

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra sociální a charitativní práce

Diplomová práce

K OBJEKTIVNÍM UKAZATELŮM SUBJEKTIVNÍ KVALITY ŽIVOTA

Autor práce: Bc. Františka Doležalová

Studijní obor: Etika v sociální práci

Ročník: 2

Forma studia: Prezenční

Vedoucí práce: RSDr. Ján Mišovič, CSc.

2024

Prohlašuji, že jsem autorkou této kvalifikační práce a že jsem ji vypracovala pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.

25. března 2024

.....
Bc. Františka Doležalová

Tímto děkuji mému vedoucímu diplomové práce RSDr. Jánu Mišovičovi, CSc. za kontrolu vývoje této práce, věnování svého osobního času a věcné připomínky k celé práci a její provázanosti. Velmi si vážím Vaší neutuchající pomoci při psaní této práce.

OBSAH

ÚVOD.....	4
1. Stáří a stárnutí.....	6
1.1. Vymezení pojmu stáří	6
1.4.1. Tělesné projevy stáří	10
1.4.2. Psychické projevy stáří	11
1.4.3. Sociální projevy stáří	12
1.5.1. Seniori v České republice	13
2. Péče o seniory v ČR.....	15
2.1. Poskytované služby	16
2.1.1. Formy poskytování služeb	16
2.1.2. Druhy poskytování služeb.....	17
2.2. Potřeby seniorů	19
2.3. Péče o seniory v domácím prostředí	22
2.4. Institucionální péče o seniory	23
2.4.1. Pobytová zařízení.....	24
2.4.2. Domov pro seniory.....	25
3. Kvalita života.....	27
3.1. Vymezení pojmu kvality života	28
3.2. Dimenze kvality života	29
3.2.1. Objektivní kvalita života.....	30
3.2.2. Subjektivní kvalita života.....	30
3.3. Přístupy ke kvalitě života	31
3.3.1. Medicínské pojetí.....	31
3.3.2. Sociologické pojetí.....	32
3.3.3. Psychologické pojetí	32
3.4. Kvalita života seniorů	33
3.4.1. Faktory ovlivňující kvalitu života seniorů	33
3.4.2. Problémy v životě seniorů.....	34
3.5. Měření kvality života	36
3.5.1. Objektivní metody měření kvality života.....	37
3.5.2. Subjektivní metody měření kvality života	37
3.5.3. Smíšené metody měření kvality života	38
4. Empirický výzkum	39
4.1. Cíl práce a výzkumné otázky	39
4.2. Metodika	39
4.3. Výzkumný soubor	40
4.4. Realizace výzkumu	40
4.5. Etika výzkumu	41

4.6. Vyhodnocení dat.....	41
5. Výsledky	42
6. Diskuse.....	49
Závěr.....	52
Seznam použitých zdrojů.....	53
Seznam příloh, obrázků a tabulek.....	58
Abstrakt	60
Abstract.....	61

ÚVOD

Diplomová práce se věnuje kvalitě života seniorů a ukazatelům, které kvalitu života mohou ovlivnit. Téma jsem si zvolila, protože mě zajímá problematika stárnutí populace. Dalším důvodem je bližší seznámení s touto cílovou skupinou, jaké jsou potřeby a výzvy spojené s péčí o tuto populaci.

Stáří je přirozenou součástí lidského života a každý jedinec se s ním dříve či později musí vyrovnat. Přináší různé výzvy a změny jak v psychickém, tak i fyzickém stavu člověka. Určité jedince stáří provází s relativní lehkostí a minimálními zdravotními obtížemi, zatímco jiní se bojí procesu stárnutí a tato negativní perspektiva může negativně ovlivnit jejich kvalitu života. Dopady na kvalitu života mohou souviset i s umístěním seniora do domova pro seniory, jde o citlivé téma, které vyvolává různé postoje. Někteří lidé upřednostňují péči v domácím prostředí, zatímco jiní vidí v domovech pro seniory možnost poskytnutí plné péče.

Kvalita života zasahuje do různých oblastí života jedince. Souvisí s otázkami týkajícími se zdraví, zaměstnání, rodiny, způsobu života, sociálních tříd, životního stylu a vyjádření hodnot, norem, vzorců chování a rolí v rámci daného životního prostředí a životní úrovně. Problémy spojené se stárnutím, včetně zhoršující se kvality života seniorů, se stávají stále naléhavějšími a vyžadují komplexní přístup k jejich řešení.

Práce je členěna do několika kapitol. První kapitola je zaměřena na podstatu stáří a stárnutí. Druhá kapitola se zaměřuje na péči o seniory. Začátek této kapitoly se věnuje druhům a formám poskytovaných služeb. Důležitá část druhé kapitoly je zaměřena na potřeby seniorů, které se opírají o Maslowovu pyramidu potřeb. Dále se druhá kapitola zaměřuje na péči v domácím prostředí a na institucionální péči. Ve třetí kapitole se práce zaměřuje na termín „kvalita života“. Kvalita života představuje individuální a osobní koncept, proto je náročné tento termín definovat. Existuje několik přístupů a dimenzí, které jsou v práci blíže popsány. Dále je tam bližší vhled na faktory ovlivňující kvalitu života seniorů a na problémy, se kterými se senioři mohou ve svých životech potýkat. Ve čtvrté kapitole je popsán cíl výzkumu, použitá metodika, výzkumný soubor, realizace výzkumu a etika výzkumu.

Cílem této diplomové práce je zkoumat objektivní ukazatele subjektivní kvality života seniorů v pobytovém zařízení a srovnat je s těmi, kteří žijí mimo tato zařízení. Práce je zaměřena na získání hlubšího porozumění aspektům každodenního života seniorů, zejména na jejich pocity spokojenosti, sociální interakce, autonomii a celkový životní komfort. V práci jsem uplatnila teoreticko-empirický přístup. K naplnění cíle významně přispívá kvalitativní výzkum, který byl realizován prostřednictvím tří rozhovorů s obyvateli pobytového zařízení a tří rozhovorů se seniory žijícími mimo

pobytové zařízení. Ke zvolenému cíli byly vytvořeny tři výzkumné otázky: Jaké jsou hlavní rozdíly v každodenním životě seniorů žijících v pobytovém zařízení a těch, kteří žijí mimo ně? Jak senioři vnímají svou životní úroveň v kontextu fyzického a duševního zdraví v obou zkoumaných skupinách? Jaké nejčastější problémy vnímají senioři ve stáří?

Mezi významné publikace patří:

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN: 978-80-247-4138-3.

ŽUMÁROVÁ, Monika. *Subjektivní pohoda a kvalita života seniorů*. Prešov: Akcent print. 2012. ISBN: 978-80-89295-43-2.

HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství. 2012. ISBN: 978-80-7419-106-0.

1. Stáří a stárnutí

Stáří je období v lidském životě, které následuje po aktivní fázi života. Stáří, též nazývané senium (odvozeno z latinského "senex" - starý), představuje poslední etapu lidského žití. Vyznačuje se involučními změnami, které zahrnují postupný úbytek životní energie, proměny v tělesném vzhledu, zpomalení osobního tempa a celkové snížení výkonnosti. Určit přesný okamžik vstupu do stáří je obtížné, neboť proces stárnutí je silně individuální. V obecné rovině se však uvádí, že stáří začíná kolem 60. roku věku a probíhá postupně.¹

1.1. Vymezení pojmu stáří

Stáří představuje biologický proces, který není ovladatelný, a končí smrtí jedince. Je to závěrečné období ontogenetického vývoje, které je však ovlivněno tím, jak jedinec žil svůj dosavadní život. Když se zaměříme na časové aspekty stáří, musíme zohlednit dva hlavní faktory: kalendářní věk a biologický věk. Kalendářním stářím rozumíme dobu, po kterou je jedinec na světě a jakým způsobem je začleněn do společnosti. Biologické stáří umožňuje posoudit změny, které stárnutí způsobilo. Zahrnuje hodnocení zdravotního stavu, funkčnosti, celkové kondice a dalších aspektů, které souvisejí se stářím.²

Stárnutí je doprovázeno celkovým souborem změn v anatomii a funkcích organismu. Stárnutí je „*souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince a jež kulminují v terminálním stadiu a ve smrti.*“³

V psychologickém slovníku je stáří charakterizováno jako poslední fáze života, která je geneticky určena a má pevně stanovenou délku trvání.⁴

Stárnutí zahrnuje proměnu sociálních dovedností v reakci na změny v životním stylu. Komunikační schopnosti, morální uvědomění, a sociální role mohou být ovlivněny a změněny v průběhu stárnutí, což může být podmíněno redukcí společenských rolí.⁵

Na individuální úrovni představuje stárnutí komplexní bio-psycho-sociálně-spirituální proces, který zahrnuje přirozené adaptační změny v těle. Stárnutí je nedílnou součástí ontogenetického vývoje, a v průběhu času se stále více proplétají změny způsobené chorobami, následky úrazů a adaptacemi na ně.⁶

Stáří je obecný termín používaný k popisu pozdních fází ontogeneze, což zahrnuje poslední etapu vývoje, jež uzavírá celkový rozvoj jednotlivce na úrovni osobnosti, duševního stavu, duchovního rozvoje a tělesného zdraví. Stáří má zároveň sociální dimenzi. Charakter stáří lze chápat jako dvojnásobně komplexní – zahrnuje proces zrání, který se prolíná s involucí a postupným úbytkem schopností, a současně se spojuje s biologickými aspekty v kontextu sociálního prostředí. Tato dvojitá podstata stáří má

¹ Srov. NAKONEČNÝ, Milan. *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia, 1997. ISBN: 80-200-0625-7. s. 418.

² Srov. KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004. ISBN: 80-247-0548-6.

³ LANGMEIER, Josef a KREJČÍROVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2. akt. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN: 80-247-1284-9. s. 202.

⁴ Srov. HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN: 978-80-262-0873-0. s. 274.

⁵ Srov. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie*. II., *Dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007. ISBN: 978-80-246-1318-5. s.299.

⁶ Srov. ONDRUŠOVÁ, Jiřina, KRAHULCOVÁ, Beáta. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Karolinum, 2019. ISBN: 978-80-246-4383-0. s. 18.

zvláštní význam vzhledem k pochopení a také možnému zneužití otázek spojených se stárnutím.⁷

Biologické stárnutí představuje nevyhnutelný a univerzální aspekt živé přírody, kde všechny živé organismy procházejí procesem vývoje, stárnutí a nakonec smrti. U lidí tento cyklus zahrnuje nitroděložní vývoj, dětství, dospělost a stáří. Jednotlivé fáze života mají charakteristické biologické znaky, které lze pozorovat.⁸

V situaci plné nejistoty, v níž se vyskytuje výrazná variabilita mezi jednotlivci a často se objevují rozporuplné znakové kvality, je označení „starého“ záležitostí toho, kdo se prezentuje jako starý. Zejména je to tak pro ty, koho společnost intuitivně nebo zvykem vnímá jako staré. *„Mnozí lidé tak složitě prožívají rozpor: „proč mne považují za starého, já přeci starý nejsem, já se tak necítím“*⁹

Stáří může být vnímáno jako výrazně sociálně konstruovaný fenomén. Udělení statutu staršího jedince může být neutrálním konstatováním, ale většinou nese buď pozitivní akcent (např. ve formě respektovaného stařešinství, členství v radě starších, vyzdvihnutí moudrosti, přednostní postavení a pozitivní diskriminace spojená s úctou k věku, zásluhám, ...) nebo má charakter diskriminačního vyloučení (např. stigmatizace spojená s důchodovým věkem, postprodukčním obdobím, poklesem životní úrovně důchodců, sociální segregací a exkluzí).¹⁰ Diskriminační a segregace vylučující pohled na stáří v sociálním konstrukturu není spojen pouze s poklesem výkonnosti a společenskou "užitečností", ale také s pocitem nadbytečnosti. Tato perspektiva zahrnuje mezigenerační konkurenci o pracovní příležitosti, vedoucí pozice a vlastnictví nebo využívání rodinného majetku. „Starší“ jedinci se tak stávají konkurencí pro nově vstupující generaci. Očekává se, že bez ohledu na svou výkonnost uvolní své pozice a podíl na zdrojích prostřednictvím odchodu do důchodu.¹¹

Příznivý průběh civilizačního vývoje s trvalým zlepšováním zdravotního a funkčního stavu nově stárnoucích generací sice přispívá ke zvýšení společenské produktivity seniorů a prodlužuje období, po které si zachovávají soběstačnost, přičemž posouvá hranice stáří do vyšších kalendářních věkových skupin. Avšak zároveň dochází k poklesu společenského zájmu o úctu k seniorům. Ti, kteří byli dříve vnímáni jako jednotlivci s unikátními zkušenostmi, se nyní stávají přemnoženými nositeli dovedností a vzpomínek, které jsou považovány za zastaralé vzhledem k postupu informačních technologií. Tato situace zároveň vyvolává mezigenerační střety a otevírá otázky pracovních příležitostí v kontextu klesající potřeby lidské práce.¹²

⁷ Srov. ČELEDOVÁ, Libuše, KALVACH, Zdeněk, ČEVELA, Rostislav. *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum, 2016. ISBN: 978-80-246-3404-3. s.11.

⁸ *Tamtéž*, s.11.

⁹ *Tamtéž*, s.12.

¹⁰ *Tamtéž*, s.12.

¹¹ *Tamtéž*, s.12.

¹² *Tamtéž*, s.12.

1.2. Periodizace lidského života ve stáří

Jednotlivé aspekty lidského věku mohou být vyjádřeny různými termíny a hledisky. Termíny ve vztahu ke stáří jsou kalendářní věk, biologický věk, funkční stav, sociální stáří, třetí a čtvrtý věk a postproduktivní věk.

Kalendářní věk

„Kalendářní stáří je jednoznačně vymezitelné. Podle Světové zdravotnické organizace, která v šedesátých letech 20. století přijala patnáctiletou periodizaci lidského života, se vyšší věk dělí takto:

60-74 let: rané stáří (počínající stáří)

75-89 let: vlastní stáří (období pokročilého, vysokého věku)

90 a více let: období dlouhověkosti.¹³

Biologický věk

Biologický věk slouží jako hrubý indikátor fáze života a procesu stárnutí.¹⁴ Biologický věk poskytuje informace o celkovém zdravotním stavu organismu, míře involučních (zvrtných) změn a poklesu potenciálu zdraví. U starších jedinců se nemoci výrazněji podílí na těchto biologických změnách.¹⁵

Funkční stav

Funkční stav jedince zahrnuje jeho schopnost a potenciál, které jsou ovlivněny různými vnějšími faktory, na rozdíl od kalendářního věku. Kalendářní věk nemusí korespondovat s funkčním stavem. Hodnocení funkčního stavu seniorů zahrnuje jejich kondici, výkon a úroveň soběstačnosti. To lze provádět prostřednictvím různých testů.¹⁶

Sociální stáří

Sociální věk se váže na společenskou interpretaci biologického stáří. Obsahuje kolektivně sdílená očekávání týkající se vhodných rolí a chování v závislosti na konkrétním biologickém věku. Současně přináší odměny a tresty, které motivují jedince utvářet svůj životní průběh v souladu s těmito společenskými normami (například mateřství ve 14 letech je považováno za příliš brzké, zatímco ve 45 letech za opožděné).¹⁷

Určitou perspektivu sociální stáří lze popsat skrze role, kterou jedinec hraje ve společnosti. Za výchozí bod sociálního stáří se často považuje věk, kdy jedinec začíná mít nárok na starobní důchod. Ekonomicky aktivní období spojené s určeným věkem odchodu do důchodu je také známé jako postproduktivní věk. V rámci sociální periodizace lidského života se tento postproduktivní věk dále rozděluje na třetí věk, kde

¹³ Srov. ONDRUŠOVÁ, Jiřina, KRAHULCOVÁ, Beáta. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Karolinum, 2019. ISBN: 978-80-246-4383-0. s. 18.

¹⁴ Srov. HAVLÍKOVÁ, Jana. *Věk v sociologické teorii: Perspektiva životního běhu*. [online], [cit. 29. 12. 2023]. Sociální studia. Dostupné z: https://journals.muni.cz/socialni_studia/article/view/5556/4653. s. 183.

¹⁵ Srov. ONDRUŠOVÁ, Jiřina, KRAHULCOVÁ, Beáta. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Karolinum, 2019. ISBN: 978-80-246-4383-0. s. 19.

¹⁶ *Tamtéž*, s. 19.

¹⁷ Srov. HAVLÍKOVÁ, Jana. *Věk v sociologické teorii: Perspektiva životního běhu*. [online], [cit. 29. 12. 2023]. Sociální studia. Dostupné z: https://journals.muni.cz/socialni_studia/article/view/5556/4653. s. 183.

prevažuje soběstačnost a možnost rozvoje osobnosti, a na čtvrtý věk, který zahrnuje období nesoběstačnosti a závislosti na pomoci druhých.¹⁸

1.3. Proces stárnutí

Stárnutí lze interpretovat jako univerzální fenomén postihující celou společnost, ale také jako jedinečný proces stárnutí každého jednotlivce.¹⁹

V odborné literatuře se rozlišuje primární a sekundární stárnutí. Primární stárnutí označuje procesy spojené s genetickým dědictvím a normálním průběhem života. Sekundární stárnutí je charakterizováno změnami způsobenými biologickým stárnutím, podpořenými onemocněními nebo externími faktory, jako jsou nadměrný stres, traumata, nezdravý životní styl a nepříznivé životní podmínky.²⁰

Pacovský říká, že „*stárnutí a stáří je specifický biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nakódován, je nevratný, neopakuje se, jeho povaha je různá a zanechává trvalé stopy. Jeho rozvoj se řídí druhově specifickým zákonem a podléhá formativním vlivům prostředí.*“²¹

Proces stárnutí, známý též jako involuce, je možné jednoduše charakterizovat jako vliv času na lidskou bytost. Tento proces vede především ke změnám v tělesné struktuře, které následně ovlivňují i funkce organismu. Důsledky mohou být jak destruktivní, tak konstruktivní – některé vlastnosti těla a jeho funkcí se zhoršují, jiné zůstávají neměnné a některé dokonce prokazují zlepšení.²²

Každý jedinec prochází procesem stárnutí individuálním způsobem, avšak obecně lze rozlišovat tři typy průběhu:

Fyziologické stárnutí: Běžný a normální průběh stárnutí, kdy obtíže odpovídají očekávání pro daný věk a jsou v souladu s normami společnosti.

Patologické stárnutí: Předčasné nebo extrémně rychlé stárnutí, charakterizované horším zdravotním a funkčním stavem ve srovnání s vrstevníky, často spojené se závislostí na pomoci druhých.

Úspěšné stárnutí: Senior si udržuje nadprůměrný funkční stav, projevuje soběstačnost a aktivně se angažuje ve fyzické, psychické a sociální aktivitě, což představuje žádoucí a plnohodnotný život ve stáří.²³

¹⁸ Srov. ONDRUŠOVÁ, Jiřina, KRAHULCOVÁ, Beáta. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Karolinum, 2019. ISBN: 978-80-246-4383-0. s. 19.

¹⁹ Srov. ZAVÁZALOVÁ, Helena, A KOL. *Výbrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN: 80-246-0326-8. s. 11.

²⁰ Srov. ŠTIKAR, Jiří., HOSKOVEC, Jiří., ŠMOLÍKOVÁ, Jana. *Bezpečná mobilita ve stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN: 978-80-246-1339-0. s. 12.

²¹ Srov. PACOVSKÝ, Vladimír., HEŘMANOVÁ, Hana. *Gerontologie*. Praha: Avicenum, 1981. ISBN: 08-044-81. s. 57

²² Srov. PICHAUD, Clément., THAREAU, Isabelle. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál, 1998. ISBN: 80-7178-184-3. s. 25.

²³ Srov. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. ISBN: 978-80-247-3148-3. s. 14.

1.4. Změny ve stáří

Změny ve stáří se týkají různých oblastí života a mohou mít fyzické, psychologické, sociální a emocionální aspekty. Změny ve stáří nezávisí pouze na genetických predispozicích, ale zejména na tom, jak jedinec dosud vedl svůj život, jeho životní styl, prostředí, ve kterém žil, a zkušenostech s nemocemi a zdravotními stavy, kterými prošel.²⁴

Teoretická gerontologie zkoumá příčiny stárnutí a existuje řada teorií, které se snaží vysvětlit tento proces z různých perspektiv. Moderní poznatky naznačují, že stárnutí je multifaktoriální a komplexní fenomén, který je ovlivněn genetickou predispozicí jednotlivce, jeho životním stylem a vnějšími faktory prostředí. Je tedy zřejmé, že proces stárnutí může být do určité míry ovlivněn.²⁵

Fyziologické stárnutí je spojeno s involucí či ústupem jednotlivých orgánových systémů a funkcí. Současně je jeho výrazným rysem asynchronnost mezi konkrétními orgány, které podléhají odlišným procesům stárnutí. Dalším společným znakem je snížená adaptabilita, zpomalené psychomotorické tempo a celková transformace stárnoucího jedince na všech úrovních – biologické, psychologické, sociální a duchovní.²⁶

1.4.1. Tělesné projevy stáří

Fyzický aspekt zahrnuje biologické procesy stárnutí, které zjevně ovlivňují vnější projevy vzhledu člověka. Běžné tělesné změny, jako jsou atrofie, ztráta elasticity a úbytek vody postihují všechny orgánové systémy. Dochází k postupnému úpadku funkčnosti orgánů, změnám v metabolismu a oslabení imunitních mechanismů, snižuje se schopnost organismu adaptovat se na zátěž. Úroveň fyziologických změn, například v atrofii svalů, stavu kostí, výkonnosti srdce a stavu cév, lze v průběhu stárnutí ovlivnit prostřednictvím zdravé životosprávy, která zahrnuje kvalitní, vyváženou stravu a pravidelnou fyzickou aktivitu.²⁷

Fyziologické změny ve stáří ovlivňují tkáň, orgány a celé orgánové systémy. Tyto změny postihují orgány na genetické úrovni a jsou ovlivněny prostředím a životním stylem jedince. Během stárnutí dochází k postupné atrofii, což znamená úbytek živé tkáň, a to ve všech orgánech a tkáních.²⁸

Pohybový systém

Pro seniory je typické zmenšení a sklon ke shrbení postavy, což může být způsobeno atrofií meziobratlových plotének a osteoporózou. Dochází k atrofii kosterního svalstva, a častým problémem je osteoporóza, která se projevuje zejména u žen. V důsledku osteoporózy kosti ztrácejí pevnost, což zvyšuje riziko zlomenin, především v oblasti krčku stehenní a pažní kosti, pánve a kompresivních zlomenin obratlů. S tím souvisejí časté bolesti kloubů a zad, které často limitují pohyblivost. Celkově u seniorů dochází k

²⁴ Srov. PTÁČKOVÁ, Hana. PTÁČEK, Radek. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Praha: Grada, 2021. ISBN: 978-80-271-4464-8. s.18.

²⁵ Srov. ONDRUŠOVÁ, Jiřina, KRAHULCOVÁ, Beáta. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Karolinum, 2019. ISBN: 978-80-246-4383-0. s. 16.

²⁶ *Tamtéž*, s.16.

²⁷ *Tamtéž*, s.17.

²⁸ Srov. BURDA, Patrik, ŠOLCOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelská péče 2. díl*. Praha: Grada, 2016. ISBN: 978-271-9254-0. s. 14-15.

