetického programu, jako geneticky determinovaný jev. Předpokládají platnost postulátů o časové omezenosti funkce jednotlivých genů či skupin genů a jejím naprogramování předem.

Platnost těchto teorií podporují experimentální práce (Hayflick, 1965) ze 60. let. Ten totiž zjistil, že lidské fibroblasty mají v kultuře omezený počet dělení (50 - 60 pasáží). Počet buněčných dělení byl závislý na stáří dárce. Pro platnost těchto teorií ztráty proliferační aktivity hovořil i nález souvislosti mezi délkou života jednotlivých biologických druhů a počtem buněčných dělení. Na pozorování chování buněk v tkáňových kulturách jsou založeny i další teorie z této skupiny, např. *teorie předurčení* (buňky jsou předurčeny k diferenciaci) nebo *teorie diferenciaci* k smrti (dosažení určitého stupně diferenciaci vede k zániku buňky).

Velká skupina těchto teorií je zaměřena na organismus jako celek. Tyto teorie jsou založeny na poznacích o vzestupu genové represe s rostoucím věkem, na nálezech neúplné represe genetických vývojových programů a dysdiferenciaci a dysregulace

sekvenční transkripce (Smith et al. 1980). Na základě výsledků studia podstaty genetické kontroly míry stárnutí vznikají rovněž teorie založené na existenci specifických a nespecifických genů stárnutí. V rámci výzkumů výskytu dlouhověkých jedinců v populaci vzniká samostatná skupina teorií, které postulují, že existence dlouhověkosti je podmíněna existencí samostatného genu pro dlouhověkost. Experimentálně se však tyto hypotézy zatím nepodařilo potvrdit. V polovině 70. let vznikají tzv. programové teorie, které se snaží vysvětlit proces stárnutí geneticky programovanou posloupností dějů *genové exprese*. Každé období vývoje jednotlivce je determinováno působením určitého spektra genů (což může znamenat např. časově i lokálně specifickou syntézu určitého spektra proteinů).

(http://www.faf.cuni.cz/apps/Gerontology/Mechanisms/Theory/theory_contemporary.asp#Genetické).

Pacemakerová teorie stárnutí

Snahu o vytvoření univerzální teorie stárnutí představují tzv. pacemakerové teorie stárnutí. Tyto teorie stárnutí hledají řídicí časovací systém (pacemaker) v některém z orgánových systémů. První pokusy v tomto směru jsou velmi starého data. V nedávné době se však objevila další fakta, která pacemakerovou teorii podporují. V roce 1987 publikoval Grad práci postulující, že hormon epifyzy, melatonin, představuje hlavní řídicí agens pro proces stárnutí. Tato hypotéza, vyznačující se vnitřní konzistentností, představuje epifyzu jako orgán řídicí kromě řady krátkodobých biorytmů i "metabiorytmus", jímž je stárnutí. (http://www.faf.cuni.cz/apps/Gerontology/Mechanisms/Theory/theory_contemporary.asp#Pacemakerové)

Největším přínosem však bylo formulování nejrůznějších pacemakerových teorií, které předpokládají, že stárnutí je řízeno a kontrolováno z jediného centra. Pro existenci tohoto jediného centra hovoří i výsledky analýz gompertzovských zákonitostí. Tímto centrem by mohl teoreticky být např. imunitní nebo kardiovaskulární systém, růstový hormon, růstové faktory či systém endokrinní. Na buněčné úrovni by jako primární pacemaker mohl vystupovat omezený potenciál buněčných dělení. Z tohoto souhrnu poznatků je zřejmé, že problematika genetického ovlivnění procesu stárnutí je velmi aktuální. Navíc, i přes mohutný a rychlý rozvoj experimentálních metodik v této oblasti, je obtížné platnost těchto teorií, zvláště pro mnohobuněčné organismy, prokázat a proces stárnutí jimi v celé jeho komplexnosti a složitosti vysvětlit.

Pro současný stav výzkumu v oblasti teoretické gerontologie je typické rostoucí množství dílčích poznatků doprovázené absencí jednotné univerzální teorie. Žádná ze současných teorií doposud neumožňuje uspokojivě vysvětlit všechny hlavní stránky procesu stárnutí a dát do příčinných souvislostí změny provázející stárnutí na hlavních organizačních úrovních živého systému. Podle některých názorových proudů je snaha o nalezení jednotného mechanismu řízení stárnutí bezpředmětná, neboť stárnutí je ve své podstatě multifaktoriální proces (Olson 1987).

1.2. Anti – ageing

Odborníky i laiky ovšem zajímá nejenom proč a jak člověk stárne, ale také nebo zejména odpověď na otázku zda lze zdravotní a funkční stav ve stáří pozitivně ovlivnit. Cílem je nejenom „přidávat léta k životu“, tedy prodlužovat lidský život, věk dožití – ale „přidávat život k létům“, tj. aby i ve stáří člověk mohl být a byl aktivní. Jak píše Mühlpachr (2004, s. 34), vznikl tak v USA *koncept úspěšného stárnutí*, podle kterého má být hlavní pozornost věnována *„zlepšování zdravotního a funkčního stavu osob stárnoucích s maximální prevencí vzniku závislosti. Základním postulátem konceptu úspěšného stárnutí je skutečnost, že stav organismu ve stáří (zdravotní a funkční) je dán několika okruhy faktorů, z nichž některé jsou významně ovlivnitelné. Hlavními faktory jsou: zákonitá biologická involuce, chorobné procesy, životní způsob (především aktivita či pasivita), životní podmínky, subjektivní hodnocení a prožívání.“*

Úspěšné stárnutí je charakterizováno takto: *„zdravotní a funkční stav seniora je lepší než současný průměr, umožňuje nejen plnou soběstačnost, ale žádoucí tělesnou, psychickou i sociální aktivitu zhruba do 9. decennia. Na populační úrovni jsou vytvářeny předpoklady pro zvyšování střední délky života bez přibývání roků závislého života“*. Problematika stárnutí, resp. zdravého či úspěšného stárnutí je probírána také na světové i národní úrovni.

Nejnovějším dokumentem Organizace spojených národů pro tuto oblast je *Madridský mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí* z roku 2002, který vytyčil tři prioritní směry (<http://www.mpsv.cz/files/clanky/1205/madrid.pdf>):

- 1) starší lidé a rozvoj,
- 2) zachování zdraví a pohody ve stáří,
- 3) zajištění napomáhajících a podpurných prostředí.

Na základě Madridského plánu byly vypracovány dva *Národní programy přípravy na stárnutí*: první pro léta 2003 až 2007 a druhý na roky 2008 až 2012 (<http://www.mpsv.cz/cs/2869>, <http://www.mpsv.cz/cs/5045>).

Druhý program „Kvalita života ve stáří“ zastává tyto strategické principy:

- 1) aktivní stárnutí,
- 2) prostředí a komunita vstřícná ke stáří,
- 3) zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří,
- 4) podpora rodiny a pečovatelů,
- 5) podpora participace na životě společnosti a ochrana lidských práv.

V roce 2006 byla ustavena také *Rada vlády pro seniory a stárnutí populace*. Prioritami Rady vlády pro seniory a stárnutí populace z pohledu Ministerstva práce a sociálních věcí jsou podpora podnikání všech osob, podpora tvorby strategií zaměstnavatelů vůči starším zaměstnancům a zvýšení jejich zaměstnanosti, podpora rodiny, zlepšování funkčního zdraví seniorů, zabránění diskriminaci na základě věku, ochrana seniorů v rizikových situacích (ochrana proti zneužívání a násilí), zvyšování povědomí lidí o stárnutí a stáří (vytvoření vhodných informačních a komunikačních nástrojů k tomuto účelu) a rozvoj spolupráce mezi státní správou, regionální a místní samosprávou, neziskovými organizacemi a sociálními partnery. Jedna ze zásadních otázek při přípravě společnosti na stárnutí a vytváření věkově inkluzivní společnosti je zabránění diskriminaci na základě věku a ageistickým stereotypům ve společnosti. Jednou z výzev je proto poukázat na potenciál, přínos a roli starších lidí v rodině, ekonomice a celé společnosti a dále je rozvíjet a podporovat.

2. POJEM ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST

V této kapitole si nejprve vymežíme základní pojmy. Podíváme se na to, co to je vlastně životní spokojenost, well-being a subjective well-being. Dále se budeme zabývat faktory, které životní spokojenost ovlivňují. A na závěr si řekneme, jak se ona životní spokojenost vlastně dá měřit a zkoumat.

Životní spokojenost, well-being

Životní spokojenost je jedním z klíčových pojmů v širší oblasti psychologie osobní pohody (well-being). Pojem well-being lze nalézt např. v definici zdraví dle Světové zdravotnické organizace WHO. Zdraví je zde chápáno jako nepřítomnost nemoci, ale hlavně jako „stav úplné tělesné, duševní a společenské pohody“ (Kebza, Šolcová, 2005), kterou označuje právě za well-being. V české terminologii se dále používají termíny jako pocit blaha, subjektivní komfort, prožitek osobní pohody a podobně. Kebza a Šolcová duševní pohodu řadí mezi afekty, nálady a osobnostní rysy. Kromě toho pojem osobnostní pohoda zahrnuje také postojovou složku. Upozorňují na dvě úrovně osobní pohody, to na složku sociální a složku individuální. Tato pak zahrnuje její strukturu a dynamiku. Well-being tedy v pojetí těchto dvou autorů obsahuje tři složky:

- 1) emotivní složku,
- 2) kognitivní složku,
- 3) postojovou složku.

Blatný považuje životní spokojenost za hlavní složku osobní pohody. Dále ji definuje jako vědomé a globální hodnocení vlastního života jako celku, kdy pojem globální spokojenost značí další kognitivní složku osobní pohody. Ovšem nepovažuje ji za celkovou životní spokojenost (Blatný, 2005). Za významný faktor životní spokojenosti považuje pozitivní hodnocení vlastní osoby a dále také temperamentové charakteristiky osobnosti.

Hnilica uvádí definici celkové spokojenosti se životem jako lineární a aditivní funkce spokojenosti v jednotlivých oblastech, k nimž patří rodina, sousedé, přátelé, zdraví, práce. Řadí sem i spokojenost v subjektivních oblastech života, ke kterým navíc přidává sociální postavení a ekonomický statut.

Mezi autory nepanuje shoda při snaze o definici životní spokojenosti, ale většina přístupů se shoduje v tom, že zdůrazňuje subjektivitu hodnocení. Autoři se ale ve většině shodují na faktorech, které k životní spokojenosti přispívají (viz. kapitola 2.1)

Subjective well - being

Pojem Subjective well - being (SWB) A. Grob (in Hnilica, 2004), tvůrce Bernského dotazníku subjektivní pohody, *rozlišuje habituální a aktuální životní pohodu*. Aktuální životní pohodu označuje jako stav, kterého lze dosáhnout přímo, pozitivními zážitky, nebo nepřímo, prostřednictvím eliminace nebo omezením nepříznivých podmínek. Habituální pohoda je poté výsledkem uspokojování přirozených potřeb a motivů člověka. Jakékoliv vzdalování se od možného uspokojení má za následek prožívané nepohodlí. Aktuální SWB se odvíjí od v přítomnosti aktivních faktorů, které svým působením zprostředkovávají pozitivní zážitky, či eliminují zážitky nepříznivé.

SWB jako kognitivní zkušenost je tvořen srovnáním aktuálního životního stavu jedince s očekávaným, s ideálním stavem. Rozdíl mezi těmito dvěma stavy pak tvoří index SWB. Pokud je index SWB nulový nebo pozitivní, zažívá daný jedinec pocit uspokojení.

Emocionální stránku subjective well-being tvoří aktuální každodenní zkušenosti, které jsou jedincem vyhodnocovány jako emočně pozitivní nebo jako negativní. Pocit spokojenosti zde pak tvoří výsledek rozdílu mezi pozitivními a negativními zážitky. Emoční složka je dle něj dána souhrnem nálad, emocí, afektů, které mohou být příjemné i nepříjemné.

Již výše jsme zmiňovali autory Kebzu a Šolcovou. Tito autoři uvádějí 4 složky subjektivního pocitu osobní pohody. První složku tvoří *psychická osobní pohoda* v užším slova smyslu. Ta je tvořena *emočními a kognitivními dimenzemi*, mezi které patří pozitivní a negativní efektivita, dále štěstí, životní spokojenost, psychosomatické symptomy, nálada, shoda mezi očekávanými a dosaženými životními cíli a další. Další složky tvoří *sebeúcta* (self-esteem), *sebeuplatnění* (self-efficacy) a *osobní zvládnání* (personal control, mastery).

2.1. Faktory ovlivňující životní spokojenost

Faktory, které ovlivňují životní spokojenost, se stali terčem zájmu výzkumů posledních čtyř desetiletí. Například Wilson (in Diener, 1999) ve své práci shrnul, že šťastná osoba je: „*mladá, zdravá, s kvalitním vzděláním a dobrým platem, extravertní,*

optimistická, bezstarostná, věřící, vdaná či ženatá, s vysokou sebeúctou, vysokou pracovní morálkou, obou pohlaví, s nenáročnými aspiracemi a různými stupni inteligence“.

Nyní si vyjmenujeme faktory, které se podařilo prokázat v různých výzkumech, a pak se jimi budeme věnovat podrobněji:

- 1) demografické faktory jako manželství, rodina, vzdělání, pohlaví, zaměstnání, příjem a věk,
- 2) faktory chování a projevů chování. To znamená sociální kontakt, aktivity, životní události,
- 3) osobnostní faktory jako jsou sebeúcta, temperamentové charakteristiky, inteligence, internalita, optimismus, pozitivní iluze,
- 4) biologické faktory: zdraví a podobně.

2.1.1. Demografické faktory

Věk

Diener a Suh (Diener, 1999) zkoumali, jak se s postupujícím věkem mění životní spokojenost, pozitivní a negativní efektivita. Zajímavým zjištěním bylo, že s věkem docházelo k poklesu pozitivní efektivity, avšak současně k mírnému vzrůstání životní spokojenosti. Skutečnost, že nedochází k poklesu životní spokojenosti se zvyšujícím se věkem, svědčí o schopnosti přizpůsobit se měnícím se podmínkám.

Pohlaví

Na základě studií zabývajících se vlivem pohlaví na životní spokojenost a úroveň SWB je možné učinit obecný závěr, že mezi pohlavími neexistují významné rozdíly v prožívání životní spokojenosti a SWB. Ovšem Eaten a Kessler (in Diener, 1999) uvádí fakt, že ženy jsou ve srovnání s muži náchylnější k depresím a vykazují vyšší negativní emocionalitu. Tento fakt vysvětlují tím, že pro ženy je typické silnější a častější prožívání pozitivních i negativních emocí, než je tomu u mužů. Prostřednictvím intenzivnějšího prožívání pozitivních emocí u žen dochází k vyrovnání jejich vyšší negativní emotionality, což ústí do úrovně SWB, jež je podobná té u mužů.

Manželství a rodina

Lidé žijící v manželství vypovídají o větší míře štěstí než ti, kteří nikdy nebyli vdaní či ženatí, jsou rozvedení, žijí odděleně nebo jsou ovdovělí. Dále byla prokázána

obousměrnost vztahu mezi manželstvím a životní spokojeností. To znamená, že spokojení a šťastní lidé mají větší pravděpodobnost, že vstoupí do svazku manželského, a naopak. Dále to znamená, že manželství přináší řadu výhod, které přispívají ke zvýšení životní spokojenosti. Studie, které se zabývali vztahem mezi rodičovstvím a SWB, nebyly již natolik optimistické. Většina studií totiž poukazovala na nevýznamný a dokonce negativní vztah mezi rodičovstvím a životní spokojeností (Diener, 1999).

Vzdělání

Korelace mezi vzděláním a SWB byly prokázány v mnoha studiích. Vzdělání více ovlivňuje životní spokojenost u lidí s nižším příjmem a u lidí z chudých zemí. Předpoklad, že vzdělání může být spojeno s životní spokojeností, pouze nepřímo podporují studie, které naznačují, že volný vztah mezi vzděláním a SWB se stává nevýznamným nebo dokonce negativním, pokud je kontrolován příjem nebo pracovní statut (Campbell, 1976, in Diener, 1999), Vzdělání každopádně může vykazovat jiné nepřímé vlivy na SWB. Prostřednictvím vzdělání se může zvyšovat životní spokojenost tehdy, když právě vzdělání člověku umožňuje lépe plnit jeho cíle nebo se lépe adaptovat na změny v okolí. Clark a Oswald zjistili, že lidé s vyšším vzděláním nesou nezaměstnanost hůře než lidé se vzděláním nižším (Diener, 1999).

Zaměstnání

Je zřejmé, že práce souvisí s životní spokojeností, protože poskytuje pocit smysluplnosti, optimální úroveň stimulace a zároveň umožňuje navazování pozitivních sociálních vztahů.

I když spolu práce a životní spokojenost korelují, je spíše důležitější než to, zda a v jaké míře je člověk spokojený se svou prací fakt, zda člověk vůbec práci má či nikoliv (Diener, 1999). Nezaměstnaní lidé se potýkají s větším stresem, vykazují nižší životní spokojenost a vyšší míru sebevraždnosti než lidé zaměstnaní. Campbell, Converse, Rogers (in Diener, 1999) zjistili, že nezaměstnaní lidé jsou nejnešťastnější skupinou ze všech zkoumaných, i když byly kontrolovány rozdíly v příjmech. Co se týče naší skupiny seniorů, je odchod do důchodu zcela specifický faktor. Senior odchází do důchodu, čímž de facto opouští své současné zaměstnání. U seniorů, pro které byla práce vším, dochází zejména k snížení SWB. Při vyrovnání se s touto novou situací dochází postupně k zvyšování životní spokojenosti (Kebza, Šolcová, 2005).

Příjem

Vztah mezi výší příjmů jedince a SWB byl zkoumán z mnoha pohledů. V práci Dienera, Horwitze a Emmons bylo prokázáno, že taktéž u extrémně bohatých lidí je efekt příjmu na SWB malý, což nepotvrzuje skutečnost, že bohatší lidé jsou šťastnější než lidé chudí. Dále se ukazuje, že zvýšení platu není nevyhnutelně spojeno s růstem SWB. Autoři uvádí, že většinou, pokud dojde ke změnám platu, dochází také k přechodnému zvýšení či snížení SWB, zejména pokud změna v příjmu vyústí v neschopnost plnit své vlastní cíle nebo neumožňuje zajištění bazálních potřeb. Dle adaptační teorie se však lidé po nějakém čase adaptují na novou úroveň platu.

Všechny výzkumy potvrdily, že mezi příjmem a SWB neexistuje silná kauzalita. Chudoba ovlivňuje SWB hlavně tehdy, když lidé nemají dostatek financí na to, aby zajistili uspokojení svých bazálních potřeb. A lidé, kteří si cení svých peněz více než čehokoli jiného, jsou se svým životem méně spokojeni. V našem případě by mohl být příjem zajímavým činitelem. A to z toho důvodu, že se příjem a celá finanční situace s odchodem do důchodu více méně významně mění (Diener, 1999).

Religiozita

Vztah mezi religiozitou a SWB byl prokázán celou řadou studií. Religiozita poskytuje sociální i psychologický užitek. Náboženské zážitky mohou pomoci člověku najít význam nejen v každodenním životě, ale také v těžkých životních krizích.

2.1.2. Faktory chování a projevů chování

Osobnostní faktory

Osobnostní faktory mají mezi faktory ovlivňujícími subjektivní pocit pohody, svou nezastupitelnou pozici. V přístupech zdola – nahoru se potvrdilo, že demografické faktory odpovídají jen za malou variaci v SWB, a tak se pozornost výzkumníků zaměřila na zjišťování osobnostních proměnných. Toto je tedy přístup shora – dolů. Osobnost je jedním z nejsilnějších prediktorů SWB, snad i tím nejdůležitějším.

Sebeúcta

Sebeúcta je jedním z nejvýraznějších prediktorů životní spokojenosti. Campbell a kol. v roce 1976 prokázal, že spokojenost se sebou samým vykazovala největší korelaci s životní spokojeností ze všech možných proměnných. Diener uvádějí,

že tato korelace je vyšší v individualistických státech. Dále je velice zajímavé zjištění, že pokud jsou lidé nešťastní, pak jejich sebeúcta klesá. Toto naznačuje, že mezi sebeúctou a SWB existuje vztah obousměrný.

Temperamentové charakteristiky

Temperamentové rysy, které vzbuzují největší zájem, jsou extraverte a neuroticismus. Výzkum prokázal, že extraverti a emočně stabilní osoby jsou spokojenější se svým životem než introverti a neurotici. Extraverte je spojena s prožíváním pozitivních emocí a neuroticismus s prožíváním emocí negativních.

Z dlouhodobého hlediska jsou temperamentové charakteristiky spolehlivějším prediktorem životní spokojenosti než objektivní životní události. Lykken a Tellegen (in Diener, 1999) tvrdí, že 40 % až 55 % variace v současném SWB může být vysvětleno geneticky, a až 80 % dlouhodobého SWB je způsobeno dědičnou výbavou. Na základě těchto závěrů existuje předpoklad, že někteří lidé mají genetické predispozice k tomu, aby byly šťastní nebo nešťastní.

Intelligence

Vztah mezi inteligencí a SWB není zcela jednoznačný. Někteří autoři ve svých výzkumech došli k názoru, že tento vztah je spíše pozitivní, a nebo nulový. Diener se domnívá, že negativní efekt intelligence na SWB u některých lidí může být způsoben tím, že vyšší IQ se sebou nese vyšší aspirace, touhu po dosažení cílů a vědomí alternativ.

Optimismus

Zde si povíme o teorii dispozičního optimismu. Autory této teorie jsou Scheier a Carver (in Diener, 1999). Teorie dispozičního optimismu tedy reprezentuje optimismus jako generalizovanou tendenci očekávat příznivé výsledky v životě. Člověk, který očekává úspěchy, se snaží o splnění cíle, který si stanovil. Oproti tomu je pak člověk, který očekává výsledky negativní, neúspěch. Ten se od svých stanovených cílů oprostuje. Toto následně vede k tomu, že optimisté jsou v dosahování svých cílů úspěšnější, což má za následek prožívání vyšší životní spokojenosti.

Pozitivní iluze

Pozitivní iluze podporují naši schopnost starat se o druhé, schopnost být spokojený a šťastný. Dále podporují motivaci, vytrvalost v úkolech a efektivnější výkon.

U lidí s nízkou sebeúctou a depresí tyto iluze zjištěny nebyly. Pozitivní iluze jsou tedy typické pro spokojené a psychicky zdravé lidi. Naopak negativní iluze vedou k různým psychickým onemocněním.

Sociální kontakt

Studie, které se zabývaly vztahem mezi životní spokojeností a sociální aktivitou, se ve svých výsledcích neshodují. Vztah mezi sociálním kontaktem a SWB je zřejmě složitější, než by se mohlo zdát. Je možné, že nejenom více sociálního kontaktu vede k pocitu štěstí, ale také, že šťastnější lidé více a raději chodí do společnosti (Diener, 1999). Nyní se na tuto oblast ovlivňující životní spokojenost podíváme z pohledu seniorů. Pro jedince, který odchází do důchodu, se v této oblasti mnohé změní. Odborníci často hovoří o tom, že odchod do důchodu je, obdobně jako u žen na mateřské a rodičovské dovolené, prožívan jako určitá izolace a vyloučení. Důležitým faktorem odchodu ze zaměstnání je, že dochází ke ztrátě kontaktu se svými kolegy a částečně i přáteli. Právě sociální kontakt, respektive jeho nedostatek, je často to, co snižuje spokojenost a osobní pohodu seniorů.

Životní události

Životní události vykazují mírný vztah k životní spokojenosti. Dle modelu dynamického ekvilibria Headyho a Wearinga (Blatný, 2004) mají lidé hladinu SWB v rovnováze, a tato hladina je ovlivňována temperamentovými charakteristikami osobnosti. Vnější životní události mohou způsobit změny v úrovni hladiny SWB pouze pokud se významně odchýlí od běžné životní zkušenosti. Po nějakém čase se těmto novým okolnostem lidé přizpůsobí, a potom se hladina SWB opět vrací na svou obvyklou úroveň. Jednou z mnoha významných životních událostí ve stáří je ztráta životního partnera.

Aktivita

Aktivitou se zabývá aktivační teorie. Podle této teorie způsobuje pocit štěstí to, když se člověk angažuje v nějaké činnosti či aktivitě. Podle různých výzkumů to ale není tak jednoznačné. Podle Dienera mohou být rozporuplné výsledky vysvětleny velmi širokým a nejasným konceptem aktivity, který zahrnuje velikou šíři jevů jako je například sociální kontakt, dále fyzické aktivity, účast v organizacích, koníčky a podobně.

2.1.3. Biologické faktory – zdraví

Efekt zdraví na SWB dále závisí na individuálním vnímání situace. Pokud člověk trpí vážnými zdravotními problémy, následuje pokles SWB z nemožnosti plnění důležitých cílů. Jestliže však není onemocnění natolik vážné, člověk se na nemoc adaptuje a nemusí dojít ke změnám v SWB. Campbell (in Diener, 1999) uvádí ve svém výzkumu, že ačkoli respondenti označovali zdraví jako nejdůležitější faktor pro jejich štěstí, spokojenost s vlastním zdravím se ukázala až osmým nejsilnějším prediktorem pro celkovou životní spokojenost.

3. ZMĚNY A POTŘEBY V PROCESU STÁRNUTÍ A VE STÁŘÍ

Dříve se lidé nedoživali vysokého věku, opravdu starý člověk byl spíše výjimkou a ve většině společností osobou váženou, uznávanou z důvodu s léty získaných životních zkušeností a moudrosti. Avšak od poloviny XX. století populace jako celek stárne, početní zastoupení seniorů se zvyšuje. Mnozí jedinci moderní společnosti, která vyznává kult mládí, akcentuje výkon a mnohdy zachází až k ageismu. Nejspíš proto, že se obávají vlastního stáří, resp. nechtějí si je připustit.

Mnohem lepší, prospěšnější a účinnější přístup ke stárnutí a stáří je stejně tak jako u jiných jevů, dějů a událostí *získání potřebných informací a zajištění preventivních opatření*. Není nutné, aby se člověk ani této poslední vývojové etapy života bál – ale je potřebné, aby na ni byl včas a dobře připraven.

Je nepopíratelným faktem, že stárnutí nese s sebou zhoršení tělesného i duševního stavu jedince, avšak – jak uvádí Vágnerová (2007, s. 311 – 315) – proces somatické i psychické involuce „*bývá individuálně variabilní z hlediska času, rozsahu i závažnosti projevů*“. Jednou z příčin těchto interindividuálních rozdílů jsou *genetické dispozice* (základ tzv. *primárního stárnutí*), rychlost stárnutí je ovlivňována také *vnějšími faktory* (vedou k tzv. *sekundárně podmíněnému stárnutí*), do průběhu stáří se promítá i způsob prožití všech předcházejících životních etap. Pokud člověk prodělal různé nemoci, mohlo již dříve dojít k negativnímu ovlivnění tělesných funkcí či ke vzniku chronických nemocí, a proto „základním znakem nemocnosti ve stáří je *polymorbidita*, to znamená, že starší lidé dost často trpí větším počtem různých, zpravidla chronických onemocnění“ – ať již somatických nebo i psychických potíží.

Velice důležitý je *subjektivní postoj seniora k vlastním potížím*: přizpůsobit se svým současným možnostem a přijmout, dodržovat příslušná omezení. K uchování vlastní sebeúcty i ke vstřícnému přijímání ze strany sociálního okolí přispívá též soustavně dbát o svůj zevnějšek (samozřejmě včetně osobní hygieny), nerezignovat na svůj dosavadní způsob života, neustrnout ve svém rozvoji ani ve stáří.

Období pravého stáří se část starších lidí nedožívá. Změny, kterým se musí starý člověk přizpůsobovat, jsou takovou zátěží, že jsou někdy téměř nezvládnutelné. Diferenciace v možnostech adaptace na stáří pokrývají velmi široké spektrum.

Na jedné straně jsou lidé, kteří jsou ceněni pro svou moudrost a nadhled, na druhé straně lidé, kteří jsou poznamenáni značnými psychickým i somatickým úpadkem. Typické zátěžové situace pravého stáří jsou podle M. Vágnerové (2000, s. 492):

- a) **nemoc a úmrtí partnera** spojená se sociální izolací a pocitem opuštěnosti,
- b) **zhoršení zdravotního stavu** spojený s postupnou ztrátou soběstačnosti a očekáváním smrti,
- c) **ztráta jistoty soukromí a vynucená změna životního stylu** (častá hospitalizace, přemístění do ústavní péče, např. domova pro seniory).

3.1. Biologické změny v procesu stárnutí

Člověk je z tohoto pohledu „starý“ tehdy, když jednotlivé části a orgány lidského těla částečně vypovídají službu, ochabují, nepracují tak, jak by si jejich vlastníci přáli.

Pohybový systém prodělává v období stárnutí a stáří mnoho změn. Jako typický jev u stárnoucích lidí, projevující se po celé období stáří, označují Čížková a kol. (2001, s. 131) *pokles tělesné hmotnosti a výšky*. Pokles hmotnosti souvisí s proměnami tělesných proporcí (šířka ramen, pánve) a zmenšením váhy kostry, vnitřních orgánů a zejména svalstva. Pokles tělesné výšky způsobují degenerativní změny chrupavky, atrofie kostí a sesedání meziobratlových plotének. Klesá rychlost, pružnost a hbitost pohybů, což zvyšuje riziko úrazovosti. Časté jsou zlomeniny – právě z důvodu snížené pohyblivosti a dále z důvodu vyšší lomivosti kostí. „*Ubývá také svalová výkonnost a souhra neuromuskulárního aparátu, která negativně ovlivňuje motorické dovednosti jedince.*“

Přehled některých významnějších *somatických změn* a jejich důsledků podává Mühlpachr (2004, s. 23–24). Změny ve *složení organismu* charakterizuje atrofie tkání se zmnožením vaziva a tuku, dále je to úbytek netučné tělesné hmoty (tzv. lean body mass), až o 25 % se zvyšuje obsah tělesného tuku a mobilizace tuku je ztížena, zmenšuje se objem celkové tělesné vody, vápník se ukládá ve tkáních a proniká do membrán a buněk. Pokud se jedná o *řízení organismu*, jsou oslabeny a zpomaleny regulační mechanismy, ubývají funkční rezervy, zhoršují se adaptační schopnosti a odolnost vůči zátěži. *U pohybového aparátu* se objevuje pokles svalové síly a úbytek kostní density (hustoty), stárnutí chrupavky a poruchy stereotypu chůze zapříčiněné zhoršením hlubokého cití a pohybové koordinace.

Klevetová a Dlabalová (2008, s. 20) uvádějí pro období stáří tyto změny v pohybovém systému: snižuje se tělesná výška, oplošťují se a vysychají meziobratlové ploténky, projevuje se úbytek kostní hmoty. Vazivo je stále méně pružné, tuhnou chrupavky – a to zvláště v kloubech. Svalová hmota ubývá a také klesá svalová síla. Zmenšuje se rychlost nervových vzruchů, což způsobuje horší řízení svalové práce. Následně jsou tedy pohyby seniorů pomalejší, „řídnu“ a křehnou jim kosti, vzrůstá riziko úrazovosti a fraktur. Páteř starého člověka se více ohýbá, jedinec se hrbí. Toto způsobuje zejména atrofie meziobratlových plotének a ochabování svalů kostry – snižuje se jejich pružnost, rychlost a síla svalových stahů. Naopak *činnost hladkých svalů postižena není*, fungují do vysokého věku – *kromě hladkého svalstva cév*, kde ke tvorbě změn přispívá zejména styl stravování a pohybu během dosavadního života jedince. Cévy se zužují vlivem ukládání tuku a vápníku a může docházet až k ischemii (nedokrevnosti) příslušné části těla. Nejvíce takto postiženy bývají tepny na nohách a tepny mozku.

V **kardiopulmonálním systému**, tedy v oblasti srdce a plic, také zaznamenáváme úbytek funkčnosti – Čížková a kol. (2001, s. 132) jej charakterizují následujícím výčtem: *srdce má snížené výkonnostní maximum* (proto také je u třetiny seniorů ischemická choroba srdeční nejčastější příčinou úmrtí), *funkčnost plic se výrazně zhoršuje* u kuřáků a nebezpečí plicního kolapsu hrozí zvláště seniorům upoutaným na lůžko.

Onemocnění **cévního systému**, *kornatění tepen* se může objevit v každém věku, ale patologický projev nastává až ve vyšších věkových kategoriích, přičemž problematické je to, že doba do výskytu příznaků či obtíží bývá dosti dlouhá. Arterioskleróza u seniorů se projevuje nejenom ztrátou fyzických sil, ale bohužel také – či zejména ztrátou psychických schopností. Důležitá je prevence: úprava stravy a nevystavování se stresu.