úbytku svalové síly, což má vliv na jejich celkovou fyzickou kondici a schopnost pohybu.²⁹

Nervový systém a smyslové vnímání

Vzhledem k snížení rychlosti přenosu informací, zejména v periferním nervovém systému, může senior projevovat zpomalené tempo při přijímání informací a interpretaci, což vede ke snížení psychomotorického tempa. Současně se snižuje výkon téměř všech smyslových orgánů, což zahrnuje zhoršení zraku, sluchu, chuti a čichu, a také hmatových vjemů. Tyto fyziologické změny ovlivňují celkovou vnímavost seniorů vůči okolnímu prostředí a mohou mít dopad na jejich schopnost komunikace a interakce se světem kolem nich.³⁰

Kardiovaskulární systém

Snižuje se výkonnost srdce jako pumpy, což znamená, že srdce přečerpává méně krve, a v některých případech může dojít k poklesu průtoku krve různými orgány. Tento pokles výkonnosti srdce ovlivňuje schopnost seniorů účastnit se náročnějších fyzických aktivit. Senioři jsou náchylnější k hypertenzi, což souvisí se změnami v cévním systému. Cévy jsou méně elastické, dochází k ukládání tukových látek a vápníku do stěn, což může vést k ateroskleróze. Tyto změny mohou způsobit otoky, obvykle symetrické a nejčastěji lokalizované na dolních končetinách. Onemocnění kardiovaskulárního systému u seniorů může být provázeno různými příznaky, včetně dušnosti, kašle, kolapsových stavů a dalších. Různá onemocnění cév se mohou projevit jako infarkt myokardu, cévní mozková příhoda, bércové vředy a další komplikace. Tyto faktory mohou významně ovlivnit celkový zdravotní stav seniorů a jejich schopnost vést aktivní a plnohodnotný život.³¹

Kožní systém

Ve stáří dochází k několika významným změnám na kůži, které mohou ovlivnit celkový stav seniorů. Kůže bývá suchá a náchylná k poškození. Na ruce i obličeji se často objevují tzv. „stařecké skvrny“. Současně se snižuje množství elastických vláken v kůži, což vede k tvorbě vrásek, snížení napětí kůže, a ztrátě tukové vrstvy v podkoží. V oblasti vlasů dochází k šedivění a řidnutí, zatímco nehty mohou být žluté s podélnými rýhami. Ve stáří se také častěji vyskytují problémy s kůží, jako jsou opruzeniny, bércové vředy a dekubity.³²

1.4.2. Psychické projevy stáří

Psychická dimenze je charakterizována transformací kognitivních funkcí, osobnostních rysů a schopností přijímat nové role v reakci na vlastní stárnutí. Zahrnuje také mentální funkce a emocionální složku. Různé psychické aspekty stárnutí mohou být příznivě ovlivněny zdravým životním stylem, psychickou aktivitou a vhodným režimem dne.³³

Jednou z nejtýpějších změn je určitý stupeň poklesu paměti, často spojený s nějakým stadiem demence. Senioři se obtížněji učí nové věci a hůře zvládají

²⁹ Srov. BURDA, Patrik, ŠOLCOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelská péče 2. díl*. Praha: Grada, 2016. ISBN: 978-271-9254-0. s.15.

³⁰ *Tamtéž*, s. 17.

³¹ *Tamtéž*, s.15.

³² *Tamtéž*, s.17.

³³ Srov. ONDRUŠOVÁ, Jiřina, KRAHULCOVÁ, Beáta. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Karolinum, 2019. ISBN: 978-80-246-4383-0. s. 17.

zpracovávat nové informace. Někteří jedinci ve stáří mohou být charakterizováni i svou nedůvěřivostí vůči okolnímu světu, novým technologiím, léčebným postupům atd. Další charakteristickou změnou v psychické oblasti je snížená sebedůvěra, a to jak ve vlastní schopnosti, sílu, tak potřebnost. Lidé ve stáří mohou být také emočně labilní, což znamená, že situace považovaná za banální ostatními, může vyvolat nečekanou reakci, jako jsou pláč, smutek, pocit uraženosti atd. Změny v oblasti vnímání jsou často způsobeny jak poklesem smyslového vnímání, tak kognitivními deficity.³⁴

1.4.3. Sociální projevy stáří

Sociální dimenze stárnutí zahrnuje zapojení jednotlivce do sociálních vztahů, jeho postoj k okolí a ochotu účastnit se aktivit, tedy jeho vztahy k blízkému okolí a společnosti. Během stárnutí a ve stáří dochází ke změnám v interakcích s vrstevníky a přáteli, včetně obnovy a posílení dřívějších přátelství a změn v těchto vztazích v souvislosti s nemocí. Nezbytnou a v pozdějším věku významnou roli hraje kohortová zkušenost, spojená s možností sdílet společné vzpomínky a zkušenosti z minulosti. Odeznění pracovního života s omezením kontaktů a případné přestěhování z původního bydliště mohou představovat významnou psychickou zátěž, zejména pokud je těmto změnám předcházena ztráta blízké osoby. Podle aktuálních výzkumů starší lidé obvykle upřednostňují samostatný život a ocení, když jejich blízcí nežijí příliš daleko. Vzdálená intimita je udržována pomocí častých telefonátů a pravidelných návštěv. V případě snížené soběstačnosti staršího jedince může optimálním řešením být kombinace formální a neformální péče. Kvalitní sociální síť se stává důležitým zdrojem podpory pro seniory.³⁵

Po dosažení šedesátého pátého roku³⁶ života dochází k jedné klíčové změně v životě jedince, a to k odchodu do důchodu, což může mít různé důsledky na společenské a ekonomické úrovni. Někteří senioři jsou nuceni přizpůsobit svůj životní styl, ať už z ekonomických důvodů, v důsledku fyzické oslabenosti, neschopnosti zvládat běžné činnosti nebo kvůli nutnosti přechodu do institucionální péče. Změna sociálního prostředí může být spojena s přechodem do prostředí nějaké instituce, buď sociálního nebo zdravotnického zařízení. Úmrtí blízkých, zejména partnera, spolužáků a přátel, ještě více zdůrazňuje povědomí o konečnosti lidské existence a nezvratnosti života. Ekonomické obtíže mohou vzniknout v důsledku úmrtí partnera, nízké penze, vysokých nákladů na bydlení, nutnosti platit za léky nebo léčbu apod.³⁷

³⁴ Srov. BURDA, Patrik, ŠOLCOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelská péče 2. díl*. Praha: Grada, 2016. ISBN: 978-271-9254-0. s. 17.

³⁵ Srov. ONDRUŠOVÁ, Jiřina, KRAHULCOVÁ, Beáta. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Karolinum, 2019. ISBN: 978-80-246-4383-0. s. 17-18.

³⁶Srov. ČSSZ, *Starobní důchod podrobně*. [online]. [cit. 30.1.2024]. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/web/cz/starobni-duchod-podrobne>

³⁷ Srov. BURDA, Patrik, ŠOLCOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelská péče 2. díl*. Praha: Grada, 2016. ISBN: 978-271-9254-0. s. 18.

1.5. Stárnutí populace

Stárnutí populace představuje významný demografický trend současnosti a stává se globálním problémem 21. století. Nejrychlejší proces stárnutí populace probíhá v Evropě, kde se očekává, že do roku 2050 se podíl osob 60 let zvýší na 35 %. Tento trend není výjimkou ani v České republice.³⁸

Je velmi pravděpodobné, že současná demografická situace bude mít vliv na všechny oblasti společenského života. V „dlouhověkem světě“ se objevují stinné stránky, především ve formě značných ekonomických dopadů. S narůstajícím počtem starších osob v porovnání s osobami v produktivním věku roste sociální skupina, která čerpá veřejné finanční prostředky, které se stávají omezenějšími v souvislosti s nepoměrem mezi seniory a lidmi v produktivním věku. Tím je při stávajícím systému důchodů nevyhnutelné to, že odvody na státní důchody nemusí v perspektivě stačit na vyplacení důchodu pro všechny seniory. Senioři tak představují a budou i nadále představovat pro společnost rostoucí ekonomickou zátěž.³⁹ Mezi pozitivní aspekty „dlouhověčnosti“ patří zvýšená zaměstnanost osob ve vyšším věku, nepostradatelný přínos seniorů při péči o mladší (i starší) generaci a rozvoj nových a žádaných služeb pro seniory. Tyto aktivity seniorů představují přínos do veřejných financí, a to i prostřednictvím jejich spotřeby. Tato situace tak otevírá ekonomické příležitosti, včetně vytváření dalších pracovních příležitostí, protože senioři budou potřebovat pomoc a péči, což může vést k rozvoji nových trhů.⁴⁰

S ohledem na trend spojený se „stárnutím populace“ je pravděpodobné, že i přes rozvoj komunitních služeb vzroste potřeba institucionální péče o seniory. Tento demografický vývoj bude mít významné důsledky nejen na organizaci a financování zdravotních a sociálních služeb, ale také na jejich strukturu. Senioři mají specifické potřeby, které je nezbytné brát v úvahu, což ovlivní podobu poskytovaných služeb.⁴¹

1.5.1. Senioři v České republice

V demografické statistice se obvykle kategorizují senioři podle věku, přičemž každá osoba ve věku 65 let a více je považována za seniora.⁴²

Od poloviny 80. let 20. století se v Česku neustále zvyšuje počet osob ve věku 65 let a více. Růst počtu seniorů výrazně zrychlil na konci prvního desetiletí 21. století, když do této věkové kategorie začaly vstupovat početné ročníky osob narozených ve 40. letech 20. století. Mezi lety 2001 a 2011 se počet seniorů zvýšil o 226 tisíc, zatímco v následujícím desetiletí mezi roky 2011 a 2021 narostl o 515 tisíc.⁴³

V letech 2020 a 2021 došlo ke zpomalení růstu počtu seniorů. Toto zpomalení nebylo způsobeno pouze menším počtem ročníků překračujících 65 let, ale také vlivem zhoršených úmrtnostních podmínek v průběhu pandemie covidu-19. Dříve více než 2% roční přírůstek seniorů v těchto letech klesl na 1,3 % a 0,8 %. V průběhu roku 2022 se však počet seniorů opět zvýšil o 1,8 %. Podle nejnovějších údajů o věkovém složení

³⁸ Srov. IVANOVÁ, Kateřina. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. BUŽGOVÁ, Radka. *Riziková senioři – sociální fenomén demografického stárnutí populace*. [online], [cit. 29. 12. 2023]. s. 67.

³⁹ *Tamtéž*, s. 68.

⁴⁰ *Tamtéž*, s.68.

⁴¹ *Tamtéž*, s.69.

⁴² Srov. Český statistický úřad. *Senioři v ČR v datech*. 2023. [online]. [cit. dne 30. 12. 2023]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-cr-v-datech-ajnoatmxkq>. s.8.

⁴³ *Tamtéž*, s.8

populace ke konci roku 2022 bylo ve věku 65 let a více 2,21 milionu obyvatel České republiky, což znamená meziroční nárůst o 38,7 tisíce.⁴⁴

Během prvního desetiletí tohoto století se zastoupení seniorů v populaci zvýšilo z téměř 14 % na necelých 16 %. V průběhu druhého desetiletí pak toto zastoupení vzrostlo až na 20 %, což představuje jednu pětinu populace. Nejvyšší podíl osob ve věku 65 let a více byl zaznamenán na konci roku 2021, kdy dosáhl 20,6 %. V roce 2022 došlo ke mírnému meziročnímu poklesu na 20,4 %. Tento pokles byl ovlivněn výraznějším růstem populace jako celku, především díky silné migrační vlně uprchlíků z Ukrajiny, která čítala přibližně 300 tisíc lidí.⁴⁵

Největší skupinu v rámci seniorské populace tvoří tradičně ti nejmladší, tedy lidé ve věku 65–69 let. Každá následující věková skupina seniorů je postupně méně početná. Rozdíly v početnosti jednotlivých skupin jsou ovlivněny nejen postupným úbytkem jednotlivých generací, ale i historickým vývojem porodnosti.⁴⁶ Z celkového počtu 2,21 milionu seniorů ke konci roku 2022 téměř 30 % bylo ve věku 65–69 let (653 tisíc), dalších 28 % ve věku 70–74 let (613 tisíc) a senioři ve věku 75–79 let tvořili více než jednu pětinu, konkrétně 22 % (476 tisíc). Zbývajících 21 % seniorů zahrnovalo osoby ve věku minimálně 80 let (466 tisíc), přičemž většina z nich byla osmdesátníky (401 tisíc). Devadesátíky bylo necelých 65 tisíc, a ve věku 100 a více let žilo 787 obyvatel⁴⁷

Složení seniorské populace podle pohlaví se odlišuje od mladších věkových skupin v tom smyslu, že mezi seniory je větší počet žen než mužů. Tuto skladbu ovlivňuje obecně vyšší úmrtnost mužů, což má za následek nižší podíl mužů, kteří dosáhnou vyššího věku v porovnání se ženami. Na konci roku 2022 tvořily ženy mezi seniory ve věku 65 let a více 57,9 %, zatímco muži představovali 42,1 %. V roce 2011 byl podíl žen mezi seniory 59,4 % a deset let předtím dosahoval 61,4 %. S přibývajícím věkem roste podíl žen mezi seniory: u nejmladších ve věku 65–69 let bylo 53 % žen, ve věkové skupině 80–84 let 63 % a v nejstarší věkové skupině od 95 let věku dokonce 80 %, což znamená, že ze pěti lidí v této věkové skupině byly čtyři ženy a pouze jeden muž.⁴⁸

V seniorské populaci lze pozorovat významné rozdíly ve složení podle rodinného stavu, které se značně liší mezi muži a ženami. Muži seniorského věku jsou převážně ženatí, a to z 69 %, podle údajů k prosinci 2022. Další dvě rozsáhlé skupiny tvoří rozvedení muži (14 %) a ovdovělí muži (12 %). Naopak u žen-seniorek jsou nejpočetnější skupiny vdané a ovdovělé, přičemž obě tyto skupiny zahrnují 41 % seniorek podle bilance k 31. prosinci 2022. Rozvedené ženy ve věku 65 let a více tvořily 16 %. Mezi muži i ženami seniorského věku je nejméně početná skupina těch, kteří nikdy nevstoupili do manželství. Svobodných mužů-seniorů bylo 5 %, zatímco u žen-seniorek 3 %. Struktura seniorů podle rodinného stavu se samozřejmě mění v závislosti na věku. S postupujícím věkem narůstá podíl ovdovělých u obou pohlaví. Podle nejnovějších údajů převažovaly ovdovělé ženy nad vdanými od věku 76 let a starší, zatímco u mužů se převýšení ovdovělých nad ženatými dostavilo až od věku 92 let.⁴⁹

⁴⁴ Srov. Český statistický úřad. *Senioři v ČR v datech*. 2023. [online]. [cit. dne 30. 12. 2023]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-cr-v-datech-ajnoatmxkq> s.9

⁴⁵ *Tamtéž*, s.10

⁴⁶ *Tamtéž*, s.11.

⁴⁷ *Tamtéž*, s.12

⁴⁸ *Tamtéž*, s.13

⁴⁹ *Tamtéž*, s.14

2. Péče o seniory v ČR

Když se zdravotní stav seniora dostane do fáze, kdy není pravděpodobné nebo dokonce jisté, že si nebude schopen v budoucnu samostatně zajistit péči, vzniká otázka, jak tuto péči zajistit. Senioři, kteří se před tímto zvratem v jejich zdravotním stavu nezabývali aktivně možnostmi péče, mají obvykle omezené informace o dostupných možnostech. Jsou jim méně známy typy zařízení, která mohou využít.⁵⁰

V období státního socialismu v České republice byla veřejná podpora v oblasti péče o seniory převážně zaměřena na institucionální rezidenční péči, ačkoli terénní služby péče o seniory byly podporovány v menší míře. Péče poskytovaná rodinou byla státem podporována pouze minimálně. Nicméně po období „defamilizace“ v padesátých a šedesátých letech minulého století, během něhož bylo vybudováno a uvedeno do provozu mnoho ústavních zařízení pro péči o seniory, začal být v sedmdesátých letech pozorován obrat k podpoře rodiny v oblasti péče o starší osoby i děti. Neformální rodinná péče se stávala vnímanou jako řešení hrozby stárnutí populace a souvisejícího nárůstu lidí potřebujících péči, spolu s makroekonomickými problémy země. Stát zavedl první opatření k podpoře neformálních pečovatелů, jako například v roce 1975, kdy byl čas strávený mimo zaměstnání péči o bezmocného člena rodiny považován za náhradní dobu z hlediska sociálního a důchodového pojištění. V roce 1976 byl zaveden finanční příspěvek na péči o blízkou osobu, který byl vyplácen pečujícími osobám. Po roce 1989 došlo k postupnému snižování dostupnosti rezidenční institucionální péče o seniory. I když celkový počet míst v ústavech mírně rostl, pokrytí cílové populace klesalo, a současně dramaticky stoupal počet odmítnutých žádostí o místo. V průběhu devadesátých let a prvního desetiletí současného století byl v českém sociálním systému stále více zdůrazňován model péče založený na neformální péči v rámci rodiny. Analýza odborných, politických a mediálních dokumentů ukazuje výraznou podporu směřování k deinstitucionalizaci a zdůrazňuje důležitost péče o seniory v jejich vlastním domácím prostředí, s důrazem na rodinnou odpovědnost za tuto péči. V současné době převládá ve veřejném diskurzu a ve veřejném mínění přesvědčení, že formální institucionální péči by mělo být využíváno pouze v situacích, kdy rodinní příslušníci chybí nebo nejsou schopni poskytovat péči seniorovi.⁵¹

Reforma sociální politiky v roce 2006 přinesla zásadní změny v péči o osoby se zdravotním postižením, včetně seniorů. Při reformě sociálních služeb byl zrušen příspěvek na péči poskytovaný pečující osobě a nahrazen příspěvkem určeným přímo potřebující osobě. Tato změna měla za cíl umožnit lidem, kteří potřebují péči, volbu typu péče, kterou si přejí, a zakoupit si ji pomocí poskytnutých finančních prostředků nebo vyplatit pečujícímu rodinnému příslušníkovi. Očekávalo se, že tato změna povede k uvolnění míst v rezidenčních ústavních zařízeních a podpoří různé typy terénních služeb. Nicméně, výsledky neodpovídaly očekáváním. Nedošlo k výraznému uvolnění míst v rezidenční péči pro ty, kteří nepotřebují nepřetržitou péči, a nedošlo k výraznému rozvoji terénních/domácích sociálních služeb.⁵²

Česká populace stárne, stejně jako populace dalších vyspělých zemí. Tento demografický trend představuje výzvu pro celou společnost a pro její hodnoty. Je nezbytné přijmout komplexní přístup k veřejným politikám a jejich nastavení tak, aby společnost mohla prosperovat a udržet soudržnost i v situaci výrazných demografických

⁵⁰ Srov. KALVACH, Z. a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN: 80-24705-48-6, s. 467

⁵¹ Srov. DUDOVÁ, Radka. *Postarat se ve stáří*. Praha: Sociologické nakladatelství. 2015. ISBN: 978-80-7419-182-4, s. 30-31.

⁵² *Tamtéž*, s. 32.

změn. V dubnu roku 2015 MPSV vytvořilo samostatné oddělení pro politiku stárnutí na základě usnesení vlády č. 218 ze dne 30. března 2015. V roce 2020 bylo toto oddělení sloučeno s agendou sociálního začleňování a sociálního bydlení, čímž vzniklo nové Oddělení pro stárnutí a sociální začleňování.⁵³

Problematika stárnutí je v České republice často omezena pouze na diskusi o důchodovém systému, což je přístup, který je zcela nedostačující a neudržitelný. Navíc, často je provázen negativními stereotypy. Obecné představy o stárnutí a starších lidech jsou často zastaralé a neberou v potaz fakt, že dnešní starší populace je velmi rozmanitá a tato rozmanitost se bude ještě více prohlubovat v budoucnosti.⁵⁴

2.1. Poskytované služby

Mezi nejčastěji poskytované služby pro seniory patří služby v oblasti zdravotní péče a sociální podpory.

2.1.1. Formy poskytování služeb

Formy zdravotní péče

Zákon 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění platném k 31.12.2023 uvádí tyto formy zdravotní péče: ambulantní péče, jednodenní péče, lůžková péče a zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta.⁵⁵

Ambulantní péčí se myslí zdravotní péče, která nepožaduje, aby pacient byl hospitalizován nebo přijat na lůžko v zdravotnickém zařízení poskytujícím jednodenní péči. Jednodenní péčí se rozumí poskytování zdravotní péče, během kterého pacient pobývá na lůžku méně než 24 hodin. Doba pobytu je přizpůsobena charakteru a délce poskytovaných zdravotních výkonů. Při poskytování jednodenní péče je zajištěna nepřetržitá dostupnost akutní lůžkové péče intenzivní. Lůžkovou péčí se rozumí zdravotní péče, kterou nelze poskytnout bez hospitalizace pacienta a vyžaduje fyzický pobyt pacienta v nemocnici. Tato forma péče musí být k dispozici nepřetržitě. Zdravotní péči poskytovanou v domácím prostředí pacienta se myslí buď návštěvní služba nebo domácí péče, která zahrnuje ošetrovatelskou péči, léčebně rehabilitační péči nebo paliativní péči. V domácím prostředí pacienta je také možné poskytovat umělou plicní ventilaci a dialýzu.⁵⁶

Formy poskytování sociálních služeb

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění platném k 31.12.2023 uvádí tyto formy poskytování sociálních služeb: pobytové, ambulantní a terénní. Pobytové služby zahrnují ubytování v zařízeních poskytujících sociální služby. Ambulantní služby jsou ty, ke kterým osoba dochází nebo je doprovázena nebo

⁵³ Srov. MPSV. *Senioři a politika stárnutí*. [online]. [cit. dne 18. 02. 2024]. Dostupné z: <https://lurl.cz/PuX6y>

⁵⁴ *Tamtéž*,

⁵⁵ Srov. *Zákon pro lidi, Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování* č. 372/2011Sb. [online]. [cit. dne 31. 12. 2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372?text=zdravotn%C3%AD+slu%C5%BEby>

⁵⁶ Srov. Národní zdravotnický informační portál, *Druhy a formy zdravotní péče*. [online]. [cit. 30.12.2023]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1080-druhy-a-formy-zdravotni-pece>.

dopravována do zařízení sociálních služeb, a ubytování není součástí této služby. Terénní služby jsou poskytovány v přirozeném sociálním prostředí osoby.⁵⁷

Při poskytování sociálních služeb mohou být některé aktivity, kde to je možné a vhodné, poskytovány distančně. Poskytování činností vzdáleně znamená uspokojování potřeb osoby bez přímého fyzického kontaktu s pracovníky poskytovatele sociálních služeb, zejména prostřednictvím elektronických nebo zásilkových služeb.⁵⁸

2.1.2. Druhy poskytování služeb

Druhy zdravotní péče

Zdravotní služby jsou součástí zdravotnického systému a jsou dostupné pro všechny občany státu na základě jejich potřeb.⁵⁹

Druhy zdravotní péče podle časové naléhavosti poskytnutí jsou:

Neodkladná péče – zaměřuje se na prevenci nebo omezení vzniku náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život, mohou vést k náhlé smrti, způsobují intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který může ohrozit sebe nebo své okolí.

Akutní péče – má za cíl zabránit vážnému zhoršení zdravotního stavu nebo snížit riziko takového zhoršení, aby byly včas identifikovány skutečnosti nutné pro stanovení nebo změnu individuálního léčebného postupu, nebo aby pacient neohrozil sebe nebo své okolí.

Nezbytná péče – vyžaduje se z lékařského hlediska pro zahraniční pojištěnce, s ohledem na povahu dávek a délku pobytu v České republice. V případě zahraničních pojištěnců z členských států EU, EHP nebo Švýcarska musí být zdravotní péče poskytnuta tak, aby zahraniční pojištěnec nemusel opustit ČR dříve, než původně plánoval.

Plánovaná péče – zahrnuje péči, která není zahrnuta v definicích neodkladné, akutní nebo nezbytné péče.⁶⁰

Druhy zdravotní péče podle účelu poskytnutí jsou:

Preventivní péče – zaměřuje se na včasné odhalení faktorů spojených s vznikem nemoci a přijímání opatření k minimalizaci těchto faktorů a prevenci onemocnění.

Diagnostická péče – slouží k zjišťování zdravotního stavu pacienta, identifikaci faktorů ovlivňujících jeho zdraví, a poskytuje informace pro diagnostiku, léčebný postup a hodnocení účinků léčby.

⁵⁷ Srov. *Zákony pro lidi, Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.* [online]. [cit. dne 31. 12. 2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

⁵⁸ Srov. *Zákony pro lidi, Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.* [online]. [cit. dne 31. 12. 2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

⁵⁹ Srov. HALÁSKOVÁ, Renáta. *Výbrané aspekty sociálních služeb pro seniory.* [online], [cit. 29. 12. 2023]. Dostupné z: <https://pernerscontacts.upce.cz/index.php/aosp/article/download/136/97> s. 38.

⁶⁰ Srov. *Zákony pro lidi, Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování č. 372/2011Sb.* [online]. [cit. dne 31. 12. 2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372?text=zdravotn%C3%AD+slu%C5%BEby>

Dispenzární péče – sleduje zdravotní stav pacienta dlouhodobě, zejména u těch ohrožených nebo trpících nemocí, s cílem identifikovat změny, které mohou ovlivnit léčbu a průběh nemoci.

Léčebná péče – směřuje k příznivému ovlivnění zdravotního stavu prostřednictvím individuálního léčebného postupu, s cílem vyléčení, zmírnění nebo prevenci následků nemoci.

Posudková péče – hodnotí, zda nároky spojené s prací, službou nebo jinou činností nebudou negativně ovlivňovat stabilizovaný zdravotní stav pacienta.

Léčebně rehabilitační péče – usiluje o obnovu fyzických, kognitivních, řečových, smyslových a psychických funkcí pacienta, s cílem odstranění nebo náhrady funkčních poruch.

Ošetrovatelská péče – slouží k udržení, podpoře a obnovení zdraví, včetně péče o nemocné a zajištění důstojného umírání.

Paliativní péče – zaměřuje se na zmírnění utrpení a udržení kvality života u pacientů trpících nevyléčitelnými nemocemi.

Lékařská péče a klinicko-farmaceutická péče – zahrnuje přípravu, výdej a kontrolu léčiv a zdravotnických prostředků, včetně poradenství a konzultací v oblasti prevence a užívání léků.⁶¹

Druhy sociální péče:

Sociální služby zahrnují:

Sociální poradenství, které je klíčovou činností při poskytování všech typů sociálních služeb. Rozdělujeme základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství.

Základní sociální poradenství spočívá v poskytování potřebných informací osobám, aby mohly řešit svou nepříznivou sociální situaci. Tato činnost je klíčovou součástí poskytování všech sociálních služeb, a poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit.

Odborné sociální poradenství se specializuje na potřeby různých sociálních skupin v rámci občanských poraden, manželských a rodinných poraden, poraden pro oběti trestných činů a domácího násilí. Zahrnuje také sociální práci s jednotlivci se specifickými potřebami a zahrnuje poskytování kompenzačních pomůcek.

Služby sociální péče, podporují jednotlivce s ustáleným zdravotním stavem, aby dosáhli fyzické a duševní nezávislosti, umožnili jim účast v běžném životě společnosti. V případech, kdy jejich stav vylučuje aktivní začlenění, slouží k poskytnutí důstojného prostředí a péče.

Služby sociální prevence, mají za úkol předejít sociálnímu vyloučení osob, které jsou ohroženy kvůli krizovým sociálním situacím, životním návykům vedoucím ke konfliktům se společností, nevhodnému životnímu prostředí a ohrožení práv trestnou činností jiných osob. Jejich cílem je pomoci těmto jedincům překonat nepříznivou

⁶¹ Srov. Zákon pro lidi, *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování* č. 372/2011Sb. [online]. [cit. dne 31. 12. 2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372?text=zdravotn%C3%AD+slu%C5%BEby>

sociální situaci a zároveň chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.⁶²

V následující tabulce uvádím přehled druhů sociálních služeb zaměřených na seniory, spolu s uvedenými počty. Tato data přináší pohled na rozmanitost služeb, které jsou k dispozici pro podporu a zlepšení života seniorů v našem regionu.

Tabulka č. 1 – sociální služby zaměřené na seniory v Jihočeském kraji

Typ sociální služby		Typ sociální služby	
Domovy pro seniory	34	Telefonická krizová pomoc	1
Pečovatelská služba	46	Domovy se zvláštním režimem	6
Odlehčovací služby	15	Sociálně terapeutické dílny	1
Denní stacionáře	4	Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	1
Odborné sociální poradenství	22	Průvodcovské a předčitatelské služby	2
Osobní asistence	12	Tísňová péče	2

zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

2.2. Potřeby seniorů

Potřeby v psychologii jsou chápány jako základní hybná síla lidské činnosti. Definují psychický stav nedostatku nebo touhy po prvcích nezbytných pro lidský život. Potřeby zrcadlí jak vnitřní potřeby organismu, tak i požadavky na vnější životní podmínky. Jsou považovány za základní hybnou sílu lidské aktivity a hrají klíčovou roli v celkovém psychickém vývoji jednotlivců. Pro uspokojení potřeb je nutné, aby člověk vynaložil úsilí a maximálně zasáhl do svého okolí. Potřeby tak působí jako motivační faktor, který formuje lidské chování a vedou k aktivitám vedoucím k jejich uspokojení. Potřeby mají sociální povahu, což znamená, že jsou spojeny s interakcí a vztahy mezi jednotlivci a společností.⁶³

Potřebu lze chápat jako nedostatek nebo nadbytek v určitém aspektu lidského života. Nedostatek nebo přebytek motivuje k činnostem, které mají za cíl tyto potřeby uspokojit. Neuspokojení potřeb může negativně ovlivnit psychickou stabilitu jednotlivce, a proto se vždy snaží o jejich naplnění. Například, když seniorský pár tráví čas s příbuznými, účastní se kulturních akcí, podniká výlety a vaří společně, jedná se o reakci na potřebu sociálního

⁶² Srov. HALÁSKOVÁ, Renata. *Význam standardizace sociálních služeb v době jejich liberalizace*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. 2013. ISBN: 978-80-7416-118-6. s. 20-21.

⁶³ Srov. MIŠOVIČ, Ján a kolektiv. *Od A do Z ve výzkumech veřejného mínění*. Orego. 2010. ISBN: 978-80-86741-94-9. s. 128.

kontaktu. Přesto si však tato skupina po určité době cení své ustálené a klidnější rutiny. Celkově je tedy klíčové přizpůsobit se svým potřebám pro dosažení spokojenosti.⁶⁴

Potřeby lze rozdělit na biologické, jako je potřeba stravy, pití, čistého vzduchu, a na sociálně-psychologické, které vycházejí ze sociálních vztahů mezi lidmi, jako je potřeba jistoty, seberealizace, zábavy, relaxace a mezilidských vztahů.⁶⁵

Potřeby mají obvykle konkrétní a konečný obsah, který dominuje nad samotnou formou dosažení. Někdy může dojít k rozporu mezi cíli a realizací, například při snaze dosáhnout ušlechtilého cíle prostřednictvím nemorálního činu. Biologické potřeby jsou vyvolány nedostatkem a vnímáním porušení rovnováhy v těle nebo mezi tělem a prostředím. Po jejich uspokojení dojde k dočasnému utlumení. Kvalita uspokojení potřeb souvisí s dalšími motivy jedince a skupin lidí, jako jsou zájmy, ideály a hodnoty, které zpětně ovlivňují potřeby a způsob jejich uspokojování. Adekvátní uspokojení umožňuje harmonický rozvoj osobnosti a harmonii jejího vztahu ke společnosti. Naopak, nedostatečné zabezpečení základních potřeb a neuspokojování některých společenských potřeb může vážně narušit osobnost jedince a jeho společenské začlenění.⁶⁶

Problematika potřeb je vysvětlena prostřednictvím psychologické teorie nazvané Hierarchie potřeb, kterou vytvořil Abraham Maslow v roce 1943. Tato teorie poukazuje na to, že lidé si uvědomují hierarchii motivací, a to ve specifickém pořadí, založeném na jejich fyziologických a psychologických potřebách. Maslow identifikoval několik klíčových potřeb, které jsou fyziologické, bezpečnostní, sociální, láskyplné, potřeba sebeúcty, potřeba seberealizace a potřeba sebetranscendence (přidal později v roce 1954). Tato hierarchie potřeb je často znázornována jako pyramidální struktura, i když Maslow sám ji takto neilustroval ve svých písemných pracích.⁶⁷

Maslowova teorie začíná základními fyziologickými potřebami, jako jsou potřeba jídla, vody, sexu a dýchání, které jsou považovány za nejzákladnější. Jakmile jsou tyto potřeby uspokojeny, jedinec sleduje další, které se týkají bezpečí, jak fyzického, tak psychického, včetně bezpečí těla, rodiny, majetku a morálních hodnot. Následující stupeň se zaměřuje na potřeby lásky a sounáležitosti, zahrnující intimní vztahy a přátelství. Tyto tři fáze Maslow nazývá „potřebami nedostatku“ a tvrdí, že neuspokojení těchto potřeb může vést k negativním fyziologickým a psychologickým důsledkům. Hierarchie potřeb také naznačuje, že pokud jsou základní potřeby splněny, jedinec může postoupit k vyšším potřebám, jako je sebeúcta a respekt. Nejvýše umísťuje potřebu seberealizace. Při jejím naplnění se jedinec zaměřuje na rozvoj sebe sama prostřednictvím kreativity, morálky, přijetí. Stupně v rámci hierarchie potřeb nejsou vzájemně vylučující a mohou se překrývat v souvislosti s tím, která potřeba je v daném okamžiku dominantní a motivující v závislosti na individuálních psychologických a fyzických okolnostech.⁶⁸

Během životního vývoje dochází k proměnám v potřebách jednotlivce. U seniorů lze pozorovat změnu hodnot a výrazný posun v tom, které potřeby jsou pro ně klíčové. Místo zaměření na vyšší potřeby se často soustřeďují na uspokojování potřeb nižších pater, zejména těch základních, jako jsou fyziologické, bezpečnostní a sociální potřeby. Důraz

⁶⁴ Srov. MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany*. Praha: Grada. 2011. ISBN: 978-80-247-3872-7. s. 47-48.

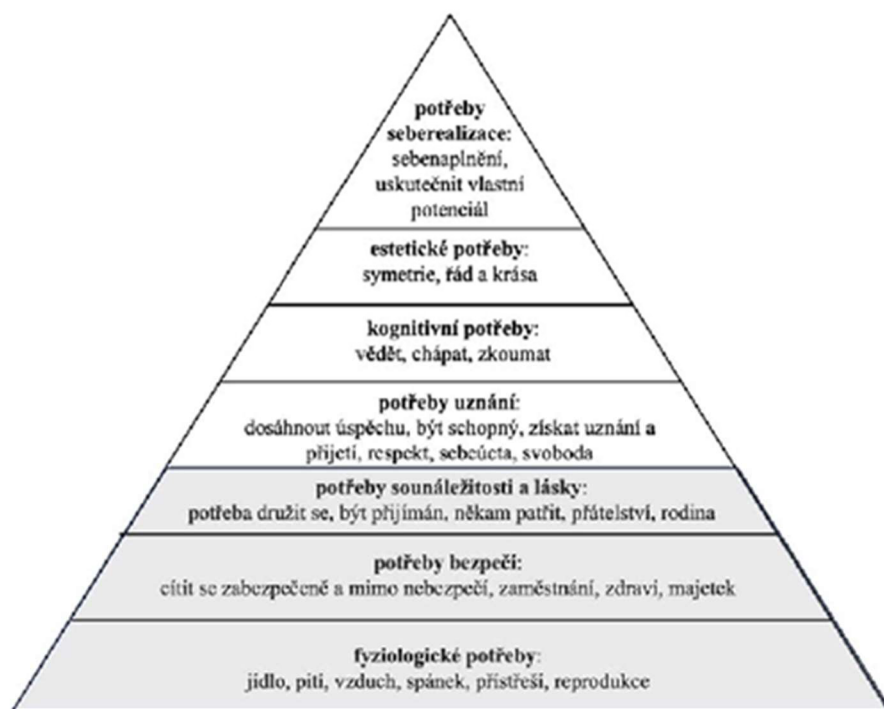
⁶⁵ Srov. MIŠOVIČ, Ján a kolektiv. *Od A do Z ve výzkumech veřejného mínění*. Orego. 2010. ISBN: 978-80-86741-94-9. s. 129.

⁶⁶ *Tamtéž*, s. 129.

⁶⁷ Srov. KING-HILL, Sophie. *Critical analysis of Maslow's hierarchy of need*. [online]. [cit. dne 02. 01. 2024]. Dostupné z: <https://shorturl.at/FJRT1> s. 54.

⁶⁸ *Tamtéž*, s. 54.

je kladen na aspekty jako zdraví, klid, bezpečí, komunikace, spokojenost, jistota, láska a sounáležitost. Potřeby spojené se seberealizací a sebenaplněním, které byly důležité v předchozích životních obdobích, mohou být v tomto období méně výrazné.⁶⁹



Obrázek 1 Maslowova pyramida potřeb upravená pro seniory (srov. Nolen-Hoeksema, Fredrickson, Loftus, Wagenaar, 2012, s. 565)

Nejnižším patrem Maslowovy pyramidy, jak je naznačeno výše, jsou fyziologické potřeby.⁷⁰ U seniorů se fyziologickými potřebami rozumí naléhavá potřeba častějšího vyprazdňování, snaha žít bez bolesti, touha po pohodlí a teple, a také zvýšená potřeba spánku a odpočinku. U starších jedinců může spánek probíhat i během dne, což se označuje jako polyfázický spánek. Významnou roli hraje i chuťové vnímání, ačkoliv je často obtížné zajistit chutné jídlo kvůli postupné ztrátě chutě. Některé fyziologické potřeby, které byly v mladším věku prioritní, jako je potřeba pít, sexuální potřeby a péče o osobní hygienu a vzhled, mohou být v pozdějším věku méně výrazné a nemusí být považovány za primární.⁷¹

U seniorů je klíčové nejen uspokojování základních fyziologických potřeb, ale také naplňování jejich vyšších potřeb, zejména potřeb jistoty a bezpečí. Se ztrátou přátel či životního partnera může nastat nedostatek komunikace a společenského začlenění. I když sociální služby, jako jsou domovy pro seniory nebo domovy s pečovatelskou službou, mohou částečně nahradit potřebu komunikace, množství společenského propojení v těchto prostředích může být značně omezené.⁷²

⁶⁹ Srov. MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany*. Praha: Grada. 2011. ISBN: 978-80-247-3872-7. s. 48.

⁷⁰ Srov. NOLEN-HOEKSEMA, Susan. FREDRICKSON, Barbara Lee. LOFTUS, Geoffrey. WAGENAAR, Willem Albert. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Přepřacované vydání. Praha: Portál, 2012. ISBN: 978-80-262-0083-3. s. 565.

⁷¹ Srov. MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany*. Praha: Grada. 2011. ISBN: 978-80-247-3872-7. s. 48.

⁷² *Tamtéž*, s. 49.

2.3. Péče o seniory v domácím prostředí

Deinstitucionalizace v oblasti sociálních služeb zdůrazňuje potřebu poskytovat péči mimo institucionální prostředí. Tím nabývá na významu neformální péče. Cílem deinstitucionalizace je personalizace a lidský přístup k poskytování sociálních služeb, přičemž se klade důraz na poskytování této péče v domácím prostředí nebo v rámci komunity.⁷³

V českých mediálních a politických diskusích o péči o seniory dominuje hlavní diskurzivní rámec, který se zaměřuje na zodpovědnost rodiny za péči o starší generaci. Podle tohoto rámce má rodina primární roli v péči o seniory, a to až do okamžiku, kdy selže ve své úloze, a teprve poté by měly být využity služby veřejné péče. Často chybí konkrétní specifikace toho, co rodina znamená a jakým způsobem by měla tuto zodpovědnost přijmout. Implicitně se předpokládá, že rodina by měla poskytovat péči osobně a případně pokrýt náklady na formální péči.⁷⁴

Blízcí příbuzní nebo přátelé mohou plnit roli pečující osoby tím, že poskytují osobní a komplexní péči. Většinou jedna osoba, označovaná jako pečovatel, přebírá klíčovou roli v péči a je podporována širším rodinným kruhem a přáteli.⁷⁵

Rodina má schopnost poskytnout seniorům komplexní péči, zahrnující sociální, částečně zdravotní, pečovatelskou a emocionální složku. Tato péče je neformální, což znamená, že není poskytována formálními institucemi, a zároveň je velmi flexibilní. Tato flexibilita se týká jak rozsahu péči prováděných členy rodiny, tak i intenzity a četnosti péče. V dnešní době je rodinná péče stále považována za vhodný a přirozený způsob, jak zajistit bezpečí a péči pro starší osoby.⁷⁶

Většina seniorů preferuje prostředí svého domova a obvykle doufá, že rodinní příslušníci jim budou schopni poskytnout potřebnou pomoc a péči.⁷⁷ O možnostech poskytování péče v domácím či přirozeném prostředí se hovoří jako o pozitivní a žádoucí možnosti.⁷⁸

Pokud se rodina rozhodne, že se postará o seniora, je důležité pečlivě zvážit své vlastní možnosti a schopnosti. Současně by si měla být plně vědoma toho, že péče o seniora je často náročná nejen fyzicky, ale i psychicky. Péče by neměla zahrnovat pouze zajištění každodenních potřeb, jako jsou úklid, hygiena a oblékání, ale měla by být také podporující a motivující. Cílem je nejen řešit každodenní výzvy, ale i vést seniora k aktivnímu životu a usilovat o udržení jeho co nejvyšší možné soběstačnosti.⁷⁹

Mezi bariéry, které nejčastěji omezují rodinnou nebo domácí péči o seniory, patří nedostatek času z důvodu pracovních závazků, péče o další členy rodiny či mladší

⁷³ Srov. DRAGOMIRECKÁ, EVA a kol. *Ti, kteří se starají: Podpora neformální péče o seniory*. Praha: Karolinum. 2020. ISBN: 978-80-246-4598-8. s. 50.

⁷⁴ Srov. DUDOVÁ, Radka. *Postarat se ve stáří*. Praha: Sociologické nakladatelství. 2015. ISBN: 978-80-7419-182-4. s. 60-61.

⁷⁵ Srov. KURUCOVÁ, Radka. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné*. Praha: Grada. 2016. ISBN: 978-80-247-5707-0. s.15.

⁷⁶ Srov. DRAGOMIRECKÁ, EVA a kol. *Ti, kteří se starají: Podpora neformální péče o seniory*. Praha: Karolinum. 2020. ISBN: 978-80-246-4598-8. s. 50.

⁷⁷ Srov. KALVACH, Zdeněk a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN: 80-24705-48-6, s. 467

⁷⁸ Srov. DUDOVÁ, Radka. *Postarat se ve stáří*. Praha: Sociologické nakladatelství. 2015. ISBN: 978-80-7419-182-4. s. 69.

⁷⁹ Srov. PTÁČKOVÁ, Hana. PTÁČEK, Radek. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Praha: Grada, 2021. ISBN: 978-80-271-4464-8. s. 26.

generace, problémy v rodinných vztazích, omezené bytové podmínky nebo finanční prostředky, obavy, a také vlastní zdravotní obtíže atd.⁸⁰

Je skutečností, že udržení nesamostatného seniora v domácím prostředí obvykle klade vyšší nároky na jeho rodinu a konkrétní členy rodiny. Řešení této situace spočívá v rozvoji terénních formálních služeb a v úzké spolupráci rodiny s těmito službami.⁸¹

2.4. Institucionální péče o seniory

Když rodina není schopna pečovat o svého staršího člena, přicházejí na pomoc instituce specializované na péči o seniory, které mohou nabídnout různé formy podpory. Kromě možnosti denních a týdenních stacionářů, krátkodobých odlehčovacích pobytů nebo pobytů na léčebně rehabilitačních odděleních je dlouhodobým řešením pro péči o seniory také možnost institucionálního pobytu. Stát přebírá roli péče o nemocné a stárnoucí členy rodiny, což zasahuje do soukromí rodinného života. Institucionální péče, kdy je senior umístěn v ústavu na neomezený čas, poskytuje nepřetržitý dohled a péči. Tento krok však pro seniory znamená velkou změnu v jejich obvyklém životě, kdy opouštějí svůj domov, známé prostředí a blízké osoby. Přizpůsobení se novému prostředí zahrnuje adaptaci na nové tváře a situace. V novém zařízení hledají nové přátelství a místa, která jim poskytují pocit bezpečí.⁸²

Samotný přechod starší osoby do institucionální péče může být emocionálně náročný. Přináší s sebou ztrátu nezávislosti, pocitu samostatnosti a soukromí. Může se objevit nejistota ohledně nového prostředí. Navíc může být tento krok vnímán jako symbol blížícího se konce svého života. Přesun do instituce může být chápán jako poslední fáze života, kterou mnozí spojují s nevyhnutelným následujícím krokem – smrtí. Z toho důvodu může být tato změna pro mnoho jednotlivců velmi stresující.⁸³

Umístění do instituce znamená další omezení osobního prostoru, sociálních vazeb a škály rolí, které jedinec obvykle zastává. To vede k větší anonymitě a postupné ztrátě jedinečných psychosociálních vlastností daného jedince.⁸⁴

Péče o seniory v institucionálním prostředí by měla zahrnovat jejich komplexní potřeby, včetně péče o jejich duchovní stránku. Holistický přístup k péči bere v úvahu nejen fyzické, ale i duševní a spirituální aspekty člověka. Věří se, že tyto části jsou vzájemně propojené a ovlivňují se navzájem. Udržování harmonie mezi těmito oblastmi je klíčové pro celkové pohodlí a blahobyt seniorů.⁸⁵

Adaptace na nedobrovolné umístění do instituce u seniorů může být srovnávána s dětskou separační úzkostí. Proces adaptace lze rozčlenit do následujících fází:

⁸⁰ Srov. PTÁČKOVÁ, Hana. PTÁČEK, Radek. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Praha: Grada, 2021. ISBN: 978-80-271-4464-8. s. 26

⁸¹ Srov. DUDOVÁ, Radka. *Postarat se ve stáří*. Praha: Sociologické nakladatelství. 2015. ISBN: 978-80-7419-182-4. s. 69.

⁸² Srov. NENTVICOVÁ NOVOTNÁ, Renáta. *Institucionální péče o seniory*. 2014. [online]. [cit. dne 27. 01. 2024]. Dostupné z: <https://1url.cz/auXOb>

⁸³ Srov. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II: Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN: 978-80-246-1318-5. s. 419.

⁸⁴ *Tamtéž*, s. 417.

⁸⁵ Srov. NARAYANASAMY, A. A KOL. *Responses to spiritual Leeds of older people*. In: *Journal of Advanced Nursing*, 2004, č. 48. s.7.

Fáze odporu: Starší jedinci mohou projevoval negativismus, agresi a hostilitu v reakci na nucené oddělení od domova. Toto chování je nutné chápat jako frustraci a projev odporu vůči nové situaci.

Fáze zoufalství a apatie: Nastává, když senior pozná, že odpor nemá požadovaný účinek. V této fázi se může projevit útlum a apatie, přičemž někteří lidé ztrácejí motivaci k životu.