Příčiny a důsledky snížené funkce srdce a plic upřesňují a vysvětlují Klevetová a Dlabalová (2008, s. 20 – 21): tělo seniora přijímá menší množství kyslíku z důvodu *menšího rozsahu pohybů hrudníku*, snižuje se vitální kapacita plic. Méně výkonné srdce přečerpává zmenšený objem krve a následně *klesá průtok krve ostatními orgány*. Tento jev nejvíce postihuje ledviny. Trpí i cévy – jejich stěna se ztenčuje, mizí elasticita (pružnost), vzniká kornatění, které svými důsledky ovlivňuje celý organismus. V souvislosti s potížemi ohledně pružnosti cév se hovoří o tzv. *pružníkové hypertenzi ve stáří*, kdy je vysoký systolický tlak, tepny „rostou“ do šířky i délky, naopak klesá jejich elasticita, čímž dochází k narušení regulace tlaku krve. Menší výkonnost levé komory srdeční způsobuje při zatížení levostranné selhávání srdce, které se projevuje plicní

dušností. *Méně výkonný řasinkový epitel* (výstelka) plicních cest zapříčiňuje častější infekce cest dýchacích.

V přehledu změn u oběhového systému ve stáří uvádí Mühlpachr (2004, s. 24 – 25) výše již popsané snížení průtoku krve všemi orgány a změny na tepnách a v levé komoře srdeční. Dále hovoří o *menším urychlování tepové frekvence*, zmiňuje *zánik buněk převodního systému* v srdci (vznikají poruchy tvorby vzruchů) a *degenerativní změny chlopní* (způsobují ukládání vápníku do chlopní, důsledkem je nekvalitní průtok krve). Ve vztahu k respiračnímu systému popisuje autor tyto změny: „*zvýšení dechové práce, zvětšení mrtvého prostoru* a pokles vitální kapacity plic, *snížení citlivosti dechového centra ke změnám krevních plynů* a snížení aktivity řasinkového epitelu“.

3.2. Psychické změny v procesu stárnutí a ve stáří

Psychický stav stárnoucího člověka se pochopitelně mění. O tento jev se člověk zajímá již od počátků dvacátého století. Se stářím klesá energie a vitalita většiny jedinců. Staří lidé se mohou zdát podráždění, jejich koordinace se zhoršuje. Zhoršuje se také jejich mluva. Zdá se být pomalejší, koktavá. Práce trvá člověku déle. Tím se tedy pochopitelně snižuje jeho produktivita v daném oboru a kvůli tomu se setkáváme s častými problémy se zaměstnáním starších lidí. Psychický stav starého člověka je úzce individuální.

Cílem druhé poloviny života je podle C. G. Junga vyrovnat se s jeho koncem, tj. se smrtí. Starý člověk je proto ve větší míře zaměřen do minulosti. Jeho postoj k sobě je převážně bilancující, nemá už tendenci něco měnit. Svůj život změnit nemůže a zpravidla nechce, aby se měnil okolní svět. Je to svět, jehož se může cítit spolutvůrcem. To, co prožil a uskutečnil, může zůstat v nějaké formě zachováno. K přijímání stáří uvádí Bromley (Holásková, 1999, s. 145) několik strategií:

- a) **Konstruktivní** jako optimální přístup ke stáří, kdy se člověk se stářím smířil a snaží se svým tělesným a duševním možnostem přizpůsobit. Postoj k životu ve stáří je optimistický, snaží se o soběstačnost, tolerantnost, přizpůsobivost novým situacím.
- b) **Závislost** projevující se očekáváním péče ze strany druhých lidí. Centrem zájmu starého člověka se stává vlastní osoba. Své problémy zveličuje, což mu umožňuje snadnější manipulaci s lidmi, kteří jsou v jeho blízkosti.

- c) **Obranný postoj** zaujímají lidé, kteří se nechtějí smířit se svým stářím. Snaží se být soběstační, obávají se závislosti a hrozí se ztráty aktivního života. Sociální kontakty neudržují.
- d) **Nepřátelství** projevované hlavně vůči mladým lidem. Žijí většinou osaměle, stáří považují za nespravedlnost vůči své osobě. Nejsou a nebyli nikdy schopni tolerance, lásky, altruismu. Mají tendenci svalovat vinu za své potíže na druhé lidi. Jejich zájmová činnost spočívá v psaní anonymů, stížností a udání.
- e) **Sebenávist** bývá na rozdíl od předchozího přístupu ke stáří obrácená proti sobě. Smrt je považována za vysvobození ze svého promarněného života. Tito lidé jsou pesimističtí, jsou disponováni k depresím a k následným sebevraždám.

Duševní involuce se prolíná s involucí tělesnou. Biologický stav mozku a celého těla určuje duševní stav. Vedle celkového zpomalování duševní činnosti starých lidí, jako normálního projevu stárnutí, se přidružuje i stárnutí chorobné. Běžnými projevy stáří je menší pohotovost, důraz na přesnost a ne na výkon a špatné snášení změny.

Se stářím je spojeno **zhoršování zrakové a sluchové ostrosti**. Obtíže v oblasti vnímání mohou ve značné míře ovlivňovat i ostatní poznávací procesy. Starý člověk musí používat kompenzační pomůcky, musí se daleko více soustředit na to, aby uviděl a uslyšel to, co potřebuje pro orientaci. Zatížení vnímání zhoršuje pozornost a vede ke komunikačním problémům. Člověk, který špatně vidí a špatně slyší, nevyhledává sociální kontakt a v důsledku toho se může cítit osamělý.

Běžným projevem stárnutí jsou **poruchy paměti**. Ve stáří dochází k útlumu v ukládání i vybavování nových informací. Dochází k úbytku zapamatování zvláště v operativní nebo také epizodické paměti. Např. staří lidé si nepamatují, zda si brali lék. Staré zkušenosti zůstávají, proto jimi mohou kompenzovat nedostatky aktuální paměti. Úbytek paměti je větší u lidí s nižším vzděláním, kteří si v průběhu života paměť netrénovali. Naopak vysoká míra všípivosti i vybavení zůstává ve vysokém věku u herců, kteří se stále učí nové role. Přijatelná funkce paměti je důležitá pro uchování vlastní identity. Člověk, který nepoznává své okolí, nezná svou minulost a neví, kdo je, svou identitu ztrácí.

Úbytek rozumových schopností se může projevovat různým způsobem. Staří lidé si uchovávají schopnost používat dříve osvojené znalosti a způsoby uvažování. Větší úbytek postihuje tzv. fluidní inteligenci, tzn. schopnost zpracovávat nové informace

a hledat nová řešení. Snáze se uchovávají dříve získané znalosti, naučená řešení dříve známých situací, tzv. krystalická inteligence.

S psychickou involucí se kombinují různé **psychické poruchy**. Ve stáří se často vyskytují neurózy. Vede k nim zvýšená duševní citlivost, zranitelnost, bezbrannost, závažné ztráty a stresy. Velkou hrozbou stáří je podezíravost, která se může změnit v **chorobnou paranoiditu**. Ohrožuje převážně osamělé lidi a zhoršují ji nedostatky ve vnímání zvláště sluchovém. Člověk má pocit, že se o něm stále mluví, že je ohrožen, příbuzní se chtějí zmocnit jeho majetku atd. Typickou poruchou stáří je **demence**. Znamená větší úbytek rozumových schopností, než odpovídá věku. Jde o patologicky urychlenou involuci, při které však zůstává jádro osobnosti. Pacient je zmatený a ztrácí kontrolu nad svými pudovými reakcemi. S věkem přibývá také depresí, tj. chorobných smutků, mučivých duševních bolestí, spojených s neklidem a úzkostí. Někdy vznikají jako reakce na těžkou ztrátu, *např. smrt životního partnera*, jindy se objevují po těžkém onemocnění, které pacienta vyčerpává. Jsou však také deprese endogenní, jejichž příčina není známá. Jde snad o kombinaci stresu a poruchu mozkové biochemie. Deprese mohou vést k sebevraždě zvláště u těch lidí, kteří se je snaží skrývat.

Potřebu seberealizace může starý člověk uspokojit **potvrzením svého významu pro potomky**. Život dětí a vnuků mu přináší mnohé podněty a zážitky, které by jinak neměl. Vztah k dětem a vnukům je jedním ze zdrojů uspokojení citové jistoty a představuje určité rodinné zázemí. Staří lidé mohou prožívat úspěchy svých potomků jako své vlastní. Obě mladší generace jsou tak součástí i pokračováním vlastního života. Vztah mezi dospělými dětmi a jejich rodiči však získává **jinou symetrii**. Nejprve lze hovořit o relativní symetrii, kdy na počátku důchodu pomáhají rodiče svým dětem s výchovou vnuků a jsou autoritou pro vnuky, v době dospívání vnuků se projevuje stále větší závislost stárnoucí generace na svých dětech i vnucích, až se dostanou do stádia, kdy se pro ně vlastní děti stávají autoritou. Nejmladší generace získávají novou dominantní roli. K projevům prarodičů bývají někdy tolerantnější než jejich rodiče. Osobní proměnu starého člověka akceptují s menšími problémy, nedráždí je tolik iracionální potřeby prarodičů, protože k nim přistupují s jinou zkušeností než střední generace.

Psychické změny ve stáří jsou podmíněny různými chorobnými změnami organismu. Většinu starých lidí postihuje **arteroskleróza**, která se projevuje změnami v emočním prožívání, zhoršováním koncentrace, pozornosti, unavitelností, **zhoršováním paměti**. V rámci progresu onemocnění ztrácejí staří lidé schopnost řešit problémy běžného

života. Některé změny mají i nepříznivé sociální důsledky. Staří lidé se stávají hašteřivými, nerudnými, netrpělivými a nesnášenlivými. Zhoršuje se také riziko cévní mozkové příhody a dalšího poklesu úrovně psychických funkcí, např. afázie, tj. porucha řeči, agnozie, tj. neschopnost poznat známé objekty, apraxie, tj. ztráta naučených dovedností (*neschopnost obléci se, about atd.*). Nápadné bývá také zhoršení paměti v důsledku **demence**, které může vést až k dezorientaci v známém prostředí. Projevem pokračující demence je i ztráta schopnosti logicky uvažovat. Vágnerová uvádí (2000), že demence je diagnostikována ve 3 - 6 % u osob ve věku 60 let, nad 65 let je demencí stíženo 4 - 6 % populace. Lidé nad 80 let trpí demencí ve 20 %. Nejčastěji jde o atroficko-degenerativní demence typu Alzheimerovy choroby nebo demence vaskulárního typu. Subjektivní zátěže, které přináší stáří, mohou vést k **neurotizaci**. Staří lidé trpí ve větší míře úzkostí, strachem a bezmocností. Pocit izolace, vážné onemocnění, úmrtí partnera mohou posléze vyústit i k sebevraždě. Ve věku nad 65 let se zvyšuje počet dokonaných **sebevražd** a jejich počet stoupá po 75. roce. Sebevražda je výrazem rezignace na další život. V pokročilém věku potřebuje člověk stále více pomoc při běžných každodenních činnostech.

Zralost a integrita starého člověka se projeví i v **připravenosti na smrt**. Téma smrti se stává s přibývajícím věkem stále častějším a aktuálnějším. O smrti se v našich sociokulturních podmínkách příliš nemluví. Většina lidí se se skutečnou smrtí vůbec nesešla, protože se nejčastěji umírá v nemocnici, případně jiné instituci. Smrt a umírání je chápáno jako něco, co se netýká příliš běžného soukromého života. Na konci svého života tak člověk nepotkává své blízké, ale profesionálně zdatné a emočně nezaujaté osoby. Málokdo z nás umí přirozeně reagovat na smrt a téměř všichni jsme v zajetí společenských zvyklostí, které nám neumožní adekvátně projevit svou bolest. Potřeby starých lidí se v bezprostřední blízkosti smrti mění (Vágnerová, 1995, Pichaud, Thoreau, 1998).

Některé však mají význam i v umírání. Jsou to zejména:

- a) **Potřeba citové jistoty.** Trpící člověk potřebuje mít jistotu, že o něho bude dobře postaráno, že nebude strádat bolestí apod. Potřebuje, aby mu někdo naslouchal. V blízkosti své smrti chce někomu něco sdělit, něco dát apod.
- b) **Potřeba smíření.** Umírajícího zatěžují i běžné podněty. Měl by mít zajištěno klidné prostředí bez obtěžování, např. lékařskými úkony.

- c) **Potřeba sebeúcty.** Blížící se smrt vyvolává úzkost. Umírajícímu by měl být dáván najevo respekt přijatelným způsobem jednání.
- d) **Potřeba otevřené budoucnosti** souvisí s přesahem vlastní existence. Umírající ji přenáší na své potomky. Snazší přístup k vlastní smrti mohou mít věřící, kteří smrt pojmají jako přechod z jedné formy existence k jiné.

3.3. Sociální změny v procesu stárnutí a stáří

Manželství starých lidí bývá spíše spokojenější než manželství lidí v produktivním věku. Společný život dvou lidí, kteří ho prožili vedle sebe, bývá založen na společných známých a konečně společných vztazích k dětem a vnukům. Méně je manželství nešťastných, kdy je prožíváno oboustranné zklamání společným životem. Protože lidé žijí déle, dochází i v pozdním věku k rozvodům a pozdním sňatkům. Ženy se průměrně dožívají vyššího věku než muži, v raném stáří žije proto více žen bez partnera. Osamělí muži v seniu trpí více než osamělé ženy, hůře se o sebe dovedou postarat. Pokud zůstává žít starý muž sám, ačkoliv je v jeho okolí řada stejně starých i o něco mladších žen bez partnera, je problém v něčem jiném, než v nedostatku zájmu o nový vztah.

Ožehavým tématem mezi muži a ženami v seniu je sexualita. Projevy sexuality u starých lidí bývají společností chápány jako něco nepatřičného. Postoj k sexualitě vlastních rodičů je z různých důvodů většinou problematický už od dětství. Přesto, jak uvádí naši sexuologové (Pondělíček, Tvaroh), sexuální život jiné intenzity než v mládí existuje nejen u sedmdesátníků, ale i ve vyšším věku. Sexuální život má ve stáří poněkud jiný význam než v mládí. Nejde už o to vybit sexuální tenzi, ale ujistit se hodnotou vlastního těla, jeho vitalitou a zdatností. Manželský partner má pro starého člověka vysokou hodnotu. Je stabilním společníkem, lze od něj očekávat podporu, porozumění, pomoc v nesnázích. Bez partnera by bylo hůř. Zdrojem vážné stresové situace ve stáří je jeho nemoc, která bývá prožívána jako vlastní ohrožení. Starý člověk se bojí ztráty partnera, jeho nemohoucnosti, protože to znamená velkou životní změnu a zátěž, se kterou se člověk ve stáří vyrovnává velmi obtížně. Ovdovělý člověk nemá pro koho žít, dochází k rozpadu denního režimu, ke ztrátě motivace něco dělat. Téma smrti nebývá pro starého člověka tak děsivé, jako pocit opuštěnosti a zvýšení pocitu osobní bezvýznamnosti.

Ve stáří dochází pod vlivem změny způsobu života k postupné **diferencované proměně či redukcii sociálních dovedností**, která může být v krajním případě chápána i jako proces desocializace. Tato proměna má individuálně specifický průběh, nápadnější se může stát až v pozdním stáří. Zejména po odchodu do důchodu vzrůstá společenská izolace, život seniorů se odehrává převážně v soukromí, zejména ve vlastní rodině. V této situaci staří lidé některé sociální dovednosti či návyky již nepotřebují, a proto je může postihnout stagnace nebo až úpadek. Naopak při náhlé či velké změně dosavadního způsobu života (např. z důvodu zhoršeného zdravotního stavu) musí odejít z vlastního bytu k dětem či do institucionální péče, vyvstává nutnost osvojit si sociální dovednosti a návyky nové, adekvátní změněné situaci.

V seniu (a ve spojitosti s výše uvedenými fakty) se **mění též způsob komunikace i morální uvažování, redukovány jsou sociální role**. Kvalitu komunikace mohou ovlivňovat změny v percepci a paměti, důležitou roli zde hraje i aktuální úroveň jazykových schopností a inteligence; zaznamenáváme specifčnost generační jazykové zkušenosti a komunikační stereotyp (zejména v komunikaci starších manželů). Pokud jde o změnu morálního uvažování a vztah seniorů k sociálním normám, lze říci, že lidé v tomto období bývají konzervativní, ulpívají na zažitých pravidlech, cítí se více ohroženi, uvědomují si svoji menší schopnost obrany, proto se často mohou dožadovat většího ohledu, být více podezřívání, očekávat nějaké bezpráví. V oblasti sociálních rolí trpí starší člověk zejména ztrátou sociální prestiže, zvyšuje se jeho závislost na blízkém okolí i společnosti jako celku, opouští svou profesi, často končí jeho partnerský život – role vdovy či vdovce, může se dostat i do role nemocného či zdravotně postiženého člověka (Vágnerová, 2007, s. 350–355).

Odchod do důchodu je jednou z největších sociálních změn ve stáří, odcházející jedinec je takto často eliminován na okraj společnosti; i když v osobním měřítku mívá penzionování různě velký význam, platí, že tato změna může ovlivnit strukturu potřeb, styl života i některé osobnostní složky. V každém případě se jedná o nelehký adaptační proces, který po jistou dobu trvá a odehrává se ve více fázích. Penzionování je *signálem přechodu* z produktivního dospělého věku *do stáří*, sociálním mezníkem. Období důchodu je *doba, která nemá jasně vymezený obsah* ani obecně platný smysl – a ten individuální si každý senior musí najít sám. Pocit životní pohody po odchodu do důchodu může být horší i lepší, ale také se nemusí měnit vůbec: roli zde hraje osobní vyrovnanost, která člověku usnadňuje přijetí faktu vlastního stárnutí a s ním spojených

dalších změn. Postoj k penzionování i jeho sociální dopad jsou *také podmíněny genderově*: obecně je nesou hůře muži než ženy. Záleží rovněž na *odpovídající přípravě a adaptaci na důchod*, následně též na *naplňování psychických potřeb*: dostatečný přísun smysluplných podnětů, zorientování se v nové životní situaci, smysluplné aktivity, dostatek naplňujících sociálních kontaktů, mít kam patřit a být pozitivně přijímán, dokázat nahradit ztrátu profesní role jinými vhodnými a uspokojujícími způsoby seberealizace (Vágnerová, 2007, s. 355 – 367).

„Velkým problémem pozdního stáří bývá sociální izolovanost a z ní vyplývající osamělost. Pokles soběstačnosti vede ke zvýšení závislosti na jiných lidech a leckdy i k vynucené změně života. Umístění do instituce představuje specifickou zátěž, jejíž zvládnutí určitou dobu trvá. Život v domově důchodců bývá nejčastěji prožíván ambivalentně. Očekávání smrti a představa umírání je velmi významným tématem pozdního stáří, i když jde nejčastěji o strach z dlouhého a subjektivně neúčelného utrpení. Hledání smyslu smrti je stejně náročné jako hledání smyslu života.“ (Vágnerová, 2007, s. 435)

Je zapotřebí připomenout či spíše zdůraznit ještě jeden, jiný úhel pohledu na stárnutí a stáří: senioři jsou v mnohém ohroženi a znevýhodněni proti osobám v mladším věku. Mühlpachr (2004, s. 73) uvádí příčiny: „Ohroženost je vesměs nepřímo úměrná zdravotnímu a funkčnímu stavu, přímo úměrná osamělosti, resp. sociální izolaci, společenské necitlivosti a rozháranosti (anomický stav společnosti s nízkou mírou kontroly, relativizací hodnot, nízkou autoritou policejních orgánů).“ Dále autor upozorňuje na oblast osobní bezpečnosti, kde seniory ohrožují jak neúmyslné nehody a úrazy, tak v současnosti bohužel vzrůstající úmyslná násilná a jiná trestná činnost na seniorech páchaná, objevují se případy zanedbávání a týrání (tzv. syndrom EAN - Elder Abuse and Neglect). Může se jednat o tělesné týrání, citové a psychické týrání, sexuální zneužívání, finanční a majetkové zneužívání, zanedbání (opomenutí) péče, systémové ponižování a některé nežádoucí formy ošetřování – např. nevhodné či nadměrné podávání tlumivých psychofarmak (Mühlpachr, 2004, s. 7 - 77). Jako nejčastější trestné činy páchané na seniorech Mühlpachr uvádí: „*kapesní krádeže, krádeže vloupáním do bytů, domů, sklepů, rekreačních objektů, automobilů*. Dále *loupeže, podvody, vydírání a úmyslné ublížení na zdraví*.“ A jak je možné těmto činům zabránit nebo ještě lépe, jak jim předcházet?

Mühlpachr (2004, s. 87) zastává tento názor: „*Za optimální řešení prevence násilí na seniorech a v rodinách vůbec považujeme výchovu ke zdravému sebevědomí, zodpovědnosti za své chování, volbě vhodného partnera, samostatnosti a toleranci, a to již od dětství.*“

Žít navyklým způsobem ve vlastní domácnosti mu do jisté míry umožňuje **pečovatelská služba**. Zásadní změnu představuje umístění do **domova pro seniory** nebo jiné instituce. Přináší to ztrátu soukromí a s tím spojené vazby na domov, jako místo určitých životních jistot. Obyvatel domova důchodců má také nižší sociální status než starý člověk ve vlastní domácnosti. Přítomnost konce života je zde větší. Francouzští autoři C. Pichaud a I. Thareaová (1998) uvádějí typický proces adaptace na nedobrovolné umístění do domova důchodců, který poněkud připomíná dětskou separační úzkost.

- a) Fáze odporu, negativismus, nepřátelství vůči komukoliv, hledání viníků.
- b) Fáze zoufalství a apatie, která následuje, když starý člověk zjistí, že jeho odpor nevede k ničemu.
- c) Fáze vytvoření nové pozitivní vazby. Někdy se podaří najít pozitivní vztah k některému z obyvatel domova důchodců, případně k někomu z personálu.

4. TYPY SLUŽEB A ZAŘÍZENÍ PRO OSOBY V PROCESU STÁRNUTÍ

Vzhledem ke změnám, které se v procesu stárnutí a stáří odehrávají, např. snížení soběstačnosti jedince nebo prodloužení rekonvalescence po zranění, je třeba, aby byly poskytovány služby, jež budou mít na zřeteli tento změněný stav a poskytnou svým uživatelům veškerý komfort, a to jak v oblasti zdravotnické, tak v oblasti sociální. Neopomenutelnou je hospicová a paliativní péče, kde lékaři a sestry připravují pacienty na poslední etapu života.

4.1. Zdravotnické služby

Základními zdravotnickými službami pro osoby v procesu stárnutí a stáří jsou geriatrická ambulance a léčebny dlouhodobě nemocných. Tato zařízení poskytují péči s ohledem na věk a odlišné potřeby respondentů, které byly popsány v kapitole „Změny a potřeby v procesu stárnutí a stáří“.

Geriatrická ambulance

Geriatric je lékařský obor zabývající se léčbou a rehabilitací seniorů. Tyto osoby potřebují specifický přístup vzhledem k odlišnému průběhu nemoci a snížené adaptaci nemocných.

Léčebna dlouhodobě nemocných (LDN)

V těchto zařízeních jsou hospitalizováni klienti vyšší věkové skupiny, kdy základní diagnóza je často spojena s demencí, Alzheimerovou chorobou a poruchami chování ve stáří, a proto neustále rozvíjíme odborné znalosti, a to jak po stránce odborného ošetřovatelství, tak i vzdělávání lékařů na seminářích s touto tematikou. Rehabilitační péči je věnována zásadní důležitost, protože tato činnost je základem léčby dlouhodobě nemocných pacientů. Cílem je intenzivní rehabilitace, zvláště pacientů po cévní mozkové příhodě (CMP), traumatech a ortopedických operacích.

4.2. Služby sociální péče

Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování.

Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí. Poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni zajistit zdravotní péči osobám, kterým poskytují pobytové služby v zařízeních sociálních služeb. Tuto povinnost plní formou zvláštní ambulantní péče poskytované podle zvláštního právního předpisu prostřednictvím zdravotnického zařízení nebo, jde-li o ošetrovatelskou a rehabilitační zdravotní péči, prostřednictvím svých zaměstnanců, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštního právního předpisu.

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou:

- a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- d) poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování,
- e) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- f) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- g) sociální poradenství,
- h) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- i) sociálně terapeutické činnosti,
- j) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- k) telefonická krizová pomoc,

l) nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu a soběstačnosti.

Standard péče je určen zákonem č.108/2006sb. o sociálních službách (http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf).

4.2.1. Terénní a ambulantní služby

Centra denních služeb

V centrech denních služeb se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- b) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- c) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- d) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- e) sociálně terapeutické činnosti,
- f) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Denní stacionáře

V denních stacionářích se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služby obsahují tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- c) poskytnutí stravy,
- d) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,

- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Osobní asistence

Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně,
- c) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Tísňová péče

Tísňová péče je terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností. Služba může být poskytována též jako součást jiných sociálních služeb, zejména osobní asistence a pečovatelské služby. Obsahem služby je poskytnutí nebo zprostředkování pomoci.

Průvodcovské a předčitatelské služby

Průvodcovské a předčitatelské služby jsou terénní nebo ambulantní služby poskytované osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku nebo zdravotního postižení v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Služby mohou být poskytovány též jako součást jiných služeb. Účelem služby je zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

Sociálně aktivizační služby jsou ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením. Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- b) sociálně terapeutické činnosti,
- c) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob se zdravotním postižením, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních nebo ambulantních služeb. Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,
- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- c) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

4.2.2. Pobytové služby

Ústav (institute) je pobytové zařízení, ve kterém se skupina profesionálních zaměstnanců stará o skupinu lidí, kteří jsou nějakým způsobem znevýhodněni vůči většinové populaci. Ústavní (institucionalizovaná) péče zahrnuje veškerou péči poskytovanou v institucionalizovaném zařízení (nemocnice, domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, hospic, léčebna dlouhodobě nemocných, apod.).

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče

Ve zdravotnických zařízeních ústavní péče se poskytují pobytové sociální služby osobám, které vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní péče, pokud jim není zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou, ani jim nelze zajistit poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb. Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- d) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) aktivizační činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Týdenní stacionáře

V týdenních stacionářích se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služby obsahují tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,

- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- d) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- g) sociálně terapeutické činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Domovy pro seniory

V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) aktivizační činnosti,
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Domovy se zvláštním režimem

V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- d) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) aktivizační činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení. Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- b) poskytnutí ubytování,
- c) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- d) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

4.3. Paliativní a hospicová péče

Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevyлéčitelnou chorobou v pokročilém

nebo terminálním stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým. Podrobně o paliativní péči hovoří Doporučení 23. Výboru ministrů Rady Evropy (2004) O organizaci paliativní péče a Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě (2009) doporučené Evropskou asociací pro paliativní péči.

Potřeby pacientů v pokročilých stádiích nevyléčitelných nemocí a z nich plynoucí potřeba paliativní péče závisí na:

- a) základním onemocněním,
- b) stupni jeho pokročilosti (pokročilá, ale relativně kompenzovaná stadia, preterminální a terminální stadia onemocnění),
- c) přítomnosti více závažných onemocnění současně,
- d) pacientově věku a sociální situaci (míra sociální podpory ze strany rodiny a přátel, finanční situace apod.),
- e) psychickém stavu (kognitivní a emoční stav, míra informovanosti, duchovní orientace atd.).

Podle komplexnosti péče nutné k udržení dobré kvality života je účelné dělit paliativní péči na obecnou a specializovanou. (<http://www.umirani.cz/definice-paliativni-pece.html>)

4.3.1. Obecná paliativní péče

Obecnou paliativní péčí rozumíme dobrou klinickou praxi v situaci pokročilého onemocnění, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich jednotlivých odborností. Jejím základem je sledování, rozpoznání a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu pacientova života (např. léčba nejčastějších symptomů, respekt k pacientově autonomii, citlivost a empatická komunikace s pacientem a jeho rodinou, manažerská zdatnost při organizačním zajištění péče a při využití služeb ostatních specialistů, zajištění domácí ošetrovatelské péče atd.). Obecnou paliativní péčí by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti.

4.3.2. Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče je aktivní interdisciplinární péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče

speciálně vzdělání a disponují potřebnými zkušenostmi. Poskytování paliativní péče je hlavní pracovní náplní tohoto týmu. Základní formy specializované paliativní péče:

- a) zařízení domácí paliativní péče, tj. domácí (případně „mobilní“) hospic,
- b) hospic jako samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči,
- c) oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení (tj. především v rámci nemocnic a léčeben),
- d) konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení (nemocnice nebo léčebny),
- e) specializovaná ambulance paliativní péče,
- f) denní stacionář paliativní péče („denní hospicový stacionář“),
- g) zvláštní zařízení specializované paliativní péče (např. specializované poradny a tísňové linky, zařízení určená pro určité diagnostické skupiny atd.).

Hospic

Hospic dříve býval útulek pro poutníky, v současné době poskytuje specializovanou paliativní péči především pacientům v preterminální a terminální fázi nevyléčitelného onemocnění (obvyklá délka pobytu je 3 až 4 týdny). Zaměstnanci hospice kladou důraz na individuální potřeby a přání každého klienta a v případě lůžkového hospice také na vytvoření prostředí, v němž by pacient mohl zůstat až do konce života v intenzivních vztazích se svými blízkými. Tohoto cíle je mimo jiné dosahováno snahou o osobitou a domácí atmosféru hospice, maximálním soukromím pacientů (obvykle jednolůžkové pokoje), volným režimem pro návštěvy a dobrou dopravní dostupností hospice.

Hospice hrají v dosavadním rozvoji paliativní péče klíčovou roli. Díky dotačnímu programu Ministerstva zdravotnictví mohlo být v ČR v posledních 15 letech vybudováno 14 lůžkových hospiců. Další lůžkové hospice se budují. Hospice mohou být i domácí, v naší zemi pomalu také vznikají. Některé lůžkové hospice rozvíjejí kromě lůžkové péče také domácí hospicovou péči, respitní péči a intenzivní edukační činnost. Vliv a význam současných hospiců tak významně přesahuje pouhý objem poskytnuté lůžkové paliativní péče. (<http://www.umirani.cz/co-je-hospic.html>)

PRAKTICKÁ ČÁST

5. VÝZKUM

V dnešní době roste poptávka po službách zdravotní a sociální péče v důsledku zvyšování počtu osob v seniorském věku. Ne všichni senioři jsou z hlediska zdravotního stavu schopni samostatného života. Rodiny seniorů jsou často odkázány na časově náročnou práci, aby mohly dostát vlastním závazkům, což jim neumožňuje celodenní péči o zestárlého příbuzného. Musejí tedy volit některé ze služeb sociální péče, ať už se jedná o službu ambulantní, terénní nebo pobytovou. Jak už bylo řečeno v teoretické části práce, staří lidé preferují zachování větší míry soukromí a proto je jejich umístění do domova nebo do domova se zvláštním režimem např. dům s pečovatelskou službou, radikálním, i když někdy nezbytným krokem. Psychika starých lidí může být v důsledku vytržení z přirozeného prostředí otřesena. Mohou být podráždění a nepřátelští. Z toho důvodu je důležité, aby prostředí v těchto službách bylo prostředím důstojným k životu a aby míra spokojenosti seniora a kvalita jeho života byly co možná nejvyšší.

5.1. Cíle výzkumu

Naším cílem bylo seznámit se s typy služeb, problematikou jejich poskytování a především se spokojeností osob, které jsou z nejrůznějších důvodů nuceny tyto služby využívat. Rovněž jsme se chtěli seznámit s plánováním služeb sociální péče v olomouckém kraji a vývojem poptávky po nich. **Druhým cílem** bylo charakterizovat skupinu osob, které z nejrůznějších důvodů využívají tyto služby a zjistit míru jejich závislosti na péči druhých.

Zabývali jsme se také **faktory**, které dle našeho názoru ovlivňují spokojenost se službami sociální péče. Stejně tak jako nás zajímal vliv kvality vztahů s okolím na pocit osamělosti u seniorů. V souladu s tím jsme stanovili hypotézy.