Fáze vytvoření nových pozitivních vazeb: Seniori mohou začít budovat nové pozitivní vztahy s personálem nebo jinými obyvateli instituce. Tato fáze může zahrnovat i vytváření vazeb s domácími zvířaty, která mohou seniory emočně i fyzicky aktivizovat.⁸⁶

Při dobrovolném odchodu do domova pro seniory se, i když je rozhodnutí dobrovolné, mohou objevit určité problémy, které provázejí tento přechod. Podobně jako u nedobrovolného odchodu, i dobrovolný přesun do domova pro seniory prochází několika fázemi:

Fáze nejistoty a vytváření nového stereotypu: Senior se snaží orientovat v nové situaci, často projevuje přecitlivělost a vzpomínky na minulost. Dochází k bilancování současné a předchozí situace, a může dojít k somatizaci. Klíčové je vytvářet pozitivní zážitky, které ovlivní celý pobyt seniora v domově.

Fáze adaptace a přijetí nového životního stylu: Senior postupně vybuduje nový životní stereotyp, přijme svou novou situaci a naváže nové sociální kontakty.⁸⁷

2.4.1. Pobyťová zařízení

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách je klíčovým právním předpisem pro poskytování terénních, ambulantních a pobyťových sociálních služeb. Tento zákon stanovuje podmínky pro poskytování sociální pomoci, včetně udělování oprávnění k poskytování sociálních služeb a předpoklady pro jejich poskytování. Reguluje také veřejnou správu v oblasti sociálních služeb a podmínky podpory jednotlivců v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči. Zákon specifikuje druhy sociálních služeb, jako jsou sociální poradenství, sociální péče a sociální prevence, a rozlišuje mezi terénními, ambulantními a pobyťovými formami sociálních služeb. Rovněž definuje hlavní pobyťová zařízení sociálních služeb pro seniory, mezi které patří: domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, denní a týdenní stacionáře.⁸⁸

Cílem pobyťových zařízení pro seniory je vytvořit prostředí, které co nejvíce simuluje jejich domácí atmosféru. Tato zařízení podporují seniory v udržení jejich soběstačnosti, nezávislosti a zachování svébytného života co nejdéle. Snaží se aktivně zapojit seniory do života a respektovat jejich soukromí a svobodnou volbu. Navzdory velkému počtu klientů se personál snaží respektovat individualitu každého jednotlivce.⁸⁹

⁸⁶ Srov. NENTVICOVÁ NOVOTNÁ, Renáta. *Institucionální péče o seniory*. 2014. [online]. [cit. dne 27. 01. 2024]. Dostupné z: <https://1url.cz/auXOb>

⁸⁷ *Tamtéž*,

⁸⁸ Srov. NOVÁK, Radek. Pobyťová zařízení pro seniory. 2018. [online]. [cit. dne 18. 02. 2024]. Dostupné z: chrome-extension://oemmnadbldboiebfnladdacbfmadadm/https://www.csas.cz/content/dam/cz/csas/www_csas_cz/dokumenty/analyzy/Pobytov%C3%A1%20za%C5%99%C3%ADzen%C3%AD%20pro%20seniory_2018_12.pdf s. 8.

⁸⁹ Srov. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. HROZENSKÁ, Martina. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN: 978-80-247-4139-0. s. 15.

2.4.2. Domov pro seniory

Domovy pro seniory patří mezi zařízení sociálních služeb, takže se k nim vztahuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Podle tohoto zákona jsou v domovech pro seniory poskytovány ubytovací služby pro jedince s omezenou soběstačností, především v důsledku stáří, a jejichž stav vyžaduje pravidelnou pomoc ze strany jiné fyzické osoby.⁹⁰

Základním kritériem pro poskytování sociálních služeb domova pro seniory podle zákona o sociálních službách je snížená soběstačnost seniorů, kteří závisí na pomoci jiné fyzické osoby. Starší lidé se mohou rozhodnout přejít do rezidenčních zařízení z různých důvodů, ať už z nutnosti z důvodu zhoršeného zdravotního stavu nebo dobrovolně z ekonomických nebo rodinných motivů.⁹¹

Důvody odchodu do domova pro seniory

Pokud už senior není schopen zvládnout péči o sebe v domácím prostředí, často se obrací na rodinu, lékaře nebo sociální pracovníky v nemocnicích, aby mu pomohli najít vhodné ubytování v instituci. Nejčastěji se rozhoduje pro pobyt v domově pro seniory, když se jeho zdravotní stav zhoršuje nebo už není schopen samostatně zvládat domácí povinnosti a ztrácí soběstačnost. Senior tak chápe odchod do domova pro seniory jako nevyhnutelný krok vzhledem ke své aktuální situaci a potřebám.⁹²

V zařízeních sociální péče je výhodou možnost rychlého zajištění pomoci a přístupnost pro seniory bez fyzických bariér. Důležitým faktorem, který přispívá k pocitu bezpečí seniorů, je přítomnost a snadná dostupnost zdravotní péče. Seniori, kteří žijí v komunitě, často projevují vyšší míru aktivity a jsou motivováni starat se o své zdraví.⁹³

Poskytované služby v domovech pro seniory

Podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách domovy pro seniory poskytují tyto základní činnosti: poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.⁹⁴

Role sociálních pracovníků v domovech pro seniory

Sociální pracovníci jsou odborníci v oblasti sociální práce v domovech pro seniory, kteří musí splňovat předpoklady definované zákonem o sociálních službách. Jejich role zahrnuje plánování, realizaci, monitoring a hodnocení sociálních služeb pro konkrétní cílovou skupinu. Úzce spolupracují s dalšími členy týmu domova, jako jsou vrchní sestry,

⁹⁰ Srov. *Zákon pro lidi, Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.* [online]. [cit. dne 18. 02. 2024]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

⁹¹ Srov. MATOUŠEK, Oldřich., KODYMOVÁ, Pavla., KOLÁČKOVÁ, Jana. ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi.* Praha: Portál, 2005. ISBN 807367002x. s. 178.

⁹² Srov. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří.* Praha: Karolinum, 2007. ISBN: 978-80-246-1318-5 s. 362.

⁹³ Srov. VIRGULOVÁ, Jana, SCHEDOVÁ, Darina. *Kvalita života seniorov z pohľadu miery nezávislosti.* 2013. [online]. [cit. 28.2.2024]. Dostupné z: <https://profeseonline.upol.cz/pdfs/pol/2013/01/07.pdf> s. 38.

⁹⁴ Srov. *Zákon pro lidi, Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.* [online]. [cit. dne 18. 02. 2024]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

aktivizační pracovníci, fyzioterapeut, ekonom a mzdová účetní. Bez této spolupráce by jejich práce nemohla být plně a efektivně provedena.⁹⁵

Sociální pracovník se specializuje na řešení různých sociálních situací a je klíčovou postavou v poskytování pomoci. Jeho role zahrnuje poradenství, plánování, zprostředkování podpory a koordinaci multidisciplinárního týmu. Sociální pracovník je první, s nímž se zájemce o sociální služby setkává, iniciuje řešení jejich situace a poskytuje informace o službách. Jeho komunikační dovednosti jsou klíčové, a pokud není konkrétní služba vhodná, umí nasměrovat zájemce k jiným poskytovatelům nebo veřejným službám. Sociální pracovník hraje klíčovou roli při nástupu do zařízení a plánování péče pro zájemce a jejich rodiny.⁹⁶

Sociální pracovník musí zvládat různé profesní role, které se vzájemně prolínají a ovlivňují se. Každá role vyžaduje specifický přístup a citlivost na konkrétní situaci. Podoba jeho rolí závisí na vedení domova, jeho cílech a poslání. Sociální pracovník může být zprostředkovatelem služeb, pečovatelem, poradcem, manažerem, terapeutem, administrativním a personálním pracovníkem. Při plnění těchto rolí musí brát v úvahu potřeby klientů, nabídku služeb a finanční možnosti.⁹⁷

⁹⁵ Srov. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. ISBN: 978-80-247-3148-3., str. 86.

⁹⁶ Srov. Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. *Jednání se zájemcem o pobytovou sociální službu: doporučený postup pro poskytovatele pobytových sociálních služeb*. [online]. [cit. 28.2.2024]. Dostupné z: [chrome-extension://oemmnadbldboiebfnladdacbfmadadm/https://www.apsscr.cz/files/files/Jedn%C3%A1n%C3%AD%20se%20z%C3%A1jemcem_final.pdf](https://www.apsscr.cz/files/files/Jedn%C3%A1n%C3%AD%20se%20z%C3%A1jemcem_final.pdf) s. 12.

⁹⁷ Srov. FABIÁN, Petr. *Možná to jde i jinak: teorie a metody v sociální práci*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2021. ISBN: 978-80-7560-368-5. str. 52-53.

3. Kvalita života

Kvalita života se stává klíčovým ukazatelem péče o starší občany. Druhý mezinárodní akční plán Organizace spojených národů pro stárnoucí osoby se zaměřuje na podporu aktivního stárnutí, pohodu a celkovou kvalitu života seniorů. Vzhledem k rostoucímu trendu stárnutí populace po celém světě je soustředění výzkumu na kvalitu života starší generace nesmírně důležité.⁹⁸

Člověk je komplexní bytost, skládající se z biologických, psychologických, sociálních a spirituálních aspektů. S prodlužující se délkou života se stává stále důležitější zkoumání faktorů, které ovlivňují kvalitu života v pozdějším věku, a to ve všech těchto čtyřech oblastech. Kvalita života každého jednotlivce je spojena s historickým, geografickým, ekonomickým a společenským kontextem, formovaná životními zkušenostmi a podmínkami, které subjektivně vnímá. Je jasné, že pohled na kvalitu života může být ovlivněn věkem, zdravím, sociálním postavením a dalšími faktory, včetně vlivů různých kultur. Ve stáří začíná zajímat klíčové místo hodnotový systém, zejména co se týče zdraví a vnímání osobního i společenského blaha.⁹⁹

V pozdním stáří často lidé reflektují a akceptují vše, co prožili v průběhu svého života, bez ohledu na to, zda se jedná o pozitivní nebo negativní zkušenosti. Vzhledem k poklesu kognitivních schopností a aktuálnějšího vnímání lidské existence se u mnoha jednotlivců mohou objevit pocity zklamání, osamělosti, bezvýznamnosti a marnosti života. Tyto pocity mohou negativně ovlivnit celkovou kvalitu života. Někteří se této reflexi vyhýbají, buď z důvodu neschopnosti či z různých osobních důvodů.¹⁰⁰

Pro zlepšení kvality života v pozdním věku a podporu prosperující společnosti v procesu stárnutí je klíčové poskytovat všem jednotlivcům možnost aktivního života po celou dobu svého života. Hranice mezi různými etapami životního cyklu se stávají více flexibilními a méně pevnými. Starší lidé, stejně jako kdokoli jiný, mají právo být hodnoceni na základě svých jedinečných schopností a potřeb. Je nutné uvažovat nad tím, zda jsou současné instituce, prostředí, myšlení a životní styl připraveny na postupný, avšak nevyhnutelný nárůst populace seniorů ve společnosti.¹⁰¹

Když pro seniory není možné nebo bezpečně žít v domácím prostředí, čelí obtížnému rozhodnutí – přejít do ústavního zařízení a strávit zbytek života v tomto novém prostředí. Musí se adaptovat na nové prostředí přizpůsobit se tamním podmínkám a navázat nové sociální kontakty. Toto rozhodnutí může přinést ohrožení v podobě ztráty intimity, adaptačního šoku a syndromu poslední etapy života. Domovy pro seniory jsou jednou z možností péče o starší občany a jsou určeny zejména pro ty, kteří ztratili schopnost samostatného života kvůli stáří, zdravotním problémům, chronickým duševním onemocněním nebo určitým typům demence.¹⁰²

⁹⁸ Srov. KISVETROVÁ, Helena. *Demence a kvalita života*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2020. ISBN: 978-80-244-5709-3. s. 31.

⁹⁹ Srov. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN: 978-80-247-4138-3. s. 7.

¹⁰⁰ *Tamtéž*, s. 8.

¹⁰¹ *Tamtéž*, s. 8.

¹⁰² *Tamtéž*, s. 8.

3.1. Vymezení pojmu kvality života

Kvalita života představuje individuální a osobní koncept, protože každý člověk má jedinečný standard toho, co vnímá jako hodnoty vytvářející kvalitu jeho života. Tento koncept zahrnuje nejen objektivní ukazatele pohody hodnocené podle společenských normativů, ale také subjektivní vnímání jednotlivce v různých fázích jeho života. Patří sem jak měřitelné aspekty, například zdraví nebo schopnosti, tak i subjektivní faktory, jako je pocit spokojenosti. Kvalita života je tak komplexní a multidimenzionální koncept spojený s individuálními cíli, očekáváními a obavami, zahrnující fyzické i psychologické aspekty, nezávislost, sociální interakce, životní prostředí a duchovní dimenze.¹⁰³

Pojem „kvalita života“ má bohatou historii, jehož první použití se datuje do 20. let 20. století. Pojem se vyskytoval v diskusích o vztahu mezi ekonomickými a sociálními aspekty státní podpory pro chudší vrstvy obyvatelstva. Termín „kvalita života“ byl poprvé odborně použit v pracích dvou amerických ekonomů, S. Ordwaye a F. Osborna, kteří v letech 1953 a 1954 varovali před ekologickými dopady nekontrolovaného ekonomického růstu. Termín „kvalita života“ vstoupil do širšího povědomí až ve šedesátých letech 20. století jako obrazné vyjádření, které shrnovalo sociálně-politické cíle americké administrativy během prezidentského období Lyndona B. Johnsona. V roce 1964 prohlásil L. B. Johnson: „*Cíle nelze měřit výší našich bankovních účtů. Mohou být měřeny pouze kvalitou života, kterou naši občané prožívají.*“ Pojem „kvalita života“ rychle oslovil veřejnost díky své jednoduchosti a snadné srozumitelnosti, stal se módním termínem jak v politice, tak i v mediálním prostředí.¹⁰⁴

Postupem času začal termín postupně získávat vědecký charakter, nejprve v oblasti sociologie a následně v oborech zkoumajících lidskou existenci. Jeho vývoj směřoval třemi hlavními směry:

a) **objektivním** – jako souhrn měřitelných ukazatelů, například týkajících se kvality životních podmínek v dané zemi,

b) **subjektivním** – jako souhrn prvků týkajících se jednotlivcova vnímání vlastní životní cesty,

c) **kombinací objektivních a subjektivních ukazatelů.**¹⁰⁵

Na desátém evropském kongresu psychologie v Praze představili E. Oleary a M. A. Garcia-Martín holistický dynamický model kvality života. Tento model se týká čtyř klíčových oblastí, které ovlivňují a mohou být hodnoceny v životě jednotlivců ve společnosti. Podle těchto autorů jsou základními hodnocenými oblastmi kvality života:

Kontext a zázemí

Prostředí

Osobnostní charakteristiky

Zpracování informací a regulace.¹⁰⁶

¹⁰³ Srov. KISVETROVÁ, Helena. *Demence a kvalita života*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2020. ISBN: 978-80-244-5709-3. s. 31.

¹⁰⁴ Srov. MAREŠ, Jiří akol. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD, 2006. ISBN: 80-86633-65-9. s. 11.

¹⁰⁵ *Tamtéž*, s. 11.

¹⁰⁶ Srov. HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství. 2012. ISBN: 978-80-7419-106-0. s. 17-18.

V dnešní postmoderní společnosti má oblast zpracování informací zásadní vliv na to, jak každý jedinec prožívá kvalitu svého života. Tento model je výjimečný tím, že na rozdíl od předchozích koncepcí kvality života klade důraz na aktivní úlohu jednotlivce při zpracování všech faktorů v konkrétních situacích. Zohledňuje jak objektivní aspekty prostředí, tak osobnostní charakteristiky a zkušenosti jedince. Tento model klade důraz na dynamičnost, variabilnost, vysokou subjektivnost, individuálnost, sociální podmíněnost, ale i celostní charakter prožitku kvality života každého jednotlivce.¹⁰⁷

Definování kvality života je náročné a existuje několik přístupů k jeho vymezení. Některé přístupy se zaměřují na lidské potřeby, subjektivní pohodu, očekávání a fenomenologické aspekty. Příklady definic jsou: „vědomý kognitivní úsudek o spokojenosti se svým životem“ a „vnímání jednotlivců své pozice v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žijí, a ve vztahu k jejich cíle, očekávání, standardy a zájmy“.¹⁰⁸

Jedna z historických nejstarších definic, kterou lze chápat jako základní koncept kvality života, pochází z roku 1948 a byla navržena a přijata Světovou zdravotnickou organizací. Tato definice vychází z kategorie zdraví, a podle ní zdraví neznamená pouze absenci nemoci nebo poruchy, ale představuje komplexní stav, který zahrnuje tělesné, duševní a sociální blaho. Tato definice vyniká tím, že nezahrnuje pouze objektivní fyzické a fyziologické aspekty zdraví, ale klade důraz i na subjektivní a sociální dimenzi, tedy na uspokojování základních lidských potřeb a aspirací. Tím se výrazně přibližuje modernímu pojetí subjektivní kvality života. Nicméně má své nevýhody, zejména v abstraktnosti a relativitě. Také nebere v potaz plynulou škálu možných stavů mezi zdravím a nemocí. Tato definice není vhodná pro situaci, kdy je člověk fakticky nemocný, ale psychologicky je vyrovnaný nebo smířený se svým stavem zároveň a je finančně a sociálně zabezpečený. Podle definice by takový jedinec vlastně byl za zdravého, což není přesné.¹⁰⁹

3.2. Dimenze kvality života

Termín „kvalita života“ se rozšířil do mnoha oblastí lidské aktivity a různých vědních disciplín. Původně se uplatňoval v ekonomii, politologii a sociologii, ale dnes ho nacházíme i ve filozofii, teologii, sociální práci a psychologii. Tento se vyskytuje v širokém rozsahu lékařských oborů, v ošetrovatelství, biologických disciplínách a v oblasti ekologie, která se zabývá pojem živými organismy. Nicméně koncept kvality života se objevuje i v technických odvětvích, jako je architektura, stavebnictví, doprava atd. Tedy v oborech, které ovlivňují prostředí pro život.¹¹⁰

Určení kvality života můžeme analyzovat z hlediska subjektivního a objektivního. V dnešní době je většina odborníků v různých oblastech silně nakloněna k důležitosti

¹⁰⁷ Srov. HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství. 2012. ISBN: 978-80-7419-106-0. s. 18.

¹⁰⁸ Srov. KARIMI, Milad. BRAZIER, John. *Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference?*. *PharmacoEconomics*, 2016, č. 34., s. 645-649. [online]. [cit. dne 27. 01. 2024]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s40273-016-0389-9> s. 645.

¹⁰⁹ Srov. HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství. 2012. ISBN: 978-80-7419-106-0. s. 32.

¹¹⁰ MAREŠ, Jiří a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD, 2006. ISBN: 80-86633-65-9. s. 11.

subjektivního hodnocení kvality života, které považují za klíčové a rozhodující pro celkový život jednotlivce.¹¹¹

3.2.1. Objektivní kvalita života

Jak člověk vnímá objektivní kvalitu života, závisí na různých faktorech, jako je věk, životní zkušenosti, nároky spojené s generacemi, úroveň vzdělání, ale také genderové rozdíly, osobnostní charakteristiky, religiozita, sociální postavení a další.¹¹²

Objektivní dimenze života zahrnují materiální zabezpečení, sociální prostředí, fyzické zdraví, schopnost vykonávat denní činnosti a sociální postavení. Kvalita života se posuzuje podle toho, jak jedinec využívá tyto možnosti a jak je jeho životní situace viditelná, hodnotitelná a porovnatelná s ostatními. Původně panoval názor, že tyto objektivní faktory jednoznačně určují kvalitu života, ale postupně se ukázalo, že nedokážou vysvětlit různé úrovně spokojenosti lidí, kteří mohou mít stejný zdravotní, sociální nebo materiální status.¹¹³

Objektivní kvalita života obvykle odkazuje na konkrétní, často měřitelné faktory týkající se životních podmínek a dosažené úrovně života jednotlivce nebo společnosti. Tento pohled sleduje materiální zabezpečení, sociální prostředí, společenský status a fyzické zdraví. Jinak řečeno, objektivní kvalita života zahrnuje ekonomické, sociální, zdravotní a environmentální faktory, které ovlivňují každodenní život jedince.¹¹⁴

3.2.2. Subjektivní kvalita života

Subjektivní kvalita života se zaměřuje na to, jak jedinec vnímá svou pozici ve společnosti v souladu s jeho kulturním a hodnotovým prostředím. Úroveň spokojenosti je determinována jednotlivcovými osobními cíli, očekáváními a zájmy.¹¹⁵

V dnešní době má subjektivní dimenze kvality života klíčový význam a je rozhodující. Zahrnuje individuální hodnocení vlastního života, což znamená vnímání osobních cílů, očekávání a zájmů, formované prožitými zkušenostmi a osobními hodnotami. Zahrnuje emocionální reakce na různé oblasti života a celkové vnímání spokojenosti s životem jako celkem. Je ovlivněna osobnostními rysy, stejně jako kulturními a socioekonomickými faktory, které usměrňuje způsob hodnocení a vnímání sebe sama. Subjektivní dimenze kvality života zůstává relativně stabilní v čase, přestože negativní události mohou dočasně narušit její rovnováhu, a pomocí kognitivních mechanismů se udržuje v určitém rozmezí typickém pro jednotlivce.¹¹⁶

¹¹¹ Srov. MÜHLPACHR, Pavel. Měření kvality života jako metodologická kategorie. 2005. [online]. [cit. 28.2.2024]. Dostupné z: [chrome-extension://oemmnadbldboiebfnladdacbfmadadm/http://www.jozefmiko.sk/03_aktivity_disponuje_k_slobode/04_vedecke_konferencie/medzinar_konfer_atp/zbornik_z_vedeckej_konferencie.pdf](http://www.jozefmiko.sk/03_aktivity_disponuje_k_slobode/04_vedecke_konferencie/medzinar_konfer_atp/zbornik_z_vedeckej_konferencie.pdf) s. 59.

¹¹² Srov. HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství. 2012. ISBN: 978-80-7419-106-0. s. 48.

¹¹³ Srov. GULLONEOVÁ, Eleonora. CUMMINS, Robert. *The Universality of Subjective Wellbeing Indicators*. London. 2002. ISBN: 978-94-010-0271-4. s. 48.

¹¹⁴ Srov. MÜHLPACHR, Pavel. Měření kvality života jako metodologická kategorie. 2005. [online]. [cit. 28.2.2024]. Dostupné z: [chrome-extension://oemmnadbldboiebfnladdacbfmadadm/http://www.jozefmiko.sk/03_aktivity_disponuje_k_slobode/04_vedecke_konferencie/medzinar_konfer_atp/zbornik_z_vedeckej_konferencie.pdf](http://www.jozefmiko.sk/03_aktivity_disponuje_k_slobode/04_vedecke_konferencie/medzinar_konfer_atp/zbornik_z_vedeckej_konferencie.pdf) s. 59

¹¹⁵ *Tamtéž*, s. 60.

¹¹⁶ Srov. GULLONEOVÁ, Eleonora. CUMMINS, Robert. *The Universality of Subjective Wellbeing Indicators*. London. 2002. ISBN: 978-94-010-0271-4. s. 48

Jedním z nejnáročnějších úkolů je zkoumání subjektivního hodnocení dosavadního života. Tento proces zahrnuje otázky týkající se spokojenosti s vlastním životem a vyžaduje schopnost sebereflexe. Důležitým aspektem je i propojení subjektivní kvality života s měnícími se hodnotovými orientacemi jednotlivců a společnosti.¹¹⁷

Při studiu subjektivního vnímání kvality života je obtížné určit míru uspokojení potřeb podle Maslowovy pyramidy lidských aspirací, které jsou úzce spojeny s formováním životních cílů jednotlivců.¹¹⁸

V kontextu subjektivních a objektivních aspektů kvality života lze tvrdit, že smysl života je kompilací životních cílů a úkolů, a může čerpat ze široké škály zdrojů, včetně životních cílů, přesvědčení, ideálů, různých činností a aktivit, které člověku dávají smysl a naplnění.¹¹⁹

3.3. Přístupy ke kvalitě života

3.3.1. Medicínské pojetí

I když termín „kvalita života“ v medicíně poprvé vystoupil na scénu až v 70. letech 20. století, v oblasti zdravotnictví zůstává tato problematika relativně nová. Přestože se v poslední dekádě stále častěji zdůrazňuje, definice tohoto pojmu zůstává obtížná kvůli jeho multidimenzionální a multifaktoriální povaze. Historicky byla kvalita života hodnocena v souvislosti se společností, s důrazem na ekonomické a sociální faktory, které odrážely objektivní životní podmínky a subjektivní hodnocení ze strany skupiny obyvatel. Avšak výzkumy ukázaly, že prožívaná kvalita života nesouvisí vždy s vnějšími podmínkami prostředí. Proto se nástroje pro měření kvality života stále více zaměřují na vnitřní osobnostní faktory spíše než na objektivní podmínky.¹²⁰

Z pohledu zdravotnictví je sledování kvality života považováno za klíčový prvek při plánování léčebných intervencí a je základním ukazatelem pacientova zdravotního stavu. Zdravotní péči zajímá o kvalitu života zejména z hlediska psychosomatického a fyzického zdraví, s cílem integrovat odlišné přístupy z oblasti medicíny a ošetrovatelství. Moderní přístup v medicíně zdůrazňuje holistický pohled na zdraví, kde se zohledňuje celková fyzická, duševní a sociální pohoda, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci. Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako stav celkové pohody zahrnující psycho – spirituální, tělesné a sociální aspekty. Tato definice zdůrazňuje jedinečnost každého jednotlivce a hodnotí kvalitu života z perspektivy subjektivního vnímání.¹²¹

V oblasti medicíny se termín „kvalita života“ mezinárodně označuje jako Health Related Quality of Life (HRQoL), což znamená kvalitu života spojenou se zdravím. Tato definice zahrnuje měření subjektivního vnímání zdraví a odráží fyzické, psychické

¹¹⁷ Srov. MÜHLPACHR, Pavel. *Měření kvality života jako metodologická kategorie*. 2005. [online]. [cit. 28.2.2024]. Dostupné z: http://www.jozefmiko.sk/03_aktivity_disponujuce_k_slobode/04_vedecke_konferencie/medzinar_konfer_atp/zbornik_z_vedeckej_konferencie.pdf s. 60.

¹¹⁸ Srov. HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství. 2012. ISBN: 978-80-7419-106-0. s. 49.

¹¹⁹ Srov. ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN: 978-80-246-1997-2. s. 62.

¹²⁰ Srov. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. 978-80-247-3625-9. s. 20.

¹²¹ Srov. MARTINÁKOVÁ, Libuše et al. *Příručka pro výzkumné sestry*. Brno: Facta Medica, s.r.o., 2015. ISBN 978-80-88056-02-7. s. 144.

a sociální aspekty ovlivňující kvalitu života. Definice HRQoL zní: „*Pocit štěstí nebo spokojenost s tím, v jakém rozsahu ovlivňují oblasti života jedince, jeho zdraví nebo jsou zdravím ovlivňované. HRQoL představuje pokus o zjištění toho, jak proměnné související se zdravím (jakými jsou například onemocnění a jeho léčba) ovlivňují ty oblasti života, které jsou u lidí všeobecné (všeobecná HRQoL) nebo u lidí s určitou chorobou (specifická HRQoL) považovány za důležité*“¹²²

Koncept HRQoL je chápán jako multidimenzionální hodnocení, které zkoumá fungování jedince v reakci na nemoc ve fyzické, psychické a sociální oblasti života. Zahrnuje vnímání spokojenosti a osobní pohody. Zdraví a nemoc jsou považovány za klíčové faktory ovlivňující kvalitu života a HRQoL hodnotí jejich dopad na různé aspekty života. Z pohledu medicíny můžeme ovlivnit kvalitu života pomocí různých faktorů, například zmírnění fyzické a psychické bolesti, podpora nezávislosti jedince, zvládání stresových situací, udržování zdravých vztahů a zajištění materiálního zabezpečení. Kvalita života spojená se zdravím je charakterizována subjektivním vnímáním vlivu zdraví, což znamená, že stav zdraví je klíčovým faktorem ovlivňujícím HRQoL.¹²³

3.3.2. Sociologické pojetí

V sociologii začal termín „kvalita života“ nabývat významu v souvislosti s monitorováním dopadu společenských změn na životy jednotlivců. Ze sociologické perspektivy se kvalita života zkoumá skrze sociálně-ekonomické atributy úspěšnosti, jako jsou ekonomické podmínky a společenský status. Dále je kvalita života vnímána prostřednictvím subjektivního pocitu životní úrovně různých skupin lidí, včetně různých věkových kategorií a etnických minorit. Sociologické studie se zaměřují na faktory, které mají největší vliv na kvalitu života v různých populacích, zejména v konkrétních skupinách obyvatelstva.¹²⁴

3.3.3. Psychologické pojetí

Z psychologické perspektivy se hodnota života měří subjektivním pocitem osobní spokojenosti a pohody s vlastním životem. Psychologie zkoumá vztah mezi osobnostními vlastnostmi a mírou spokojenosti. Často se využívá termín „subjective well-being“, který zahrnuje kognitivní aspekt – racionální hodnocení vlastního života, a emocionální dimenzi. Jinak řečeno, kvalita života se projevuje subjektivním pocitem štěstí, spokojenosti a dosažení osobního potenciálu.¹²⁵

Kvalita života je spojena s pojmem potřeby, což je síla, která motivuje člověka změnit neuspokojivou situaci. Teorie potřeb, propojená s motivací, zahrnuje i Maslowovu teorii. Maslow tvrdí, že po uspokojení základních potřeb motivuje lidi touha po vyšších potřebách, jako je sebeaktualizace a osobní růst. Lidé, kteří dosáhli seberealizace, mohou zažívat hluboké prožitky. Avšak nesplnění vyšších potřeb nemusí nutně snížit kvalitu života. Uspokojení může nastat i při snaze dosáhnout životních cílů.¹²⁶

¹²² Srov. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. 978-80-247-3625-9. s. 47.

¹²³ *Tamtéž*, s. 49.

¹²⁴ *Tamtéž*, s. 24.

¹²⁵ *Tamtéž*, s. 22.

¹²⁶ Srov. MASLOW, Abraham. *O psychologii bytí*. Praha: Portál, 2014. ISBN: 978-80-262-0618-7. s. 63.

3.4. Kvalita života seniorů

Díky vylepšené zdravotní péči a zlepšení životních podmínek se stáří stává běžnou realitou pro stále větší počet lidí. Dnešní senioři mají širší možnosti a mění se jejich životní styl, s tím roste i jejich očekávání. Nicméně stáří přináší nové výzvy a často náročné situace, které vyžaduje přehodnocení cílů a hodnot. Starší lidé se musí vyrovnávat s různými zátěžemi a novými životními okolnostmi.¹²⁷

Určení kvality života v pozdním věku se obvykle definuje hlavně schopnosti jedince vést nezávislý život. Hodnotící metody se soustředí především na to, jak dobře jedinec zvládá každodenní aktivity.¹²⁸

Stárnutí s sebou přináší potřebu nacházet kompromisy mezi přáním a realitou. Důležité je chápat, že stáří nemusí znamenat degradaci života, ale spíše jeho naplnění. Proto hodnota životní kvality nevyplývá pouze z objektivních obtíží spojených se stárnutím, nýbrž ze subjektivního prožívání této fáze života. Je možné, že i člověk s vážným onemocněním může subjektivně pociťovat vysokou životní kvalitu, relativně zdravý jedinec může prožívat subjektivní nespokojenost. Byla prokázána spojitost mezi vysokým stupněm životní spokojenosti, pozitivní životní bilancí a intelektuální výkonností. Spokojenost bývá spojena s pozitivním očekáváním k životu, vyšší sociální pohotovostí a širší zájmů. Pozitivní očekávání současně může sloužit jako podnět k aktivitám. Realizace těchto aktivit je samozřejmě ovlivněna aktuálním zdravotním stavem. Se stoupajícím věkem dochází k proměně hodnotových priorit. Hodnota profesionálního úspěchu, osobního rozvoje a materiálních aspirací klesá s odchodem do důchodu. Naopak nabývá na významu ocenění volného času a možnosti realizace osobních zájmů. Mezi klíčové životní hodnoty patří partnerství, rodinný život a zájem o vlastní zdraví.¹²⁹

Dnešní léčba má schopnost pozitivně ovlivnit zdravotní stav jedinců ve vysokém věku i se závažnými onemocněními. Avšak prodloužení dožití samo o sobě nemusí přinést pocit naplnění a spokojenosti seniorů, pokud není doprovázena vysokou kvalitou života. Kvalita života seniorů není zajištěna pouze prostřednictvím zdravotnické péče, ale také díky příznivým společenským podmínkám.¹³⁰

3.4.1. Faktory ovlivňující kvalitu života seniorů

Mezi faktory ovlivňující život seniorů a tím i jeho kvalitu patří biologické a fyziologické aspekty, stejně jako celospolečenské faktory, do kterých lze řadit politiku státu, demografický vývoj a ekonomické aspekty. Tyto faktory mohou mít vliv na uspokojování potřeb seniorů.¹³¹ Existuje řada faktorů, které mají přímý nebo nepřímý vliv na lidský a společenský rozvoj. Mezi ně patří zdravotní, sociální, ekonomické a environmentální aspekty. Dalšími faktory jsou například věk, pohlaví, rodinná situace,

¹²⁷ Srov. ŽUMÁROVÁ, Monika. *Subjektivní pohoda a kvalita života seniorů*. Prešov: Akcent print. 2012. ISBN: 978-80-89295-43-2. s. 11.

¹²⁸ Srov. DRAGOMERICKÁ, Eva. *Kvalita života seniorů – mezinárodní výzkum*. [online]. [cit. 30.1.2024]. Dostupné z: <https://shorturl.at/wxX05> s. 92.

¹²⁹ Srov. HEGYI, Ladislav a kol. *Sociálna gerontológia*. Bratislava: Herba. 2012. ISBN: 978-80-89171-99-6. s.170.

¹³⁰ *Tamtéž*, s.170.

¹³¹ Srov. ŽUMÁROVÁ, Monika. *Subjektivní pohoda a kvalita života seniorů*. Prešov: Akcent print. 2012. ISBN: 978-80-89295-43-2. s. 15.

výskyt více nemocí současně, úroveň dosaženého vzdělání, hodnotové priority jednotlivce, ekonomická situace a kulturní prostředí.¹³²

Faktory důležité pro kvalitu života starších lidí zahrnují celou řadu hledisek. Patří sem subjektivní spokojenost a celková kvalita života, která je posuzována samotnými jednotlivci. Dále sem spadají faktory fyzického prostředí, jako je uspořádání bydlení či přístupnost veřejné dopravy, stejně jako dohled nad fyzickým prostředím a možnosti trávení volného času.¹³³

Není možné opomenout faktory sociálního prostředí, jako je rodinná podpora, úroveň rekreačních aktivit a interakce se státními či dobrovolnými organizacemi. Důležitou roli hrají také socioekonomické faktory včetně příjmu, majetku, stravovacích návyků a celkového životního standardu.¹³⁴

Dalšími faktory jsou sociodemografické, jako je věk, pohlaví, národnost, náboženské vyznání a sociální postavení. Zdravotní stav, fyzická pohoda, funkční schopnosti a duševní zdraví, patří rovněž ke klíčovým faktorům, které ovlivňují kvalitu života.

Osobnostní atributy, jako je psychická pohoda, morální stav, spokojenost se životem a štěstí, hrají roli. A konečně, faktory osobní nezávislosti, jako je schopnost rozhodování, pohyb a kontrola nad vlastním prostředím, jsou také důležité pro kvalitu života starších lidí.¹³⁵

3.4.2. Problémy v životě seniorů

Dílčí problémy v životě seniora:

Stárnutí a postupující věk přináší seniorům řadu problémů a náročných situací, se kterými se musí vyrovnat a které ovlivňují jejich osobní život. Existuje výčet sociálně-zdravotních rizik v životě seniora:

Omezení nebo ztráta samostatnosti spojená s obtížemi v zajištění každodenních rutinních aktivit v péči o sebe a domácnost.

Zhoršující se zdravotní stav s postižením těch funkcí důležitých pro zachování soběstačnosti.

Zajištění dostatečných finančních prostředků, které jsou předpokladem pro slušné materiální zajištění v rámci uspokojivé životní úrovně.

Zajištění správné výživy, jejího vyvážení z obsahové i energetické stránky.

Zajištění vhodného bydlení v souladu s finančními možnostmi seniora, jeho fyzickou soběstačností a vitalitou.

Psychologické problémy spojené s řešením rizikových situací, jako je úmrtí partnera, ztráta blízké osoby, odchod do důchodu, dlouhotrvající rodinné spory atd. K tomu také problémy v oblasti psychické aktivity, společenské angažovanosti, nebezpečí sociální izolace.

¹³² DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN: 978-80-247-4138-3. s. 56.

¹³³ Srov. HROZENSKÁ, Martina. *Zdravie ako kľúčový faktor kvality života starších ľudí*. [online]. [cit. 30.1.2024]. Dostupné z: [chrome-extension://oemmnadbldboiebfnladdacbdm/https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2008/88/22.pdf](https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2008/88/22.pdf) s. 82.

¹³⁴ *Tamtéž*, s. 82.

¹³⁵ *Tamtéž*, s. 82.

Způsoby trávení volného času, které zahrnují dostatek pohybu, účast ve veřejných záležitostech a zapojení do různých aktivit pro seniory.

Základním problémem pro seniory je zachování soběstačnosti a vyhýbání se osamělosti. Vzhledem k tomu, že tyto jevy nejsou ve stáří ničím neobvyklým, výrazně formují pohled seniorů na smysl a cíle svého života, což zase ovlivňuje celkovou kvalitu jejich života ve stáří.¹³⁶

SOBĚSTAČNOST

Člověk je považován za soběstačného, pokud nemá výrazná omezení fyzických či duševních schopností a je schopen samostatně existovat v domácím prostředí s dostatečnou péčí o sebe a své domácnosti. Pokud tato samostatnost není možná a vyžaduje se podpora nebo péče druhé osoby, jde o závislosti. S postupujícím věkem dochází k poklesu funkčního potenciálu, což klade vyšší nároky na úpravu prostředí. Pokud životní podmínky pro staršího člověka nesplňují potřebná kritéria týkající se jeho funkčních schopností a zdravotního stavu, může dojít k narušení sociálního souladu seniora s prostředím, což způsobuje závislost na pomoci okolní společnosti. Soběstačnost je také schopnost rozhodovat sám za sebe a nést za svá rozhodnutí odpovědnost. Dále zahrnuje schopnost být soběstačný, odpovídajícím způsobem se zabezpečit a nevyužívat druhých, když není člověk schopen o sebe pečovat sám.

Faktory, které nejčastěji přispívají k poklesu soběstačnosti, jsou:

- Chronická onemocnění a vady, zejména pohybového ústrojí, smyslových orgánů, neurologická, psychická a kardiovaskulární onemocnění.
- Onemocnění s vysokými nároky na ošetrovatelskou péči, náročná na používání kompenzačních pomůcek nebo úpravu životního stylu.
- Rizikové gerontologické faktory, jako je vysoký věk, polymorbidita (více onemocnění současně), osamělost, nízké finanční příjmy a další.
- Omezená dostupnost zdravotnických a sociálních služeb, neochota nebo nemožnost poskytování péče ze strany rodiny.
- Nevyhovující bytové podmínky, například špatně vybavený byt, byt ve vyšším patře bez výtahu, bez telefonního spojení, celkové zanedbání bytu z hygienického hlediska a další.

Z pohledu samotných seniorů představuje soběstačnost ve stáří významnou hodnotu, zejména v tom, že nejsou nijak závislí na pomoci druhých. Důležité je pro ně udržet si fyzickou kondici, schopnost samostatné péče o sebe a svobodu jednání. V interakci seniora s důležitými lidmi ve svém životě má zachovaná soběstačnost vliv i na kvalitu sociálních vztahů.¹³⁷

SOCIÁLNÍ ZDRAVÍ SENIORA A SOCIÁLNÍ IZOLACE

Sociální zdraví je obecně definováno jako jedna z dimenzí kvality života člověka. Zahrnuje to, jak člověk komunikuje s ostatními, jak na něj ostatní reagují a jaký vztah má

¹³⁶Srov. ŽUMÁROVÁ, Monika. *Subjektivní pohoda a kvalita života seniorů*. Prešov: Akcent print. 2012. ISBN: 978-80-89295-43-2. s. 120-121.

¹³⁷ *Tamtéž*, s. 121-123.

k sociálním normám a institucím. Objevuje v sobě prvky osobnosti a sociálních dovedností, stejně jako normy společnosti, ve které člověk žije. Z hlediska definice zdraví podle WHO se přistupuje k lidem jako ke společenským bytostem žijícím v rámci sociálního prostředí, což má výrazný vliv na jejich životní situaci. V mnoha případech integrování jedinci lépe zvládají svou komunitu, jsou schopni lépe se o sebe postarat a lépe se zotavit po dlouhodobé nemoci. Naopak osamělost a sociální izolace mohou ohrožovat zdraví jednotlivce.

Problém osamělosti může být palčivý, zejména když senior postupně ztrácí svého partnera a vrstevníky. Smrt partnera je jednou z nejtěžších zkoušek, se kterou se starší lidé musí vyrovnávat, a představuje obrovskou citovou zátěž pro partnera, který zůstává. Spolu s tím přichází smutek, pocity osamělosti a ztráty společných aktivit, což může vést ke zvýraznění těch aktivit, které zesnulý partner vykonával. Bezprostřední setkání se smrtí blízkých může vyvolat myšlenky na konečnost vlastního života a přispět k pocitu smíření nebo naopak prohloubit emoční napětí pozůstalého. Nedostatek možností komunikace s dalšími lidmi může vést k uzavření seniora do světa, ve kterém reflexivně vyhodnocuje svůj život, porovnává současnost s minulostí a může ztratit smysl pro vlastní důležitost.

Sociální izolace může způsobit vyloučení člověka ze společnosti, což může negativně ovlivnit rozvoj trvalých zdravotních obtíží a sociálních rizik a v extrémních případech vést k urychlené smrti. K sociální izolaci přispívá přítomnost hendikepů a jejich negativní projevy, samotářský životní styl, sociálně rizikové osoby a nedostatečná dostupnost zdravotních a sociálních služeb.¹³⁸

3.5. Měření kvality života

Existují dva hlavní typy nástrojů pro hodnocení kvality života: obecné a specifické.

Obecné nástroje pro hodnocení kvality života zahrnují metody měření schopností v různých oblastech a profily zdraví, které se obvykle implementují formou dotazníků. Tyto nástroje jsou multidimenzionální, pokrývají širokou škálu aspektů kvality života jedince a mohou být použity pro hodnocení osob s různými zdravotními stavy nebo typy onemocnění. Jsou často využívány v rámci programů zdravotní péče, obecných průzkumů zdravotního stavu a srovnávání různých nemocí. Je však třeba brát v úvahu, že některé z těchto nástrojů mohou mít omezenou citlivost v určitých oblastech měření a při hodnocení specifických změn.¹³⁹

Specifické nástroje pro měření kvality života se zaměřují na klíčové aspekty specifické pro danou oblast hodnocení. Tyto nástroje mohou být přizpůsobeny konkrétní nemoci, určité populaci, konkrétním schopnostem nebo podmínkám. Jejich výhodou je specializace, což umožňuje citlivé zhodnocení specifické oblasti ve srovnání s obecnými nástroji pro měření kvality života.¹⁴⁰

Metody měření kvality se dá roztrdit do tří základních skupiny:

Objektivní metody: Hodnocení kvality života provádí druhá osoba.

Subjektivní metody: Hodnocení kvality života provádí sama daná osoba.

¹³⁸ Srov. ŽUMÁROVÁ, Monika. *Subjektivní pohoda a kvalita života seniorů*. Prešov: Akcent print. 2012. ISBN: 978-80-89295-43-2. s. 123-125.

¹³⁹ Srov. VAĐUROVÁ, Helena., MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života*. Brno: Masarykova univerzita v Brně., 2005. ISBN: 80-210-3754-7. s. 52.

¹⁴⁰ *Tamtéž*, s. 52.

Smíšené metody: Kombinují prvky jak z objektivního, tak subjektivního hodnocení.¹⁴¹

3.5.1. Objektivní metody měření kvality života

APACHE II (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System)

APACHE II je hodnotící systém navržený k zachycení celkového stavu pacienta, zejména jeho fyziologickými a patofyziologickými charakteristikami. Tato metoda kvantitativně hodnotí závažnost onemocnění pacienta tím, jak se jeho stav odchyluje od normy. Výsledky jsou vyjádřeny numericky, a čím vyšší hodnota, tím vyšší pravděpodobnost úmrtí pacienta.¹⁴²

The Karnofsky Performance Scale

Karnofskyho škála výkonnosti je nástroj, který se zaměřuje především na tělesní aspekty kvality života. Lékař přiřazuje hodnotu Karnofskyho indexu, což reflektuje celkový zdravotní stav pacienta k danému datu. Hodnocení je vyjádřeno procentuální škálou od 0 do 100, kde například index 100 znamená normální stav bez jakýchkoli potíží, a index 0 znamená, že pacient je v daný okamžik mrtvý.¹⁴³

Index kvality života – ILF

Index kvality života zahrnuje slovně formulovaná kritéria, jako je sociální podpora pacienta, jeho schopnost sebeobsluhy, emocionální stav a další. Unikátní výhodou této metody je, že na stanovení kritérií kvality života se podílí nejen hodnotitel, ale také odborníci jako lékaři, psychologové, zdravotní sestry atd. Hodnocení stavu pacienta může probíhat v jednotlivých dimenzích s použitím odstupňované škály, například pětibodové, a může být prováděno v pevně stanovených časových úsecích.¹⁴⁴

Spitzer Quality of Life Index – QL

Spitzer Quality of Life Index slouží k hodnocení zdravotního stavu a kvality života pacientů před a po ukončení terapie. Spitzer vytvořil původní verzi QL Indexu, která zahrnuje oblasti jako aktivita, každodenní život, vnímání zdraví, podpora rodiny a přátel a pohled na život. Respondenti hodnotí, do jaké míry jsou tyto oblasti relevantní pro jejich život, přičemž škála obsahuje pět částí s třemi možnostmi odpovědi, každá ohodnocená od 0 do 2 bodů. Celkové skóre může dosáhnout od 0 do 10 bodů. Důležité je podotknout, že tento nástroj není určen pro hodnocení kvality života u zdravé populace.¹⁴⁵

3.5.2. Subjektivní metody měření kvality života

Dotazník SQUALA

¹⁴¹ Srov. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada., 2002, ISBN: 80-247-0179-0. s. 165.

¹⁴² *Tamtéž*, s. 165.

¹⁴³ Srov. VAĐUROVÁ, Helena., MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života*. Brno: Masarykova univerzita v Brně., 2005. ISBN: 80-210-3754-7. s. 54.