5.2. Stanovení hypotéz

- H1** Častějšími klienty vybraných pobytových zařízení pro seniory budou ženy.
- H2** V míře soběstačnosti existují rozdíly mezi pohlavími. Muži budou častěji závislí na pomoci druhých než ženy.
- H3** Respondenti s dobrým duševním stavem mají vyšší vitalitu než jedinci se špatným duševním stavem.
- H4** Respondenti s dobrým zdravotním stavem mají vyšší vitalitu než jedinci se špatným zdravotním stavem.
- H5** Respondenti, kteří mají vyšší frekvenci styků s rodinou, trpí méně pocitem osamělosti než respondenti, *kteří mají nižší frekvenci styků s rodinou.*

5.3. Místo, čas a průběh šetření

Jak už jsme se zmínili v předchozí kapitole, využití pobytových služeb představuje pro seniora radikální životní změnu. Ke svému šetření jsme tedy zvolili DpS a oddělení geriatrické Fakultní nemocnice Olomouc. Výzkum v DPS mi nebyl umožněn jeho vedením, protože se nejedná o ústavní zařízení, ale o městské domy zvláštního určení zřízené Krajským úřadem Olomouckého kraje. Výzkum v zařízeních specializované paliativní péče není z etických důvodů možný.

Samotnému výzkumu předcházela zevrubná prohlídka zařízení a seznámení s provozním řádem. Účel dotazníku byl respondentům řádně vysvětlen. Každému respondentovi jsme věnovali potřebný čas a dotazník s ním vyplnili. Pro zajištění dostatečného počtu respondentů jsme navštívili 4 zařízení. Konkrétně se jednalo o OLU Paseka, DpS Červenka, DpS POHODA Olomouc a oddělení geriatrické Fakultní nemocnice Olomouc. Fotografická dokumentace byla pořizována průběžně a se souhlasem vedení jednotlivých zařízení a dotazovaných respondentů.

Výzkum probíhal od února 2011 do května 2011. Po telefonické domluvě a osobní schůzce s ředitelem zařízení, bylo nutné podat písemnou žádost. Dotazník byl předložen ke schválení. Co se týče vzorku respondentů, výběr nám nebyl umožněn. Všichni respondenti nám byli doporučeni zaměstnanci příslušných zařízení s ohledem na jejich zdravotní a psychický stav.

5.3.1. Charakteristika srovnávaných zařízení

Pro obsáhlejší charakteristiku zařízení byla užita jak data získaná na magistrátu města Olomouce, tak i data z prospektů jednotlivých zařízení, které jsme získali během šetření, stejně tak jako data, která jsou dostupná na internetových stránkách navštívených zařízení.

OLÚ Paseka

OLÚ Paseka se nachází nad obcí Paseka. Obec Paseka je podhorská obec rozkládající se na úpatí Nízkého Jeseníku. Ústav je umístěn v klidné lokalitě. **Odborný léčebný ústav v Pasece** poskytuje lůžkovou zdravotní péči na odděleních transpiračních a repiračních nemocí (TRN), LDN, rehabilitace a sociální hospitalizace. Dále poskytuje ambulantní zdravotní péči (plicní, chirurgická, rehabilitační, neurologická a praktického lékaře). Komplementární služby zajišťuje laboratoř v OLÚ Paseka a potravinářská kontrola Uničov. Jedná se o laboratoř biochemickou a hematologickou. Další z poskytovaných služeb je rentgenové zařízení (RTG).

Zemská plicní léčebna Paseka jako předchůdkyně OLÚ Paseka byla založena v roce 1915, přesně 16. 10. 1915 kdy přijala první nemocné tuberkulózou. Její vznik odstartoval císařský výnos z roku 1902, na základě něhož došlo k posouzení nejvýhodnějších klimatických podmínek pro výstavbu plicní léčebny. Byl vybrán jihozápadní svah Moravského Jeseníku u obce Paseka a Moravský zemský sněm rozhodl o vybudování léčebny tuberkulózy v této lokalitě. V roce 1913 začaly stavební práce, které byly přerušeny v důsledku vypuknutí I. Světové války. V únoru 1915 bylo rozhodnuto obnovit výstavbu a 16. 10. byl zahájen provoz, k dispozici bylo 137 lůžek pro tuberkulózní vojíny. V letech 1918 - 1925 probíhala léčba osob vojenských i civilních. V období let 1926 - 1927 došlo k rozšíření lůžkové kapacity na 275 lůžek. K hlavním nedostatkům v té době patřily velké a mnohalůžkové pokoje, chybějící kulturně – společenské místnosti, poddimenzovaná hospodářská část, nedostatek obytných budov a sanitárních zařízení. V letech 1945 - 1948 byl ústav spravován Zemským národním výborem, lůžková kapacita zvýšena na 340 lůžek. Od roku 1954 do roku 1957 byl ústav pod hlavní správou léčebných a lázeňských ústavů.

V roce 1993 došlo k dalšímu snížení stavu lůžek TRN na 110, kapacita LDN představovala 190 lůžek, z toho 84 s rehabilitačním zaměřením. V devadesátých letech byly realizovány významné stavební a technologické změny v OLÚ Paseka

jako např.: nový vodní zdroj (1992), rekonstrukce ambulancí (1993) modernizace biochemické laboratoře (1993), nový provoz hydroterapie (1994) s rehabilitačním bazénem, dostavba jídelen na odděleních LDN (1994), zakoupena moderní zdravotnická technika (Biomag, RTG ovladač, biochemický analyzátor, denzitometr, plamenový fotometr, sprchovací hydraulická lůžka), část pracovišť byla vybavena počítačovou technikou, rozšířen rozvod medicínálních plynů atd. V návaznosti na změnu lůžkové kapacity TRN ze 125 lůžek na 110 došlo k přemístění plicního oddělení I. do 3. poschodí s následnou rekonstrukcí terasy. V roce 1996 byla dokončena rekonstrukce stravovacího provozu a prádelny. Koncem 90. let proběhla rekonstrukce rehabilitace - elektroléčby a individuálních pracovišť pro rehabilitaci, modernizace čističky odpadových vod (ČOV), regulace plynové kotelny, pokoje pacientů byly vybaveny polohovacími lůžky, z části elektrickými, byla obnovená fasáda na budově ústavu a proběhla rekonstrukce rentgenového pracoviště s moderní technologií od firmy Philips. V roce 2000 byla uvedena do provozu počítačová síť na odděleních TRN a ambulancním provozu. Zrekonstruoval se kinosál, centrální sterilizace a pracoviště ergoterapie. V roce 2001 byl přestavěn pavilón odd. VIII, kde bylo zřízeno oddělení sociálních hospitalizací a byly rozšířeny kapacity s rehabilitačními lůžky.

Domov pro seniory Pohoda

Posláním Domova pro seniory je poskytnout zázemí, pocit důstojnosti, bezpečí a pomoci lidem, kteří nemohou svou sociální a zdravotní situaci řešit vlastními silami v přirozeném domácím prostředí. Domov pro seniory je určen pro seniory nebo pro osoby se zdravotním postižením. V Domově pro seniory se poskytují pobytové služby seniorům, kteří mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby a tato péče jim nemůže být zajištěna členy jejich rodiny ani pečovatelskou službou nebo jinými službami sociální péče. Kapacitu DpS tvoří 200 uživatelů služeb v těchto věkových kategoriích 50 - 64 – **dospělí**, 65 - 79 – **mladší senioři**, 80 a více – **starší senioři**.

Domov pro seniory Červenka

Domov pro seniory Červenka je příspěvkovou organizací Olomouckého kraje, který vykonává zřizovatelskou funkci. Základním účelem a předmětem činnosti organizace je poskytování komplexních služeb sociální péče starým a zdravotně postiženým občanům. Domov je určen především pro staré občany, kteří dosáhli věku rozhodného

pro přiznání starobního důchodu a pro ty, kteří pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují celodenní komplexní péči, kterou jim nemohou zajistit členové jejich rodin ani pečovatelská služba či jiné formy služeb sociální péče. V rámci komplexní péče je zde uživatelům poskytováno ubytování, stravování, praní prádla, úklid aj. služby, zdravotní a rehabilitační péči, sociální péči, kulturní vyžití. Stěžejním místem obou oddělení je budova v Července, kde se nacházejí jednotlivé administrativní a provozní úseky (ekonomický, hospodářský, provozní, lékařský, zdravotní a sociální). Dále je v ní umístěna kuchyně, prádelna, údržba a zahrada. Provoz domova je nepřetržitý a zajišťuje ho 82 zaměstnanců. Domov je vnitřně členěn na dvě části. První část je oddělení Červenka, kde žije 101 uživatelů a druhá část je oddělení Litovel, kde žije 64 uživatelů. Celková kapacita domova je 165 míst z toho je 109 ošetrovatelských. Přestože DpS Červenka patří mezi větší ústavy, snaží se všichni jeho zaměstnanci vytvořit uživatelům takové prostředí, které s sebou ponese „ducha“ domácího prostředí v tom pravém slova smyslu, ne podobnému tomu, které měl každý uživatel ve svém domově. Budova je po částečné rekonstrukci a je umístěna naproti vlakovému nádraží (hlavní trasa Olomouc – Praha) v blízkosti je umístěna autobusová zastávka (trasy Uničov – Červenka – Litovel). V nedaleké restauraci s letním posezením najdou potřebné občerstvení ti, kteří přijeli navštívit své blízké. V místním kostele, který sousedí s domovem, je čtyřikrát v týdnu sloužena mše svatá.

Geriatric Fakultní nemocnice Olomouc

Oddělení geriatric zajišťuje specifickou geriatrickou péči o nemocné vyššího věku s exacerbací akutní i chronické nemoci, medicínu chronických stavů s dlouhodobějším léčebným i rehabilitačním programem. Stávající kapacita lůžkového fondu je 55 lůžek. Jednotka 46 má kapacitu 21 lůžek, jednotka 47 má 19 lůžek. Obě oddělení jsou smíšená, mužská i ženská. Jednotka 48 provozuje 15 lůžek, z technických důvodů je oddělení pouze ženské. Průměrná doba hospitalizace je 18 až 19 dní. Maximální doba pobytu je někdy 30 až 40 dní, poté klienti odcházejí do domácí péče, LDN nebo jiných sociálních zařízení. Zdejší geriatric, dříve LDN, je v provozu od roku 1985. Poskytovala léčebnou, rehabilitační a ošetrovatelskou péči u seniorů nad 60 let.

V loňském roce bylo přijato 854 nemocných, ambulantně ošetřeno bylo 2745. Úspěšně byl rozvíjen v léčebné i diagnostické péči specifický geriatrický režim a byly uplatněny moderní trendy geriatrického ošetrovatelství.

Průběžně byly plněny požadavky k akreditaci pracoviště a sledovány indikátory kvality. V srpnu 2009 bylo pracoviště úspěšně akreditováno Spojenou akreditační komisí České republiky. Zvláštní pozornost byla věnována kvalitě a etice poskytované zdravotní péče. Pravidelně byly pořádány klinické postgraduální semináře pro lékařský i nelékařský zdravotnický personál akreditované Českou lékařskou komorou.

6. METODIKA ŠETŘENÍ

Pro účely výzkumu byl použit dotazník č.1 „Dotazník životní spokojenosti“ sestavený jen pro účely této práce. Dále standardizovaný dotazník všedních činností podle Barthelové. S ohledem na možnosti seniorů byly dotazníky vyplněny při řízeném rozhovoru s klienty oslovených zařízení.

6.1. Definice vybraných metod

V této části práce jsou definovány obě použité metody tj. dotazník a rozhovor. Obě metody jsou definovány z hlediska více zdrojů. V případě dotazníku byla použita definice podle Chrásky, viz 6.1.1 Dotazník. Jako podpůrný zdroj byl použit web podporovaný agenturou ACC Art, který poskytuje uživatelům internetu zevrubný návod pro sestavení dotazníku stejně tak, jako obsahuje rady pro oslovení respondentů a samotnou definici výzkumné metody.

6.1.1. Dotazník

Dotazník je jedním z nejběžnějších nástrojů pro sběr dat pro různé typy průzkumů. Skládá se ze série otázek, jejichž cílem je získat názory a fakta od respondentů. Oproti jiným typům průzkumů (jako například osobní nebo telefonický rozhovor, pozorování, skupinový rozhovor atd.) je možné prostřednictvím dotazníku získat informace s mnohem menší námahou. Výsledná data je možné jednodušeji zpracovávat. Přes tyto výhody může být sestavení a správné vyhodnocení dotazníku dost obtížné, obzvláště pokud jej nezpracovává odborník. Otázky mohou být špatně formulovány, navržené odpovědi nemusí poskytovat potřebný prostor pro validní odpovědi, forma nebo obsah dotazníku může odradit od dokončení jeho vyplňování a nakonec ani výsledky nemusí být dostatečně relevantní pro naplnění cíle dotazování.

Podle Chrásky (1998, s. 89) je možné dotazník definovat jako „*soustavu předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaný (respondent) odpovídá písemně*“. Chráska (2007, s. 163 – 164) připomíná, že této metodě bývá často oprávněně vytýkáno, že nezjišťuje pedagogickou realitu, tj. jací respondenti ve skutečnosti jsou, ale jen to, jak sami sebe vidí, nebo jak chtějí, aby byli viděni. Dále zdůrazňuje, že u dotazníku nehovoříme o „otázkách“, ale užíváme obecnější termín „*položky*“ (některé z nich mohou mít např. formu příkazu);

ty pak lze třídit podle různých kritérií: nejčastěji *dle cíle*, pro který je položka určena (obsahové a funkcionální), *dle formy* požadované odpovědi (otevřené a uzavřené) a *dle obsahu*, který položka zjišťuje (fakta; znalosti nebo vědomosti; mínění, postoje a motivy). Konstrukce dotazníku má splňovat určité požadavky, Chráska (1998) stanovuje následující:

- a) Položky dotazníku musí být jasně a srozumitelně formulovány, přičemž tato formulace musí být jednoznačná, tj. nepřipouštět chápání více způsobů.
- b) Dotazník by neměl být příliš rozsáhlý.
- c) Položky nesmějí být sugestivní.
- d) Je nutno si uvědomit, že ochota klienta spolupracovat se odvíjí od míry jeho motivace.
- e) Pokud dotazník vyplňuje klient, musí dotazník obsahovat jasné, krátké a srozumitelné pokyny k vyplnění.

Při řazení položek dotazníku preferujeme psychologické hledisko před hlediskem logickým a systémovým. Dotazník nesmí respondenta hned na začátku odradit. Měl by být srozumitelný, přehledný, lehce vyplnitelný. Rovněž je třeba věnovat pozornost správnosti užitého jazyka a typografické a grafické úpravě. *Cíl musí být přesně definován již na začátku šetření.* Pokud není přesně definován, může se stát, že průzkum nesplní očekávání. Cíl musí být především zjistitelný a srozumitelný. Běžně se uvádí délka dotazníku v rozmezí 40 až 50 otázek a doba vyplňování 20 minut, nicméně tolik času je ochoten věnovat vyplňování pouze velmi dobře motivovaný respondent. *Více než 20 otázek zpravidla dotazovanou osobu odradí.* Je vhodné udržet celkovou dobu vyplňování *pod 10 minut.*

Hlavní zásady formulování otázek:

- a) **Jednoznačnost** - formulovat výstižné a jednoduché věty. Je lepší vyvarovat se dvojitých záporů a nejednoznačných slov jako občas, někdy, několik apod.
- b) **Srozumitelnost** - používat jazyk cílové skupiny respondentů, vžít se do role dotazovaného. Například manažeři a mládež mají rozdílné způsoby vyjadřování a v mnoha oblastech používají odlišné pojmy.
- c) **Stručnost** - používat krátké, stručné věty.

- d) **Validnost** - ptát se na to, co skutečně potřebujeme zjistit. Jinými slovy: zdali odpověď na otázku pomůže dosažení stanoveného cíle průzkumu. Jinak je lépe otázku zcela vynechat.
- e) Nepoužívat **sugestivní otázky**, tj. takové, které svou formulací napovídají odpověď.
- f) Vyvarovat se **haló-efektu**, tj. řadě příbuzných otázek za sebou, kde se odpověď z první otázky přenáší i do ostatních.

(<http://www.dotaznik-online.cz/zaklady-dotazniku.htm>)

Otázky v dotazníku dělíme na tři základní typy. Jsou to otázky otevřené – umožňují volnou tvorbu odpovědi, uzavřené – výběr z několika variant odpovědi, polouzavřené (nebo také polootevřené) – jedná se o kombinace obou předchozích typů. Polouzavřené otázky kombinují výhody (ale také nevýhody) otevřených a uzavřených otázek. Polouzavřené otázka vznikne přidání varianty "jiné" do uzavřené otázky, která je vlastně otevřenou otázkou a umožňuje respondentovi volně vyjádřit svůj názor. Dále existují speciální typy otázek, např. „baterie otázek“, která sdružuje otázky na obdobné téma do jednoho bloku, respektive tabulky. Používá se zpravidla v kombinaci s hodnotící škálou. Baterie otázek výrazně urychluje a zjednodušuje vyplňování pro respondenta. Filtrační otázka umožňuje rozdělit dotazované na podskupiny a měnit tok otázek podle odpovědi na určitou otázku. Dále lze použít i tzv. projektivní otázky, tj. takové, které zastírají pravý důvod, pro který je otázka položena. Otázka bývá formulována tak, aby se neptala přímo na názor dotazovaného, ale na výpověď o jakoby něčem jiném, s čímž se dotazovaný podvědomě ztotožní. Používá se zejména tehdy, když očekáváme, že dotazovaný by záměrně nebo podvědomě podal nepravdivou odpověď. V některých dotaznících je vhodné používat otázky, které zjišťují tzv. lži-faktor, tj. ověření pravdivosti, respektive konzistentnosti předchozích odpovědí kontrolní otázkou.

Na začátku dotazníku by měly být zařazeny zajímavé otázky, které upoutají pozornost respondenta, uprostřed by se měly nacházet stěžejní otázky, jejichž vyplnění vyžaduje soustředění a na konci otázky méně závažné. Na začátku dotazníku by měl být stručný úvod, který by měl dotazovanou osobu slušně oslovit a požádat o vyplnění dotazníku, představit náplň dotazníku, naznačit význam odpovědí a smysl celého dotazníku (lidé neradi dělají věci, u kterých nevidí žádný smysl), a pokud možno zdůraznit přínos správného vyplnění pro samotného respondenta (více v části motivace), sdělit stručné

pokyny k vyplňování, je-li to nutné – obsáhlé pokyny mohou dotazovanou osobu odradit již na začátku, zmínit přibližnou délku vyplňování dotazníku, poděkovat za čas, který bude vyplňování věnovat. Na závěr dotazníku je vhodné poděkovat za čas strávený vyplňováním dotazníku. Je možné také připsat stručné pokyny k odevzdání dotazníku.

6.1.2. Dotazník č. 1

Dotazník je předkládán klientům v pobytových zařízeních a zjišťuje míru jejich životní spokojenosti. V záhlaví dotazníku jsou vedle oslovení uvedeny i stručné instrukce pro vyplnění. Na konci dotazníku jsou zjišťována základní demografická data jako je věk a pohlaví, vzdělání a rodinný stav, které slouží k základnímu rozdělení vzorku respondentů. Dotazník obsahuje 20 otázek rozdělených do tří oblastí. 5 otázek má ještě podrobnější podotázky pro upřesnění získaných dat.

1. část Zdraví – biologické potřeby je tvořena 7 otázkami a 5 podotázkami zaměřenými na oblast zdraví - biologických potřeb. Zajímalo nás, jak uživatelé hodnotí svůj zdravotní stav, vitalitu a nakolik jsou spokojeni s péčí o jejich biologické potřeby.

2. část Sociální potřeby tvoří 5 otázek a 3 podotázky, zaměřené na oblast sociálních potřeb. Otázky mapují, zda jsou respondenti spokojeni s ubytovacími službami, zda mají dostatek soukromí, stýkají-li se s rodinou.

3. část Psychické potřeby je tvořena 7 otázkami, zaměřenými na oblast psychických potřeb, především na vztahy s rodinou, personálem a ostatními uživateli služeb. Jak už bylo řečeno v teoretické části této práce, umístění seniora do pobytového zařízení může mít negativní dopady v oblasti vztahů s okolím. Senioři mohou k osobám v okolí pociťovat nepřátelství. Dále nás zajímalo kolik respondentů je věřících a zda se dá říci, že jim víra pomáhá.

Počet základních otázek v dotazníku je 20 a jeho vyplnění nezabere více než 15 minut. S ohledem na věk a zdravotní stav osob v seniorském věku byla většina otázek uzavřená, příp. polouzavřená a jen malou část tvořily otázky otevřené. Vyplnění dotazníku nebylo časově omezeno. Každému respondentovi jsem věnovala potřebný čas dle jeho potřeb.

6.1.3. Dotazník č. 2

V geriatrii pro posouzení soběstačnosti v současné době používáme nejčastěji modifikovaný test aktivit denního života dle Barthelové, který zahrnuje deset položek ohodnocených příslušnou bodovou hodnotou. Hovoříme o škále základních a instrumentálních aktivit denního života.

Pod pojmem základní (bazální) aktivity denního života rozumíme základní sebeobslužné aktivity, jejichž porucha vypovídá o potřebě ošetřování a péče. Jedná se o samostatné provedení hygieny, samostatné oblékání, používání toalety, inkontinenci, schopnost přesunu a pohybu, samostatně se najíst.

Z výčtu těchto základních sebeobslužných aktivit vyplývá, že vypovídají o základní sebeobsluze, ale nikoli o schopnosti žít zcela samostatně. Jde tedy o rychlou orientační metodu vyhodnocení stavu pro správné zvolení vhodné míry pomoci jedince.

U každé otázky jsou respondentovi nabízeny dvě až čtyři možnosti, které jsou ohodnoceny 0 – 15 body v závislosti na počtu možností u konkrétní otázky. Pokud má otázka dvě možné odpovědi, je hodnocena v bodovém rozpětí 0 – 5 bodů, pokud má tři možné varianty odpovědi je to 0 – 10 bodů, v případě 4 odpovědí je rozpětí 0 – 15 bodů. Nejvyšší skóre, tj. takové skóre, jehož může dosáhnout zcela soběstačný respondent, je 100 bodů. Podle počtu získaných bodů jsou respondenti děleni do 4 kategorií o bodovém rozpětí 0 – 40 bodů: silně závislý, 45 – 60 bodů: střední stupeň závislosti, 65 – 95 bodů: lehce závislý a 100 bodů: nezávislý. Tento dotazník je běžně přikládán k žádosti o sociální službu.

6.2. Návratnost dotazníku

Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků, z toho 117 bylo vyplněno a odevzdáno k vyhodnocení. Návratnost dotazníků byla vysoká, protože jsem se všemi respondenty dotazník osobně vyplnila při řízeném rozhovoru. Respondenti byli s otázkami spokojeni. Často jsem slyšela povzdech: „A to už je všechno?“ Respondenti byli rádi, že mladší generaci zajímají jejich potřeby. Rovněž měli radost z přítomnosti a návštěvy člověka pohybujícího se v jiném prostředí než v prostředí jejich zařízení. Ke každému respondentovi jsme přistupovali individuálně, věnovali jsme jim dostatečně potřebný čas k vyplnění obou dotazníků. Jelikož náš vztah k seniorům je velmi kladný a láskyplný, respondenti to vycítili a rozpovídali se i o jiných svých potížích. Také nám sdělovali své

radosti i starosti z osobního života. Největší radost měli z úspěchů svých dětí a ještě větší z úspěchů svých vnoučat.

6.3. Rozhovor

Interview, tedy metodicky vedený rozhovor, používáme jako jednu ze základních výzkumných metod. V technice rozhovoru (obdobně jako při dotazníku) se prostřednictvím předem zvolených otázek dozvídáme o jednotlivých dílčích jevech na základě odpovědí respondenta jakožto zkoumané osoby. Sledujeme tedy jeho verbální chování, které bylo vyvoláno položením konkrétní otázky, což má jistě svoje výhody, ale na druhé straně je nutné zvážit možné komplikace, které s sebou přinášejí možné zkreslení. To může nastat zejména tehdy, jestliže respondent otázku buď nepochopil, nebo pochopil jinak, než byla položena anebo jinak, než ji pochopili ostatní dotazovaní. Takové chyby velmi výrazně ovlivňuje i typ interview.

Miroslav Disman ve své publikaci *Vybrané techniky sociologického výzkumu, kapitola Rozhovor*, rozděluje dva základní typy rozhovorů z hlediska z jejich formální či neformální struktury na standardizovaný a nestandardizovaný. Standardizovaný je takový typ rozhovoru, ve kterém jsou předem dány neměnné otázky a jejich jasná formulace, přičemž musí být zachováno i přesné řazení otázek při rozhovoru, neboť i jiným pořadím kladení otázek lze ovlivnit (a případně i zkreslit) verbální chování respondentů. Výsledky z takového šetření jsou poměrně dobře srovnatelné, avšak Disman dále upozorňuje na skutečnost, že standardizovaný rozhovor nemůže být použit pro oblasti zkoumání, o kterých nemáme dostatek informací. Současně zde však existuje i nebezpečí, že se příliš zaměříme na jednotlivé izolované jevy, čímž nám mohou uniknout některé širší souvislosti, a proto je standardizovaný rozhovor lépe použit pro kvantitativní výzkumná šetření. Oproti tomu nestandardizovaný rozhovor umožňuje zaznamenat i širší souvislosti mezi zkoumanými fenomény, a dokonce i umožňuje vyloučit některé chyby, jež mohou vzniknout špatným porozuměním dotazovaného položené otázce. Jelikož však jediné, co je při tomto typu interview předem dané, je výhradně jen záměr výzkumu, je možné otázky (a jejich formulaci či pořadí) měnit podle situace, což na druhou stranu znesnadňuje (až znemožňuje) srovnávat výsledky jednotlivých respondentů. Proto se nestandardizované interview používá přednostně při kvalitativním výzkumu na rozdíl od kvantitativního, který již ze své podstaty musí počítat právě s dobrou srovnatelností. Mezi těmito dvěma klíčovými typy rozlišuje Disman ještě celou škálu

jiných druhů, z nichž za nejvýznamnější považuje polostandardizovaný. V něm mohou být některé části úplně strukturované a jiné naopak nestrukturované. Je také možné klást libovolné doplňující otázky, což může rovněž pomoci tam, kde respondent nepochopí (nebo pochopí špatně) některou z otázek.

Podle Dismana právě tento druh interview umožňuje sloučit výhody jak standardizovaného, tak nestandardizovaného rozhovoru. Zvláštním typem polostandardizovaného rozhovoru je i tzv. hloubkový rozhovor, jenž se často provádí za pomoci psychologických metod a postupů. Používá se takřka výlučně při kvalitativním výzkumu, avšak nedá se aplikovat na velké či rozptýlené výběrové vzorky, neboť je to velice pracný a poměrně i finančně a časově náročný typ šetření. Navíc jeho úspěšnost velmi závisí na znalostech, schopnostech a zkušenostech tazatele a rovněž i na ochotě respondentů spolupracovat. Konstruujeme-li otázky, musíme na jejich vytváření nahlížet z několika různých hledisek, z nichž Disman zmiňuje tyto: funkce otázek, otázky jako celek, obsahové a formální problémy jednotlivých otázek, zvláštní typy otázek, pořadí otázek a technická a grafická úprava otázek a formuláře. Hlavní funkcí otázek je především získat od respondenta co nejpřesnější odpověď, a proto je velmi důležité věnovat konstrukci jednotlivých otázek velkou pozornost. Důležité, jak autor zdůrazňuje, je také vzít v potaz skutečnost, že otázky nemůžeme konstruovat izolovaně, nýbrž se jimi zabírat i v širších souvislostech a zabývat se jimi jakožto jednolitým celkem. Je nutné vyvarovat se nadbytečných informací, které získáme, pakliže se ptáme na skutečnosti, které k testování předem sestavených hypotéz vůbec nepotřebujeme. Nepřímé a projekční otázky by tedy měly být používány zejména v kvalitativních výzkumech nebo v takových šetřeních, u kterých je pravděpodobné, že na ně budou respondenti odpovídat záměrně nepravdivě. Při konstrukci otázek je také třeba vzít v potaz působení tzv. sugestivních otázek. Za sugestivní otázky pak M. Disman pokládá takové, které „nemají neutrální povahu a které vyvolávají určitý smysl odpovědi častěji, než by se vyskytl, kdyby respondent vypovídal upřímně a spontánně“. Co však může sugestivní působení jednotlivých otázek vyvolat? Sugestivní působení mohou vyvolat již samotné zkoumané jevy, tendence ke stereotypním odpovědím, otázky obsahující či zdůrazňující jedinou možnost, zdůraznění nebo naopak zanedbání určité souvislosti, používání jmen osob s vysokou prestiží, obsah otázky vyvolávající silné emoce, příliš osobní nebo naopak neosobní znění otázek.

Někdy může být žádoucí využití působení sugestivních otázek takovým směrem, aby odpovědi co nejvíce vyvracely námi zkonstruovanou hypotézu. Když však přesto není hypotéza vyvrácena, má jistě větší nárok na platnost. Jednotlivé otázky se v rozhovoru nacházejí ve vzájemných souvislostech a i toto může být zdrojem možného zkreslení. Otázky podle autora měly být uspořádány do bloků, jejichž uspořádání by mělo mít jasnou logickou strukturu z pohledu dotazovaného. Proto se do rozhovoru někdy vkládají i zvláštní otázky, které se sice nebudou dále zpracovávat, ale mohou tvořit plynulý přechod mezi jednotlivými tematickými celky otázek, přičemž případně působí tak, aby respondent neprohlédl účel našeho počínání.

Důležitým aspektem je však také pořadí pokládaných otázek. Podle Dismana je zvlášť důležité věnovat pozornost právě první, úvodní otázce, jejímž účelem nemusí být vždy získání informací, ale především „získání“ respondenta pro spolupráci. První otázky by tedy měly být nejen zajímavé, ale také snadné, aby dostatečně vzbudily důvěru respondentů a navodily v nich pocit, že se vlastně nejedná o nic obtížného. Autor zde také zdůrazňuje, že je nutné vyhnout se jednotvárnosti, která může respondenty nudit a vyvolat v nich nechuť dále spolupracovat. Naproti tomu jako poslední je vhodné zařadit identifikační otázky vyžadující údaje jako věk, vzdělání apod. anebo otázky, které mohou být respondentem považovány za provokující či pobuřující. Po konstrukci otázek a jejich zařazení na různá místa rozhovoru se autor zaměřuje na přípravu referentského (záznamového) archu, jehož funkcí není jen zaznamenávání odpovědí, ale také může obsahovat různé pokyny pro tazatele. Jsou zde např. poznámky, jestli je možné otázku blíže vysvětlit nebo ji přeformulovat tak, aby jí respondent lépe porozuměl. Často zde bývá uveden závazný postup, jak rozhovor zahájit. V každém případě je však nutné zavázat se k dodržení anonymity. Jsou doporučovány některé role, které jsou víceméně univerzální – je to role výzkumného pracovníka a zejména pak úloha studenta.

Další skutečnost, kterou je třeba zdůraznit, je chování a vystupování respondenta. To by mělo být podle něj takové, aby se podařilo mezi tazatelem a dotazovaným navázat dobrý kontakt a udržovat jej, a na druhé straně by se však měl tazatel chovat tak, aby nijak sugestivně neovlivňoval výpovědi respondentů. To znamená, že tazatel nesmí schvalovat či neschvalovat (ani nonverbálně) postoje respondentů a ani s nimi nesmí „debatovat“ o tom, co sám si myslí. Tazatel by měl dále vystupovat rozhodně a nikoliv nesměle, dostatečně zdůraznit anonymitu šetření a také by měl respondenta na začátku rozhovoru uklidnit. Stejně tak je důležité, aby klid zachovával i tazatel, neboť i jeho nervozita může

průběh rozhovoru poněkud narušit. Velký vliv má jak čas, tak i místo rozhovoru, ale rovněž i přítomnost nějaké třetí osoby. Jak již bylo řečeno, jednotlivé odpovědi se zaznamenávají do referentského archu, přičemž u standardizovaných rozhovorů a zejména při práci s uzavřenými otázkami je tento záznam možný provést symbolicky (číslky nebo písmeny), na rozdíl od rozhovoru nestrukturovaného, jehož záznam klade mnohem vyšší nároky na zkušenosti a kvality tazatele.

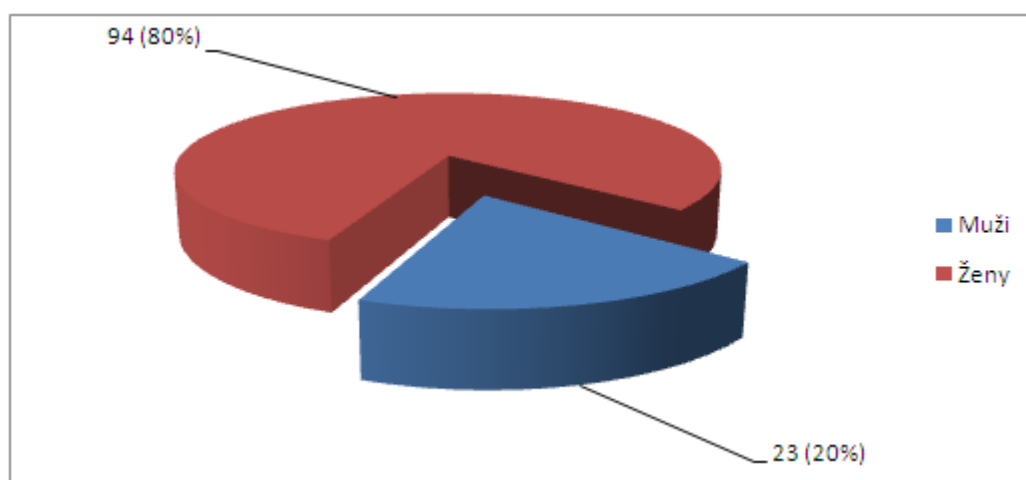
7. VYHODNOCENÍ ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Pro lepší přehlednost byla data získaná šetřením zpracována do tabulek. Každá z těchto tabulek obsahuje počet respondentů, kteří zvolili příslušnou odpověď, stejně tak jako vyjádření jejich počtu v procentech a procentuální četnost odpovědí v rámci obou pohlaví. Některé tabulky byly doplněny výšečovými a sloupcovými diagramy. Zpracovány byly jen ty podotázky, které měly u respondentů velký ohlas, a měli větší procento významnosti. Při procentuálním zpracování byl použit program Excel 2007. Hodnoty relativních četností byly zaokrouhleny na jedno desetinné místo.

7.1. Popis vzorku respondentů

Ze 117 vyplněných dotazníků, bylo 23 mužů, 94 žen. Nejmladšímu respondentovi ze vzorku bylo 53let, nejstaršímu bylo 94 let. Věkový průměr v osloveném souboru všech respondentů byl 80 let.

Graf č. 1 – Rozlišení podle pohlaví

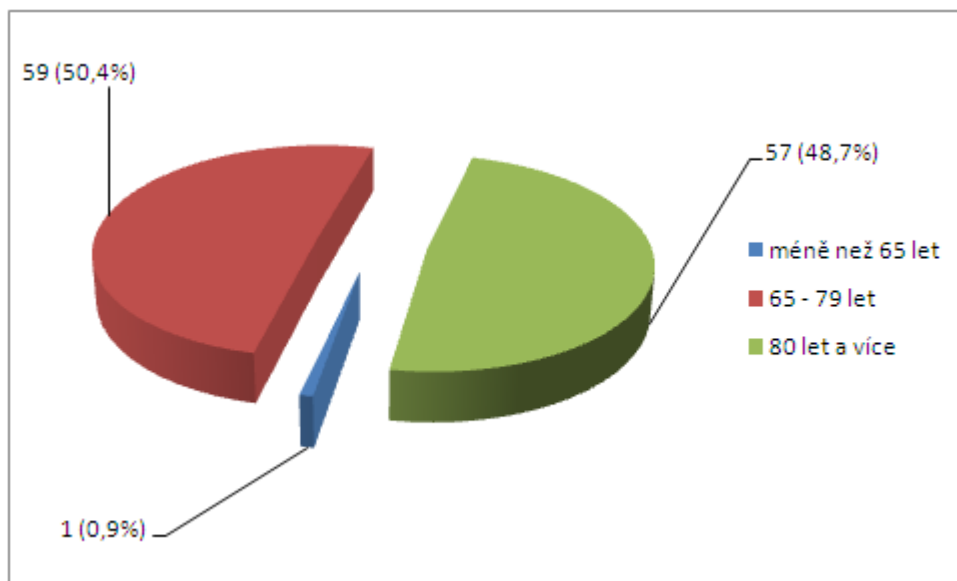


Respondenti byli podle věku rozděleni do tří kategorií. První skupinu tvořili respondenti **mladší 65 let**, druhou skupinu tvořili jedinci ve věku **od 65 do 79 let** a třetí skupinu byly respondenti ve věku **80 let a více**. V první věkové skupině byl jeden respondent ve věku 53 let. Z tohoto hlediska můžeme říci, že jedinci této kategorie nejsou typickými uživateli zmiňovaných služeb. Mezi druhou a třetí skupinou o věkových průměrech 74 a 86 let byl jen minimální procentuální rozdíl. S ohledem na získaná data můžeme říci, že klienti těchto dvou věkových skupin jsou nejčastějšími uživateli služeb zdravotních a sociálních zařízení.

Tabulka č. 1 - Procentuální zastoupení respondentu v rámci stanovených věkových skupin

<i>věk</i>	<i>četnost</i>	<i>rel. četnost</i>	<i>Ø věk ve skupině</i>	<i>četnost muži</i>	<i>četnost ženy</i>	<i>rel. četnost muži</i>	<i>rel. četnost ženy</i>
méně než 65 let	1	0,9	53 let	1	0	4,2	0
65 - 79 let	59	50,4	74 let	20	39	83,3	41,9
80 let a více	57	48,7	86 let	3	54	12,5	58,1
<i>Celkem</i>	<i>117</i>	<i>100</i>	<i>/</i>	<i>24</i>	<i>93</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Graf č. 2 - Rozlišení podle věku

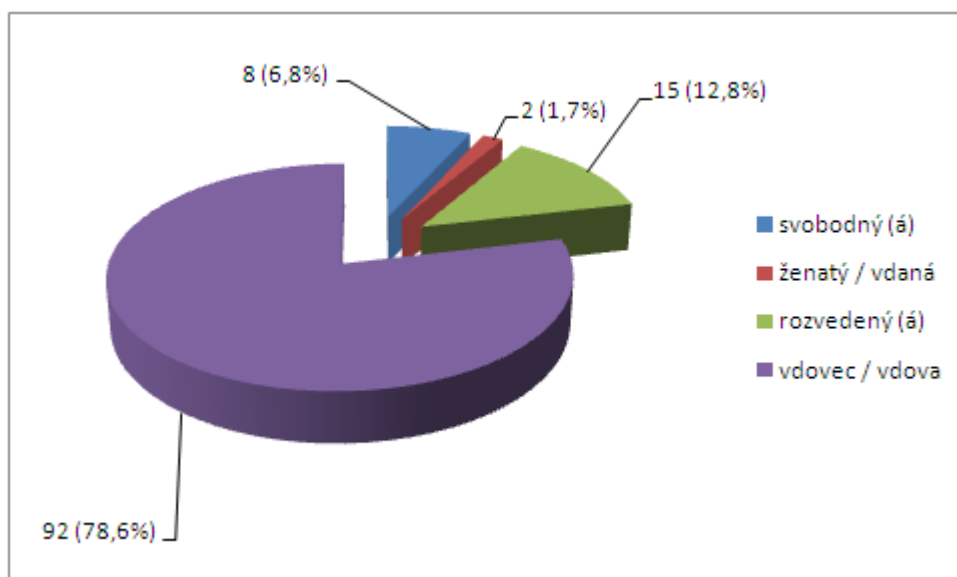


Z hlediska **rodinného stavu**, byli nejpočetněji dle předpokladu zastoupeni respondenti **ovdovělí**. Jejich podíl na celém vzorku činil 92 (78,6 %). Druhou početnější skupinou byli respondenti **rozvedení** ve skupině s podílem 15 (12,8 %). Mezi respondenty byl pouze jeden manželský pár. Jedinci, kteří nebyli nikdy oddáni a označili se tedy za **svobodné**, bylo překvapivě jen 8 (6,8 %). Při porovnání získaných dat podle pohlaví nebyl patrný rozdíl.

Tabulka č. 2 - Rodinný stav

<i>Stav</i>	<i>četnost</i>	<i>relativní četnost</i>	<i>četnost muži</i>	<i>četnost ženy</i>	<i>rel. četnost muži</i>	<i>rel. četnost ženy</i>
Svobodný/á	8	6,8	2	6	8,3	6,5
Vdaná/ženatý	2	1,7	1	1	4,2	1,1
Rozvedený/á	15	12,8	4	11	16,7	11,8
Vdovec/vdova	92	78,6	17	75	70,8	80,6
<i>Celkem</i>	<i>117</i>	<i>100</i>	<i>24</i>	<i>93</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Graf č. 3 - Rodinný stav



V souvislosti s **rodinným stavem**, jsme se zajímali také o to, zda a kolik mají jednotliví respondenti dětí. Jen malá část respondentů byla **bezdětná** - 9 (7,7 %). **Jedno dítě** uvádělo 16 respondentů (13,7 %). 38 respondentů mělo **děti dvě** (32,5 %), případně **tři** – 20 (17,1 %) nebo **čtyři a více dětí** – 34 (29,1 %). Ze získaných dat nelze odvodit, na kolik se na umístění seniorů v těchto zařízeních podílí právě počet dětí.

Tabulka č. 3 - Počet dětí u respondentů

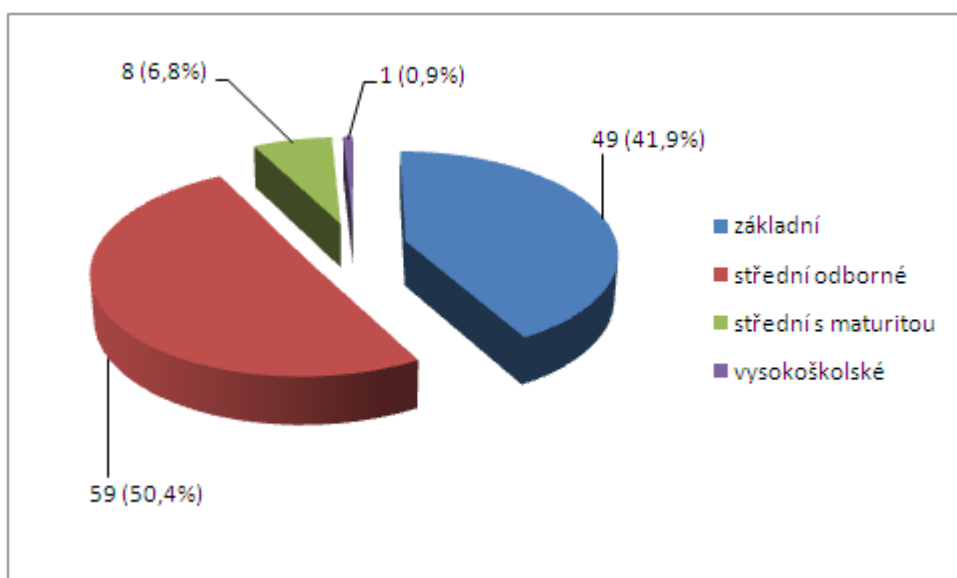
<i>Děti</i>	<i>četnost</i>	<i>relativní četnost</i>	<i>četnost muži</i>	<i>četnost ženy</i>	<i>rel. četnost muži</i>	<i>rel. četnost ženy</i>
Bezdětný/á	9	7,7	0	9	0	9,7
Jedno dítě	16	13,7	3	13	12,5	14
Dvě děti	38	32,5	12	26	50	28
Tři děti	20	17,1	9	11	37,5	11,8
Čtyři a více dětí	34	29,1	0	34	0	36,6
<i>Celkem</i>	<i>117</i>	<i>100</i>	<i>24</i>	<i>93</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Při dotazování na **nejvyšší dosažené vzdělání** byly zjištěny tyto údaje: 59 dotazovaných respondentů (50,4 %) bylo vyučeno na **středním odborném učilišti** a 49 respondentů dosáhlo **základního vzdělání** (41,9 %). V této skupině respondentů většina žen (50,5 %) dosáhla základního vzdělání, zatímco většina mužů (87,5 %) dosáhla středního odborného vzdělání bez maturity. Tento výsledek je, vzhledem k socioekonomickým a sociokulturním podmínkám v jejich mládí, předvídatelný.

Tabulka č. 4 - Nejvyšší dosažené vzdělání

<i>Stav</i>	<i>četnost</i>	<i>relativní četnost</i>	<i>četnost muži</i>	<i>četnost ženy</i>	<i>rel. četnost muži</i>	<i>rel. četnost ženy</i>
Základní	49	41,9	2	47	8,3	50,5
SOU	59	50,4	21	38	87,5	40,9
Maturita	8	6,8	0	8	0	8,6
VŠ	1	0,9	1	0	4,2	0
Celkem	117	100	24	93	100	100

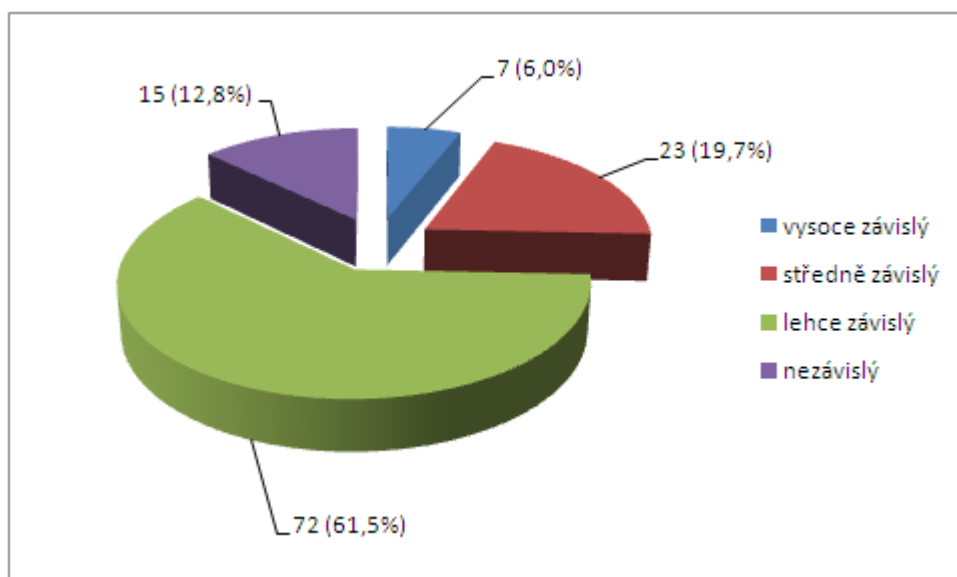
Graf č. 4 - Nejvyšší dosažené vzdělání



7.2. Vyhodnocení dotazníku Barthelové

Při vyhodnocení odpovědí v dotazníku č. 2, jsme dospěli k těmto údajům. Většina respondentů ve srovnávaných zařízeních je jen **lehce závislá na pomoci** okolí. Tuto skupinu tvořilo asi 72 (61,5 %) respondentů. 23 (19,6 %) byli respondenti se **závislostí středního stupně** a pouze 6 % respondentů bylo **vysoce závislých** na pomoci okolí. Nutno podotknout, že skupinu vysoce závislých respondentů 7 (6 %) dvojnásobně převýšila skupina respondentů na okolí zcela nezávislých 15 (12,9 %).

Graf č. 5 - Míra soběstačnosti - Test zvládnání všedních činností podle Barthelové



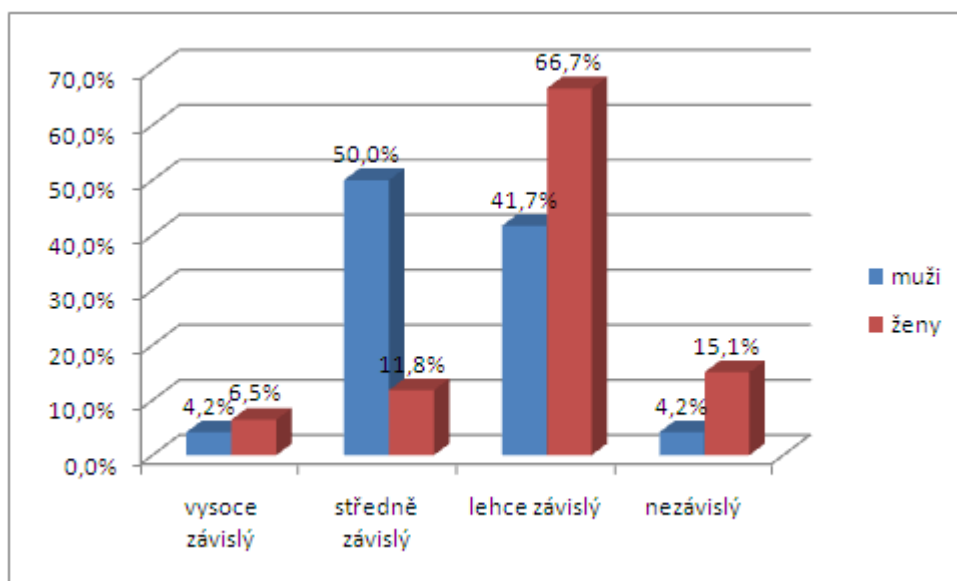
Tabulka č. 5 - Míra soběstačnosti - Test zvládnání všedních činností podle Barthelové

<i>Stav</i>	<i>četnost</i>	<i>relativní četnost</i>	<i>četnost muži</i>	<i>četnost ženy</i>	<i>rel. četnost muži</i>	<i>rel. četnost ženy</i>
Vysoce závislý	7	6	1	6	4,2	6,5
Závislost středního stupně	23	19,6	12	11	50	11,8
Lehká závislost	72	61,5	10	62	41,7	66,7
Nezávislý	15	12,9	1	14	4,2	15,1
Celkem	117	100	24	93	100	100

Při rozlišení závislosti na péči podle typu pobytové služby, kterou klient využívá, se neprokázaly rozdíly. Rozdíly nebyly shledány ani při rozdělení respondentů podle věku, vzdělání nebo rodinného stavu a počtu dětí.

Dle získaných dat, při rozlišení **závislosti na péči podle pohlaví**, se dá usuzovat, že bylo větší procentuální zastoupení žen v kategorii **nezávislých** (15,1 %) a **lehce závislých** (66,7 %) a naopak procentuálně větší zastoupení mužů (50 %) v kategorii **střední závislosti** na péči. V kategorii vysoce závislých klientů byla obě pohlaví zastoupena přibližně stejně.

Graf č. 6 - Rozlišení závislosti na péči podle pohlaví



7.3. Vyhodnocení dotazníku č. 1

7.3.1. Zdraví biologické potřeby

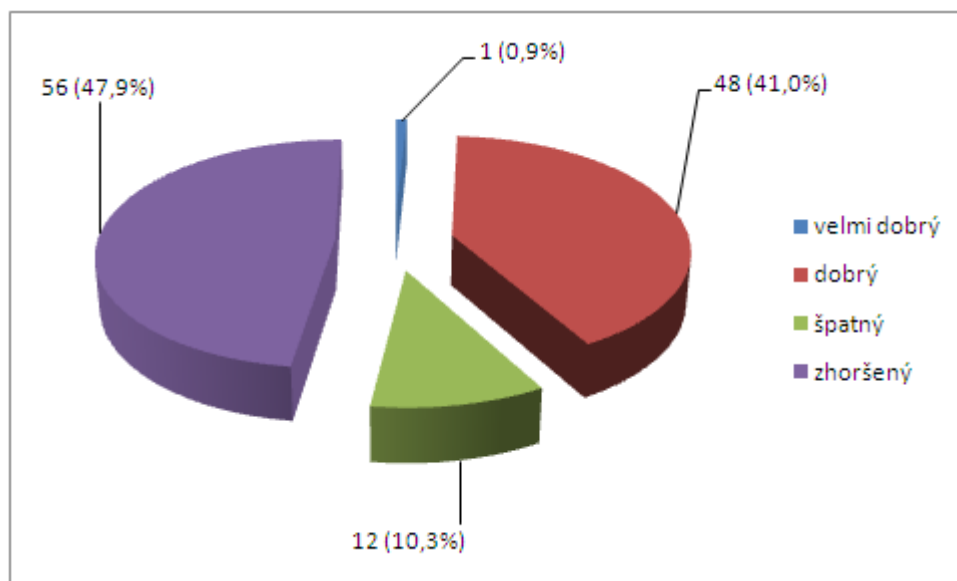
Otázka č. 1 Jak byste zhodnotili svůj tělesný-zdravotní stav?

56 (47,9 %) respondentů zhodnotilo svůj zdravotní stav jako **zhoršený**. Jako **dobrý** svůj zdravotní stav vidělo 48 (41 %) respondentů. Pouze 1 (0,9 %) respondent viděl svůj zdravotní stav jako **velmi dobrý**. Zbylí respondenti svůj stav považovali za **špatný**. Považujeme za nutné připomenout, že hodnocení zdravotního stavu bylo u respondentů subjektivní, tj. založené na jejich spokojenosti se zdravotním stavem a na pocitech z něj plynoucích.

Tabulka č. 6 - Hodnocení tělesného a zdravotního stavu

Stav	četnost	relativní četnost	četnost muži	četnost ženy	rel. četnost muži	rel. četnost ženy
Velmi dobrý	1	0,9	1	0	4,2	0
Dobrý	48	41	5	43	20,8	46,2
Špatný	12	10,3	6	6	25	6,5
Zhoršený	56	47,9	12	44	50	47,3
Celkem	117	100	24	93	100	100

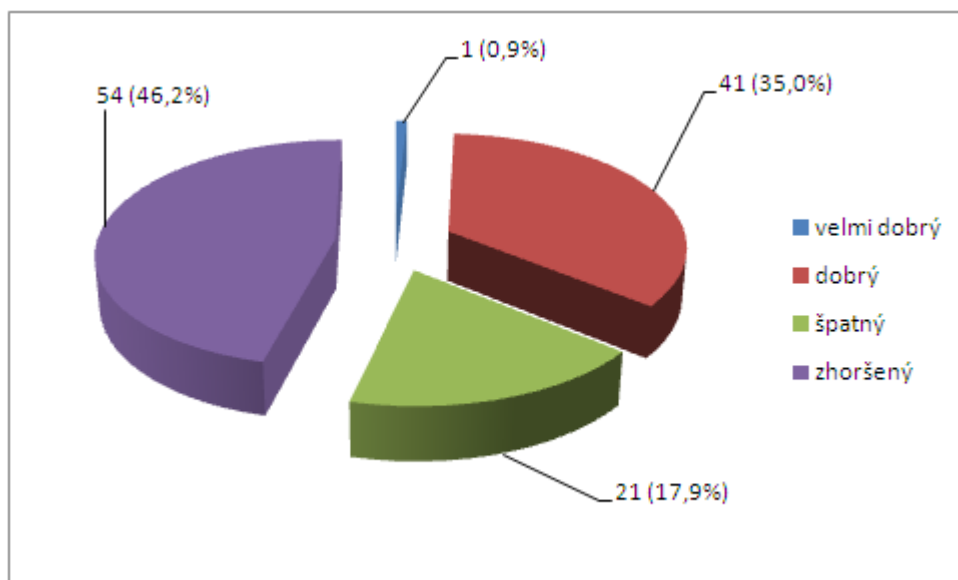
Graf č. 7 - Hodnocení tělesného a zdravotního stavu



Otázka č. 2 Jak byste zhodnotili svůj duševní stav?

Data získaná z této otázky s drobnými odchylkami korespondovala s daty z první otázky. Většina respondentů 54 (46,2 %) hodnotila svůj duševní stav jako **zhoršený**, přičemž v odpovědích mezi pohlavími byly minimální rozdíly (muži 50,0 %, ženy 45,2 %). **Špatný** duševní stav udávali muži 7 (29,2 %) častěji než ženy 14 (15,1 %). Naopak je tomu u varianty, kdy respondenti udávali svůj duševní stav jako **dobrý** – muži 4 (16,7 %), ženy 37 (39,8 %).

Graf č. 8 - Hodnocení duševního stavu



Tabulka č. 7 - Hodnocení duševního stavu

<i>Stav</i>	<i>četnost</i>	<i>relativní četnost</i>	<i>četnost muži</i>	<i>četnost ženy</i>	<i>rel. četnost muži</i>	<i>rel. četnost ženy</i>
Velmi dobrý	1	0,9	1	0	4,2	0
Dobry	41	35	4	37	16,7	39,8
Špatný	21	17,9	7	14	29,2	15,1
Zhoršený	54	46,2	12	42	50	45,2
Celkem	117	100	24	93	100	100

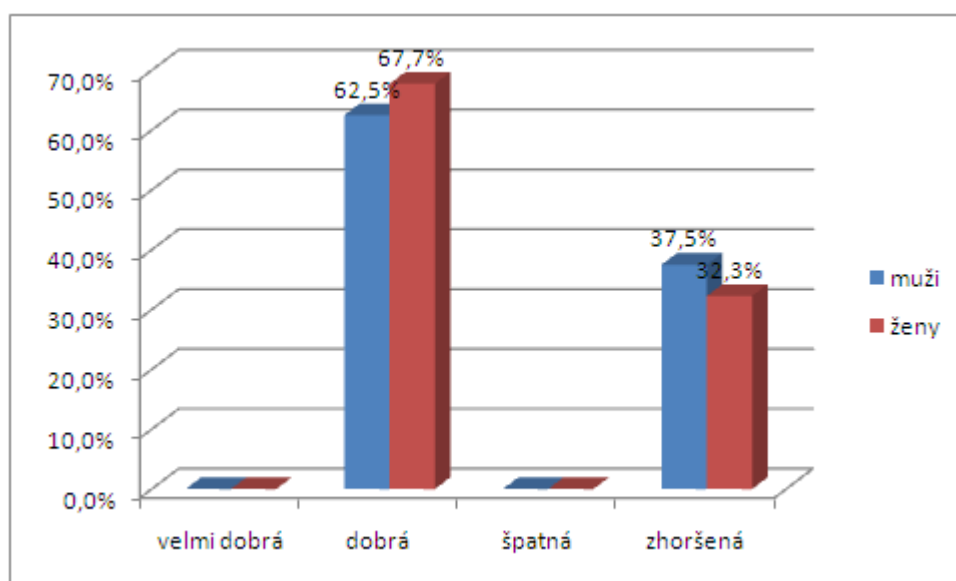
Otázka č. 3 Jak byste zhodnotili svoji současnou vitalitu?

Tabulka č. 8 - Hodnocení vitality

<i>Stav</i>	<i>četnost</i>	<i>rel. četnost</i>	<i>četnost muži</i>	<i>četnost ženy</i>	<i>rel. četnost muži</i>	<i>rel. četnost ženy</i>
Velmi dobrá	0	0	0	0	0	0
Dobrá	78	66,7	15	63	62,5	67,7
Špatná	0	0	0	0	0	0
Zhoršená	39	33,3	9	30	37,5	32,3
Celkem	117	100	24	93	100	100

Zcela odlišná data jsme získali po vyhodnocení otázky o vitalitě. Respondenti svou vitalitu hodnotili vzhledem k současnému zdravotnímu a duševnímu stavu. 78 respondentů (66,7 %) svou vitalitu vidělo jako **dobrou**, zbylých 39 (33,3 %) ji hodnotilo jako **zhoršenou**. Při porovnání dat podle pohlaví se nevyskytly větší rozdíly.

Graf č. 9 - Hodnocení vitality



Otázka č. 4 Trpíte chronickou bolestí?

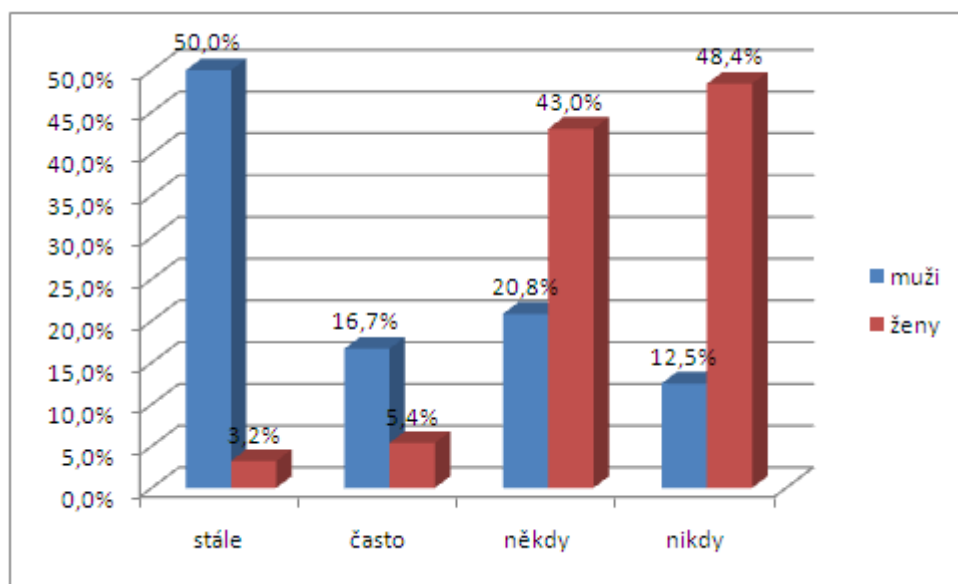
Pokud mluvíme o biologických potřebách, hodnotíme bolest jako faktor, který se podílí na životní spokojenosti a to nejen u seniorů. K našemu překvapení uvedlo skutečnost, že netrpí bolestí, 48 respondentů (41 %). Naopak respondentů, které bolest trápí, bylo v celém souboru 69 (59 %). Podrobnější rozčlenění kladných odpovědí předkládám v následující tabulce č. 9.

Tabulka č. 9 - Výskyt chronické bolesti

Stav	četnost	rel. četnost	četnost muži	četnost ženy	rel. četnost muži	rel. četnost ženy
Stále	15	12,8	12	3	50	12,8
Často	9	7,7	4	5	16,7	7,7
Někdy	45	38,5	5	40	20,8	38,3
Nikdy	48	41	3	45	12,8	41,1
Celkem	117	100	24	93	100	100

Při procentuálním rozlišení získaných údajů o bolesti podle pohlaví se ukazuje, že muži trpí bolestí více než ženy. Rozdíl je patrný zejména u kategorií **stále** a **nikdy**. V prvním případě jde o rozdíl 37,2 %, ve druhém o 31,3 %. Bolest je i jedním z aspektů pro sníženou vitalitu seniorů, proto je zajímavé, že i když 69 respondentů (59 %) bolest udává, neshodují se tato data s otázkou č. 3 o vitalitě, kdy 78 respondentů (66,7 %) označuje svou vitalitu jako dobrou.

Graf č. 10 - Výskyt chronické bolesti



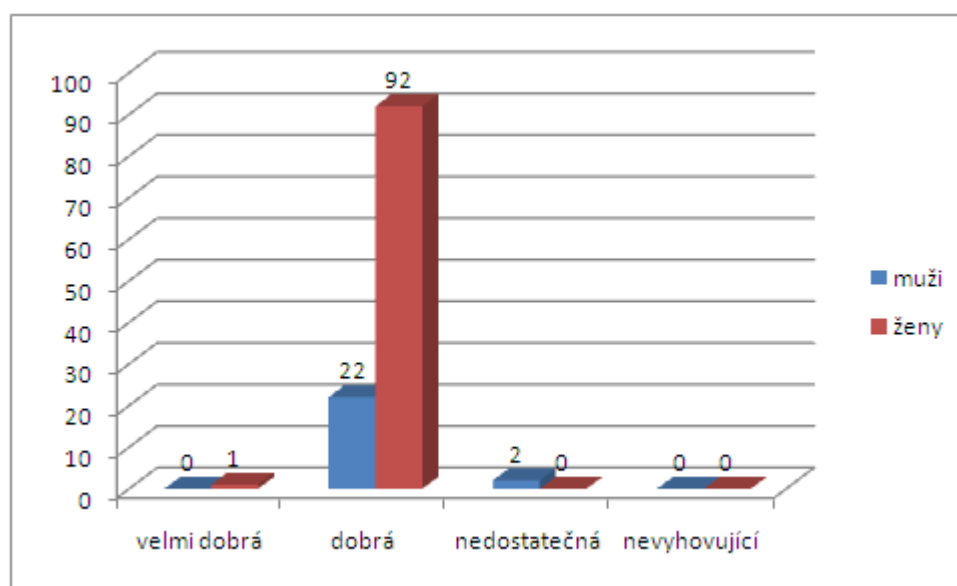
Otázka č. 5 Jak byste zhodnotili péči o vaše zdraví poskytovanou ve vašem zařízení?

Péči o zdraví hodnotí ve svém zařízení jako **dobrou** 114 respondentů (97,3 %) a jako **nedostatečnou** jen 2 respondenti (1,8 %). Za **nevyhovující** neoznačil péči o své zdraví žádný z dotazovaných respondentů. Toto zjištění nás mile překvapilo a, společně s kladnými odpověďmi respondentů u otázek na kvalitu podávané stravy a zajištění podmínek pro hygienu, lze usuzovat, že se jedná o velmi dobrou kvalitu a odbornost poskytovaných služeb.