¹⁴⁴ Srov. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada., 2002, ISBN: 80-247-0179-0. s. 168.

¹⁴⁵ Srov. VAĐUROVÁ, Helena., MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života*. Brno: Masarykova univerzita v Brně., 2005. ISBN: 80-210-3754-7. s. 55.

SQUALA je samohodnotící dotazník, který se inspiruje Maslowovou třístupňovou teorií potřeb. Kromě toho zahrnuje oblasti týkající se vnitřních hodnot, jako je prožitek svobody, pravdy nebo spravedlnosti. Tyto oblasti obsahují otázky, ve kterých je uplatněna maximální míra subjektivity názoru respondentů. Dotazník můžeme využít v medicínské, sociální, psychologické i pedagogické oblasti především za účelem diagnostiky nebo za účelem zkvalitnění péče a služeb.¹⁴⁶

Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – SEIQoL

System individuálního hodnocení kvality života vychází z přesvědčení, že naše myšlenky a chování jsou formovány osobními představami neboli mentálními konstrukty, které máme o různých aspektech života. Tyto konstrukty jsou hierarchicky uspořádány a tvoří základní strukturu našeho vnímání světa. Chceme-li plně porozumět někomu jinému, je důležité pochopit, jakým způsobem si jednotlivec vytváří svůj žebříček mentálních konstruktů, zahrnující představy, hodnoty, a cíle. Ve svém jádru umožňuje SEIQoL individuálním osobám definovat a hodnotit ty aspekty života, které pro ně mají největší význam, což poskytuje hlubší vhled do jejich osobních priorit a životních hodnot.¹⁴⁷ Metoda SEIQoL využívá strukturovaný rozhovor, který se zaměřuje na identifikaci klíčových aspektů života, které mají pro respondentův subjektivní pocit kvality života zásadní význam. „Cue“ je jedním z klíčových pojmů metodiky SEIQoL. Termín „cue“ zde označuje cíl nebo směr, kterým se jedinec ve svém životě snaží směřovat.¹⁴⁸

Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Direct Weighting (SEIQoL- DW)

SEIQoL-DW je nástroj odvozený z metody SEIQoL. V tomto přístupu respondent označuje oblasti života, které považuje za nejvýznamnější, hodnotí svůj výkon v každé z těchto oblastí a vyjadřuje spokojenost s jejich aktuálním stavem.

SEIQoL-DW se skládá z pěti barevných disků, které lze otáčet kolem centrálního bodu. Každý disk reprezentuje určitou oblast života, kterou respondent označil jako klíčovou pro celkovou kvalitu svého života. Tyto disky jsou umístěny na větším disku, kde je zobrazena stupnice od 0 do 100. Respondent pak určuje důležitost jednotlivých oblastí tím, že nastavuje číselnou hodnotu na stupnici. V případě, že respondent vybere méně než pět oblastí, procentuální zastoupení je adekvátně upraveno.

Metoda SEIQoL-DW zahrnuje polostrukturovaný rozhovor ve třech fázích: identifikaci životních cílů, zjištění aktuálního stavu každého cíle a kvantifikaci relativní důležitosti těchto cílů.¹⁴⁹

3.5.3. Smíšené metody měření kvality života

Manchester Short Assessment of Quality of Life – MANSA

¹⁴⁶ Srov. VAĐUROVÁ, Helena., MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života*. Brno: Masarykova univerzita v Brně., 2005. ISBN: 80-210-3754-7. s. 63.

¹⁴⁷ Srov. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada., 2002, ISBN: 80-247-0179-0. s. 171–172.

¹⁴⁸ Srov. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál., 2001, ISBN: 80-7178-551-2. s. 244.

¹⁴⁹ Srov. VAĐUROVÁ, Helena., MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života*. Brno: Masarykova univerzita v Brně., 2005. ISBN: 80-210-3754-7. s. 57-59.

Metoda nazvaná „Krátký způsob hodnocení kvality života“ byla vytvořena na univerzitě v Manchesteru. Nezkoumá pouze celkovou spokojenost se životem, ale také hodnotí spokojenost s konkrétními dimenzemi. Tyto dimenze zahrnují vlastní zdravotní stav, sebepojetí, sociální vztahy, rodinné vztahy, bezpečnostní situaci, právní stav, životní prostředí, finanční situaci, náboženství, volný čas a zaměstnání. Cílem této metody je zachytit celkový obraz kvality života jednotlivce tak, jak se mu jeví v daném okamžiku.¹⁵⁰

Life Satisfactory Scale – LSS

Life Satisfactory Scale je součástí metody MANSA a představuje „škálu životního uspokojení“. Tato škála hodnotí jak celkovou spokojenost se životem, tak i několik dílčích dimenzí. Zahrnuje vizuální sedmidílnou stupnici se dvěma extrémy a pěti mezistupni pro zaznamenání hodnocení.¹⁵¹

4. Empirický výzkum

4.1. Cíl práce a výzkumné otázky

Cílem této diplomové práce je zkoumat objektivní ukazatele subjektivní kvality života seniorů v pobytovém zařízení a srovnat je s těmi, kteří žijí mimo tato zařízení. Práce se zaměřuje na získání hlubšího porozumění aspektům každodenního života seniorů, zejména na jejich pocity spokojenosti, sociální interakce, autonomie a celkový životní komfort. K naplnění cíle významně přispívá kvalitativní výzkum, který byl realizován prostřednictvím tří rozhovorů s obyvateli pobytového zařízení a tří rozhovorů se seniory žijícími mimo pobytové zařízení. Výsledky jsou analyzovány s cílem identifikovat klíčové faktory ovlivňující kvalitu života seniorů.

Cíl výzkumu byl dosažený pomocí odpovědí na výzkumné otázky:

VO1: Jaké jsou hlavní rozdíly v každodenním životě seniorů žijících v pobytovém zařízení a těch, kteří žijí mimo ně?

VO2: Jak senioři vnímají svou životní úroveň v kontextu fyzického a duševního zdraví v obou zkoumaných skupinách?

VO3: Jaké nejčastější problémy vnímají senioři ve stáří?

4.2. Metodika

V této diplomové práci byla zvolena kvalitativní strategie výzkumu. Neexistuje univerzálně akceptovaný postup pro definici nebo provádění kvalitativního výzkumu. Obvykle začíná výzkumník kvalitativní studie výběrem tématu a stanovením hlavních výzkumných otázek. Tyto otázky mohou být upravovány nebo rozšiřovány v průběhu výzkumu, zejména během sběru a analýzy dat. To dává kvalitativnímu výzkumu pružnost, neboť proces může být přizpůsoben novým poznatkům a směřování. Sběr a analýza dat často probíhají během delšího časového období, což umožňuje detailnější zkoumání jevů a jejich kontextů.¹⁵²

¹⁵⁰ Srov. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada., 2002, ISBN: 80-247-0179-0. s.176.

¹⁵¹ *Tamtéž*, s.176-177.

¹⁵² Srov. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. 2023. ISBN: 978-80-262-1968-2. s. 48.

Kvalitativní strategie výzkumu byla provedena metodou rozhovoru. Ke sběru materiálu byla využita technika polostrukturovaný rozhovor. V tomto typu rozhovoru výzkumník obvykle určuje otázky nebo oblasti otázek, na které chce účastníky dotazovat. Otázky neklade v pevně stanoveném pořadí, ale zařazuje je tak, aby přirozeně rozvíjely rozhovor. Otázky by měly být formulovány srozumitelným jazykem, nikoli vědeckým, aby motivovaly jedince k sdílení svých osobních zkušeností. Následné otázky pak slouží k prohloubení porozumění a umožňují detailnější zkoumání rozdílů.¹⁵³ Tato technika mi umožnila držet se předem sestaveného seznamu otázek, avšak současně poskytla komunikačním partnerům dostatek prostoru k vyjádření vlastních názorů. Pokud jsem v průběhu rozhovoru zaznamenala zajímavé téma, kladla jsem dodatečné otázky, na které jsem nebyla předem připravena.

4.3. Výzkumný soubor

V rámci výzkumného souboru bylo zahrnuto 6 jedinců v důchodovém věku, z nichž tři bydlí v pobytových zařízeních a tři mimo tato zařízení.

Tabulka č. 2 Identifikační údaje komunikačních partnerů

Komunikační partner	Pohlaví	Věk	Rodinný stav	Bydliště
KP1	Žena	88	Vdaná	Domov pro seniory
KP2	Žena	92	Vdova	Domov pro seniory
KP3	Muž	82	Ženatý	Domov pro seniory
KP4	Muž	74	Ženatý	Vesnice, rodinný dům
KP5	Žena	65	Vdaná	Vesnice, rodinný dům
KP6	Muž	90	Ženatý	Vesnice, rodinný dům

Zdroj: vlastní výzkum, 2024

4.4. Realizace výzkumu

Realizace výzkumu probíhala od poloviny února do půlky března roku 2024. Před samotnou realizací rozhovorů došlo k oslovení pobytových zařízení. Komunikace s pobytovým zařízením vedla k doporučení klientů, kteří souhlasili s účastí ve výzkumu. Komunikační partneři, kteří žijí mimo pobytová zařízení byli vybráni a osloveni ze sítě svých osobních sociálních kontaktů. Rozhovory v pobytových zařízeních probíhaly na pokojích komunikačních partnerů. Ve zbylých případech probíhaly rozhovory v přirozeném domácím prostředí. Časová náročnost rozhovorů byla v rozmezí 40 až 90 minut.

¹⁵³ Srov. HLAĎO, Petr. *Úvod do pedagogického výzkumu pro učitele středních škol*. [online]. [cit. 15.3.2024]. Dostupné z: [chrome-extension://oemmnadbldboiebfnladdacbdm/adm/https://dl1.cuni.cz/pluginfile.php/1118331/mod_resource/content/1/Hla%C4%8Fo_Pedagogick%C3%BD%20v%C3%BDzkum.pdf](https://dl1.cuni.cz/pluginfile.php/1118331/mod_resource/content/1/Hla%C4%8Fo_Pedagogick%C3%BD%20v%C3%BDzkum.pdf) s. 41.

4.5. Etika výzkumu

Hlavní zájem je zajistit, aby výzkum nepředstavoval pro komunikační partnery žádné riziko, ať už jde o jejich psychickou, sociální nebo jinou rovnováhu.¹⁵⁴

Výzkum byl založen na principu anonymity a dobrovolnosti účastníků. Každý komunikační partner byl plně informován o povaze výzkumu. Veškeré získané informace byly použity výhradně pro účely zpracování této diplomové práce. Dalším důležitým aspektem výzkumu bylo získání souhlasu od každého účastníka. Tento informovaný souhlas byl zaznamenán prostřednictvím nahrávky. S ohledem na anonymitu komunikačních partnerů nejsou v práci uvedena jejich skutečná jména, ale jsou identifikováni jako KP1 – KP6.

4.6. Vyhodnocení dat

Pro analýzu přepsaných rozhovorů byla použita technika otevřeného kódování, která slouží jako základní fáze analýzy dat. Přepsané rozhovory byly převedeny do digitální podoby. Poté byla získaná data systematicky rozdělena do kategorií. Pojmem kategorie se rozumí třída pojmů. *„Tato třída je objevena, když se při vzájemném pozorování pojmů zdá, že náleží podobnému jevu. Takto jsou pojmy seskupovány do vyššího řádu – pod abstraktnějším pojmem nazývaným kategorie.“*¹⁵⁵

¹⁵⁴ Srov. REICHEL, Jiří. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. Praha: Grada, 2009. ISBN: 978-80-247-3006-6. s. 117

¹⁵⁵ STRAUSS, Anselm., CORBINOVÁ, Juliet., *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert. 1999. ISBN: 80-85834-60. s. 42

5. Výsledky

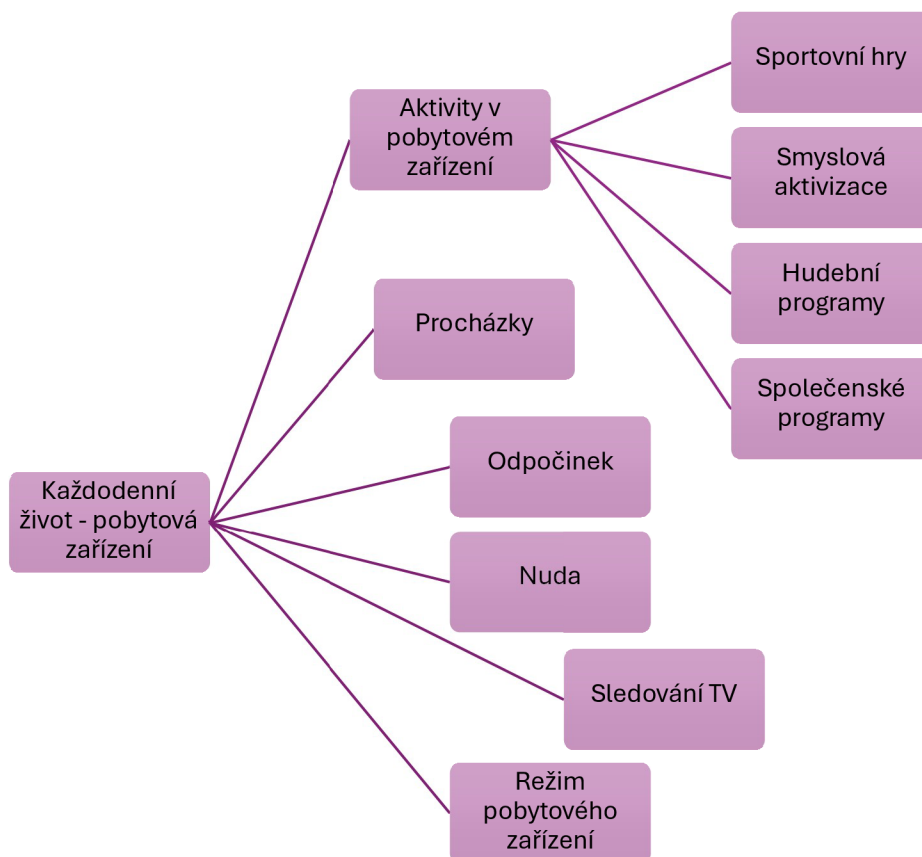
Kapitola prezentuje výsledky realizovaného výzkumu. Jak bylo uvedeno, tři aktéři žijí v domově pro seniory a tři mimo toto zařízení. KP1, KP2, KP3 žijí v domově pro seniory a důvodem přechodu do institucionální péče byla ztráta samostatnosti a možnosti péče o svoji osobu i o domácnost. „Už jsem cítila, že nejsem schopna si dům obstarat“ (KP2).

Názor na domov pro seniory od zbylých komunikačních partnerů byl stejný. Komunikační partneři vnímají představu odchodu do domova jako nutnou, ale zároveň domov pro seniory považují za dobrou věc. „Vnímám jej tak, že musí být, protože kam by lidé šli jinak, když nemají rodinu, která by se o ně postarala.“ (KP4). „Vnímám to jako správnou věc, kde se o Vás postarají, když už některé věci nejste schopni zvládat“ (KP6).

Z kódování rozhovorů vyplynuly tři kategorie, které budou charakterizovány níže. Jedná se o tyto kategorie:

1. kategorie – Každodenní život
2. kategorie – Problémy ve stáří
3. kategorie – Kvalita života

Schéma č.1 Každodenní život – pobytová zařízení

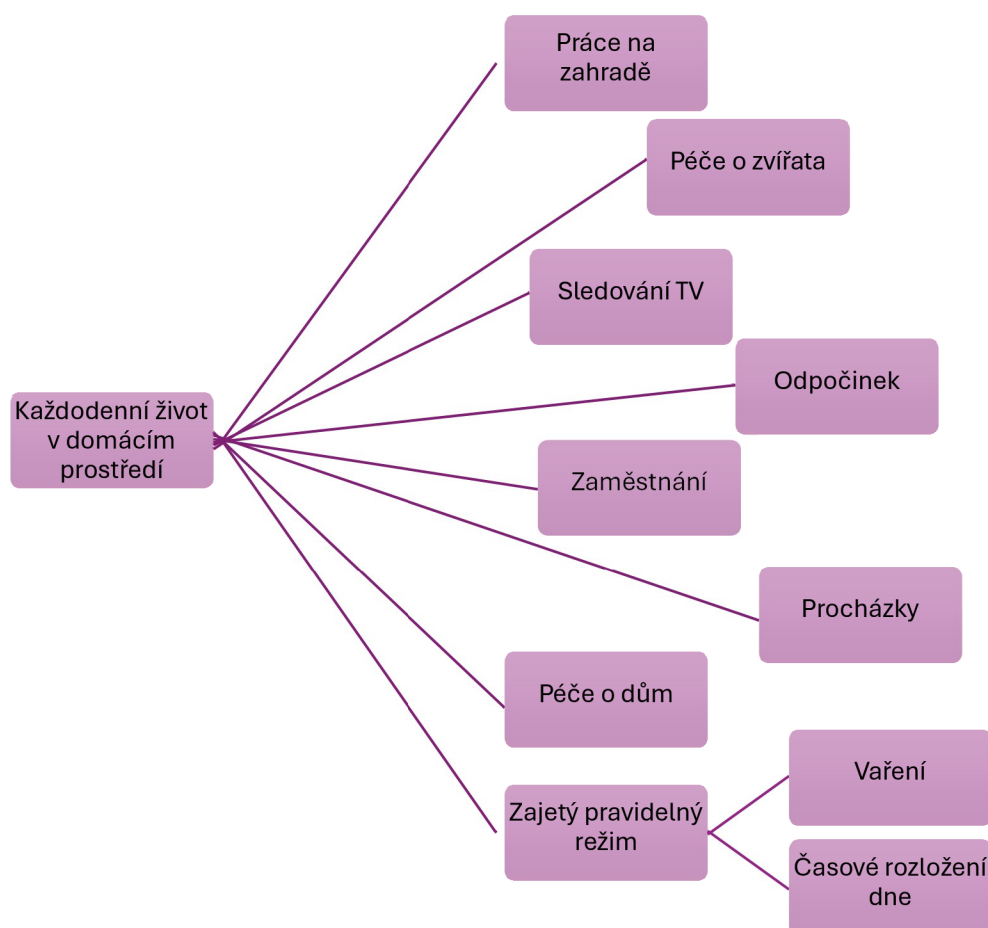


Zdroj: vlastní výzkum, 2024

Schéma č. 1 umožňuje vhled do každodenního života seniorů v pobytovém zařízení. Každodenní život klientů je provázen jejich pravidelným režimem. Převážně se v rámci

tohoto režimu určují časy na jídlo. „Kolem osmé ráno je snídaně, ve dvanáct se většina schází v jídelně na oběd“ (KP2). Mezi každodenní aktivity patří procházky. „Odkakživa miluji procházky, takže v tomto s jistým omezením pokračuji“ (KP2). „I když nemůžu již chodit na vycházky do lesa, na krátkou procházku i třeba jen kolem domova jdu, protože mě to dobíjí energii“ (KP1). Po obědě mají klienti domova polední klid. Většina tedy na pokoji odpočívá. „Stářím ubývá sil, takže po obědě jdu na pokoj, kde většinou spím“ (KP2). Do každodenních aktivit spadá i sledování televize. „Sleduji televizi, to jsem dělal vždy“ (KP2). „Když večer není co, tak sleduji televizi“ (KP1). Domov pro seniory nabízí různé programy. Účast na nich je dobrovolná. Jedná se například o sportovní hry. Během rozhovorů vyplynulo, že sportovní aktivity nejsou populární. „Bolí mě klouby, špatně chodím. Takže těmto aktivitám se vyhýbám a radši odpočívám“ (KP3). „Třesou se mi ruce, takže u sportovních programů nevydržím dlouho. Ale ráda je pozoruji“ (KP1). Mezi další programy patří různé hudební programy, společenské programy, aktivity zaměřené na smyslovou aktivizaci. „Moc ráda zpívám, takže když je hudební program, mám vždy velkou radost“ (KP1). „Občas se všichni sejdeme ve společenské místnosti, kde pro nás připraví program. Občas tam jen společně luštíme křížovky“ (KP2). I nuda patří do běžných dnů. Ne všechny programy jsou zajímavé pro všechny. Nuda je také spojená i se ztrátou koníčků, které z důvodu úbytku sil nemohou vykonávat. „Často se potýkám s nudou. Kdysi jsem stavěl modely lodí, ale to už teď není možné“ (KP3).

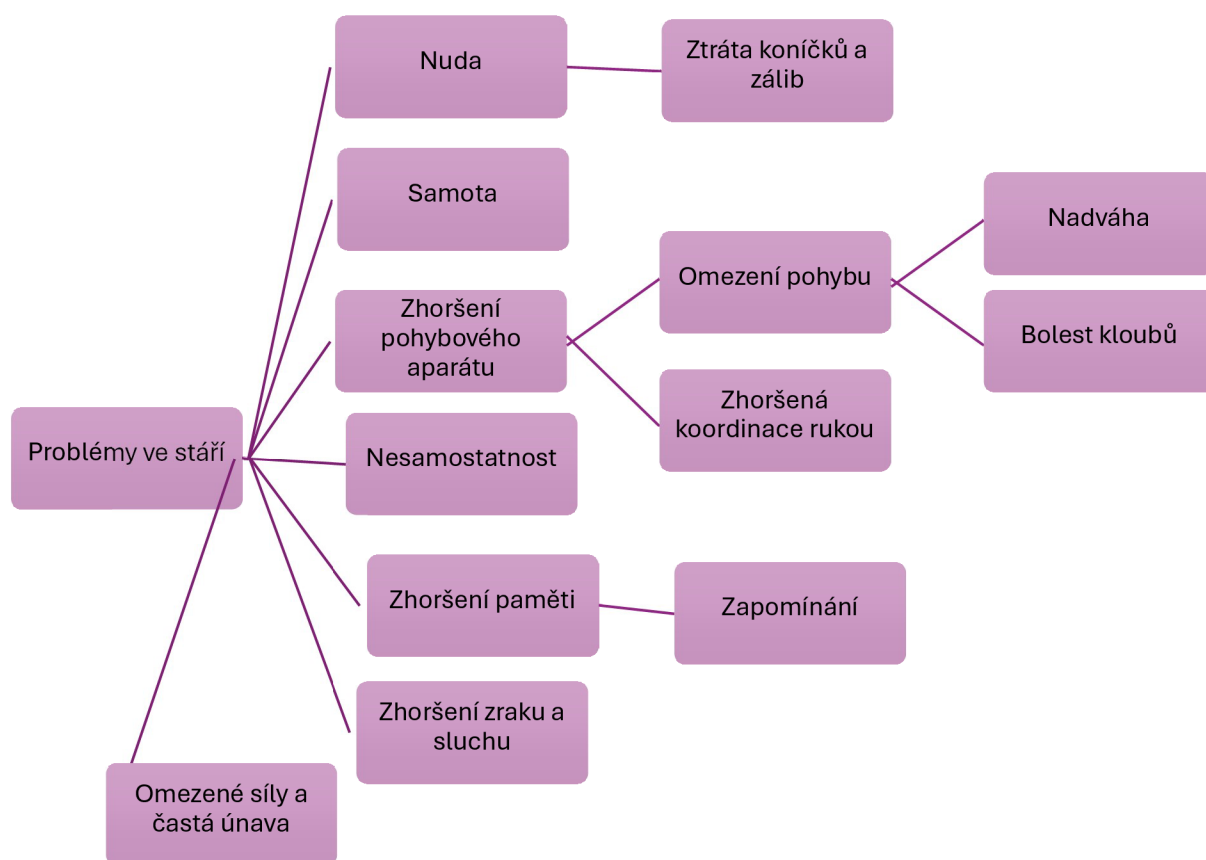
Schéma č.2 Každodenní život v domácím prostředí



Zdroj: vlastní výzkum, 2024

Druhé schéma je též zaměřené na každodenní život, ale seniorů žijících ve svém domácím prostředí. I když se průměrný věk obou skupin liší o 11 let, došlo ke shodě se seniory v pobytovém zařízení v několika aktivitách. Mezi tyto aktivity patří procházky. „Chodím denně na procházky, někdy ujdu i 6 km“ (KP4). Další shoda je v odpočinku. „Naobědvám se a jdu si na hodinu odpočinout“ (KP6). Sledování televize je činnost, která je také stejná. „Většinu dne koukám na televizi. Mám moc rád MASH“ (KP4). Podobnost je i v každodenním režimu. Komunikační partneři mluvili o pravidelném režimu svých dnů. „Každé ráno vstávám kolem šesté hodiny, nasnídám se a jdu pustit slepice“ (KP5). „Moje rána jsou stejná každý den. Vstávám většinou okolo sedmé, ihned ustelu postel, převleču se, nasnídám se a jdu se podívat na zahradu“ (KP6). „Každý den vařím oběd. Nemám ráda, když tuto činnost dělá někdo za mě“ (KP5). Všichni tři komunikační partneři žijí v rodinném domě na vesnicích. K jejich každodenním činnostem patří péče o dům, práce na zahradě a péče o zvířata. „Když je zima, tak musím nachystat dřevo na topení. V létě si zase chystám špalky do kůlny, aby byla dostatečná zásoba na zimu“ (KP6). „Také sekám trávu. Syn mi koupil novou sekačku, takže mi jde sekání lépe. Ještě si pamatuji, když jsem dřív sekal kosou“ (KP6). „Starám se o domácnost. V baráku je vždy, co dělat“ (KP5). „Máme králíky a slepice, takže se o ně starám. Každý den je krmím a dávám jim vodu. Jednou začas jim uklidím“ (KP4). I když jsou všichni komunikační partneři v důchodovém věku, tak KP4 a KP5 stále příležitostně dochází do práce. „Dlouhá léta jsem dělala pojišťovnictví. Pár klientů jsem si stále nechala, takže skoro každý den dojíždím na pár hodin do práce“ (KP5). „Založil jsem firmu, tu jsem před pár lety prodal, ale i tak tam občas jezdím na výpomoc“ (KP4).

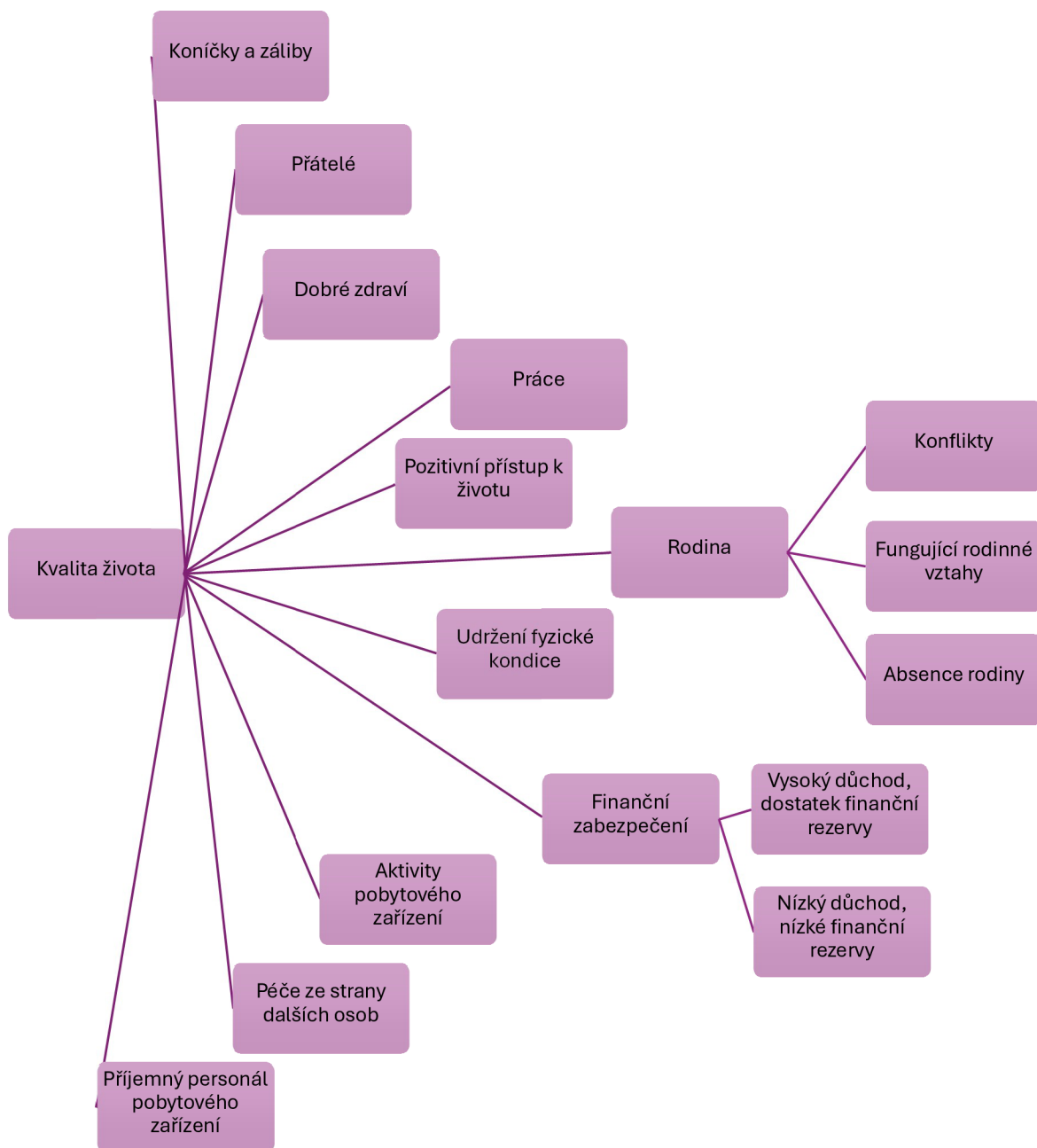
Schéma č.3 Problémy ve stáří



Zdroj: vlastní výzkum, 2024

Další kategorií, která vyplynula z rozhovorů se týká problému ve stáří. Schéma č. 3 ukazuje problémy, se kterými se potýkají komunikační partneři. U seniorů v pobytovém zařízení se jako jeden z problémů ukázala nuda. Nuda je spojena se ztrátou koníčků a zálib, které již z důvodu vysokého věku nemohou dělat. „Nemůžu chodit na vycházky do lesa, to jsem měla ráda“ (KP1). „Když jsem byl mladší hrál jsem na různé hudební nástroje, hodně jsem taky pracoval, teď se často nudím“ (KP3). Problém samoty zazněl u komunikačních partnerů v pobytovém zařízení, i přesto, že všichni mají rodiny, které je navštěvují, tak se cítí osamocně. „Rodina za mnou chodí 1x týdně. Ošetřovatelky se se mnou také baví a je s nimi legrace, mám spolubydličiho, ale i tak se cítím sám“ (KP3). „Občas si nemůžu vzpomenout na nic, to se pak cítím velmi sama“ (KP1). „Jo, samota je občas taky. Ale já jsem velmi pozitivní, takže se tomuto pocitu nechci oddávat. Když se cítím sama a smutná, zvednu se a jdu právě třeba na tu procházku“ (KP2). Zhoršení pohybového aparátu se jistým způsobem objevilo u většiny komunikačních partnerů. S rostoucím věkem se zhoršuje pohyb, objevuje se bolest kloubů. To omezuje seniory v pohybu. „Tím, že moc nechodím, jsem i trochu přibral, a to mi nepomohlo na mé bolavé klouby“ (KP3). „Už mě bolí kolena, ale co bych ve svém věku chtěl“ (KP6). Problémy souvisí i s horními končetinami. „Třesou se mi ruce...“ (KP1). Senioři v pobytovém zařízení se potýkají s nesamostatností. Jisté úkony jim dělají problém a jsou odkázáni na pomoc personálu. „Teď jen čekám. Na jídlo, na koupání...“ (KP3). „Mám hlavu děravou, ale paní tady mi vždy řeknou, že si mám vzít prášky“ (KP1). Senioři v domácí prostředí jsou stále soběstační a nemají pocit, že by bylo něco, co by nezvládli. „Udělám si vše, co potřebuji. A kdyby ne, tak mám děti, které mi pomohou“ (KP5). Obě skupiny mluvily o ubývajících silách a únavě. „Když jsem byl mladší, tak elánu bylo víc...“ (KP4). „Občas jsem unavená, když přijdu z práce“ (KP5). „Když jsem unavená, tak si jdu vždy na chvíli lehnout a trochu si pospím“ (KP2). Poslední problém, na který jsem během rozhovorů narazila je zhoršení zraku a sluchu. „I když už pořádně nevidím, občas vidím dvojitě, tak stále ještě řídím...“ (KP6). „Musíte na mě mluvit nahlas“ (KP1).

Schéma č.4. Kvalita života



Zdroj: vlastní výzkum, 2024

Poslední část rozhovorů byla zaměřena na kvalitu života. Při otázce, zda komunikační partneři považují svůj život za kvalitní, tak jen jeden odpověděl, že ne. Ostatní považují svůj život za kvalitní. „Vzhledem k mému věku, mám život velmi kvalitní“ (KP6). „Můj život je na 100 % kvalitní...“ (KP4). „V rámci možností můj život kvalitní je“ (KP2). Rozhovory směřovaly na faktory, které mohou s kvalitou života souviset a mohou ji určitým způsobem ovlivňovat. Senioři v pobytovém zařízení zmínili personál domova. „Musím zmínit příjemný personál, který to s námi starými nemá lehké...“ (KP2). „Hodní lidi, kteří mi tu se vším pomáhají, mi život zlepšují“ (KP1). KP1 mluvil tom, že ke kvalitnějšímu životu přispívá péče jiných osob. Senioři v pobytovém zařízení již některé úkony sami nezvládají a pomoc dalších osob potřebují. „Kolem sebe mám hodně lidí, kteří za mě vše vyřeší“ (KP1). „Mám zde veškerou péči ze strany personálu“ (KP2).

Senioři v pobytovém zařízení vidí významný faktor přispívající k dobré kvalitě života i programy a aktivity, které pro ně chystá pobytové zařízení. „Jak už jsem říkala, tak moc ráda zpívám, a když je zde nějaké hudební odpoledne, tak hned mám ze života větší radost“ (KP1). Senioři v domácím prostředí v souvislosti s kvalitou života mluvili o finančním zabezpečení. „Už jsem v důchodu přibližně 30 let, důchod mám dostatečně velký, a v životě už tolik věcí nepotřebuji, takže dost šetřím“ (KP6). „Důchod mi vystačí na vše, co chci“ (KP4). „Důchod nemám tak velký, ale dělala jsem dobrou práci, takže jsem si na důchod dostatečně našetřila...“ (KP5). „O peníze se nestarám, o peníze se starají děti“ (KP3). „Byla jsem většinu života na vše sama, nějaké úspory jsem měla, ale nebyli velké. Vše jsem předala svým dětem, které za mě platí domov i věci, které chci“ (KP2). Ke kvalitě života podle komunikačních partnerů napomáhá i dobrá fyzická kondice. Jelikož s rostoucím věkem dochází ke zhoršení pohybového aparátu, tak problémy s pohybem zhoršují kvalitu života. „Můj život není kvalitní, nemůžu pořádně chodit...“ (KP3). „Každodenní procházky přispívají k mé dobré kvalitě života“ (KP4). Ve všech rozhovorech v souvislosti s kvalitou života byla zmíněna rodina. Seniorům velmi napomáhá přítomnost rodinných příslušníků, dobré vztahy mezi členy rodiny. „Má rodina také velmi napomáhá mému kvalitnímu životu“ (KP4). „Mezi hlavními faktory je pro mě rodina“ (KP5). „Mám ráda, když mě navštíví syn, to jsem pak velmi šťastná“ (KP1). Špatné vztahy mezi rodinnými příslušníky mohou kvalitu života snížit. „Mám dvě děti, dceru a syna. Syn za mnou nejezdí, i když jsem mu přenechala barák... Myslela jsem, že přechodem do domova se náš vztahlepší“ (KP2). „Občas se dostanu do konfliktu se synem, po hádce je mi vždy smutno, ale nikdy hádky nejsou tak vážné, abychom se přestali bavit“ (KP6). Všichni komunikační partneři mají rodinu, ale KP3 se během rozhovoru zmínil o svém spolubydlicím. „I když špatně chodím, tak mám stále rodinu, která mě navštěvuje. Můj spolubydlicí je většinu času sám. Nikdo sem za ním nechodí. Je mi ho líto“ (KP3). KP2 se během rozhovoru dostala k tomu, jak důležitý je pozitivní přístup k životu. „Beru život takový, jaký je a nad věcmi přemýšlím převážně pozitivně. Někteří, které tu ale potkávám jen nadávají...“ (KP2). Dalším faktorem, který pozitivně ovlivňuje kvalitu života je práce. „Práce mě baví. A s kolegy je legrace. Nechtěla bych být celé dny jen doma“ (KP5). Co se týče koníčků a zálib, tak mohou kvalitu života zlepšit ale i zhoršit. Když senioři mohou stále dělat, to, co je baví, tak hodnotí svoji kvalitu života pozitivně. Ale pokud z důvodu vysokého věku a zhoršujícího se zdraví o koníčky přijdou, tak to jejich kvalitu života snižuje. „Kdysi jsem stavěl modely lodí... Hrál jsem na různé nástroje... Teď už nedělám nic“ (KP3). Přátelé napomáhají od samoty, takže patří mezi faktory ovlivňující kvalitu života. „Přechodem do domova jsem ztratila přátele, ale našla jsem si tu nové, abych nebyla sama“ (KP2). „Přátele tu nemám, mám jen spolubydlicího“ (KP3).

V rámci výzkumu byly položeny tři výzkumné otázky:

Jaké jsou hlavní rozdíly v každodenním životě seniorů žijících v pobytovém zařízení a těch, kteří žijí mimo ně?

Každodenní rutina seniorů v obou zkoumaných skupinách vykazuje jak podobnosti, tak rozdíly. Shodné jsou určité aktivity, jako jsou procházky, sledování televize a odpočinek, což naznačuje určitou ustálenou rutinu v jejich životech. Seniori v pobytových zařízeních mají svou rutinu stanovenou samotným zařízením, zatímco ti žijící doma si udržují vlastní pravidelný denní režim.

Hlavním rozdílem je, že denní program seniorů v domácím prostředí zahrnuje péči o dům, zahradu a domácí zvířata. Někteří z nich alespoň částečně vykonávají zaměstnání. Naopak seniori v pobytových zařízeních mají možnost účastnit se různých aktivit organizovaných v zařízení, jako jsou hudební programy, sportovní hry nebo jiné společenské akce.

Jak seniori vnímají svou životní úroveň v kontextu fyzického a duševního zdraví v obou zkoumaných skupinách?

V pobytových zařízeních se seniori často spoléhají na péči personálu a vnímají ji jako klíčový faktor přispívající k dobré kvalitě života. Přítomnost podpůrného personálu umožňuje seniorům vyrovnat se s fyzickými omezeními a zlepšit jejich pohodu. Programy a aktivity organizované v pobytových zařízeních také přispívají k vyšší kvalitě života tím, že poskytují možnost sociální interakce a zábavy.

Na druhé straně seniori žijící doma často vnímají svou životní úroveň v kontextu finanční stability a nezávislosti. Důchod, rodinná podpora a schopnost udržet si příjem mohou být klíčovými faktory pro posouzení jejich životní úrovně, resp. kvality života. Zároveň si mohou cenit možnosti pokračování v práci nebo v činnostech, které je baví, což může pozitivně ovlivnit jejich duševní zdraví.

Společným tématem pro obě skupiny je také význam rodiny a mezilidských vztahů. Přítomnost rodinných příslušníků a přátel může podporovat duševní pohodu a zlepšit celkovou kvalitu života. Naopak nedostatek sociální podpory nebo konflikty v rodině mohou negativně ovlivnit seniory a snižovat jejich vnímání životní úrovně.

Jaké nejčastější problémy vnímají seniori ve stáří?

Z výzkumu jasně vyplývá, že hlavním problémem, se kterým se seniori potýkají, je omezení pohybu spojené s bolestí kloubů, kolen a třesem rukou, což výrazně ztěžuje jejich každodenní život. Dále se často potýkají se zhoršením zraku a sluchu. Pozorují také úbytek fyzické síly a častější pocit únavy, což v nich vyvolává vzpomínky na dobu, kdy byli ještě mladší a energičtější.

Zjištění výzkumu ukázala také rozdíly mezi seniory žijícími v pobytových zařízeních a těmi žijícími doma. Seniori v pobytových zařízeních často trpí nudou a občasnou samotou, zejména kvůli ztrátě schopnosti vykonávat své oblíbené koníčky. I když mnozí mají rodinu, stále se občas cítí osamělí a uvítali by častější návštěvy ze strany svých blízkých. Tyto problémy nebyly tak výrazně zmiňovány seniory žijícími ve vlastním domácím prostředí, pravděpodobně proto, že jsou v průměru mladší.

6. Diskuse

Diplomová práce se zaměřila převážně na faktory ovlivňující kvalitu života seniorů. Jak v pobytovém zařízení, tak žijících v domácím prostředí. Každý jedinec vnímá kvalitu svého života individuálně a osobně, protože má své vlastní hodnoty a preference, které určují, co považuje za důležité a naplňující ve svém životě. Zlepšení kvality života pro seniory může zahrnovat poskytování péče a podpory pro zachování jejich fyzického a duševního zdraví, což může vést k vyšší spokojenosti a pocitu štěstí ve stáří.

Výzkum ukázal, že se senioři shodli na tom, že s rostoucím věkem dochází, ke zhoršování jejich fyzického zdraví. Senioři žijící v pobytovém zařízení se již nedokázali postarat o sebe ani o domácnost. Senioři čelí především omezení fyzických schopností v důsledku stárnutí, což může vést k obtížím při samostatném zvládnutí domácnosti, zajištění základních potřeb a vykonávání každodenních aktivit. Tyto omezené schopnosti mohou také vést k menší aktivitě a potížím při prosazování vlastních zájmů.¹⁵⁶

U starších lidí jsou změny v psychice velmi individuální a závisí na jedinečných charakteristikách každého jednotlivce. S věkem může být obtížnější rychle se přizpůsobovat novým situacím a změnám v životních podmínkách.¹⁵⁷ Výzkum ukázal, že ženy žijící v pobytovém zařízení se lépe adaptovali na nové prostředí, zvykly si na tamní režim, našly si nové přátele a využívají programy, které zařízení nabízí. Muž z pobytového zařízení, který se také účastnil výzkumu, působil v pobytovém zařízení nespokojeně, přátele v domově nemá a většinu času tráví na pokoji.

Domovy pro seniory poskytují služby osobám, které mají sníženou soběstačnost a potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby.¹⁵⁸ U komunikačních partnerů, kteří nežijí v pobytovém zařízení panuje názor, že pro ně samotné se jedná o negativní představu, že oni sami by museli do domova jít. Ale uvědomují si důležitost těchto zařízení.

Z výzkumu vyplynulo několik problémů, se kterými se senioři potýkají. Ve stáří je větší podíl volného času, který se v této etapě objeví, je třeba koncentrovat se na realizaci zájmů a koníčků.¹⁵⁹ Problémem je, že někteří z důvodu úbytku sil, zhoršení zdraví o své koníčky přišli a již je nemohou vykonávat. To vede dalšímu problému a tím je nuda. Proti nuditě by mohla napomoci aktivizace. Aktivizace je podstatnou součástí kvalitní komplexní péče poskytované v zařízeních.¹⁶⁰

Samota je běžným jevem ve stáří. Existuje pozitivní samota, kdy si člověk dobrovolně vybírá život sám, a negativní samota, kdy se člověk cítí osamělý a izolovaný, aniž by si to přál.¹⁶¹ I přesto, že komunikační partneři měli rodinu, která je v pravidelných intervalech navštěvuje, tak i přesto se v některých chvílích cítí osaměle.

Biologické determinanty kvality života seniorů jsou především fyziologické charakteristiky, které výrazně ovlivňují fungování jedince v pozdním seniorském věku.

¹⁵⁶ Srov. MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života seniorů*. Brno: MSD, 2017. ISBN: 978-80-7392-260-3. s. 23.

¹⁵⁷ *Tamtéž*, s. 24.

¹⁵⁸ Srov. *Zákon pro lidi, Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.* [online]. [cit. dne 21. 3. 2024]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

¹⁵⁹ Srov. MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života seniorů*. Brno: MSD, 2017. ISBN: 978-80-7392-260-3. s. 24.

¹⁶⁰ Srov. JINDROVÁ, Iva. HÁTLOVÁ, Běla. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. Praha: Portál, 2013. ISBN: 978-80-262-0335-3. s. 13

¹⁶¹ Srov. HAVRÁNKOVÁ, Olga. *Sebevražednost seniorů*. Praha: Karolinum, 2021. ISBN: 978-80-246-4822-4. s. 47

Tyto fyziologické aspekty zahrnují změny v těle, jež jsou spojeny s ontogenezí a postupným stárnutím. Změny se mohou projevovat různými způsoby a v různých intenzitách, ale mají společný důsledek – vedou k horšímu zdravotnímu stavu.¹⁶² Komunikační partneři se setkávají se zhoršením pohybového aparátu, se špatnou koordinací rukou, se zhoršením zraku a sluchu.

Kvalita života byl pro seniory abstraktnější pojem. Kvalita života představuje složitý koncept, který zahrnuje filozofické a hodnotové aspekty. Tento koncept zahrnuje širokou škálu materiálních, nemateriálních a duchovních hodnot. Při diskusi o kvalitě života je důležité mít na paměti její zásadní determinace, které zahrnují objektivní podmínky, jež ovlivňují život jednotlivce. Tyto objektivní podmínky zahrnují ekonomické faktory, sociální situaci, bytové podmínky, zdravotní péči, sociální interakce, bezpečnost a možnosti trávení volného času.¹⁶³ Faktory ovlivňující kvalitu života seniorů jsou rozmanité a zahrnují několik klíčových aspektů. Z výzkumu vyplynulo, že komunikační partneři neměli problém s finančním zabezpečením. Důchod je pro ně dostačující a mohou si dopřát vše, co potřebují a chtějí. Finanční stabilita hraje významnou roli, protože starobní důchod nebo rodinná podpora mohou přispět k pocitu bezpečí a spokojenosti.

Zapojení péče a podpory ze strany personálu pobytového zařízení představuje důležitý faktor, který podporuje pohodu seniorů. Programy a aktivity organizované v těchto zařízeních také přispívají k vyšší kvalitě života prostřednictvím poskytnutí možností pro sociální interakci. Aktivizace seniorů je klíčová pro celkovou podporu jejich pohyblivosti a schopnosti samostatně fungovat. Pomáhá jim zůstat soběstačnými, nezávislými a spokojenými. Pravidelná aktivita může zpomalit proces stárnutí a chránit kognitivní funkce. Důležitou výhodou je také posílení sociálních vztahů a prevence před pocitem osamělosti u seniorů.¹⁶⁴ Komunikační partneři z pobytového zařízení se rádi účastní programů, které zařízení připravuje. Mají možnost volby, který program si zvolí a je pro ně vhodný.