Tabulka č. 10 - Spokojenost s péčí o zdraví

Stav	četnost	rel. četnost	četnost muži	četnost ženy	rel. četnost muži	rel. četnost ženy
Velmi dobrá	1	0,9	0	1	0	1,1
Dobrá	114	97,3	22	92	91,7	98,9
Nedostatečná	2	1,8	2	0	8,3	0
Nevyhovující	0	0	0	0	0	0
Celkem	117	100	24	93	100	100

Graf č. 11 - Spokojenost s péčí o zdraví



Otázka č. 6 Jak byste zhodnotili poskytované podmínky, příp. péči při zajištění vaší hygieny?

Zajištění kvalitních podmínek pro poskytování pomoci v oblasti hygieny považujeme nejen za důležitou při uspokojování základních bazálních potřeb každého člověka, ale také jako prevenci mnoha onemocnění, které mohou narušit spokojenost a komfort jedince. Proto vyznívá velmi kladně, že všichni oslovení uživatelé jsou

se zajištěním hygieny ve svém zařízení spokojeni a hodnotí péči jako **dobrou**. Tuto variantu zvolili všichni respondenti.

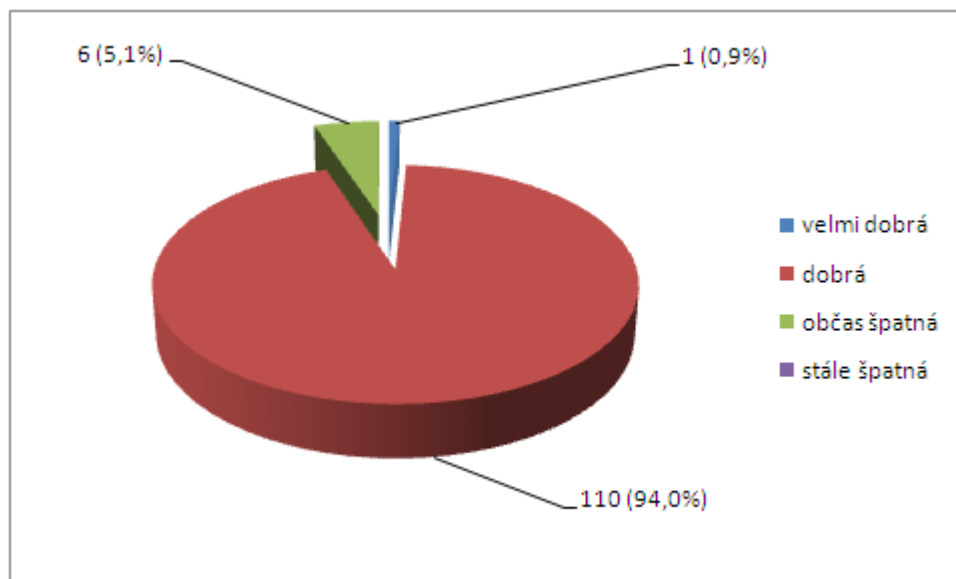
Tabulka č. 11 - Spokojenost se zajištěním hygieny

<i>Stav</i>	<i>četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
Velmi dobrá	0	0
Dobrá	117	100
Nedostatečná	0	0
Nevyhovující	0	0
<i>Celkem</i>	<i>117</i>	<i>100</i>

Otázka č. 7 Jak byste hodnotili podávanou stravu v tomto zařízení?

Se stravou je spokojeno 110 respondentů (94,0 %). Pouze 6 respondentů (5,1 %) ji vidí jako **občas špatnou**. Žádný respondent z testovaného vzorku neoznačil stravu jako **stále špatnou**. Odpovědi na podotázky se odvíjely od řádu jednotlivých zařízení.

Graf č. 12 - Spokojenost s podávanou stravou



Tabulka č. 12 - Spokojenost s podávanou stravou

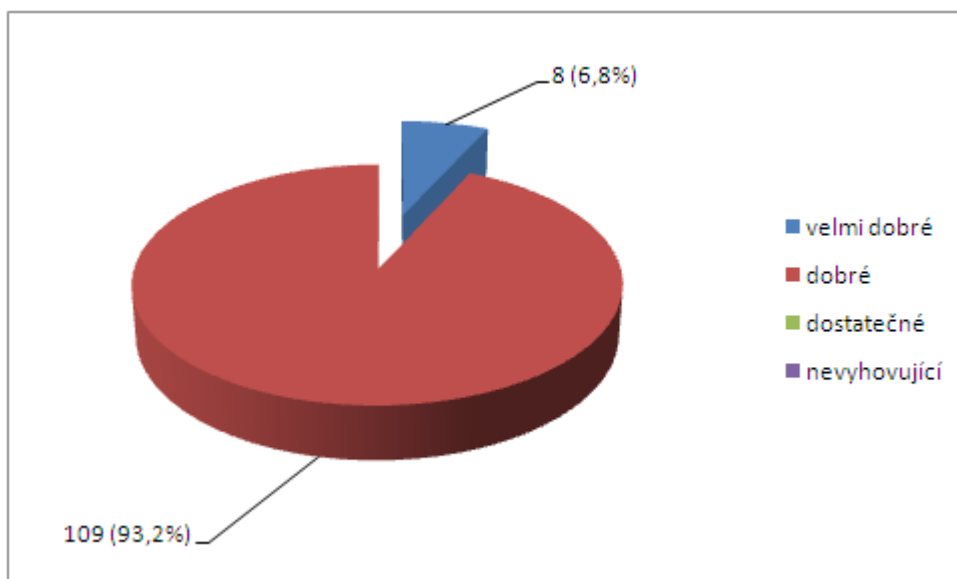
<i>Stav</i>	<i>četnost</i>	<i>rel. četnost</i>	<i>četnost muži</i>	<i>četnost ženy</i>	<i>rel. četnost muži</i>	<i>rel. četnost ženy</i>
Velmi dobrá	1	0,9	0	1	0	1,1
Dobrá	110	94	18	92	75	98,9
Občas špatná	6	5,1	6	0	25	0
Stále špatná	0	0	0	0	0	0
<i>Celkem</i>	<i>117</i>	<i>100</i>	<i>24</i>	<i>93</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

7.3.2. Sociální potřeby

Otázka č. 8 Jak byste zhodnotili ubytovací služby ve vašem zařízení?

S ubytovacími službami jsou respondenti spokojeni především z toho důvodu, že všechna zařízení jsou po rekonstrukci a zařízení pokojů je ve většině případů nové. Pokoj jen sami pro sebe respondenti nemají v žádném zařízení. Počty osob na pokojích se odvíjí od kapacit a typu jednotlivých zařízení. Přesto 109 respondentů (93,2 %) hodnotí ubytování jako **dobré** a 8 (6,8 %) jako **velmi dobré**.

Graf č. 13 - Spokojenost s ubytovacími službami



Tabulka č. 13 - Spokojenost s ubytovacími službami

Stav	četnost	relativní četnost	četnost muži	četnost ženy	rel. četnost muži	rel. četnost ženy
Velmi dobré	8	6,8	2	6	8,3	6,5
Dobré	109	93,2	22	87	91,7	93,5
Dostatečné	0	0	0	0	0	0
Nevyhovující	0	0	0	0	0	0
Celkem	117	100	24	93	100	100

Otázka č. 9 Jak byste zhodnotili zařízení vašeho pokoje?

Získaná data korespondují s daty z předchozí otázky. Přesto, že si uživatelé např. nemohli zařídit pokoje svým nábytkem a to z toho důvodu, že jim to nedovoluje provozní řád jednotlivých zařízení, hodnotilo 107 respondentů (91,5 %) zařízení jednotlivých pokojů jako **dobré**. Zbýlých 10 respondentů (8,5 %) označilo vybavení jako **velmi dobré**.

Tabulka č. 14 - Spokojenost se zařízením pokoje

Stav	četnost	relativní četnost	četnost muži	četnost ženy	rel. četnost muži	rel. četnost ženy
Velmi dobré	10	8,5	2	8	8,3	8,6
Dobré	107	91,5	22	85	91,7	91,4
Dostatečné	0	0	0	0	0	0
Nevyhovující	0	0	0	0	0	0
Celkem	117	100	24	93	100	100

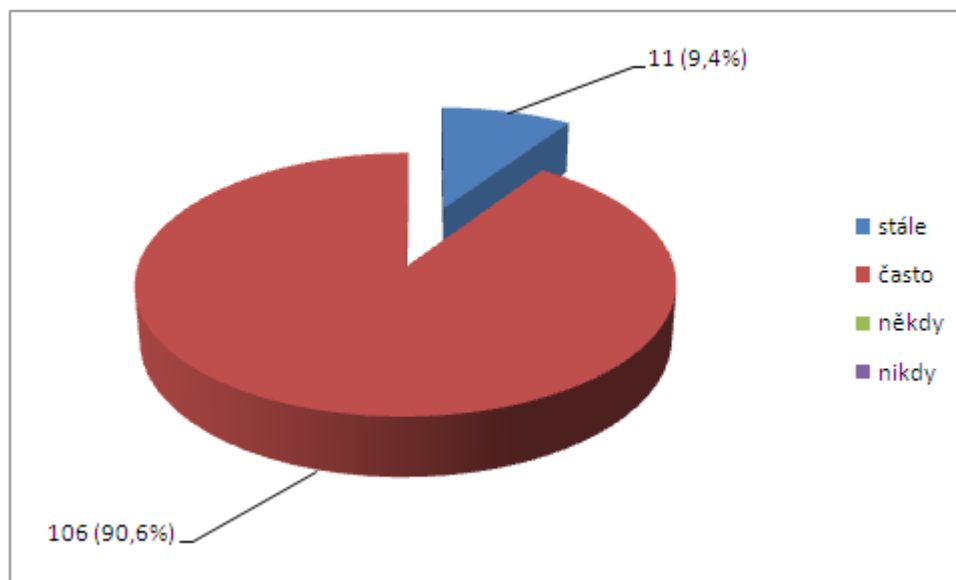
Otázka č. 10 Je vždy v dostatečné míře zajištěno vaše soukromí?

106 (90,6 %) respondentů považuje míru soukromí v zařízeních za dostatečnou, tzn. zvolili z nabízených variant jednoznačně možnost **často**. Zbýlých 11 (9,4 %) dokonce říká, že jejich soukromí je zajištěno **stále** a v plném rozsahu.

Tabulka č. 15 - Míra soukromí

Stav	četnost	relativní četnost	četnost muži	četnost ženy	rel. četnost muži	rel. četnost ženy
Stále	11	9,4	5	6	20,8	6,5
Často	106	90,6	19	87	79,2	93,5
Někdy	0	0	0	0	0	0
Nikdy	0	0	0	0	0	0
Celkem	117	100	24	93	100	100

Graf č. 14 - Míra soukromí

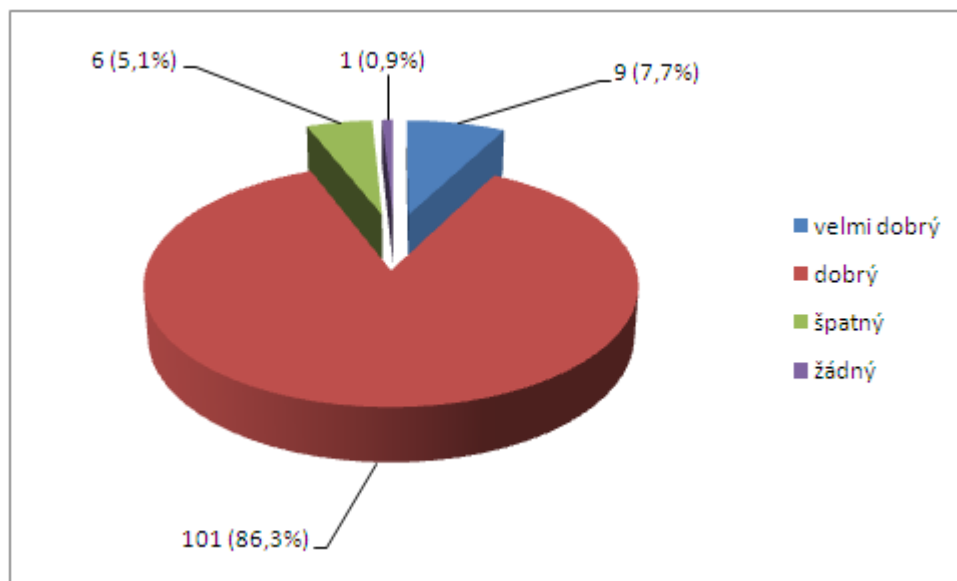


Otázka č. 11 Jak byste zhodnotili váš současný společenský život?

Se společenským životem jsou respondenti spokojeni. 101 respondentů (86,3 %) jej zhodnotilo jako **dobrý** a dokonce 9 respondentů jako **velmi dobrý** (7,7 %). Jako **špatný**

vidělo společenský život 6 respondentů (5,1 %). Žádný respondent nepocíťoval úplnou absenci společenského života.

Graf č. 15 - Hodnoceni společenského života



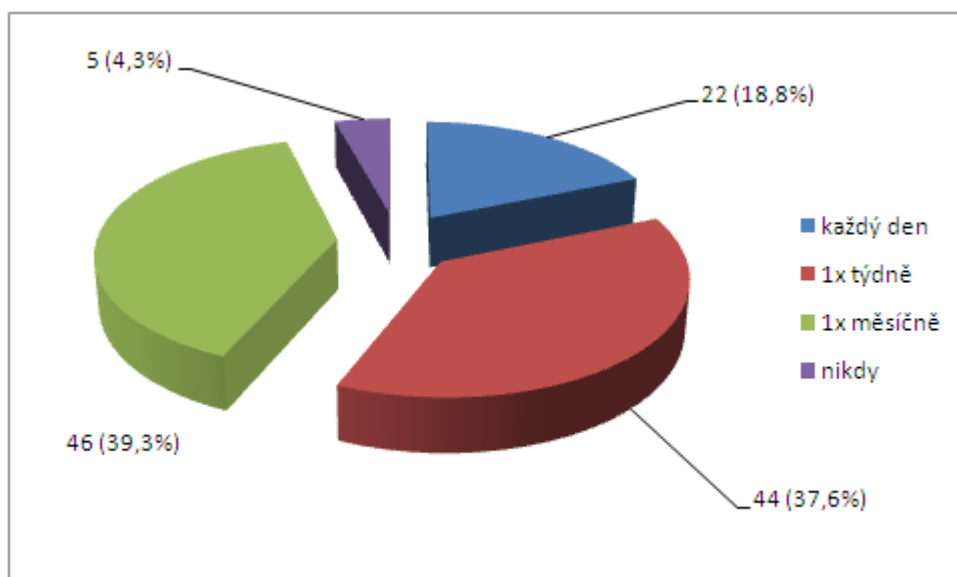
Tabulka č. 16 - Hodnoceni společenského života

<i>Stav</i>	<i>četnost</i>	<i>relativní četnost</i>	<i>četnost muži</i>	<i>četnost ženy</i>	<i>rel. četnost muži</i>	<i>rel. četnost ženy</i>
Velmi dobrý	9	7,7	1	8	4,2	8,6
Dobrý	101	86,3	18	83	75	89,2
Špatný	7	6	5	2	20,8	2,2
Žádný	0	0	0	0	0	0
Celkem	117	100	24	93	100	100

Otázka č. 12 Jak často se vídáte s rodinou?

Získaná data ukazují, že 44 respondentů (37,6 %) se stýká s rodinou **1x týdně**. 46 respondentů (39,3 %) se stýká se svými příbuznými alespoň **1x měsíčně**. Zbýlých 22 respondentů (18,8 %) navštěvuje rodina **každý den**. Mezi testovaným vzorkem respondentů bylo jen (4,3 %) 5 respondentů, které rodina nenavštěvovala **vůbec**. Ze získaných dat je možné vyvozovat, že frekvence styků s rodinou je vysoká.

Graf č. 16 - Frekvence styků s rodinou

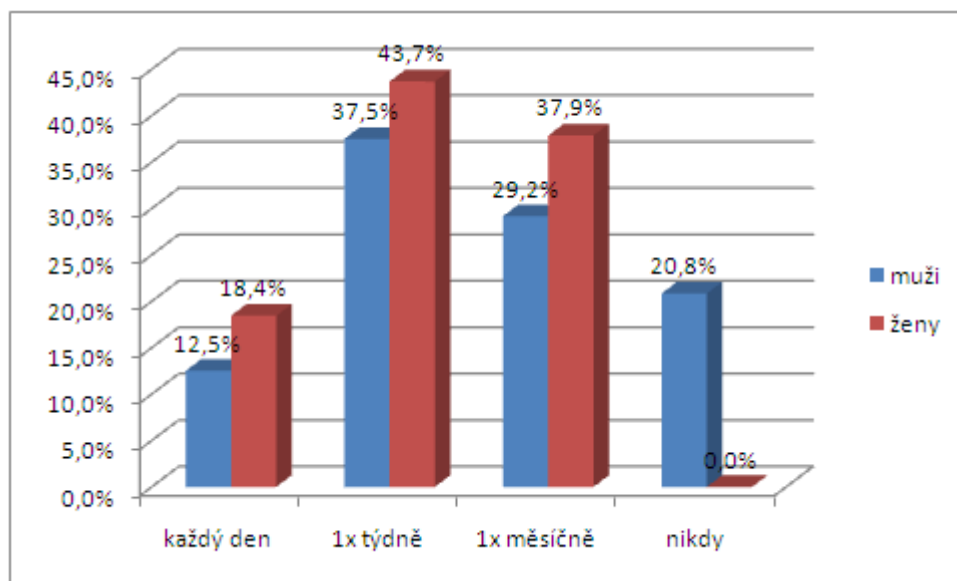


Tabulka č. 17 - Frekvence styků s rodinou

<i>Stav</i>	<i>četnost</i>	<i>relativní četnost</i>	<i>četnost muži</i>	<i>četnost ženy</i>	<i>rel. četnost muži</i>	<i>rel. četnost ženy</i>
Každý den	22	18,8	3	19	12,5	20,4
1x týdně	44	37,6	9	45	37,5	37,6
1x měsíčně	46	39,3	7	39	29,2	41,9
Nikdy	5	4,3	5	0	20,8	0
<i>Celkem</i>	<i>117</i>	<i>100</i>	<i>24</i>	<i>93</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Při procentuálním rozlišení získaných dat o frekvenci kontaktu s rodinou podle pohlaví se ukázalo, že ženy jsou na tom podstatně lépe než muži. Variantu **nestýkám se** s rodinou volilo 5 respondentů (4,3 %), a to jen muži. Pro názornost jsou získaná data zaznamenána do grafu číslo 17.

Graf č. 17 - Frekvence styků s rodinou podle pohlaví



7.3.3. Psychické potřeby

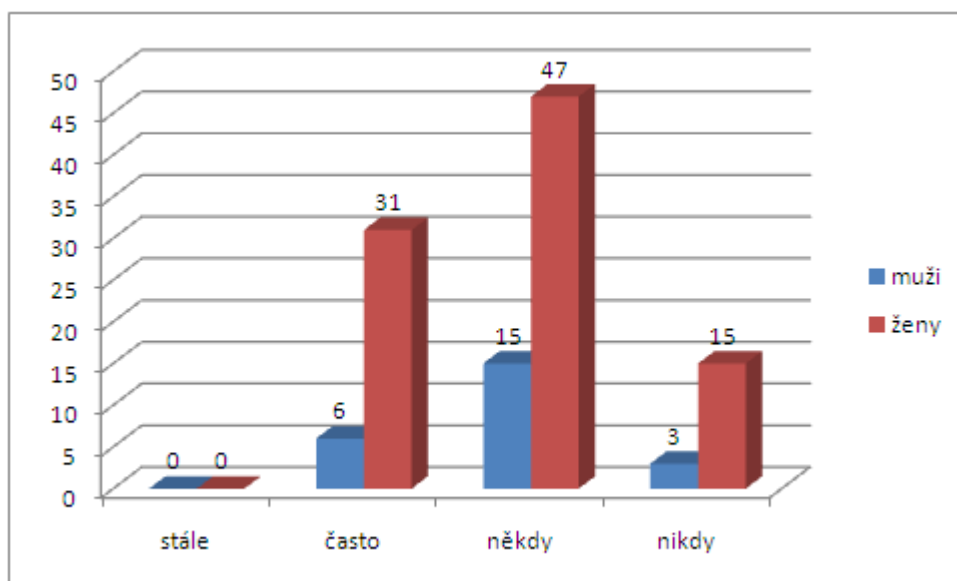
Otázka č. 14 Jak často zažíváte v současnosti pocit osamělosti?

Pocit osamělosti zažívá 99 respondentů (84,6 %), z nichž 62 (53 %) uvedlo, že v současnosti zažívají pocit osamělosti jen **někdy** a 37 (31,6 %) se osaměle cítí **velmi často**. K mému překvapení tento pocit nezažívá vůbec **nikdy** 18 respondentů (15,4 %). Za pozitivní je možné považovat, že se ve zkoumaném vzorku respondentů neobjevil žádný respondent, kterého by tento pocit trápil neustále. Variantu **stále** neuvedl žádný z oslovených respondentů. Při rozlišení dat podle pohlaví se neprojeví patrnější rozdíly.

Tabulka č. 18 - Četnost pocitu osamělosti

Stav	četnost	relativní četnost	četnost muži	četnost ženy	rel. četnost muži	rel. četnost ženy
Stále	0	0	0	0	0	0
Často	37	31,6	6	31	25	33,3
Někdy	62	53	15	47	62,5	50,5
Nikdy	18	15,4	3	15	12,5	16,1
Celkem	117	100	24	93	100	100

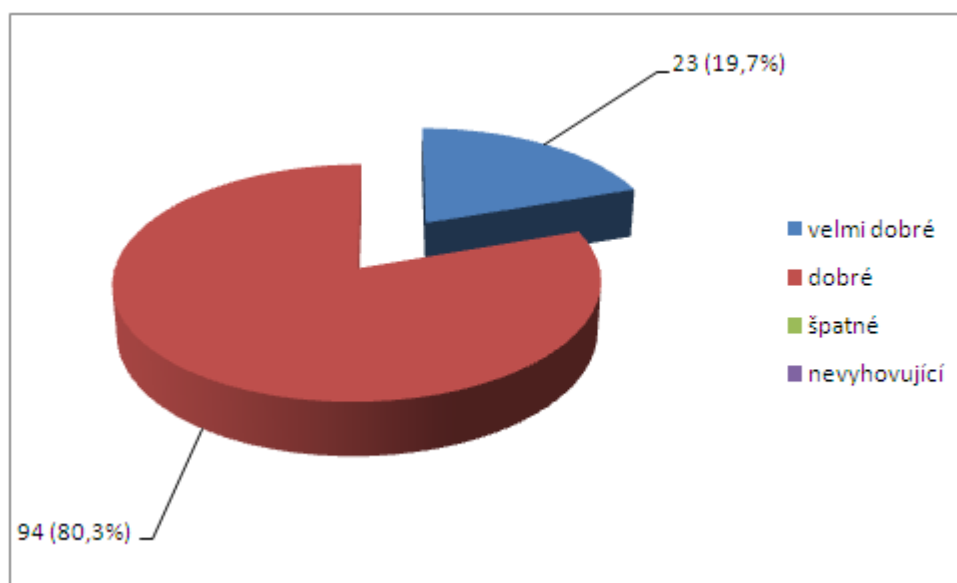
Graf č. 18 - Četnost pocitu osamělosti



Otázka č. 15 Jak byste zhodnotili vztahy s personálem?

Co se týká vztahů s personálem, jsou mezi respondenty hodnoceny převážně kladně. 94 respondentů (80,3 %) hodnotí vztahy jako **dobré** a zbylých 23 (19,7 %) pak hodnotí vztahy s personálem dokonce jako **velmi dobré**. Variantu **špatné** či **narušené** neuvedl žádný z oslovených respondentů. Při rozlišení dat podle pohlaví se neprojeví patrnější rozdíly.

Graf č. 19 - Kvalita vztahu s personálem



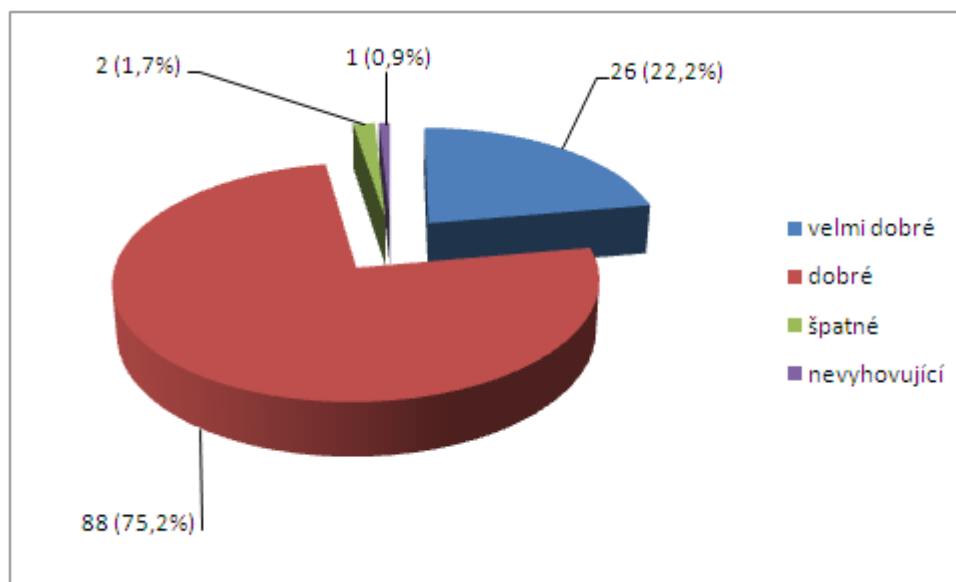
Tabulka č. 19 - Kvalita vztahu s personálem

<i>Stav</i>	<i>četnost</i>	<i>relativní četnost</i>	<i>četnost muži</i>	<i>četnost ženy</i>	<i>rel. četnost muži</i>	<i>rel. četnost ženy</i>
Velmi dobré	23	19,7	5	18	20,8	19,4
Dobré	94	80,3	19	75	79,2	80,6
Špatné	0	0	0	0	0	0
Nevyhovující	0	0	0	0	0	0
Celkem	117	100	24	93	100	100

Otázka č. 16 Jak byste zhodnotili vztahy s ostatními uživateli vašeho zařízení?

Obdobná situace jako v předchozí otázce se objevuje i zde. V odpovědích respondentů převažuje varianta **velmi dobré** 23 (22,2 %) a **dobré** 94 (75,2 %) vztahy. Jen velmi malá část (dva respondenti), hodnotí vztahy s ostatní obyvateli jako **špatné**. Jako **nevyhovující** označil vztahy s okolím jen jeden respondent. Nutno poznamenat, že frekvence styků s ostatními uživateli je nejvyšší, přičemž se zvyšuje i riziko konfliktu, který může mít dopad na momentální posuzování vztahů a nemusí tedy nic vypovídat kvalitě vztahů jako takové. Při rozlišení dat podle pohlaví častěji ženy udávaly větší spokojenost a lepší vztahy s okolím než muži.

Graf č. 20 - Kvalita vztahů s jinými uživateli



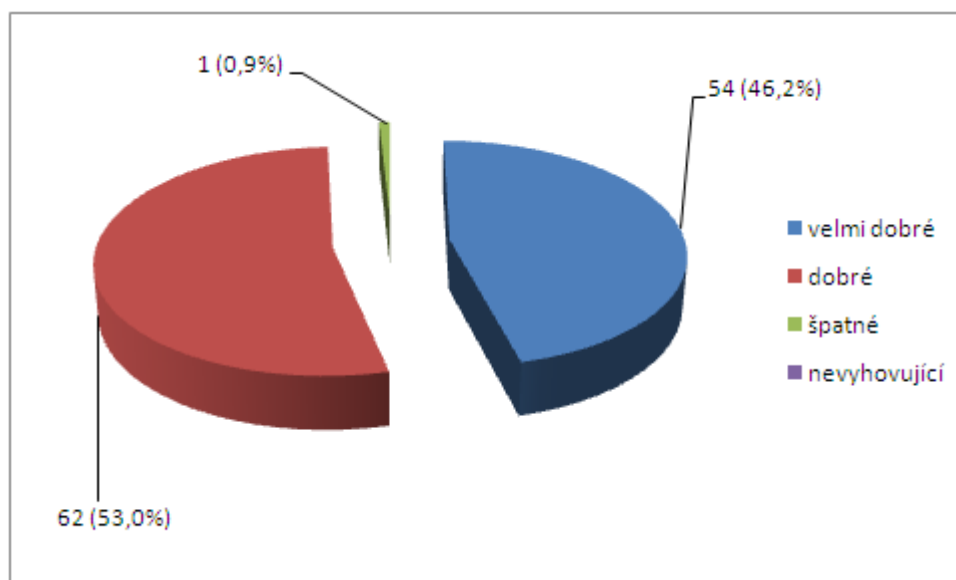
Tabulka č. 20 - Kvalita vztahů s jinými uživateli

<i>Stav</i>	<i>četnost</i>	<i>relativní četnost</i>	<i>četnost muži</i>	<i>četnost ženy</i>	<i>rel. četnost muži</i>	<i>rel. četnost ženy</i>
Velmi dobré	26	22,2	3	23	8,3	24,7
Dobré	88	75,2	20	68	83,3	73,1
Špatné	2	1,7	0	2	0	2,2
Nevyhovující	1	0,9	1	0	4,2	0
Celkem	117	100	24	93	100	100

Otázka č. 17 Jak byste zhodnotili vztahy s vaší rodinou?

Stejně jako v předchozích otázkách zůstal charakter odpovědi nezměněn. Jako **dobré** vidí své vztahy s rodinou 62 respondentů (53 %) a dokonce jako **velmi dobré** 54 respondentů (46,2 %). Pouze jeden respondent označil své vztahy s rodinou za **špatné**.

Graf č. 21 - Kvalita vztahů s rodinou



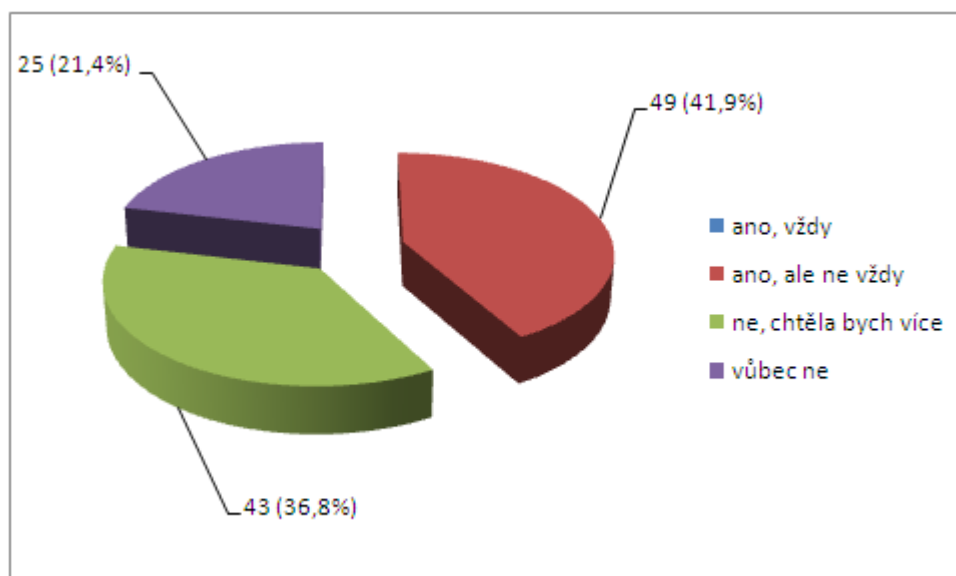
Tabulka č. 21 - Kvalita vztahů s rodinou

<i>Stav</i>	<i>četnost</i>	<i>relativní četnost</i>	<i>četnost muži</i>	<i>četnost ženy</i>	<i>rel. četnost muži</i>	<i>rel. četnost ženy</i>
Velmi dobré	54	46,2	5	49	20,8	52,7
Dobré	62	53	18	44	75	47,3
Špatné	1	0,9	1	0	4,2	0
Nevyhovující	0	0	0	0	0	0
Celkem	117	100	24	93	100	100

Otázka č. 18 Máte dostatečnou možnost kontaktů s lidmi mimo vaše zařízení?

Lidmi mimo zařízení jsme měli na mysli ostatní osoby kromě rodiny. Odpověď **ano vždy** neuvedl žádný z respondentů. Variantu **ano, ale ne vždy** mám možnost kontaktu s ostatními lidmi mimo zařízení uvedlo 49 respondentů (41,9 %). Jako **nedostatečnou** tuto možnost hodnotí 43 respondentů (36,8 %). Variantu **vůbec** nemám možnost se setkávat s lidmi mimo zařízení uvedlo 25 respondentů (21,4 %).