Bez ohledu na věk je pohyb klíčový pro zachování zdraví a kondice. Pravidelná fyzická aktivita přináší mnoho výhod a může prodloužit životní délku. I u seniorů, kteří mohou mít omezenou pohyblivost nebo nemohou být aktivní, je pohyb důležitý. Stárnutí může být spojeno s různými onemocněními, ale pravidelná fyzická aktivita může sloužit jako prevence a pomoci snižovat riziko vzniku těchto onemocnění.¹⁶⁵ Jeden z komunikačních partnerů hovořil o jeho problémech s pohybem. Chodí velice málo a většinu času převážně jen sedí. To se projevilo na jeho zdraví, tím, že mu roste váha, a to s sebou přináší další zdravotní rizika. Vliv to má i na jeho psychickou stránku. Nemůže se věnovat aktivitám, kterým by chtěl. Ostatní komunikační partneři mluvili o tom, jak každý den chodí na procházky a to je dělá šťastnějšími.

Během procesu stárnutí a ve stáří hraje rodina klíčovou roli. Rodinné vztahy

¹⁶² Srov. MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života seniorů*. Brno: MSD, 2017. ISBN: 978-80-7392-260-3. s. 83.

¹⁶³ *Tamtéž*, s. 49.

¹⁶⁴ Srov. NOVÁKOVÁ, Radana. *Pečovatelsví II.: učební text pro žáky oboru Sociální péče –pečovatelská činnost*. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-531-2. s. 34.

¹⁶⁵ Srov. Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. *Stárnout ve zdraví a pohodě*. [online]. [cit. 21.3.2024]. Dostupné z: [chrome-extension://oemmnadbldboiebfnladdacbfmadadm/https://www.apsscr.cz/media/sluzby/projekty/starnout-ve-zdravi-a-pohode/a5-starnout-ve-zdravi-a-pohode-final-k-tisku.pdf](https://www.apsscr.cz/media/sluzby/projekty/starnout-ve-zdravi-a-pohode/a5-starnout-ve-zdravi-a-pohode-final-k-tisku.pdf) s. 15.

poskytují starším lidem podporu a stabilitu, a proto jsou pro ně velmi důležité.¹⁶⁶ Z výzkumu vyplynulo, že rodinné vztahy mají významný dopad na kvalitu života seniorů. Přítomnost a podpora rodinných příslušníků může zlepšit duševní pohodu a celkovou spokojenost, zatímco konflikty v rodině mohou vést ke snížení kvality života. Komunikační partneři si váží návštěv ze strany svých příbuzných. Naopak některé provází i veliká lítost z konfliktů, které se v rodině vyskytují.

Dalšími faktory, které ovlivňují kvalitu života, jsou pozitivní životní postoj, aktivní účast v práci nebo koníčcích a přátelství. Sociální interakce a podpora od ostatních osob mohou napomoci k pocitu sounáležitosti a zvýšení pohody seniorů, zatímco osamělost a nedostatek sociálního kontaktu mohou negativně ovlivnit jejich celkový životní prožitek.

¹⁶⁶ Srov. VOHRALÍKOVÁ, Lenka. RABUŠIC, Ladislav. Čeští senioři včera, dnes a zítra. 2004. [online]. [cit. 21.3.2024]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/40330595_Cesti_seniori_vcera_dnes_a_zitra#fullTextFileContent s. 57.

Závěr

Záměrem diplomové práce bylo zkoumat objektivní ukazatele subjektivní kvality života seniorů v pobytovém zařízení a srovnat je s těmi, kteří žijí mimo tato zařízení. Diplomová práce se zaměřila na hlubší porozumění aspektů každodenního života seniorů.

Z výzkumu faktorů ovlivňujících kvalitu života seniorů vyplývá, že tato problematika je multifaktoriální a zahrnuje široké spektrum aspektů, které mají vliv na jejich životní situaci. Každý jedinec vnímá svou kvalitu života individuálně a subjektivně, a proto je klíčové brát v úvahu jeho osobní preference, hodnoty a potřeby.

Jak z literatury, tak z výsledků výzkumu vyplývá, že senioři žijící jak v domovech pro seniory, tak mimo tato zařízení, mají různé názory a pocity ohledně institucionální péče. Ti, kteří žijí v domovech pro seniory, často uvádějí ztrátu samostatnosti a schopnosti péče o sebe jako důvod přechodu do těchto zařízení. Přestože může být představa odchodu do domova vnímána negativně, senioři zároveň uznávají výhody, které takové zařízení poskytuje, jako je péče a podpora v každodenním životě.

Z rozhovorů vyplynulo několik závěrů. Senioři v pobytových zařízeních mají často svůj denní režim více strukturovaný a jsou závislí na péči personálu. Naopak senioři žijící doma si udržují vlastní nezávislý životní styl a starají se o své domácnosti s menší nebo žádnou podporou jiných osob.

Pokud jde o vnímání kvality života, senioři v pobytových zařízeních často kladou důraz na péči personálu a dostupné programy a aktivity jako klíčové faktory přispívající k dobré kvalitě života. Na druhou stranu senioři žijící doma často ocení finanční stabilitu a nezávislost, ale také podporu rodiny a možnost pokračování v aktivitách, které je baví.

Co se týče nejčastějších problémů ve stáří, bez ohledu na to, zda žijí v pobytových zařízeních nebo doma, senioři se často potýkají se zhoršením fyzického zdraví, jako jsou bolesti kloubů, zhoršený zrak a sluch, úbytek síly a únava. Senioři v pobytových zařízeních navíc častěji trpí nudou a občasnou samotou.

Péče a podpora poskytovaná seniorům by měla být komplexní a respektovat jejich jedinečné charakteristiky a životní situaci. Při poskytování péče o seniory je důležité brát v úvahu jejich individuální potřeby a kontext, ve kterém žijí. V případě pobytových zařízení je klíčové zajistit dostatečné personální obsazení a jeho adekvátní školení v oblasti péče o seniory. Personál by měl být vybaven nejen potřebnými dovednostmi, ale také empatií a trpělivostí, aby mohl poskytnout individuální péči každému seniorovi. Důležitá je i rozmanitá nabídka aktivit a programů, které stimulují seniory fyzicky, mentálně a sociálně. Významné je posilování aktivního a zdravého životního stylu seniorů. To zahrnuje podporu fyzické aktivity, správné výživy a udržování sociálních vztahů. Důležité je nejen zachování fyzického a duševního zdraví, ale také posilování sociálních vazeb, aktivního životního stylu a vytváření prostoru pro osobní rozvoj a naplnění.

Stárnutí s sebou často přináší omezení a výzvy, které mohou negativně ovlivnit kvalitu života seniorů. Z tohoto důvodu je klíčové poskytovat jim dostatečnou podporu a péči, která jim umožní zůstat co nejvíce soběstačnými a nezávislými.

Seznam použitých zdrojů

Tištěné zdroje

BURDA, Patrik, ŠOLCOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelská péče 2. díl*. Praha: Grada, 2016. ISBN: 978-271-9254-0.

ČELEDOVÁ, Libuše, KALVACH, Zdeněk, ČEVELA, Rostislav. *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum, 2016. ISBN: 978-80-246-3404-3.

DRAGOMIRECKÁ, Eva a kol. *Ti, kteří se starají: Podpora neformální péče o seniory*. Praha: Karolinum, 2020. ISBN: 978-80-246-4598-8.

DUDOVÁ, Radka. *Postarat se ve stáří*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2015. ISBN: 978-80-7419-182-4.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, HROZENSKÁ, Martina. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN: 978-80-247-4139-0.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN: 978-80-247-4138-3.

FABIÁN, Petr. *Možná to jde i jinak: teorie a metody v sociální práci*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2021. ISBN: 978-80-7560-368-5.

GULLONEOVÁ, Eleonora, CUMMINS, Robert. *The Universality of Subjective Wellbeing Indicators*. London, 2002. ISBN: 978-94-010-0271-4.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. ISBN: 978-80-247-3625-9.

HALÁSKOVÁ, Renata. *Význam standardizace sociálních služeb v době jejich liberalizace*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2013. ISBN: 978-80-7416-118-6.

HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN: 978-80-262-0873-0

HAVRÁNKOVÁ, Olga. *Sebevražednost seniorů*. Praha: Karolinum, 2021. ISBN: 978-80-246-4822-4.

HEGYI, Ladislav a kol. *Sociálna gerontológia*. Bratislava: Herba, 2012. ISBN: 978-80-89171-99-6.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2023. ISBN: 978-80-262-1968-2.

HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2012. ISBN: 978-80-7419-106-0.

JINDROVÁ, Iva, HÁTLOVÁ, Běla. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. Praha: Portál, 2013. ISBN: 978-80-262-0335-3.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004. ISBN: 80-247-0548-6.

KISVETROVÁ, Helena. *Demence a kvalita života*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2020. ISBN: 978-80-244-5709-3.

- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002, ISBN: 80-247-0179-0.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001, ISBN: 80-7178-551-2.
- KURUCOVÁ, Radka. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné*. Praha: Grada. 2016. ISBN: 978-80-247-5707-0.
- LANGMEIER, Josef a KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2. akt. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN: 80-247-1284-9.
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. ISBN: 978-80-247-3148-3.
- MAREŠ, Jiří a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD, 2006. ISBN: 80-86633-65-9.
- MARTINÁKOVÁ, Libuše et al. *Příručka pro výzkumné sestry*. Brno: Facta Medica, s.r.o., 2015. ISBN 978-80-88056-02-7.
- MASLOW, Abraham. *O psychologii bytí*. Praha: Portál, 2014. ISBN: 978-80-262-0618-7.
- MATOUŠEK, Oldřich., KODYMOVÁ, Pavla., KOLÁČKOVÁ, Jana. ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 807367002x
- MIŠOVIČ, Ján a kolektiv. *Od A do Z ve výzkumech veřejného mínění*. Oregó. 2010. ISBN: 978-80-86741-94-9.
- MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany*. Praha: Grada. 2011. ISBN: 978-80-247-3872-7.
- MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života seniorů*. Brno: MSD, 2017. ISBN: 978-80-7392-260-3.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Encyklopedie obecné psychologie*. Academia: Praha, 1997. ISBN: 80-200-0625-7.
- NOLEN-HOEKSEMA, Susan. FREDRICKSON, Barbara Lee. LOFTUS, Geoffrey. WAGENAAR, Willem Albert. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Přepřacované vydání. Praha: Portál, 2012. ISBN: 978-80-262-0083-3.
- NOVÁKOVÁ, Radana. *Pečovatelství II.: učební text pro žáky oboru Sociální péče – pečovatelská činnost*. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-531-2.
- ONDRUŠOVÁ, Jiřina, KRAHULCOVÁ, Beáta. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Karolinum, 2019. ISBN: 978-80-246-4383-0.
- ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN: 978-80-246-1997-2.
- PACOVSKÝ, Vladimír., HEŘMANOVÁ, Hana. *Gerontologie*. Praha: Avicenum, 1981. ISBN: 08-044-81.
- PICHAUD, Clément., THAREAU, Isabelle. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál, 1998. ISBN: 80-7178-184-3

PTÁČKOVÁ, Hana. PTÁČEK, Radek. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Praha: Grada, 2021. ISBN: 978-80-271-4464-8

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN: 978-80-247-3006-6.

STRAUSS, Anselm., CORBINOVÁ, Juliet., *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert. 1999. ISBN: 80-85834-60.

ŠTIKAR, Jiří., HOSKOVEC, Jiří., ŠMOLÍKOVÁ, Jana. *Bezpečná mobilita ve stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN: 978-80-246-1339-0.

VAĎUROVÁ, Helena., MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005. ISBN: 80-210-3754-7.

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

ZAVÁZALOVÁ, Helena. A KOL. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN: 80-246-0326-8.

ŽUMÁROVÁ, Monika. *Subjektivní pohoda a kvalita života seniorů*. Prešov: Akcent print. 2012. ISBN: 978-80-89295-43-2.

Elektronické zdroje

Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. *Stárnout ve zdraví a pohodě*. [online]. [cit. 21.3.2024]. Dostupné z: chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbfmadadm/https://www.apsscr.cz/media/sluzby/projekty/starnout-ve-zdravi-a-pohode/a5-starnout-ve-zdravi-a-pohode-final-k-tisku.pdf

Asociace poskytovatelů sociálních služeb. *Jednání se zájemcem o pobytovou sociální službu* [online]. [cit. 28.2.2024]. Dostupné z: chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbfmadadm/https://www.apsscr.cz/files/files/Jedn%C3%A1n%C3%AD%20se%20z%C3%A1jemcem_final.pdf

Český statistický úřad. *Seniori v ČR v datech*. 2023. [online]. [cit. dne 30. 12. 2023]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-cr-v-datech-ajnoatmxkq>.

ČSSZ, *Starobní důchod podrobně*. [online]. [cit. 30.1.2024]. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/web/cz/starobni-duchod-podrobne>

DRAGOMERICKÁ, Eva. *Kvalita života seniorů – mezinárodní výzkum*. [online]. [cit. 30.1.2024]. Dostupné z: chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbfmadadm/https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/515-kvalita-zivota-sbornik-prispevku%20-z-konference-konane-25-10-2004%20vtreboni.pdf

HALÁSKOVÁ, Renáta. *Vybrané aspekty sociálních služeb pro seniory*. [online], [cit. 29. 12. 2023]. Dostupné z: chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbfmadadm/https://pernerscontacts.upce.cz/index.php/aosp/article/download/136/97.

HAVLÍKOVÁ, Jana. *Věk v sociologické teorii: Perspektiva životního běhu*. [online], [cit. 29. 12. 2023]. Sociální studia. Dostupné z: https://journals.muni.cz/socialni_studia/article/view/5556/4653.

HLAĎO, Petr. *Úvod do pedagogického výzkumu pro učitele středních škol*. [online]. [cit. 15.3.2024]. Dostupné z: chrome-extension://oemmnxcbldboiebfnladdacbdm/adm/https://dl1.cuni.cz/pluginfile.php/1118331/mod_resource/content/1/Hla%C4%8Fo_Pedagogick%C3%BD%20v%C3%BDzkum.pdf

HROZENSKÁ, Martina. *Zdravie ako kľúčový faktor kvality života starších ľudí*. [online]. [cit. 30.1.2024]. Dostupné z: chrome-extension://oemmnxcbldboiebfnladdacbdm/adm/https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2008/88/22.pdf

IVANOVÁ, Kateřina. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. BUŽGOVÁ, Radka. *Rizikovní senioři – sociální fenomén demografického stárnutí populace*. [online], [cit. 29. 12. 2023]. Dostupné z: chrome-extension://oemmnxcbldboiebfnladdacbdm/adm/http://oldwww.upol.cz/fileadmin/user_upload/Veda/AUPO/Sociologica-Andragogica_2009.pdf

KARIMI, Milad. BRAZIER, John. *Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference?*. *PharmacoEconomics*, 2016, č. 34., s. 645-649. [online]. [cit. dne 27. 01. 2024]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s40273-016-0389-9>

KING-HILL, Sophie. *Critical analysis of Maslow's hierarchy of need*. [online]. [cit. dne 02. 01. 2024]. Dostupné z: chrome-extension://oemmnxcbldboiebfnladdacbdm/adm/https://insight.cumbria.ac.uk/id/eprint/2942/1/KingHill_CriticalAnalysisOfMaslows.pdf

MPSV. *Senioři a politika stárnutí*. [online]. [cit. dne 18. 02. 2024]. Dostupné z: <https://1url.cz/PuX6y>

MÜHLPACHR, Pavel. Měření kvality života jako metodologická kategorie. 2005. [online]. [cit. 28.2.2024]. Dostupné z: chrome-extension://oemmnxcbldboiebfnladdacbdm/adm/http://www.jozefmiko.sk/03_aktivit_y_disponuje_k_slobode/04_vedecke_konferencie/medzinar_konfer_atp/zbornik_z_vedeckej_konferencie.pdf#page=59

NARAYANASAMY, A. A KOL. *Responses to spiritual Leeds of older people*. In: *Journal of Advanced Nursing*, 2004, č. 48.

Národní zdravotnický informační portál, *Druhy a formy zdravotní péče*. [online]. [cit. 30.12.2023]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1080-druhy-a-formy-zdravotni-pece>.

NENTVICOVÁ NOVOTNÁ, Renáta. *Institucionální péče o seniory*. 2014. [online]. [cit. dne 27. 01. 2024]. Dostupné z: https://www.seniorzone.cz/33/institucionalni-pece-o-seniory-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4ErIHWTr4_CGKbg6R3hRbNe4/

NOVÁK, Radek. *Pobytová zařízení pro seniory*. 2018. [online]. [cit. dne 18. 02. 2024]. Dostupné z: chrome-extension://oemmnxcbldboiebfnladdacbdm/adm/https://www.csas.cz/content/dam/cz/csas/www_csas_cz/dokumenty/analyzy/Pobytov%C3%A1%20za%C5%99%C3%ADzen%C3%AD%20pro%20seniory_2018_12.pdf

VIRGULOVÁ, Jana, SCHEDOVÁ, Darina. *Kvalita života seniorov z pohľadu miery nezávislosti*. 2013. [online]. [cit. 28.2.2024]. Dostupné z: <https://profeseonline.upol.cz/pdfs/pol/2013/01/07.pdf>

VOHRALÍKOVÁ, Lenka. RABUŠIC, Ladislav. *Čeští seniori včera, dnes a zítra*. 2004. [online]. [cit. 21.3.2024]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/40330595_Cesti_seniori_vcera_dnes_a_zitra#fullTextFileContent

Zákony

Zákony pro lidi, *Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.* [online]. [cit. dne 31. 12. 2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Zákony pro lidi, *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování č. 372/2011Sb.* [online]. [cit. dne 31. 12. 2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372?text=zdravotn%C3%AD+slu%C5%BEby>

Seznam příloh, obrázků a tabulek

Obrázek 1 – Maslowova pyramida potřeb uzpůsobená pro seniory	21
Tabulka 1 – Sociální služby zaměřené na seniory v Jihočeském kraji	19
Tabulka 2 – Identifikační údaje komunikačních partnerů	40
Schéma 1 – Každodenní život – pobyťová zařízení	42
Schéma 2 – Každodenní život v domácím prostředí	43
Schéma 3 – Problémy ve stáří	44
Schéma 4 – Kvalita života	46
Příloha 1 – Předpřipravené otázky k rozhovoru	59

Příloha 1 – Předpřipravené otázky k rozhovoru

Otázky polostrukturovaný rozhovor – pobytové zařízení

Řekněte prosím, kde jste žil/a, než jste přišel/a sem do domova?

Co se změnilo ve Vašem životě po příchodu do domova?

Jakým způsobem strávíte svůj běžný den zde v pobytovém zařízení?

Jaké zdravotní obtíže trápí Vás?

Jaké zdravotní obtíže Vás v běžném životě limitují ve vykonávání obvyklých nebo oblíbených činností?

Jak probíhá Váš současný život v oblasti vztahů?

Jak prožíváte rodinné vztahy?

Máte zde nějaké přátele, se kterými trávíte čas?

Jak prožíváte volný čas? Máte nějaké koníčky? Můžete se jim zde věnovat?

Jak vnímáte své fyzické zdraví v současné době ve srovnání s obdobím předtím, než jste se přestěhovali do pobytového zařízení?

S čím se nejvíce potýkáte nyní ve svém každodenním životě?

Jak se mění vaše schopnost řešit fyzické a sociální problémy s postupujícím věkem?

Co si představíte, když se řekne kvalitní život?

Nakolik je Váš život kvalitní?

Jaké faktory přispívají k dobré kvalitě Vašeho života?

Popište nějaké konkrétní zážitky nebo momenty, které považujete za zásadní pro váš pocit spokojenosti a kvality života?

Otázky polostrukturovaný rozhovor – domácí prostředí

Dovedl/a byste si představit, že byste žila v domově pro seniory?

Je pro Vás tato představa příjemná nebo nepříjemná?

Jak vnímáte domovy pro seniory? Máte s nimi nějaké zkušenosti? Žijí zde například někteří Vaši přátelé? Jak se tam cítí oni?

Jakým způsobem strávíte svůj běžný den?

Myslíte si, že je pro seniory lepší žít v domácím prostředí, nebo v domově pro seniory?

Jak zvládáte svůj život po finanční stránce? Vystačí Vám starobní důchod?

Žijete v domě nebo v bytě? Žijete sama? Žije s Vámi rodina, příbuzní?

Jak vnímáte své fyzické zdraví v současné době?

Jak vnímáte své fyzické zdraví v současné době ve srovnání s obdobím předtím, než jste se přestěhovali do pobytového zařízení?

S čím se nejvíce potýkáte nyní ve svém každodenním životě?

Jak se mění vaše schopnost řešit fyzické a sociální problémy s postupujícím věkem?

Co si představíte, když se řekne kvalitní život?

Nakolik je Váš život kvalitní?

Jaké faktory přispívají k dobré kvalitě Vašeho života?

Popište nějaké konkrétní zážitky nebo momenty, které považujete za zásadní pro váš pocit spokojenosti a kvality života?

Abstrakt

DOLEŽALOVÁ, Františka. *K objektivním ukazatelům subjektivní kvality života*. České Budějovice, 2024. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra sociální a charitativní práce. Vedoucí práce RSDr. Ján Mišovič, CSc.

Klíčová slova: pobytová zařízení, domov pro seniory, kvalita života, péče o seniory, stáří, stárnutí, problémy ve stáří

Diplomová práce se věnuje kvalitě života seniorů a ukazatelům, které kvalitu života mohou ovlivnit. Záměrem diplomové práce bylo zkoumat objektivní ukazatele subjektivní kvality života seniorů v pobytovém zařízení a srovnat je s těmi, kteří žijí mimo tato zařízení.

Stáří je přirozenou součástí lidského života a každý jedinec se s ním dříve či později musí vyrovnat. Určité jedince stáří provází s relativní lehkostí a minimálními zdravotními obtížemi, zatímco jiní se bojí procesu stárnutí a tato negativní perspektiva může negativně ovlivnit jejich kvalitu života. Kvalita života zasahuje do různých oblastí života jedince. Souvisí s otázkami týkajícími se zdraví, zaměstnání, rodiny, způsobu života, sociálních tříd, životního stylu a vyjádření hodnot, norem, vzorců chování a rolí v rámci daného životního prostředí a životní úrovně. Problémy spojené se stárnutím, včetně zhoršující se kvality života seniorů, se stávají stále naléhavějšími a vyžadují komplexní přístup k jejich řešení.

Prostřednictvím rozhovorů se šesti komunikačními partnery byly získány cenné poznatky o jejich pohledu na problémy ve stáří, aspekty ovlivňující kvalitu života, rozdíly každodenním životě seniorů v pobytovém zařízení a seniory žijící v domácím prostředí.

Abstract

Toward objective indicators of subjective quality of life

Key words: residential facilities, retirement home, quality of life, care for the elderly, old age, ageing, problems in old age

The diploma thesis is devoted to the quality of life of seniors and the indicators that can affect the quality of life. The aim of the diploma thesis was to examine objective indicators of the subjective quality of life of seniors in residential facilities and to compare them with those who live outside these facilities.

Old age is a natural part of human life and every individual has to deal with it sooner or later. Certain individuals experience old age with relative ease and minimal health problems, while others fear the aging process and this negative perspective can negatively affect their quality of life. Quality of life affects various areas of an individual's life. It relates to issues related to health, employment, family, way of life, social classes, lifestyle and the expression of values, norms, patterns of behavior and roles within a given environment and standard of living. The problems associated with aging, including the deteriorating quality of life of the elderly, are becoming increasingly urgent and require a comprehensive approach to their solution.

Through interviews with six communication partners, valuable insights were gained about their view of problems in old age, aspects affecting the quality of life, differences in the daily life of seniors in a residential facility and seniors living at home.