Graf č. 22 - Možnost kontaktů s lidmi mimo zařízení

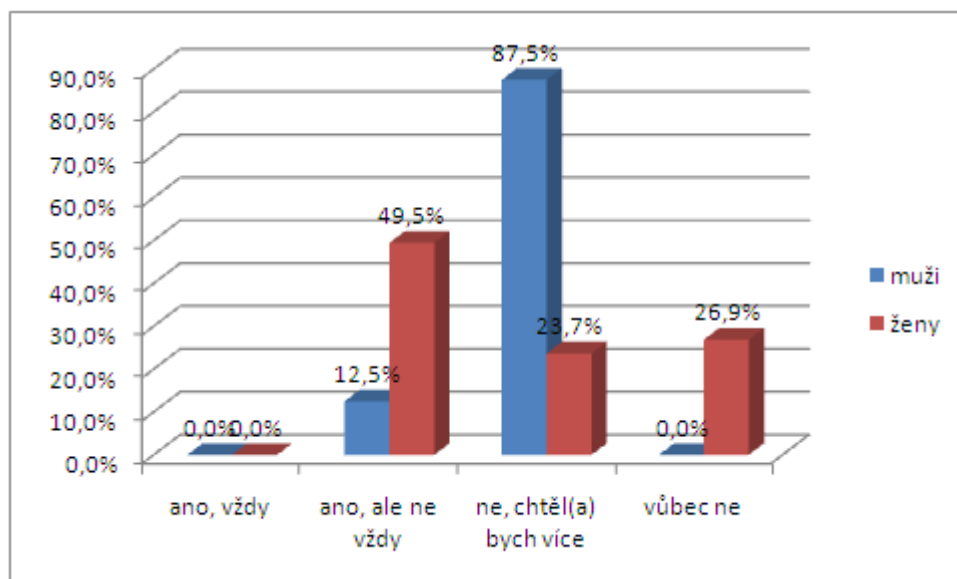


Tabulka č. 22 - Možnost kontaktů s lidmi mimo zařízení

Stav	četnost	relativní četnost	četnost muži	četnost ženy	rel. četnost muži	rel. četnost ženy
Ano, vždy	0	0	0	0	0	0
Ano, ale ne vždy	49	41,9	3	46	12,5	49,5
Ne, chtěl (a) bych více	43	36,8	21	22	87,5	23,7
Vůbec ne	25	21,4	0	25	0	26,9
Celkem	117	100	24	93	100	100

Při procentuálním rozlišení odpovědí podle pohlaví je zřejmé, že varianta **ano, ale ne vždy** převládá o 43 (37 %) u odpovědí žen. Obdobná je situace i u odpovědi **vůbec** nemám možnost kontaktu s jinými lidmi mimo zařízení, zde byly uvedeny jen odpovědi žen. Ve skupině mužů však převládala odpověď, že kontakt s jinými lidmi mimo zařízení je nedostatečný a respondenti by rádi uvítaly rozšíření této možnosti.

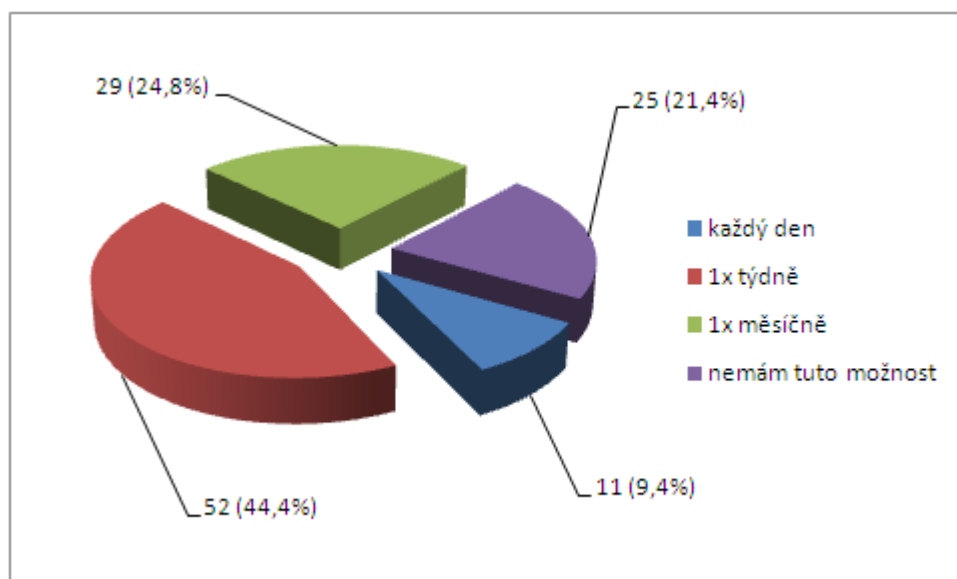
Graf č. 23 - Možnost kontaktů s lidmi mimo zařízení



Otázka č. 19 *Jak často se setkáváte s lidmi mimo zařízení?*

Při podrobnějším dotazování na frekvenci setkávání se s lidmi mimo zařízení, nás překvapilo, že variantu **každý den** nevedl žádný muž a jen 11 žen (9,4 %). Nejpočetněji byla u žen zastoupena varianta **jednou týdně** 49 (52,7 %) respondentů a u mužů **jednou měsíčně** 21 (87,5 %). Z čehož vyvozují, že muži se kontaktují s ostatními lidmi mnohem méně.

Graf č. 24 - Frekvence kontaktů s lidmi mimo zařízení



Tabulka č. 23 - Četnost kontaktu s lidmi mimo zařízení

<i>Stav</i>	<i>četnost</i>	<i>relativní četnost</i>	<i>četnost muži</i>	<i>četnost ženy</i>	<i>rel. četnost muži</i>	<i>rel. četnost ženy</i>
Každý den	11	9,4	0	11	0	11,8
1xtýdně	52	44,4	3	49	12,5	52,7
1xměsíčně	29	24,8	21	8	87,5	8,6
Nemám tuto možnost	25	21,4	0	25	0	26,9
<i>Celkem</i>	<i>117</i>	<i>100</i>	<i>24</i>	<i>93</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Otázka č. 20 *Máte ve svém okolí někoho, komu se můžete svěřovat se svými problémy?*

Data získaná z této otázky poukazují na fakt, že velká část respondentů není spokojena s možností svěřovat se okolí se svými problémy. Možnost **ano vždy** nevedl nikdo. 73 respondentů (62,4 %) má sice svého důvěrníka, ale nemůže se mu svěřit se všemi svými starostmi. Tito respondenti uváděli možnost **ano, ale ne vždy**. Také za velké číslo považujeme skupinu 44 respondentů (37,6 %), která by ocenila, kdyby měla možnost **svěřovat se více**. Při rozlišení podle pohlaví se ukázalo, že více nespokojeny jsou ženy. Útěchou je, že ani žádný z dotazovaných nevedl variantu - **vůbec** se nemám komu svěřovat se svými problémy.

Tabulka č. 24 - Možnost styků s důvěrníkem

<i>Stav</i>	<i>četnost</i>	<i>relativní četnost</i>	<i>četnost muži</i>	<i>četnost ženy</i>	<i>rel. četnost muži</i>	<i>rel. četnost ženy</i>
Ano, vždy	0	0	0	0	0	0
Ano, ale ne vždy	73	62,4	24	49	100	52,7
Ne, chtěla bych více	44	37,6	0	44	0	47,3
Vůbec ne	0	0	0	0	0	0
<i>Celkem</i>	<i>117</i>	<i>100</i>	<i>24</i>	<i>93</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

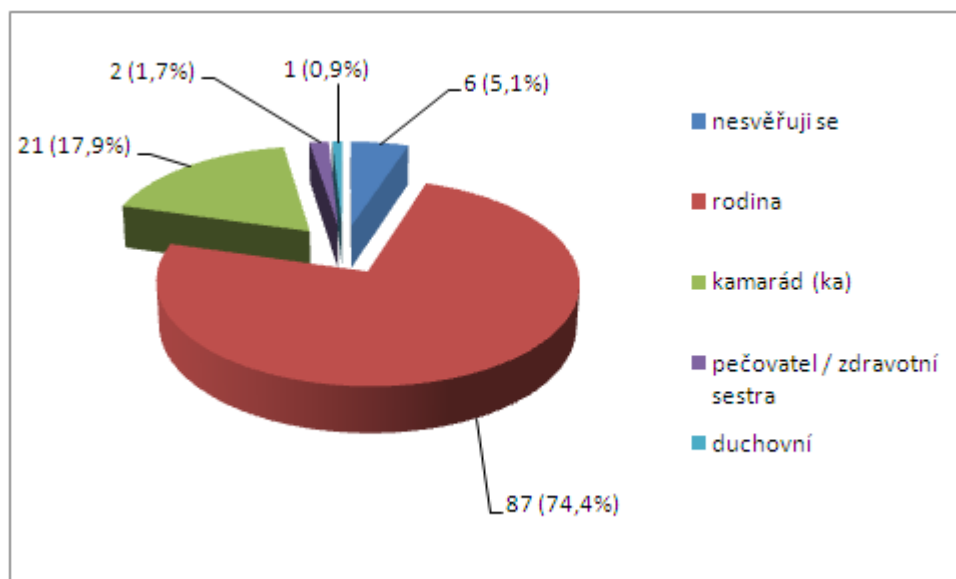
Podotázka CH) Označte, prosím, v uvedených možnostech, komu se nejčastěji svěřujete?

Nejvíce a to 87 (74,4 %) respondentů se nejčastěji svěřuje rodině, což ukazuje na velmi dobré vztahy v nejbližší rodině a získaná data korespondují s otázkou č. 17. Jako druhou nejčastější variantu volilo 21 (17,9 %) respondentů svěřování se kamarádům. Jen velmi málo respondentů udávalo možnost svěřování se personálu a duchovním.

Tabulka č. 25 - Osoba důvěrníka

Stav	četnost	relativní četnost	četnost muži	četnost ženy	rel. četnost muži	rel. četnost ženy
Nesvěřuji se	6	5,1	6	0	25	0
Rodina	87	74,4	17	70	70,8	75,3
Kamarád/ka	21	17,9	0	21	0	22,6
Pečovatel/zdravotní sestra	2	1,7	1	1	4,2	1,1
Duchovní	1	0,9	0	1	0	1,1
Celkem	117	100	24	93	100	100

Graf č. 25 - Osoba důvěrníka



Otázka č. 21 *Jak byste zhodnotili aktivity, které vám nabízí vaše zařízení?*

Všichni respondenti zhodnotili aktivity nabízené v zařízeních jako dobré. Nabízené aktivity zahrnovaly sociálně terapeutické a aktivizační činnosti, např. rehabilitační tělocvik, canisterapie, felinoterapie, muzikoterapie, ergoterapie, odborné přednášky, kurzy ovládání nových technologií,

Tabulka č. 26 - Spokojenost s aktivitami v zařízení

<i>Stav</i>	<i>četnost</i>	<i>relativní četnost</i>
Velmi dobré	0	0
Dobré	117	100
Špatné	0	0
Nevyhovující	0	0
<i>Celkem</i>	<i>117</i>	<i>100</i>

Podotázka I) *S kým nejčastěji trávíte svůj volný čas?*

Tuto otázku jsme zařadili záměrně pro zjištění podrobnějšího přehledu o tom, s kým respondenti tráví volný čas. Nejvíce odpovědí (87 = 74,4 %), bez rozdílu pohlaví, bylo u varianty **s rodinou**. Mezi možnostmi **jiné** uváděli respondenti personál a spolubydlící.

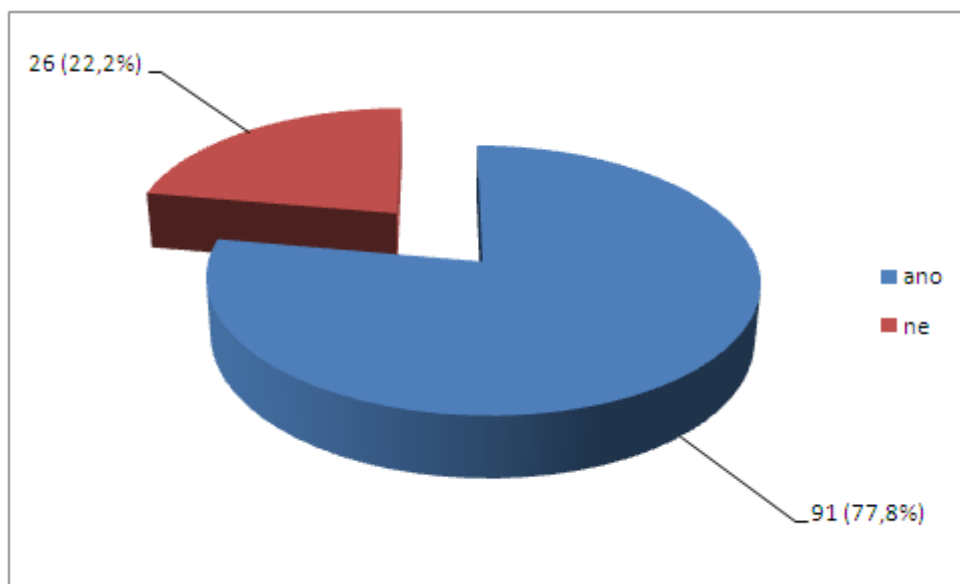
Tabulka č. 27 – Osoba pro trávení volného času

	<i>četnost</i>	<i>relativní četnost</i>	<i>četnost muži</i>	<i>četnost ženy</i>	<i>rel. četnost muži</i>	<i>rel. četnost ženy</i>
Sám/a	6	5,1	6	0	25	0
S rodinou	87	74,4	17	70	70,8	75,3
S kamarády	21	17,9	0	21	0	22,6
Jiné	3	2,6	1	2	4,2	2,2
<i>Celkem</i>	<i>117</i>	<i>100</i>	<i>24</i>	<i>93</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Podotázka K) *Jste věřící?*

Tuto otázku jsme respondentům pokládali proto, že se domníváme, že víra je pro osoby v seniorském věku důležitým faktorem vedoucím ke spokojenosti. Dle našeho předpokladu byla většina seniorů 91 (77,9 %) věřících.

Graf č. 26 - Příslušnost k církvi



Tabulka č. 28 - Příslušnost k církvi

	<i>četnost</i>	<i>relativní četnost</i>	<i>četnost muži</i>	<i>četnost ženy</i>	<i>rel. četnost muži</i>	<i>rel. četnost ženy</i>
Ano	91	77,9	18	73	75	78,5
Ne	26	22,1	6	20	25	21,5
Celkem	117	100	24	93	100	100

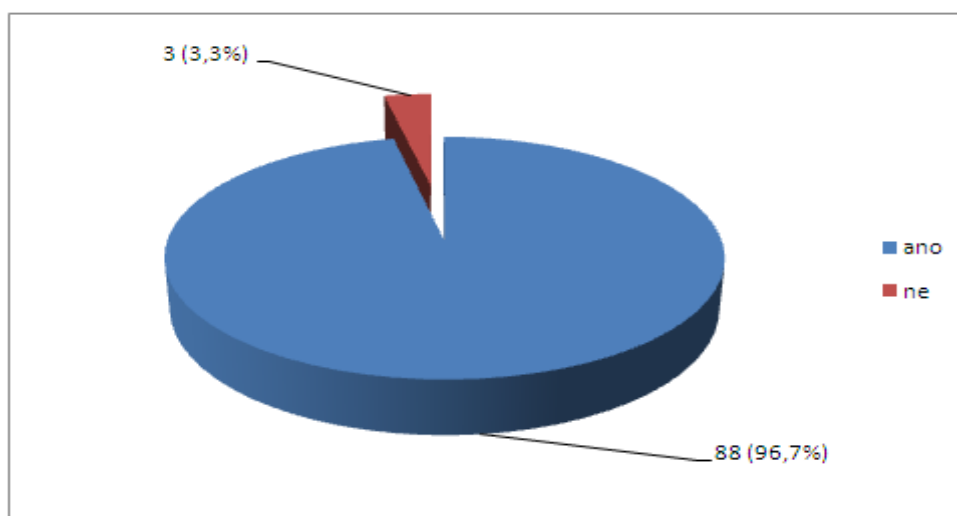
Podotázka L) Pomáhá vám víra v překonávání vašich problémů?

Dále nás zajímalo, zda se potvrdí náš předpoklad o víře jako významném faktoru přispívajícímu ke spokojenosti. 26 respondentů (22,1 %) na tuto otázku neodpovědělo, protože nejsou věřícími. Z 91 věřících respondentů nám 88 (96,7 %) sdělilo, že jim víra pomáhá v každodenním životě překonávat potíže.

Tabulka č. 29 - Víra jako opora

	<i>četnost</i>	<i>relativní četnost</i>	<i>četnost muži</i>	<i>četnost ženy</i>	<i>rel. četnost muži</i>	<i>rel. četnost ženy</i>
Ano	88	96,7	18	70	100	95,9
Ne	3	3,3	0	3	0	4,1
Celkem	91	100	18	73	100	100

Graf č. 27 - Víra jako opora



Podotázka M) Vypište, prosím, pokud jste věřící a pokud se účastníte bohoslužeb, jak často je (bohoslužby) navštěvujete?

Tabulka č. 30 - Účast na bohoslužbách

	četnost	relativní četnost	četnost muži	četnost ženy	rel. četnost muži	rel. četnost ženy
1xtýdně	12	10,3	2	10	8,3	10,8
2x 3x měsíčně	44	37,4	4	40	16,7	43
1x měsíčně	29	24,8	9	15	37,5	16,1
Nemám tuto možnost	11	9,4	3	8	12,5	8,6
Jsem nevěřící	26	22,1	6	20	25	21,5
Celkem	117	100	24	93	100	100

7.4. Diskuze

Výsledky naší studie potvrdily výzkumné předpoklady, které jsme si předem stanovili. Protože nemáme kontrolní skupinu osob v seniorském věku, je obtížné porovnat, zda se frekvence zdravotních, psychických a sociálních faktorů liší či jinak projevuje u ostatních seniorů, např. v domácím prostředí. Ve zkoumaném souboru respondentů porovnáváme tedy jen rozdíly mezi pohlavími u seniorů v pobytových zařízeních sociálních a zdravotních služeb.

Při rozlišení míry závislosti na péči dle Dotazníků Barthelové a porovnání životní spokojenosti se neprokázaly rozdíly. Rozdíly v celkové spokojenosti respondentů nebyly ovlivněny ani při rozdělení respondentů podle věku, vzdělání nebo rodinného stavu a počtu dětí.

Při rozlišení závislosti na péči podle pohlaví se dle získaných dat dá usuzovat na větší procentuální zastoupení žen v kategorii nezávislých a lehce závislých a na procentuálně větší zastoupení mužů v kategorii střední závislosti na péči. V kategorii vysoce závislých klientů byla obě pohlaví zastoupena přibližně stejně.

V závěru se pokusíme zhodnotit a odpovědět na hypotézy, které jsme si stanovili před sběrem dat: Hypotézy budeme **dokazovat/vyvracet** pomocí **testu dobré shody χ^2** . Ten nám umožňuje určit, zda-li je mezi pozorovanými jevy významný rozdíl nebo jsou-li rozdíly v pozorovaných hodnotách nevýznamné. Použijeme testu χ^2 jak pro normální tabulku, tak pro tabulku kontingenční, ve které sledujeme vzájemnou závislost dvou odlišných jevů. Všechny testy provádíme na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

Test χ^2 vychází z porovnání skutečně zjištěných četností a četností očekávaných (teoretických), které odpovídají nulové hypotéze – tj. hypotéze, která nepředpokládá významné rozdíly u sledovaných jevů.

H1 *Častějšími klienty vybraných pobytových zařízení pro seniory budou ženy.*

Jako nulovou hypotézu **H₀** si stanovíme, že mezi počtem mužů a žen v zařízeních pro seniory nebudou významné rozdíly.

<i>pohlaví</i>	<i>četnost P</i>	<i>očekávaná četnost O</i>	χ^2
muži	24	58,5	20,346
ženy	93	58,5	20,346
$\Sigma \chi^2$			40,692

Hodnota χ^2 nám vyšla **40,692**, z čehož lze vzhledem ke kritické hodnotě pro tabulku s jedním stupněm volnosti, která je **3,841**, vyvodit, že položena nulová hypotéza je neplatná. Potvrdila se tedy alternativní hypotéza a ženy jsou skutečně častějšími klienty seniorských zařízení.

H2 *V míře soběstačnosti existují rozdíly mezi pohlavími. Muži budou častěji závislí na pomoci druhých než ženy.*

Jako nulovou hypotézu **H₀** si stanovíme, že mezi závislostí mužů a žen na pomoci jiných nebudou významné rozdíly. Data jsme umístili do kontingenční tabulky.

		<i>míra závislosti na péči</i>				
		<i>vysoce závislý</i>	<i>středně závislý</i>	<i>lehce závislý</i>	<i>nezávislý</i>	
<i>pohlaví</i>	<i>muž</i>	1 (1,436)	12 (4,718)	10 (14,769)	1 (3,077)	24
	<i>žena</i>	6 (5,564)	11 (18,282)	62 (57,231)	14 (11,923)	93
		7	23	72	15	117

Hodnota χ^2 nám vyšla **18,008**. Kritická hodnota testového kritéria pro tabulku se třemi stupni volnosti je dle statistických tabulek **7,815**. Opět je tedy významný rozdíl mezi zjištěnými hodnotami. Vzhledem k tomu, že **81,7 %** žen spadá do kategorie lehce závislých a zcela nezávislých na pomoci druhých, můžeme vyvodit, že námi stanovená hypotéza je platná a skutečně ženy v zařízeních pro seniory budou významně méně závislé na pomoci druhých.

H3 *Respondenti s dobrým duševním stavem mají vyšší vitalitu než jedinci se špatným duševním stavem.*

Jako nulovou hypotézu **H₀** si stanovíme, že mezi duševním stavem respondentů a jejich pocitem vitality nebude významná závislost. Data jsme umístili do kontingenční tabulky. Zároveň jsme některé odpovědi respondentů sloučili, aby bylo možné provést test χ^2 řádně.

		<i>vitalita</i>		
		<i>velmi dobrá, dobrá</i>	<i>špatná, zhoršená</i>	
<i>duševní stav</i>	<i>velmi dobrý, dobrý</i>	35 (28)	7 (14)	42
	<i>špatný</i>	18 (14)	3 (7)	21
	<i>zhoršený</i>	25 (36)	29 (18)	54
		78	39	117

Hodnota testového kritéria χ^2 nám vyšla **18,762**. Vzhledem ke kritické hodnotě **5,991** pro tabulku se dvěma stupni volnosti vidíme, že položená nulová hypotéza neplatí a mezi duševním stavem respondentů a jejich pocitem vitality bude významná závislost. Nemůžeme ale zároveň potvrdit platnost námi zvolené hypotézy. Bylo by potřeba provést alespoň znaménkový test nad kontingenční tabulkou.

H4 *Respondenti s dobrým zdravotním stavem mají vyšší vitalitu než jedinci se špatným zdravotním stavem.*

Jako nulovou hypotézu **H₀** si stanovíme, že mezi zdravotním stavem respondentů a jejich pocitem vitality nebude významná závislost. Data jsme umístili do kontingenční tabulky. Zároveň jsme některé odpovědi respondentů sloučili, aby bylo možné provést test χ^2 řádně.

		<i>vitalita</i>		
		<i>velmi dobrá, dobrá</i>	<i>špatná, zhoršená</i>	
<i>zdravotní stav</i>	<i>velmi dobrý, dobrý</i>	49 (32,667)	0 (16,333)	49
	<i>špatný</i>	4 (8)	8 (4)	12
	<i>zhoršený</i>	25 (37,333)	31 (18,667)	56
		78	39	117

Hodnota testového kritéria χ^2 nám vyšla **42,723**. Vzhledem ke kritické hodnotě **5,991** pro tabulku se dvěma stupni volnosti vidíme, že položená nulová hypotéza neplatí a mezi zdravotním stavem respondentů a jejich pocitem vitality bude významná závislost. Nemůžeme ale zároveň potvrdit platnost námi zvolené hypotézy. Bylo by potřeba provést alespoň znaménkový test nad kontingenční tabulkou.

H5 *Respondenti, kteří mají vyšší frekvenci styků s rodinou, trpí méně pocitem osamělosti než respondenti, kteří mají nižší frekvenci styků s rodinou.*

Jako nulovou hypotézu **H₀** si stanovíme, že mezi frekvencí styků respondenta s ostatními členy rodiny a jeho pocitem osamělosti není významná závislost. Data jsme umístili do kontingenční tabulky. Zároveň jsme některé odpovědi respondentů sloučili, aby bylo možné provést test χ^2 řádně.

		<i>frekvence kontaktů s rodinou</i>			
		<i>každý den</i>	<i>1x týdně</i>	<i>1x měsíčně, nikdy</i>	
<i>pocit osamělosti</i>	<i>stále, často</i>	0 (6,957)	10 (13, 915)	27 (16,128)	37
	<i>někdy, nikdy</i>	6 (15,043)	34 (30,085)	24 (34,872)	80
		22	44	51	117

Pro tuto kontingenční tabulku se dvěma stupni volnosti je na námi zvolené hladině významnosti **$\alpha = 0,05$** , kritická hodnota rovna **5,991**. Vzhledem k tomu, že vypočtená hodnota testového kritéria χ^2 je **22,504**, lze usuzovat, že mezi frekvencí styků s rodinnými příslušníky a zažíváním pocitu osamělosti bude významná závislost. Tedy, že námi stanovená nulová hypotéza se nepotvrdila. Abychom mohli provést podrobnější diskuzi a stanovit, zda-li opravdu frekvence styků s rodinnými příslušníky má vliv na snížení pocitů osamělosti, bylo by třeba provést nad kontingenční tabulkou alespoň znaménkový test.

8. ZÁVĚR

Téma této práce bylo vybráno záměrně, protože se, s naším přibývajícím věkem, stále více ve svém okolí setkáváme se seniory. Cílem diplomové práce bylo nejen důkladně prostudovat dostupné literární prameny a seznámit se s teoretickými informacemi o stáří, stárnutí a životní spokojenosti, ale i zamyslet se nad oblastmi života seniorů a změnami, které zasahují do životní spokojenosti nejvíce. Při posuzování spokojenosti jedince je potřeba vždy pohlížet celostním přístupem. Má práce je důkazem, že nelze izolovaně zkoumat a posuzovat kvality života či složky osobnosti jednotlivě či odděleně, ale v jejich spojitosti a v souvislostech - tedy člověka jako celistvou osobnost s bio-psycho-sociálními potřebami.

Praktická část obsahuje kvantitativní výzkum 117 respondentů. Cílem této malé výzkumné sondy bylo zachytit subjektivně vnímané prožívání životní spokojenosti respondentů v seniorském věku. Pro potřeby této práce byl použit „**Dotazník životní spokojenosti**“. Dotazník byl vytvořen za přispění samotných klientů a jejich osobních názorů na nejpalčivější problémy v jejich životě. Dále pak byl použit dotazník Barthelové, který zjišťuje míru závislosti na péči při všedních každodenních činnostech.

Nyní bychom se chtěli pokusit o celkové zhodnocení našeho úsilí. Musíme nejprve podotknout a zdůraznit, že asi nejtěžší bylo obstarání dostatečného množství správně vyplněných dotazníků. To by nebylo možné bez navázání dobré spolupráce s jednotlivými pracovníky zvolených pracovišť a možnosti řízeného rozhovoru s každým klientem.

Při souhrnu výsledků z praktické části práce nemůžeme mluvit o získaných poznatcích jako o obecných zásadách na život seniorů. Výsledná data vždy jen popisují souvislosti vyplývající z posouzení malé skupiny 117 osob, avšak věříme, že i takto získané poznatky se dají dále rozvádět, zobecňovat a jejich hodnota není zanedbatelná.

Jako všechna sledování, která užívají dotazníkové metody, je i tato práce zatížena nepřesností, která vyplývá ze subjektivního sebeposuzování jedinců. Klienti mohou některé údaje nadhodnocovat a jiné podhodnocovat v závislosti na tom, co chtějí sami sobě i druhým přiznat. Předpokládáme, že toto zkreslení je podobné u **mužů** i u **žen**. Dalším omezením je velikost souboru, které bylo v daném časovém rozmezí možno získat. Při procentuálním zpracování se ukázalo, že zejména počet mužů v souboru je relativně nižší, což může omezovat kvalitu výsledků. Další zkreslení získaných dat přikládáme faktu, že klienti, ač bylo dotazování anonymní, mohli být ovlivněni tím, že výběr

respondentů nám nebyl umožněn náhodně, ale všichni respondenti nám byli doporučeni zaměstnanci příslušných zařízení.

Většina našich hypotéz a předpokladů či tvrzení se shoduje s všeobecně platnými poznatky a údaji, uváděnými nejen v odborné literatuře, ale i běžně v povědomí laické veřejnosti. Nevíme, zda a do jaké míry je tato práce (malá výzkumná sonda) hodnotným výzkumem, ale určitě může být přínosem a zdrojem inspirace nejen pro ostatní odborníky, studenty, ale i samotné klienty.

Nejpřínosnější pro mě jako autora této práce bylo získání hodnotné zkušenosti při práci s klienty v praxi. Nejen při vyhodnocování dotazníků, ale i při rozhovorech s jednotlivými respondenty jsem si uvědomila, jak jsou jednotlivé oblasti bio-psycho-sociálních potřeb provázané a do jaké míry jejich neuspokojení snižuje kvalitu života seniorů. Můj zájem o jejich problémy vzbudil u klientů velký ohlas, což mě samotnou mile překvapilo. Při rozhovorech s nimi jsem zjistila, do jaké míry si oni sami uvědomují, co ovlivňuje jejich současný život. Nejvíce zdůrazňovali kontakt s rodinou, který předchází pocitu osamělosti. Jako pozitivní hodnotím fakt, že o seniory v oslovených zařízeních byl ze strany jejich rodin a blízkých velký zájem a patrná snaha vídat se s nimi co nejčastěji.

Příbuzní si zřejmě uvědomují, že jak se budou oni chovat ke svým rodičům, tak se k nim jednou nejspíše zachovají i jejich děti.

LITERATURA A PRAMENY

Literatura

- AMBLER, Z. *Neurologické poruchy ve vyšším věku*. Praha : Triton, 2000. ISBN 80-7254-116-1.
- BLATNÝ, M. *Psychosociální souvislosti osobní pohody* Brno : Masarykova Univerzita a Nakladatelství 2005. ISBN 80-86633-35-7
- ČÍŽKOVÁ, J. a kol. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. ISBN 80-7067-953-0.
- HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-803-1.
- HAYFLICK, L. *Jak a proč stárneme*. Praha : Columbus, 1997. ISBN 80-85928-97-3.
- HNILICA, K. *Vliv pracovního stresu a životních událostí na spokojenost se životem*. *Československá psychologie*, 3/2004 s.193-202
- HOLÁSKOVÁ, K. (1999) Gerontopsychologie. In *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- HOLOUŠOVÁ, D., KROBOTOVÁ, M. a kol. *Diplomové a závěrečné práce*. Olomouc: VUP, 2002. ISBN 80-7178-813-9.
- CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
- CHRÁSKA, M. *Základy výzkumu v pedagogice*. Olomouc : VUP, 1998. ISBN 80-7067-798-8.
- JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha : Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-823-9.
- KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem*. *Československá psychologie*, 4/2003 s. 333-345
- KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha : Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.

- KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese. Psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. Praha : Portál, 1997. ISBN 80-7178-429-X.
- LINHART, J. *Slovník cizích slov pro nové století*. Litvínov : Dialog, 2007. ISBN 80-7382-005-6.
- MALÁTKOVÁ, J. *Ottova encyklopedie A-Ž*. Praha : Ottovo nakladatelství, 2004. ISBN 978-80-7360-014-5.
- MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno : Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2.
- PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H. *Gerontologie*. Praha : Avicenum, 1981.
- PERGLER, P., DISMAN, M. a kol.: *Vybrané techniky sociologického výzkumu*. Praha, 1969, I. Vydání.
- PETŘKOVÁ, A., ČORNANIČOVÁ, R. *Gerontagogika. Úvod do teorie a praxe edukace seniorů*. Olomouc : VUP, 2004. ISBN 80-244-0879-1.
- PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-772-8.
- PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky IV. Vývoj člověka v druhé polovině života. Část druhá – Senium*. Praha : SPN, 1974.
- RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. Praha : Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-828-8.
- SILLAMY, N. *Psychologický slovník*. Olomouc : VUP, 2001. ISBN 80-244-0249-1.
- STŘEDNĚDOBÝ PLÁN ROZVOJE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB, Olomoucký kraj, registrační číslo projektu CZ.1.04/3.1.00/05.00037.
- STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha : Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.
- TOŠNEROVÁ, T. a kol. *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině. Průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele*. Praha : Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK Praha, 2000. ISBN 80-238-5875-0.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

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

Prameny

Internetové zdroje

ABECEDA ZDRAVÍ – GERONTOPSYCHIATRIE [online]. 2010, [cit. 8. ledna 2011]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.klinikazdravi.cz/zdravotni-pece/gerontopsychiatrie/>>.

ANALÝZA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB OLOMOUCKÉHO KRAJE – KOMPARACE A SHRNUTÍ [online]. 2011, [cit. 3. června 2011]. Dostupné na World Wide Web:<http://www.kr-olomoucky.cz/NR/rdonlyres/29A3D146-BB9C-4303-A7015C5624929CA9/0/IV_Analyza_socialnich_sluzeb_Olomouckeho_kraje__komparace_a_shrnuti.pdf>.

DOMOV DŮCHODCŮ ČERVENKA [online]. 2010, [cit. 12. února 2011]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.ddcer.cz/soucasnost.htm>>.

DOMOV PRO SENIORY [online]. 2007, [cit. 6. dubna 2011]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.ddol.cz/index.php?page=domov>>.

DOTAZNÍK ON-LINE [online]. 2007, [cit. 20. dubna 2011]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.dotaznik-online.cz/index.htm>>.

ĎOUBAL, S. Web Gerontologie [online]. 2000, [cit. 3. června 2011]. Dostupné na World Wide Web:< <http://www.faf.cuni.cz/apps/Gerontology/>>.

FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC [online]. 2011, [cit. 15. března 2011]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.fnol.cz/oddeleni-geriatrie-zakladni-informace-sekce_374.html>.

GERONTOPSYCHIATRIE [online]. 2006, [cit. 8. ledna 2011]. Dostupné na World Wide Web: <<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/gerontopsychiatrie>>.

HOSPIC [online]. 2011, [cit. 12. dubna 2011]. Dostupné na World Wide Web: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Hospic>>.

INOVAČNÍ CENTRUM DALŠÍHO PROFESNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ – ANDRAGOGICKÝ SLOVNÍK [online]. 2007, [cit. 30. ledna 2011]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.andromedia.cz/andra.php>>.

- INTERVIEW* [online]. 2011, [cit. 10. května 2011]. Dostupné na World Wide Web: <[http://cs.wikipedia.org/wiki/Interview_\(sociologie\)](http://cs.wikipedia.org/wiki/Interview_(sociologie))>.
- KOMUNITNÍ PLÁNOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB* [online]. 2011, [cit. 16. ledna 2011]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.kpss-ok.cz/>>.
- MADRIDSKÝ MEZINÁRODNÍ AKČNÍ PLÁN PRO PROBLEMATIKU STÁRNUTÍ 2002* [online]. 2002, [cit. 12. února 2011]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.mpsv.cz/files/clanky/1205/madrid.pdf>>.
- MALNUTRICE VE STÁŘÍ* [online]. 2000, [cit. 5. února 2011]. Dostupné na World wide web:<http://www.medicina.cz/odborne/clanek.dss?s_id=603&s_ts=40159,317974537>.
- NÁRODNÍ PROGRAMY PŘÍPRAVY NA STÁRNUTÍ*: první pro léta 2003 až 2007 a druhý na roky 2008 až 2012 (<http://www.mpsv.cz/cs/2869>, <http://www.mpsv.cz/cs/5045>)
- NÁRODNÍ PROGRAM PŘÍPRAVY NA STÁRNUTÍ NA OBDOBÍ LET 2003 AŽ 2007* [online]. 2003, [cit. 5. února 2011]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.mpsv.cz/cs/2869>>.
- NÁRODNÍ PROGRAM PŘÍPRAVY NA STÁRNUTÍ NA OBDOBÍ LET 2008 AŽ 2012 (KVALITA ŽIVOTA VE STÁŘÍ)* [online]. 2008, [cit. 5. února 2011]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.mpsv.cz/cs/5045>>.
- NÁRODNÍ PROGRAM PŘÍPRAVY NA STÁRNUTÍ NA OBDOBÍ LET 2008 AŽ 2012 (KVALITA ŽIVOTA VE STÁŘÍ)* [online]. 2008, [cit. 5. února 2011]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.mpsv.cz/files/clanky/1205/madrid.pdf>>
- OLÚ PASEKA* [online]. 2010, [cit. 30. dubna 2011]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.olupaseka.cz/cz/historie/>>.
- PALIATIVNÍ PÉČE* [online]. 2011, [cit. 30. dubna 2011]. Dostupné na World Wide Web: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Paliativn%C3%AD_p%C3%A9%C4%8De>.
- RADA VLÁDY PRO SENIORY A STÁRNUTÍ POPULACE* [online]. 2006, [cit. 5. února 2011]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.mpsv.cz/cs/2897>>.
- ŘÍKÁ VÁM NĚCO NEUROBIC?* [online]. 2007, [cit. 15. ledna 2011]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.zeichenkurs.eu/kresleni-neco-navic/1407-rika-vam-neco-neurobic/>>.

SITUACE KPSS V KRAJI [online]. 2007, [cit. 22. května 2011]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.kpss-ok.cz/cs/situace-kpss-v-kraji>>.

SMRT JAKO SOUČÁST ŽIVOTA [online]. 2008, [cit. 22. ledna 2011]. Dostupné na World Wide Web: <<http://biologickaolympiada.cz/prilohy/smrt.pdf>>.

STÁRNUTÍ [online]. 2011, [cit. 24. ledna 2011]. Dostupné na World Wide Web: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Stárnutí>>.

STÁRNUTÍ OBECNĚ [online]. 2009, [cit. 15. ledna 2011]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.demografie.info/?cz_starnuti=>>.

STÁRNUTÍ POPULACÍ [online]. 2007, [cit. 22. ledna 2011]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.czrso.cz/index.php?id=447>>.

TRÉNUJTE SVŮJ MOZEK [online]. 2008, [cit. 15. ledna 2011]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.super.cz/clanek/28559-trenujte-mozek-vyplati-se-vam-to.html>>.

TÝRÁNÍ, ŠPATNÉ ZACHÁZENÍ A ZANEDBÁVÁNÍ [online]. 2008, [cit. 19. února 2011]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.zivot90.cz/4-socialni-sluzby/14-senior-telefon--telefonicka-krizova-pomoc/143-tyrani>>.

UMÍRÁNÍ [online]. 2011, [cit. 30. dubna 2011]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.umirani.cz/>>.

VÝROČNÍ ZPRÁVA 2009 [online]. 2010, [cit. 30. května 2011]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.fnol.cz/pdf/2009.pdf>>.

WIKIPEDIE, OTEVŘENÁ ENCYKLOPEDIÉ – Senior [online]. 2011, [cit. 3. června 2011]. Dostupné na World Wide Web: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Senior>>.

ZÁKON 108/2006 SB O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH [online]. 2006, [cit. 3. června 2011]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf>.

Legislativa

ZÁKON č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách

VYHLÁŠKA č. 505/2006 Sb. ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

PŘEHLED TABULEK A GRAFŮ

7.1. POPIS VZORKU RESPONDENTŮ	68
Graf č. 1 – Rozlišení podle pohlaví	68
Tabulka č. 1 - Procentuální zastoupení respondentu v rámci stanovených věkových skupin	69
Graf č. 2 - Rozlišení podle věku	69
Tabulka č. 2 - Rodinný stav	69
Graf č. 3 - Rodinný stav	70
Tabulka č. 3 - Počet dětí u respondentů	70
Tabulka č. 4 - Nejvyšší dosažené vzdělání	71
Graf č. 4 - Nejvyšší dosažené vzdělání	71
7.2. VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU BARTHELOVÉ	71
Graf č. 5 - Míra soběstačnosti - Test zvládání všedních činností podle Barthelové	72
Tabulka č. 5 - Míra soběstačnosti - Test zvládání všedních činností podle Barthelové	72
Graf č. 6 - Rozlišení závislosti na péči podle pohlaví	73
7.3. VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU Č.1	73
7.3.1. ZDRAVÍ BIOLOGICKÉ POTŘEBY	73
Tabulka č. 6 - Hodnocení tělesného a zdravotního stavu	73
Graf č. 7 - Hodnocení tělesného a zdravotního stavu	74
Graf č. 8 - Hodnocení duševního stavu	74
Tabulka č. 7 - Hodnocení duševního stavu	75
Tabulka č. 8 - Hodnocení vitality	75
Graf č. 9 - Hodnocení vitality	75
Tabulka č. 9 - Výskyt chronické bolesti	76
Graf č. 10 - Výskyt chronické bolesti	76
Tabulka č. 10 - Spokojenost s péčí o zdraví	77
Graf č. 11 - Spokojenost s péčí o zdraví	77
Tabulka č. 11 - Spokojenost se zajištěním hygieny	78
Graf č. 12 - Spokojenost s podávanou stravou	78
Tabulka č. 12 - Spokojenost s podávanou stravou	78
7.3.2. SOCIÁLNÍ POTŘEBY	79
Graf č. 13 - Spokojenost s ubytovacími službami	79

Tabulka č. 13 - Spokojenost s ubytovacími službami	79
Tabulka č. 14 - Spokojenost se zařízením pokoje	80
Tabulka č. 15 - Míra soukromí	80
Graf č. 14 - Míra soukromí	80
Graf č. 15 - Hodnocení společenského života	81
Tabulka č. 16 - Hodnocení společenského života	81
Graf č. 16 - Frekvence styků s rodinou.....	82
Tabulka č. 17 - Frekvence styků s rodinou.....	82
Graf č. 17 - Frekvence styků s rodinou podle pohlaví.....	83
7.3.3. PSYCHICKÉ POTŘEBY	83
Tabulka č. 18 - Četnost pocitu osamělosti.....	83
Graf č. 18 - Četnost pocitu osamělosti.....	84
Graf č. 19 - Kvalita vztahu s personálem	84
Tabulka č. 19 - Kvalita vztahu s personálem.....	85
Graf č. 20 - Kvalita vztahů s jinými uživateli.....	85
Tabulka č. 20 - Kvalita vztahů s jinými uživateli.....	86
Graf č. 21 - Kvalita vztahů s rodinou	86
Tabulka č. 21 - Kvalita vztahů s rodinou.....	86
Graf č. 22 - Možnost kontaktů s lidmi mimo zařízení.....	87
Tabulka č. 22 - Možnost kontaktů s lidmi mimo zařízení.....	87
Graf č. 23 - Možnost kontaktů s lidmi mimo zařízení.....	88
Graf č. 24 - Frekvence kontaktů s lidmi mimo zařízení	88
Tabulka č. 23 - Četnost kontaktu s lidmi mimo zařízení.....	89
Tabulka č. 24 - Možnost styků s důvěrníkem.....	89
Tabulka č. 25 - Osoba důvěrníka	90
Graf č. 25 - Osoba důvěrníka.....	90
Tabulka č. 26 - Spokojenost s aktivitami v zařízení.....	91
Tabulka č. 27 – Osoba pro trávení volného času.....	91
Graf č. 26 - Příslušnost k církvi	92
Tabulka č. 28 - Příslušnost k církvi	92
Tabulka č. 29 - Víra jako opora	92
Graf č. 27 - Víra jako opora.....	93
Tabulka č. 30 - Účast na bohoslužbách	93

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Test základních všedních činností podle Barthelové

Příloha č. 2 – Dotazník

Příloha č. 3 – Nabídka služeb ve zdravotnické a sociální oblasti

Příloha č. 4 – Veřejný závazek

Příloha č. 5 – Práva pacientů

Příloha č. 6 – Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb domova důchodců Červenka

Příloha č. 7 – Souhlas s provedením dotazníkového výzkumu z OLÚ Paseka

Příloha č. 8 – Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb, Olomoucký kraj

Příloha č. 9 – Fotografická dokumentace

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Test základních všedních činností podle Barthelové

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun na lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně více než 50m	15
	s pomocí 50m	10
	na vozíku 50m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Celkové skóre (0 až 100):		
Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:		
0 - 40 bodů.....vysoce závislý		
45 - 60 bodů.....závislost středního stupně		
65 - 95 bodů.....lehká závislost		
100 bodů.....nezávislý		

Podle" MAHONEY, Fi., BARTHEL, DW. Functional evaluation: The Barthel Index. Md State Med J, 14, 1965, p. 61-65;
 WADE, DT., COOLEN, C. The Barthel ADL Index: a standard mesure of physical disability? Int Disab Studies, 1988,
 10, p. 64-67; TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH,J. Geriatrie pro praktického lékaře. Praha: Grada, 1995

Příloha č. 2 Dotazník

D O T A Z N Í K

*Vážená paní, vážený pane,
do rukou se Vám dostávají dva dotazníky. První dotazník zjišťující míru životní spokojenosti v oblastech bio-psycho-sociálních potřeb. Druhý dotazník (test Barthelové – Barthel index) se zaměřuje na míru soběstačnosti jedince při každodenních činnostech. Všechny získané údaje budou použity pouze pro potřebu mé diplomové práce „Faktory životní spokojenosti osob seniorského věku vzhledem k nabídce zdravotních a sociálních služeb“, jsou anonymní a nebudou poskytnuty další osobě.
Vážím si Vaší pomoci a děkuji.*

Autor dotazníku: Bc. Jolana Švandová

NÁVOD K VYPLNĚNÍ DOTAZNÍKU:

U některých otázek je nabídnuto několik odpovědí, udělejte křížek v okénku nebo zakroužkujte odpověď, se kterou se ztotožňujete (která je ve Vašem případě správná).

U některých otázek je nutno vepsat Vaši odpověď do volného políčka označeného tečkami (.....).

VLASTNÍ DOTAZNÍK:

Zdraví - biologické potřeby

Otázka	Výběrové možnosti
1. Jak byste hodnotili svůj tělesný-zdravotní stav?	-velmi dobrý
	-dobrý
	-zhoršený
	-špatný
2. Jak byste hodnotili svůj duševní stav?	-velmi dobrý
	-dobrý
	-zhoršený
	-špatný
3. Jak byste hodnotili svoji současnou vitalitu?	-velmi dobrá
	-dobrá
	-zhoršená
	-špatná
4. Trpíte chronickou bolestí	-stále
	- často
	- někdy
	-nikdy
5. Jak byste hodnotili péči o vaše zdraví poskytovanou ve vašem zařízení?	- velmi dobrá
	- dobrá
	- nedostatečná
	- nevyhovující
6. Jak byste hodnotili poskytované podmínky, příp. péči při zajištění vaší hygieny?	- velmi dobrá
	- dobrá
	-nedostatečná
	- nevyhovující
7. Jak byste hodnotili podávanou stravu v tomto zařízení?	- velmi dobrá
	- dobrá
	-občas špatná
	- stále špatná

Doplňující otázka:	Ano
A. Můžete si stravu připravovat sám/a (a nezúčastňovat se tedy stravování ve vašem zařízení)?	Ne
B. Pokud se plně stravujete ve vašem zařízení – máte možnost výběru stravy (např. ze dvou či více jídel)?	Ano
	Ne
C. Máte možnost nakoupit si (příp. nechat si nakoupit) i další potraviny přímo ve vašem zařízení?	Ano
	Ne
D. Pokud není nákup potravin přímo v zařízení možný, máte možnost nakoupit si (příp. nechat si nakoupit) i další potraviny mimo vaše zařízení?	Ano
	Ne
E. Máte možnost uložení vlastních potravin do ledničky?	Ano
	Ne

Otázka	Výběrové možnosti
8. Jak byste zhodnotili ubytovací služby ve vašem zařízení?	- velmi dobré
	- dobré
	- nedostatečné
	- nevyhovující
F. Máte pokoj sám/a pro sebe?	Ano
	Ne
G. Pokud nemáte pokoj sám/a pro sebe, uveďte, prosím, kolik osob jej s vámi sdílí?	
9. Jak byste zhodnotili zařízení vašeho pokoje?	- velmi dobré
	- dobré
	- nedostatečné
	- nevyhovující
H. Mohli jste si pokoj zařídit svým nábytkem?	Ano
	Ne
10. Je vždy v dostatečné míře zajištěno vaše soukromí?	- stále / vždy
	- většinou ano
	- většinou ne
	- nikdy
11. Jak byste zhodnotili váš současný společenský život?	- velmi dobrý
	- dobrý
	- žádný, nedostatečný
	- žádný, nevyhovující
12. Jak často se vídáte s vaší rodinou?	- každý den
	- 1x týdně
	- 1x měsíčně
	- nikdy

Psychické potřeby

Otázka	Výběrové možnosti
13. Jak často zažíváte v současnosti pocit osamělosti?	- stále / vždy
	- často
	- někdy
	- nikdy
14. Jak byste zhodnotili vztahy s personálem?	- velmi dobré
	- dobré
	- špatné
	- nevyhovující

15. Jak byste hodnotili vztahy s ostatními uživateli v zařízení?	- velmi dobré
	- dobré
	- špatné
	- nevyhovující
16. Jak byste hodnotili vztahy s vaší rodinou?	- velmi dobré
	- dobré
	- špatné
	- nevyhovující
17. Máte dostatečnou možnost kontaktů s lidmi mimo vaše zařízení?	- ano, vždy
	- ano, ale ne vždy
	- ne, chtěl/a či potřeboval/a bych více
	- vůbec ne
18. Jak často se setkáváte s lidmi mimo zařízení?	- každý den
	- 1x týdně
	- 1x měsíčně
	- nemám tuto možnost
19. Máte ve svém okolí někoho, komu se můžete svěřovat se svými problémy?	- ano, vždy
	- ano, ale ne vždy
	- většinou ne
	- vůbec ne
CH. Označte, prosím, v uvedených možnostech, komu se nejčastěji svěřujete?	- rodina
	- kamarád/ka
	- pečovatel
	- zdravotní sestra
	- duchovní
- jiný.....	
I. S kým nejčastěji trávíte svůj volný čas?	- sám/a
	- rodina
	- kamarád/ka
	- pečovatel
	- zdravotní sestra
	- jiný.....
J. Vypište, prosím, jak nejrady či nejčastěji trávíte svůj volný čas (můžete uvést více činností – dle důležitosti, jakou pro vás znamenají)?

20. Jak byste hodnotili aktivity, které vám nabízí vaše zařízení?	- velmi dobré
	- dobré
	- špatné
	- nevyhovující
K. Jste věřící?	ano
	ne
L. Pomáhá Vám víra v překonávání vašich problémů?	ano
	ne
M. Vypište, prosím, pokud jste věřící a pokud se účastníte bohoslužeb, jak často je (bohoslužby) navštěvujete?

Vaše případné další doplňující či upřesňující poznámky:

.....
.....
.....

Pohlaví	Muž	
	Žena	
Věk (vypište, prosím)	
Rodinný stav	svobodný/á	
	ženatý/vdaná	
	rozvedený/á	
	vdovec/vdova	
	jiné	
Děti (vypište, prosím, počet)	
Vzdělání	Základní	
	středoškolské bez maturity (OU, SOU)	
	středoškolské s maturitou	
	Vysokoškolské	
	jiné	

Příloha č. 3 Nabídka služeb ve zdravotnické a sociální oblasti

Jak už jsem zmiňovala, jedním z cílů práce bylo seznámit se s nabídkou zdravotnických a sociálních služeb v Olomouckém kraji. Získaná data jsou zpracována v tabulkách. Tabulky obsahují přesný název zařízení, město, ve kterém se vyskytují a ve většině případů také kapacitu. Další informace, které mohou sloužit k utvoření lepší představy o zmíněné problematice, jsou ve Střednědobém plánu města Olomouce. Ve zmiňovaném dokumentu jsou uvedena data jako vývoj počtu seniorů nebo preference seniorů. Preferencemi seniorů míním to, jaký způsob péče o svou osobu nejraději volí oni samotní. Z tabulky se dozvídáme, že v Olomouckém kraji funguje 8 zdravotnických zařízení nabízejících péči v oboru geriatrické.

<i>Název</i>	<i>Město</i>	<i>Kapacita</i>
Diakonie CČE - středisko v Sobotíně - domov	Sobotín	
Fakultní nemocnice Olomouc. Neurologická klinika	Olomouc	72
Fakultní nemocnice Olomouc. Psychiatrická klinika	Olomouc	
LDN Nemocnice Hranice a.s.	Hranice	
Nemocnice Interna Zábřeh s.r.o.	Zábřeh	104
Nemocnice Přerov	Přerov	90
Odborný léčebný ústav Paseka, p.o.	Paseka u Šternberka	
Psychiatrická léčebna Šternberk	Šternberk	555

Následující tabulka uvádí celkem 38 zařízení sociální péče pro osoby v procesu stárnutí a stáří.

<i>Název</i>	<i>Město</i>	<i>Kapacita</i>
Domov - pension pro důchodce	Zábřeh	10
Domov - pension pro důchodce	Zábřeh	10
Domov - penzion pro důchodce	Jeseník	60
Domov - penzion pro důchodce	Lipník nad Bečvou	120
Domov důchodců	Hlubočky	98
Domov důchodců	Kostelec na Hané	57
Domov důchodců	Náměšť na Hané	53
Domov důchodců a penzion Chválkovice, příspěvková organizace	Olomouc - Chválkovice	407
Domov důchodců Červenka, p.o.	Litovel	165
Domov důchodců Javorník, příspěvková organizace	Javorník	65
Domov důchodců Jesenec	Jesenec	82
Domov důchodců Kobylá nad Vidnavkou	Žulová 1	103
Domov důchodců Libina, příspěvková organizace	Libina	45
Domov důchodců Prostějov	Prostějov	280
Domov důchodců Štítý, příspěvková organizace	Štítý	53
Domov důchodců Šumperk, příspěvková organizace	Šumperk	250
Domov důchodců Tovačov, příspěvková organizace	Tovačov	163
Domov pokojného stáří svatě Hedviky	Vidnava	48
Domov pro seniory Lumírov	Hvozd	36
Domov pro seniory Radkova Lhota-příspěvková organizace	Dřevohostice	129
Domov pro seniory Soběsuky, p.o.	Plumlov	54
Domov seniorů Hranice, p.o.	Hranice	184
Domov Zlaté Hory	Zlaté Hory	36
Dům pokojného stáří sv. Anny Velká Bystřice	Velká Bystřice	31
Dům s pečovatelskou službou	Kojetín	
Dům s pečovatelskou službou	Kojetín	

Dům s pečovatelskou službou	Kojetín	
Dům s pečovatelskou službou	Lipník nad Bečvou	
Dům s pečovatelskou službou	Prostějov	
Dům s pečovatelskou službou Alžběta	Šumperk	36
Dům s pečovatelskou službou Markéta	Šumperk	
Dům s pečovatelskou službou Tereza	Šumperk	33
Charita Javorník	Javorník	65
Charita Konice - Dům pokojného stáří Bohuslavice	Bohuslavice	39
Charitní dům pokojného stáří sv. Františka	Javorník	22
Penzion pro důchodce a pečovatelská služba	Olomouc	76
Penzion pro důchodce, příspěvková organizace	Šumperk	
Ústav sociální péče pro mentálně postiženou mládež, dospělé, týdenní pobyt a oddělení pro domov důchodců Rokytnice, příspěvková organizace.	Rokytnice	200

Příloha č. 4 Veřejný závazek



POHODA

Domov seniorů POHODA Chválkovice

příspěvková organizace

Švabinského 3, 772 00 Olomouc

IČO: 75004372

tel.: 585 111 334

bank.

spojení: KB Olomouc

fax: 585 311 959

č.ú.: 27-

Číslo organizace: 1638
4231600247/0100

Veřejný závazek

I.

Poslání Domova pro seniory

Posláním domova je :

Podporovat samostatnost uživatele dle možností

Ošetřovat nemocné uživatele

Humanizovat péči

Odbornost zaměstnanců

Dostupnost žadatelům služby

Aktivizovat uživatele

II.

Cíl sociální služby

Dlouhodobé cíle:

Cílem poskytované služby je podpořit soběstačnost uživatele, který z důvodu věku nebo svého zdravotního stavu není schopen se sám o sebe postarat bez pomoci jiné osoby a v jeho okolí není nikdo, kdo by mu potřebnou péči zabezpečil.

- Zabezpečit kvalitní ošetřovatelství o uživatele.
- Zajistit podmínky pro důstojný a aktivní život.
- Umožnit uživateli zachování samostatnosti a nezávislosti v co nejvyšší míře, dle jeho schopností.
- Modernizace prostředí.
- Krátkodobé cíle jsou součástí ročního plánu činnosti, který vypracovává ředitel s týmem spolupracovníků vždy k 1.1. následujícího roku.

III.

Zásady poskytování služby

1. Základní principy sociálních služeb:

Dle možností budovat nebo alespoň co nejdéle udržet **nezávislost a autonomii** uživatele služeb.

Dle možností podporovat **začlenění a integraci** uživatele.

- **Respektování potřeb** – služba je určována individuálními potřebami uživatele a potřebami společnosti – neexistuje model, který by vyhovoval všem.
- **Partnerství** – pracovat společně, ne odděleně
- **Kvalita** – záruka kvality poskytuje ochranu zranitelným lidem
- Rovnost **bez diskriminace**

IV.

Cílová skupina

Domov pro seniory je určen pro : a) seniory
b) osoby se zdravotním postižením

Cílovou skupinou jsou déle uživatelé služeb přijatí před 1.1.2007.

Kapacita : 200 uživatelů služeb.

Věková skupina je 50-64 dospělí
 65-79 mladší senioři
 80 a více starší senioři

Žadatelé o službu, kteří nepatří do cílové skupiny:

zdravotní stav žadatele vyžaduje poskytování akutní zdravotní péče a trvalé odborné ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení,

b) žadatel s infekční a parazitární chorobou / všech druhů a stádií/

c) žadatel s psychickou poruchou nebo psychózou, který může svou nemocí ohrožovat sebe nebo svým chováním znemožňuje klidné soužití v kolektivu a žadatelé neschopní kolektivního soužití

d) žadatel s chronickým alkoholismem nebo s jinou závažnou toxikomanií

e) žadatel s mentální poruchou

f) žadatel s demencí

Výjimku tvoří -žadatel s lehkou formou demence

-žadatel imobilní s Alzheimerovou chorobou ve stabilizovaném stavu

Příloha č. 5 Práva pacientů

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Etický kodex "Práva pacientů" navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky

Příloha č. 6 Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb domova důchodců Červenka

a) Poskytovatel má písemně definováno a zveřejněno poslání, cíle a zásady poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena, a to v souladu se zákonem stanovenými základními zásadami poskytování sociálních služeb, druhem sociální služby a individuálně určenými potřebami osob, kterým je sociální služba poskytována

Poslání

Posláním Domova důchodců Červenka je poskytování pobytové, sociální, zdravotní a rehabilitační péče seniorům, kteří se ocitli v nepříznivé životní situaci a vyžadují celodenní péči, kterou jim není schopna zajistit rodina, pečovatelská služba ani jiná terénní služba. Péče v našem domově stojí na konci uzavřeného záchytného kruhu sociální péče o seniory a touto péčí se domov snaží zajistit důstojným způsobem náhradu za domácí prostředí. Poskytuje svým uživatelům takovou podporu a pomoc, aby mohli nadále vést v rámci svých možností a schopností plnohodnotný a kvalitní život.

Cíle

Stanovené cíle:	Zodpovědná osoba
Zajištění přiměřených podmínek života s ohledem na věk, zdravotní a psychický stav uživatele.	vedení domova a úsek přímé péče
Poskytování sociální služby, která vychází z individuálních potřeb uživatele založených na možnostech zařízení / viz Smlouva o poskytování sociální služby a individuální plán uživatele /	sociální úsek a klíčoví pracovníci
Respektování lidských práv uživatelů a snaha o to, aby mohli vést život bez nátlaku, zneužívání a zbytečných omezení s možností osobního rozvoje.	všichni zaměstnanci domova
Zabezpečení odborné péče ze strany personálu a praktického lékaře	pracovníci přímé péče a praktický lékař
Zajištění vhodné, přiměřené a potřebné rehabilitační péče	fyzioterapeutičtí pracovníci domova a pracovníci přímé péče
Poskytování právní a sociální pomoci a ochrany uživatelům služby	sociální pracovníci a vedení domova
Pomoc při zajištění osobních potřeb uživatelů / nákupy, kadeřnické služby, koupání, holení, pedikúra a jiné potřeby/	pracovníci přímé péče, sociální pracovnice a pracovníci sociální péče
Vyhledávání a naplňování kulturních potřeb uživatelů	pracovníci přímé péče a sociální úsek
Poskytování pomoci při řešení osobních a rodinných záležitostí uživatelů a podpora komunikace a kontaktů uživatelů s rodinou a příbuznými	sociální úsek a úsek přímé péče
Podpora uživatelů při seberealizaci	pracovníci v přímé péči a sociální úsek
Umožnění volného pohybu uživatelů po celý den	všichni zaměstnanci domova
Respektování soukromí uživatelů služby, dle možností zařízení	všichni zaměstnanci domova

Zásady

- Dodržování lidských práv uživatelů
- Respektování volby uživatele - středem zájmu je vždy uživatel, jeho potřeby, zájmy a přání
- Služba se přizpůsobuje individuálním potřebám uživatele - plánování na základě představ a přání uživatele
- Podpora samostatnosti a nezávislosti uživatelů
- Provádění služeb je prováděno na základě týmové spolupráce pracovníků
- Snaha o minimalizování rizikových situací
- Důsledná ochrana osobních údajů, dat a informací, které se týkají uživatele
- Vyhledávání a pojmenovávání individuálních potřeb každého konkrétního uživatele a jejich realizace v rámci individuálního plánování
- Poskytování možnosti využívání běžných služeb veřejnosti
- Snaha o co největší míru samostatnosti uživatelů v rámci jejich možností
- Poskytování služby prostřednictvím odborných a kvalifikovaných pracovníků a zajištění prohlubování jejich znalostí
- Spolupráce s odbornými pracovišti, institucemi, zařízeními, lékaři, terapeuty, neziskovou a podnikatelskou sférou
- Preferování ohleduplného, vstřícného a laskavého přístupu personálu k uživatelům a jejich rodinám
- Nabízení různých volnočasových aktivit uživatelům

Pravidla pro pracovníky

- Pracovníci domova při jednání s uživateli respektují jejich věk, životní zkušenosti, důstojnost, soukromí a individualitu.
- Pracovník svým jednáním zastává zájmy, práva a potřeby uživatele, podporuje ho v procesu zapojení do kolektivu uživatelů služby.
- Respektuje vůli uživatele.
- Pracovník zdůrazňuje a podporuje schopnosti a silné stránky osobnosti uživatele.
- Pracovník oslovuje uživatele důstojným způsobem.
- Pracovník nesmí nazývat jednotlivé uživatele formou diagnózy / např. to je „ležák“, „alzheimer“, „parkinson“ aj./.
- Pracovníci používají pomůcky s ohledem na důstojnost uživatelů / např. místo kojeneckých lahví speciální hrnky nebo sklenice aj. /.
- Pracovník svým jednáním brání diskriminaci jednotlivých uživatelů či skupin uživatelů služby.
- Pracovník podporuje uživatele v nezávislosti.
- Pracovník při jednání s uživatelem respektuje zásady verbální / nepokřikuje, nemluví vulgárně, hrubě, nepomlouvá aj. / i neverbální komunikace / nestojí nad uživatelem s rukama v bok, rozkročeně apod. /, gestikulací / nehrozí či nevyhrožuje /, proxemikou / na jakou vzdálenost komunikuje /, haptikou / pokládá občas laskavě ruku na uživatele /, mimika a „řeč těla“.
- Pracovník vytváří podmínky a příležitosti pro činnosti a aktivity uživatele, které směřují k jeho zapojení do nich.
- Pracovník nesmí uživatele ponižovat a infantilizovat / např. jednat jako s dětmi/.

Dostupnost poskytované služby

Dostupnost v našem domově je vnímána z různých hledisek:

1. Hledisko informační

- domov zajišťuje přístup uživatelů a zájemců o poskytování služby k informacím, které požadují
- informace jsou předávány ústně, písemně / s informačními materiály/ nebo jsou k dispozici na webové stránce domova www.ddcer.cz
- informovanost o poskytované službě podrobněji upravuje standard č. 12

2. Hledisko místní

- umístění domova v regionu plně odpovídá potřebám cílové skupiny uživatelů
- budovy stojí v centrech obcí a je k nim zajištěn bezproblémový přístup
- budovy jsou v přirozené domovní zástavbě a nejsou izolovány
- obě místa jsou v dosahu hromadné dopravy / vlak i autobus /
- u obou budov jsou k dispozici parkoviště

3. Hledisko časové

- sociální služba je poskytována nepřetržitě 24 hodin denně 365 dnů v roce
- pracovníci v přímé péči jsou uživatelům k dispozici během dne i noci
- sociální služba je uživatelům poskytována v čase kdy ji uživatel potřebuje / např. pomoc při sebeobsluze, doprovod k lékaři aj. činnost /
- klíčoví pracovníci jsou uživatelům časově dostupní v době konání služby, provádějí s uživateli pravidelné rozhovory
- v jejich nepřítomnosti se mohou uživatelé obracet na kteréhokoliv pracovníka domova, který uživateli pomůže nebo sdělí rozsah potřeby klíčovému pracovníkovi
- časová dostupnost jednotlivých pracovníků domova je závislá na jejich pracovní době
- denně od 15,30 hod. je kompetentní osobou pro podávání základních informací o poskytované službě všeobecná sestra, která koná službu na jednotlivých odděleních domova
- návštěva uživatele je umožněna v kteroukoliv denní dobu, návštěvníkům je pouze doporučena nejvhodnější doba s ohledem na soukromí uživatelů

4. Hledisko finanční

- cena, stanovená ředitelem domova, za poskytovanou sociální službu je stanovena v rozmezí, které ukládá vyhláška č. 505/2006Sb. v platném znění, která provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách a je pro většinu uživatelů přijatelná
- v případě, že příjmy uživatele nestačí pokrýt úhradu v plné výši, je zohledňován, dle zákona 108/2006 Sb. v platném znění, 15% zůstatek z příjmu uživatele a úhrada za poskytované služby je ponížena

5. Hledisko architektonické

- celý domov je provozován jako bezbariérový
- budovy jsou vybaveny osobními výtahy
- prostředí je přizpůsobeno pro poskytování sociální služby

6. Hledisko psychologické

- domov se snaží působit na veřejnost jako psychická podpora a záštita, kde je o uživatele kvalitně a odborně postaráno

Příloha č. 7 Souhlas s provedením dotazníkového výzkumu z OLÚ Paseka



Odborný léčebný ústav Paseka, p.o.

Paseka 145, PSČ 783 97

Vážená paní
Švandová Jolana
Velkomoravská 59
772 00 Olomouc

VÁŠ DOPIS ZNAČKY/ZE DNE

NAŠE ZNAČKA

VYŘIZUJE/LINKA
MUDr. Polzerová/800

DATUM
1.6.2011

Vážená paní Švandová,

Dle Vaší žádosti souhlasím s provedením dotazníkového výzkumu u našich pacientů za těchto podmínek

1. dotazník je v pořádku, ale budete muset mít od pacientů informovaný souhlas, že souhlasí s účastí
2. vyplňování dotazníků nemohou dělat sestry, je nutné je zpracovávat osobně v odpoledních hodinách
3. protože se budete pohybovat ve zdravotnickém zařízení, je nutné proškolení v BOZP
4. u seniorů nad 65 let jsou časté mnestické poruchy, které by mohly zkreslovat Vaše výsledky, je potřeba souhlasit s tím, že ošetřující personál Vám pomůže při výběru pacientů
5. další podmínkou je předložení výsledků Vašeho průzkumu před jeho uveřejněním
6. zachováte zákonnou povinnost dle §55 zák. č. 20/1966 Sb. a to zejména povinnost mlčenlivosti o skutečnostech, o nichž jste se dozvěděla v souvislosti s výzkumem. Provedete výkon své práce tak, aby nebyl v rozporu s právy pacientů.

S pozdravem a těším se na spolupráci.

Odborný léčebný ústav Paseka,
příspěvková organizace,
783 97 Paseka 145
IČ 00849081, DIČ CZ00849081

MUDr. Zdenka Polzerová, MBA
ředitelka

Převzala: Švandová Jolana

Bankovní spojení: ČSOB a.s. č.ú. 234517547/0300
Organizace je zapsaná v OR vedeném u KS v Ostravě oddíl Pr. vložka 947
web: www.olupaseka.cz e-mail: olupaseka@olupaseka.cz

IČO: 00849081
DIČ : CZ 00849081

Telefon: 585 007 999
Fax: 585 007 994

Příloha č. 8 Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb, Olomoucký kraj

7.4 Pracovní skupina č. 3: Seniori

Popis cílové skupiny

Cílovou skupinu seniorů lze vymezit dle věku osob, jenž dosáhly důchodového věku, zpravidla jim vzniká nárok na přiznání starobního důchodu, a zároveň mají z důvodu svého zdravotního stavu či vyššího věku anebo působením obou faktorů současně, sníženou soběstačnost v úkonech péče o vlastní osobu, úkonech péče o domácnost nebo úkonech, kterými mohou ostatní lidé bez ztráty soběstačnosti uplatňovat své zájmy. Zhoršení zdravotního stavu může být způsobeno somatickým i psychickým onemocněním nebo může individuálně přetrvávat z období předchozích let.

Popis aktuálního stavu cílové skupiny

Počet seniorů na území Olomouckého kraje

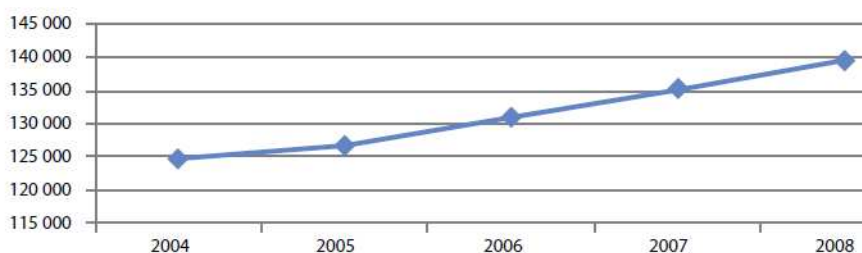
Graf č. 11 udává vývoj obyvatel v seniorském věku, který je pro ilustraci uváděn v časové řadě, v tabulce č. 9 jsou údaje doplněny o informace dle jednotlivých obcí s rozšířenou působností.

Tabulka č. 9: Počet seniorů na území Olomouckého kraje v členění OÚ ORP – časové řady

Olomoucký kraj ORP – počet obyvatel ve věku 60+	2004	2005	2006	2007	2008
Hranice	6 339	6 457	6 716	6 903	7 075
Jeseník	7 384	7 491	7 724	8 134	8 485
Konice	2 425	2 442	2 481	2 526	2 602
Lipník nad Bečvou	3 002	3 056	3 128	3 184	3 224
Litovel	4 637	4 742	4 898	5 041	5 167
Mohelnice	3 457	3 523	3 637	3 767	3 938
Olomouc	31 171	31 619	32 632	33 695	34 712
Prostějov	20 157	20 458	21 076	21 679	22 239
Prerov	17 469	17 832	18 452	18 980	19 446
Šternberk	4 376	4 424	4 574	4 799	4 975
Šumperk	13 849	14 045	14 496	15 041	15 653
Uničov	4 277	4 364	4 528	4 690	4 839
Zábřeh	6 282	6 364	6 641	6 863	7 106
CELKEM	124 825	126 817	130 983	135 302	139 461

Počet populace seniorů se od roku 2005 v Olomouckém kraji zvyšuje ve všech ORP Olomouckého kraje. Relativně stabilní počet seniorů náleží ORP Konice a Lipník nad Bečvou.

Graf č. 11: Vývoj počtu obyvatel Olomouckého kraje v důchodovém věku (60+) – časové řady



Počet populace seniorů se od roku 2005 v Olomouckém kraji zvyšuje. Dále se dá předpokládat nárůst této věkové kategorie i v následujících letech.



Současný stav seniorů (jako uživatelů sociálních služeb) a prognóza vývoje

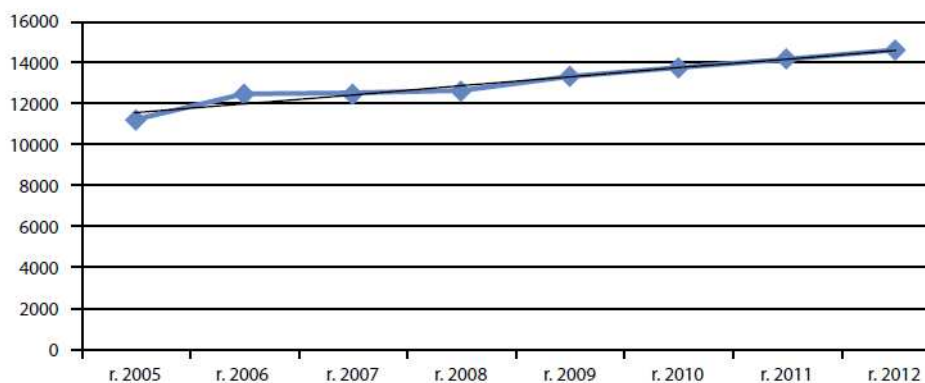
Ze získaných údajů od poskytovatelů sociálních služeb (Výzkum mezi poskytovateli sociálních služeb v Olomouckém kraji v rámci individuálního projektu) byly zjištěny aktuální údaje o počtu uživatelů cílové skupiny seniorů. Meziročně jsme nezaznamenali významné změny v průměrném počtu uživatelů služeb, dle výsledku se však počet služeb zvýšil (v případě zvýšení počtu služeb a zachování průměrného počtu uživatelů za službu můžeme hovořit o významném nárůstu počtu uživatelů služeb ve sledované cílové skupině). V roce 2009 byl průměrný počet uživatelů u jedné služby 142. Celkový odhad počtu uživatelů sociálních služeb cílové skupiny seniorů je uveden v posledním sloupci tabulky č. 10 níže. Vývoj počtu uživatelů je uveden v grafu č. 12.

Tabulka č. 10: Vývoj počtu uživatelů

Vývoj počtu uživatelů	N poskytovatelé	Minimum	Maximum	Průměr	Odhad počtu uživatelů
2005	76	0	1 507	148	11 248
2006	78	0	1 535	160	12 480
2007	85	0	1 389	147	12 495
2008	91	0	1 174	139	12 649
2009	94	0	1 247	142	13 348

Na základě použití lineárního trendu byla vypočtena prognóza odhadu počtu uživatelů cílové skupiny seniorů do r. 2012, která je uvedena v grafu č. 12.

Graf č. 12: Prognóza vývoje odhadu počtu uživatelů – seniori (lineární trend)



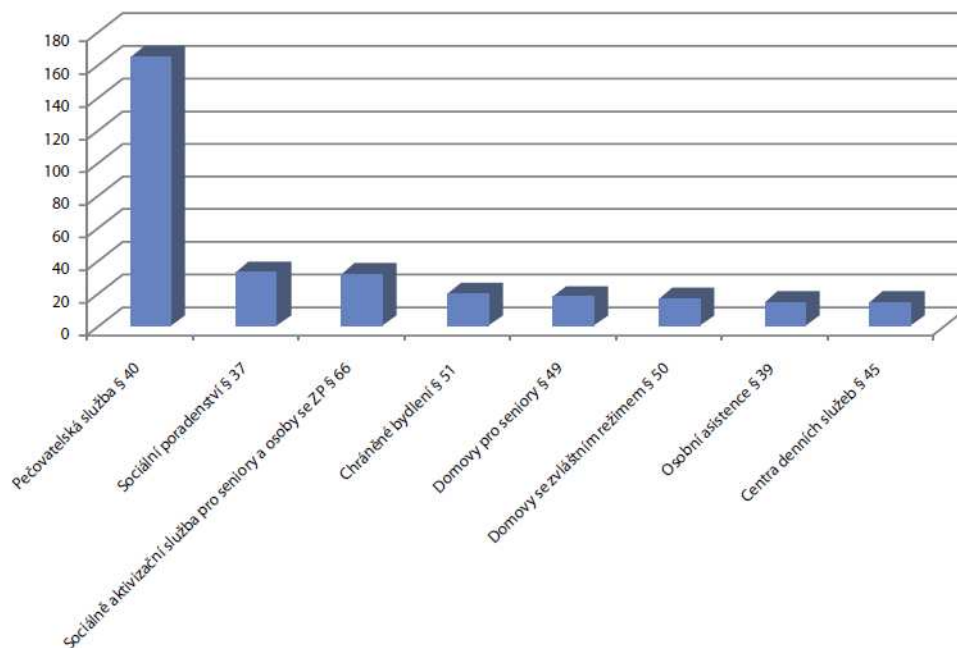
Počet uživatelů služeb v roce 2005 se pohyboval v odhadovaném počtu 11 248 uživatelů, v roce 2009 již v odhadovaném počtu 13 348 uživatelů. Pro roky 2010 až 2012 se dá předpokládat nárůst počtu uživatelů nad 13 774.

Nejčastěji využívané sociální služby a preferovaný druh pomoci

Jako nejčastěji využívané služby jsme zaznamenali pečovatelskou službu. Následovaly služby sociálního poradenství, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se ZP, chráněné bydlení, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, osobní asistence a centra denních služeb.

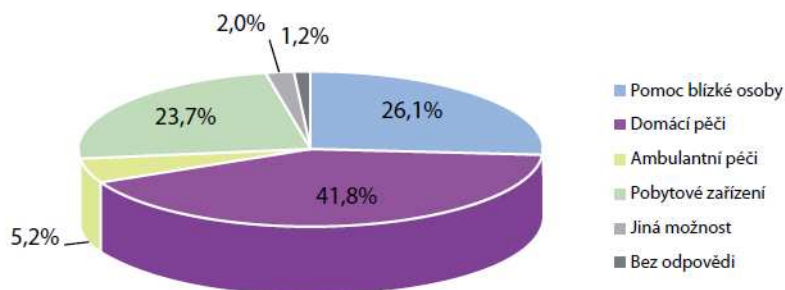


Graf č. 13: Nejčastěji využívané sociální služby (N více než 10)



Z výzkumu vyplynulo, že pokud by uživatelé byli z jakéhokoliv důvodu odkázáni na pomoc druhých, upřednostnili by ve více než dvou pětinách případů domácí péči (osobní asistenci, pečovatelskou službu apod.). Preferovaný druh pomoci podle ORP je uveden v grafu č. 14.

Graf č. 14: Preferovaný druh pomoci (N=249)



41,8% uživatelů by preferovalo domácí péči (osobní asistenci, pečovatelskou službu apod.), 26,1% pomoc blízké osoby (neformální péče, např. péče ze strany rodiny), 23,7% pobytové zařízení a 5,2% uživatelů by preferovalo ambulantní péči.



SWOT analýza

Silné stránky	Slabé stránky
<ol style="list-style-type: none"> Existence fungující sítě poskytovatelů sociálních služeb Znalost stávající sítě sociálních služeb pro seniory Zvyšující se profesionalita poskytovatelů sociálních služeb (naplňování standardů kvality sociálních služeb dle zákona o sociálních službách) Různorodost poskytovatelů sociálních služeb a jejich ochota ke vzájemné spolupráci Vytvoření katalogu poskytovatelů sociálních služeb Existence komunitních plánů Sestavení tvůrčí pracovní skupiny „Seniori“ (různorodost a odbornost členů skupiny) Zájem poskytovatelů zvyšovat kvalitu a odbornost v sociálních službách Informace získané z analýz (zjišťování potřeb uživatelů, poskytovatelů v jednotlivých oblastech sociálních služeb v Olomouckém kraji) 	<ol style="list-style-type: none"> Nesystematické a nedostačující financování sociálních služeb Chybějící odborníci pro prezentaci sociálních služeb (funkční marketing) Nevyhovující legislativní systémy úhrad za sociální služby (včetně vyživovací povinnosti dětí vůči rodičům, využití vlastních zdrojů pro úhrady sociálních služeb, nepoměr úhrad mezi jednotlivými sociálními službami) Nedostatečné finanční ohodnocení pracovníků v sociálních službách Nedostatek terénní služby a osobní asistence v některých lokalitách (malý podíl služeb poskytujících péči v domácím prostředí se zachováním přirozených sociálních vazeb) Nedostatek informací o potřebnosti sociálních služeb v oblastech „bílých míst“ Nárůst seniorů ohrožených sociálním vyloučením Chybějící zařízení pro seniory – domov se zvláštním režimem (pro osoby s demencí, bez přístřeší, závislé na alkoholu a jiných návykových látkách) Nedostatek ošetrovatelských lůžek v nemocnicích i zařízeních sociálních služeb Nefungující meziresortní spolupráce, zejména s resorty zdravotnictví, nepropojenost systémů zdravotní a sociální péče Chybějící legislativa (obce nemají dle zákona o sociálních službách povinnost plánovat) Malá informovanost a nespolečenská spolupráce mezi obcemi v rámci sociálních služeb Místa bez komunitních plánů (tzv. bílá místa) Nejednotnost komunitních plánů
Příležitosti	Ohrožení
<ol style="list-style-type: none"> Registr poskytovatelů sociálních služeb Zvýšení prestiže sociálních služeb na veřejnosti Spolupráce v rámci KPSS a mezi poskytovateli Existence mikroregionů Příprava na stáří Vzdělávání zaměstnanců poskytovatelů sociálních služeb Vznik jednotné komory poskytovatelů sociálních služeb pro strategické vyjednávání Snaha o meziresortní spolupráci Rozvoj dobrovolnické činnosti a jejího potenciálu Vytvoření aktivizačních programů pro seniory s využitím finančních prostředků z různých fondů Informace získané z analýz (zjišťování potřeb uživatelů, poskytovatelů v jednotlivých oblastech sociálních služeb v Olomouckém kraji) 	<ol style="list-style-type: none"> Nepřípravenost sociální politiky státu na nárůst počtu seniorů Nestabilní a nevyhovující systém financování sociálních služeb Změna v samosprávných orgánech Odklad penzijní reformy Nestabilita sociální politiky Nárůst administrativy Nevyužívání PnP na nákup služeb Nestejně podmínky pro existenci poskytovatelů sociálních služeb Regulace úhrad zdravotních výkonů ze strany zdravotních pojišťoven Malá informovanost zájmu veřejnosti a nezáměr veřejnosti Nesrozumitelnost terminologie v sociálních službách a v KPSS pro veřejnost

Komentář ke SWOT analýze

Pracovní skupina k provedení SWOT analýzy v oblasti sociálních služeb určených seniorům využila zejména odborných znalostí jednotlivých členů, bylo využito informací o potřebách, spokojenosti nebo požadavcích seniorů z dostupných analýz provedených na území kraje i z dostupných výstupů komunitního plánování na místní úrovni. V hodnocení slabých stránek sociálních služeb pro danou cílovou skupinu se objevila potřeba zřízení zařízení pro seniory, a to domova se zvláštním režimem (pro osoby s demencí, bez přístřeší, závislé na alkoholu a jiných návykových látkách). Jde o velice palčivý problém v celém systému sociálních služeb, pracovní skupina prostřednictvím svých výstupů navrhuje řešení této situace. Při sestavování SWOT analýzy členové pracovní skupiny zdůrazňují potřebu orientace na opatření, která by řešila dopady tzv. demografického stárnutí na nabídku a kapacitu sociálních služeb.



7.4.1 Přehled cílů a opatření

Cíl 1	Zachování a rozvoj stávající sítě sociálních služeb pro seniory
Opatření 1.1	Podpora projektů zvyšujících kvalitu sociálních služeb pro seniory
Cíl 2	Podpora a rozvoj terénních a ambulantních služeb pro seniory
Opatření 2.1	Zajištění místní a časové dostupnosti služeb pro seniory
Cíl 3	Podpora služeb pro seniory vyžadující specializovanou péči
Opatření 3.1	Využití a rozšíření stávajících kapacit pobytových zařízení, terénních a ambulantních služeb pro seniory ohrožené sociálním vyloučením a podpora vzniku nových služeb tohoto typu
Opatření 3.2	Využití kapacit pobytových zařízení pro seniory s různými typy demencí
Opatření 3.3	Příprava a vznik domova se zvláštním režimem
Cíl 4	Rozvoj služeb sociální péče podporujících zachování života v přirozeném prostředí
Opatření 4.1	Rozvoj stávajících a podpora vzniku nových odlehčovacích služeb

7.4.2 Popis konkrétních cílů a opatření

Cíl 1	Zachování a rozvoj stávající sítě sociálních služeb pro seniory
Opatření 1.1	Podpora projektů zvyšujících kvalitu sociálních služeb pro seniory
Charakteristika opatření	Podporou projektů zvyšujících kvalitu sociálních služeb bude realizováno vzdělávání zaměstnanců, zvyšování úrovně prostředí a technického zázemí, ve kterém jsou služby provozovány
Předpokládaný dopad opatření	1. Zvýšení kvality poskytovaných služeb 2. Spokojenost uživatelů 3. Zvýšení vzdělanostní úrovně zaměstnanců
Aktivity vedoucí k naplnění opatření	Zpracování projektů jednotlivých poskytovatelů na zvyšování kvality poskytovaných sociálních služeb
Předpokládání realizátoři a partneři opatření	Poskytovatelé sociálních služeb, obce, Olomoucký kraj, pracovní skupina – Senioři
Časový horizont	2011–2014 Průběžné naplňování aktivit
Předpokládané finanční náklady	Dle předložených projektů
Finanční zdroje	Olomoucký kraj, obce, MPSV, ESF
Hodnotící indikátory/předpokládané výstupy	– Počet zpracovaných projektů – Počet realizovaných projektů

Cíl 2	Podpora a rozvoj terénních a ambulantních služeb pro seniory
Opatření 2.1	Zajištění místní a časové dostupnosti služeb pro seniory
Charakteristika opatření	Cílem je zajistit potřebné terénní a ambulantní služby na celém území Olomouckého kraje
Předpokládaný dopad opatření	Zajištění sítě terénních a ambulantních sociálních služeb s cílem poskytnout seniorům takové služby, které jim umožní setrvání v jejich přirozeném sociálním prostředí
Aktivity vedoucí k naplnění opatření	1. Zmapování míst nepokrytých procesem KPSS 2. Vyhledávání „blízkých“ (vzdálenosti) sociálních služeb 3. Informační podpora obcí a poskytovatelů v rozšiřování potřebných služeb 4. Využití, případně rozšíření služeb stávajících poskytovatelů sociálních služeb pro pokrytí „bílých“ míst
Předpokládání realizátoři a partneři opatření	Olomoucký kraj, pracovní skupina Senioři, obce, poskytovatelé sociálních služeb
Časový horizont	2011–2014 Průběžné naplňování aktivit
Předpokládané finanční náklady	Dle předložených projektů
Finanční zdroje	Olomoucký kraj, obce, poskytovatelé a uživatelé sociálních služeb, MPSV
Hodnotící indikátory/předpokládané výstupy	– Zvýšení pokrytí Olomouckého kraje terénními a ambulantními službami pro seniory – Počet podpořených poskytovatelů sociálních služeb v okrajových oblastech Olomouckého kraje



Cíl 3	Podpora služeb pro seniory vyžadující specializovanou péči
Opatření 3.1	Využití a rozšíření stávajících kapacit pobytových zařízení, terénních a ambulantních služeb pro seniory ohrožené sociálním vyloučením a podpora vzniku nových služeb tohoto typu
Charakteristika opatření	Zajištění péče o klienty seniorského věku, kteří vyžadují specializovanou péči (alkoholici a závislí na jiných návykových látkách, bez přístřeší aj.) formou pobytových, ambulantních a terénních služeb
Předpokládaný dopad opatření	Zajištěné neexistující základní služby pro narůstající skupinu seniorů vyžadujících specializovanou péči Snížení dopadu rizikového chování těchto osob Snížení nákladů na zdravotnickou péči Snížení kriminality a nežádoucích společenských jevů
Aktivity vedoucí k naplnění opatření	1. Vytíповání vhodných zařízení pro realizaci tohoto opatření 2. Podpora nových projektů 3. Hledání zdrojů pro finanční zajištění 4. Vzdělávání pečujících osob
Předpokládání realizátoři a partneři opatření	Olomoucký kraj, poskytovatelé sociálních služeb
Časový horizont	2011–2014 Průběžné naplňování aktivit
Předpokládané finanční náklady	Dle předložených projektů
Finanční zdroje	Olomoucký kraj, ESF, MPSV, obce, donátoři
Hodnotící indikátory/ předpokládané výstupy	– Vytíповaná zařízení – Počet podpořených projektů – Počet vzniklých služeb k pokrytí území Olomouckého kraje
Opatření 3.2	Využití kapacit pobytových zařízení pro seniory s různými typy demencí
Charakteristika opatření	Zajištění péče o klienty seniorského věku, kteří vyžadují specializovanou péči vytvořením zvláštních oddělení ve stávajících zařízeních (Alzheimerova demence, ostatní typy demencí a chronické duševní onemocnění)
Předpokládaný dopad opatření	Zajištěné chybějící služby pro narůstající skupinu seniorů vyžadujících specializovanou péči Zabezpečení osob, kterým nebyla dosud péče kvalifikovaně a ve vhodných podmínkách poskytována Zvýšení kvality života a zachování důstojnosti cílové skupiny
Aktivity vedoucí k naplnění opatření	1. Vytíповání vhodných zařízení pro realizaci tohoto opatření 2. Podpora nových projektů 3. Hledání zdrojů pro finanční zajištění 4. Zajištění vzdělávání pečujících osob
Předpokládání realizátoři a partneři opatření	Olomoucký kraj, poskytovatelé sociálních služeb, obce, pracovní skupina – Senioři
Časový horizont	2011–2014 Průběžné naplňování aktivit
Předpokládané finanční náklady	Dle předložených projektů
Finanční zdroje	Olomoucký kraj, ESF, MPSV, obce, donátoři
Hodnotící indikátory/ předpokládané výstupy	– Vytíповaná zařízení – Počet podpořených projektů – Pokrytí území Olomouckého kraje chybějícími službami – Počet uspokojených osob
Opatření 3.3	Příprava a vznik domova se zvláštním režimem
Charakteristika opatření	Výstavba domu se zvláštním režimem pro cílovou skupinu seniorů (Alzheimerova demence, ostatní typy demencí a chronické duševní onemocnění)
Předpokládaný dopad opatření	Zlepšení kvality života osob s demencí při výrazné snížené soběstačnosti v běžných aktivitách denního života v době, kdy se domácí péče stane obtížně zajiřitelnou Uvolnění kapacity domovů pro seniory Zabezpečení osob, kterým nebyla dosud péče kvalifikovaně a ve vhodných podmínkách poskytována

Aktivity vedoucí k naplnění opatření	1. Zpracování projektové a stavební dokumentace 2. Podání žádosti do fondů ESF 3. Zahájení a realizace v souladu s dotačními podmínkami 4. Personální a provozní zajištění služby
Předpokládání realizátoři a partneři opatření	Olomoucký kraj, poskytovatelé sociálních služeb
Časový horizont	2011–2014 Průběžně naplňování aktivit
Předpokládané finanční náklady	Dle předložených projektových dokumentací
Finanční zdroje	ESF, Olomoucký kraj, MPSV, obce
Hodnotící indikátory/ předpokládané výstupy	– Zpracovaná projektová a stavební dokumentace – Předložené projekty – Zahájené poskytování služby domov se zvláštním režimem

Cíl 4	Rozvoj služeb sociální péče podporujících zachování života v přirozeném prostředí
Opatření 4.1	Rozvoj stávajících a podpora vzniku nových odlehčovacích služeb
Charakteristika opatření	Vytvoření dostatečné nabídky odlehčovacích služeb umožňující poskytnutí podpory a péče uživateli a zároveň odpočinek běžně pečující osobě (dle Národního plánu rozvoje sociálních služeb pro období 2011–2016)
Předpokládaný dopad opatření	Rozšíření počtu seniorů, kteří mohou zůstat v přirozeném prostředí, pomoc pečujícím rodinám v případě nutného přerušení péče z různých důvodů (odpočinek, nemoc, dovolená, lázně apod.), finanční dopad (péče v domácím prostředí je mnohem levnější než péče v pobytovém zařízení), příprava na nárůst seniorů (do 15 let se předpokládá zvýšení počtu seniorů o 71%)
Aktivity vedoucí k naplnění opatření	1. Podpora stávajících terénních a pobytových odlehčovacích služeb 2. Vytipování vhodných pobytových služeb pro seniory pro transformaci na pobytovou odlehčovací službu 3. Podpora vzniku nových terénních a pobytových odlehčovacích služeb
Předpokládání realizátoři a partneři opatření	Poskytovatelé sociálních služeb, pracovní skupina Seniori
Časový horizont	2011–2014 Průběžně naplňování aktivit
Předpokládané finanční náklady	Dle předložených projektů
Finanční zdroje	MPSV, Olomoucký kraj, obce, ESF, zřizovatelé, poskytovatelé, uživatelé sociálních služeb
Hodnotící indikátory/ předpokládané výstupy	– Počet podpořených poskytovatelů odlehčovacích služeb – Počet nových lůžek v pobytových zařízeních odlehčovacích služeb – Počet uspokojených uživatelů



Příloha č. 9 Fotografická dokumentace

Obr č. 1 - OLÚ v Pasece



Obr č. 2 - OLÚ v Pasece



Obr č. 3 - OLÚ v Pasece



Obr. č. 4 - OLÚ v Pasece, jídelna



Obr. č. 5 - DpS Červenka



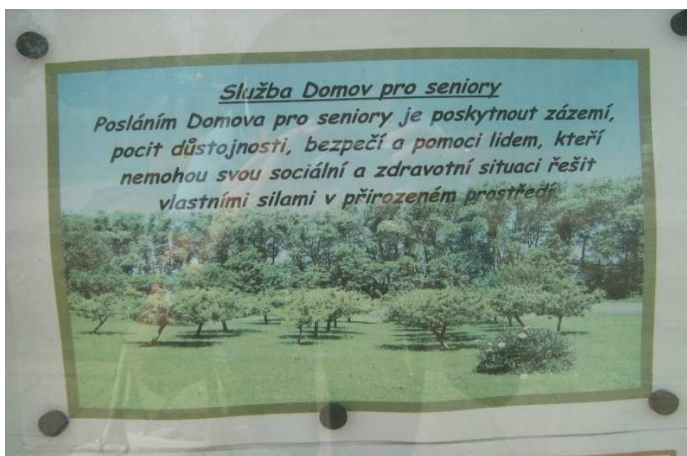
Obr. č. 6 – DpS Červenka



Obr. č. 7 – DpS Červenka



Obr. č. 8 – Domov Pohoda Chválkovice



Obr. č. 9 – Domov Pohoda Chválkovice



ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Jolana Švandová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií PdF UP Olomouc
Vedoucí práce:	Mgr. et Mgr. Marie Chrásková
Rok obhajoby:	2011

Název práce:	Faktory životní spokojenosti osob seniorského věku, vzhledem k nabídce zdravotních a sociálních služeb
Název v angličtině:	Factors of the seniors living satisfaction with respect to the social and medical community care offer
Anotace práce:	<p>Diplomová práce se zabývá spokojeností seniorů žijících v zařízeních sociálních služeb. V teoretické části charakterizuje věkovou kategorii stáří z hlediska současných teorií, medicíny a demografie, zabývá se faktory, které ovlivňují životní spokojenost z bio-psycho-sociálního hlediska, a přináší přehled a charakteristiku služeb dle zdravotnické a sociální oblasti.</p> <p>V praktické části zkoumá míru spokojenosti seniorů v pobytových zařízeních z hlediska biologických, psychických a sociálních potřeb.</p> <p>Součástí anotace je 9 vložených příloh, a to včetně fotografické dokumentace.</p>
Klíčová slova:	senior, životní spokojenost, bio-psycho-sociální potřeby, OLU Paseka, DpS Červenka, DpS POHODA Olomouc, Geriatrie Fakultní nemocnice Olomouc
Anotace v angličtině:	Diploma thesis considers satisfaction of elderly people who live in accommodation facilities of social care services. Theoretical part characterizes the age group senior in term of contemporary theories, medical care and demography. It focuses on factors which have an influence

	<p>on life satisfaction and brings an overview and characteristics of health and social care services.</p> <p>Practical part examines a degree of satisfaction of senior citizens in accommodation facilities in terms of biological, psychological, and social needs.</p> <p>This thesis contains 9 appendixes, photographic documentation is also attached.</p>
Klíčová slova v angličtině:	<p>senior citizens, life satisfaction, biological, psychological, and social needs, OLU Paseka, DpS Červenka, DpS POHODA Olomouc, Geriatrics of University hospital of Olomouc</p>
Přílohy:	<p>Příloha č. 1 - Test základních všedních činností podle Barthelové</p> <p>Příloha č. 2 – Dotazník</p> <p>Příloha č. 3 – Nabídka služeb ve zdravotnické a sociální oblasti</p> <p>Příloha č. 4 – Veřejný závazek</p> <p>Příloha č. 5 – Práva pacientů</p> <p>Příloha č. 6 – Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb domova důchodců Červenka</p> <p>Příloha č. 7 – Souhlas s provedením dotazníkového výzkumu z OLÚ Paseka</p> <p>Příloha č. 8 – Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb, Olomoucký kraj</p> <p>Příloha č. 9 – Fotografická dokumentace</p>
Rozsah práce:	98 stran
Jazyk práce:	český