

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

Psychický stav a životní spokojenost obyvatel domovů pro seniory

(Mental state and life satisfaction of residents of homes for the elderly)



Magisterská diplomová práce

Autor:

Kateřina Knotková

Vedoucí práce:

Doc. PhDr. Zdeněk Vtípil, CSc.

Olomouc

2014

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Psychický stav a životní spokojenost obyvatel domovů pro seniory“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Trutnově dne

Podpis

Obsah

Úvod.....	5
Teoretická část.....	7
1. Stáří	7
2. Základní demografické údaje	9
3. Příprava na stárnutí v České republice	10
4. Čeští senioři aneb vliv genderu na život ženy ve stáří	11
5. Životní změny ve stáří.....	13
5.1 Psychické změny ve stáří.....	13
5.1.1 Reakce na stáří	13
5.2 Sociální změny ve stáří.....	14
5.2.1 Autonomie ve stáří.....	14
5.2.2 Faktory vedoucí k samotě	14
5.2.3 Odchod do důchodu	15
5.2.4 Jak ve stáří nezůstat úplně sám	16
5.2.5 Úloha rodiny	16
5.2.6 Postoj ke starému člověku	17
5.2.7 Sociální potřeby ve stáří.....	17
5.3 Tělesné změny ve stáří a jejich důsledky	17
5.3.1 Poruchy spánku.....	17
5.3.2 Závratě a časté pády.....	18
5.3.3 Poruchy smyslů.....	18
5.3.4 Problémy s dýcháním.....	19
5.3.5 Inkontinence a retence moči	19
5.4 Sexualita seniorů.....	19
6. Komunikace se seniory	22
7. Péče o seniory v ČR	24
7.1 Animace.....	24
7.2 Ageismus	25
8. Sociální zařízení a služby poskytované seniorům	26
8.1 Sociální služby.....	26
8.1.1 Terénní služby sociální péče.....	26
8.1.2 Ambulantní služby sociální péče	27
8.1.3 Pobytové služby sociální péče	27
8.2 Kvalita poskytovaných služeb	29
8.3 Faktory přispívající ke kvalitě života obyvatel žijících v domovech pro seniory	29
9. Kvalita života	31

9.1 Faktory ovlivňující kvalitu života seniorů.....	33
9.1.1 Pohlaví	33
9.1.2 Rodinný stav	34
9.1.3 Osobnost	34
9.1.4 Věk.....	35
9.1.5 Kapacita zařízení.....	35
9.2 Metody zjišťování kvality života.....	35
Výzkumná část	37
10. Metodologický rámec výzkumu.....	37
10.1 Výzkumný problém, cíle a hypotézy	37
10.1.1 Formulace výzkumného problému	37
10.1.2 Cíle výzkumu	38
10.1.3 Stanovení hypotéz.....	38
10.2 Aplikovaná metodika.....	39
10.2.1 Organizace a průběh šetření.....	39
10.2.2 Typ výzkumu a metody sběru dat.....	39
10.2.3 Použité dotazníky.....	40
10.2.4 Statistické zpracování dat	42
10.3 Zkoumaný soubor	42
10.4 Symbolika výsledkové části	44
11. Výsledky studie	45
11.1 Základní výstupy dotazníku SUPOS 7	45
11.2 Základní výstupy Škály životnej spokojnosti v starobe	48
11.3 Normalita rozložení	49
11.4 Srovnání Škály životnej spokojnosti v starobe s normou - ženy	51
11.5 Srovnání Škály životnej spokojnosti v starobe s normou - muži	53
11.6 Vybrané korelace Škály životnej spokojnosti v starobe.....	54
11.7 Vybrané korelace sumy SUPOS 7.....	55
11.8 K platnosti hypotéz.....	56
12. Diskuze.....	60
13. Závěr.....	65
14. Souhrn	67
Seznam použitých zdrojů a literatury:.....	71
Monografie a časopisecké zdroje:	71
Elektronické prameny:	73
Seznam příloh.....	75

Úvod

Všichni stárneme, nikdo z nás se tomuto procesu nemůže vyhnout. Stáří je bohužel často vnímáno hodně negativně. Objevuje se strach ze ztráty partnera, ze samoty, ze snížení schopností, z nesamostatnosti, strach z nemožnosti seberealizace, strach ze ztráty společenské prestiže, ekonomické jistoty, ze snížení životní úrovně. Strach ze stáří má mnoho příčin, avšak ne vždy je opodstatněný.

Kdy vlastně začíná stáří? Podle Langmeiera a Krejčířové je to v 65 letech. Další autoři uvádějí jiná čísla. Tato členění společnosti jasně říkají, tento člověk je starý a to bez ohledu na to, jak se cítí. Jak je vidět v běžném životě, někdo může vypadat a cítit se starý v padesáti, jiný teprve v sedmdesáti začíná stárnout. Ženy se často různými kosmetickými přípravky nebo chirurgickými zákroky snaží projevy stáří co nejvíce oddalovat, některé vnímají jako začátek stáří příchod menopauzy. Pro mnohé muže i ženy začíná stáří odchodem do důchodu. Zatímco pro jedny je tato životní etapa obdobím nových možností, pro druhé je koncem jejich života. Dnešní společnost je bohužel orientována hlavně na mládí, a zatímco jsou v jiných kulturách stáří a moudrost tolik ceněny, v té naší znamená stáří odsun do ústraní.

Populace stárne, tento fenomén se týká celého lidstva. Stále více tak rostou nároky na mapování nejrůznějších aspektů spojených se životem seniorů. Mnoho starých lidí je z nejrůznějších důvodů umisťováno do sociálních pobytových zařízení. I když by kvalita služeb a poskytované péče měla být na vysoké úrovni, ne vždy tomu tak je. Zajímalo nás tedy, jaká je životní spokojenost a kvalita psychického stavu seniorů, kteří v těchto zařízeních tráví zbytek života.

Tato magisterská diplomová práce navazuje na téma naší písemné práce, která nesla název "Kvalita psychického stavu obyvatel žijících v domovech pro seniory". Opět jsme zjišťovali kvalitu psychického stavu a životní spokojenost seniorů. V magisterské diplomové práci jsme se navíc zaměřili na srovnání seniorů žijících ve velkokapacitních a malokapacitních domovech pro seniory.

Teoretická část naší práce se skládá z devíti kapitol, ve kterých se věnujeme stáří a důležitým změnám, ke kterým v průběhu stárnutí dochází. Dále se zaměřujeme na specifika komunikace se seniory. Věnujeme se péči o seniory i sociálním zařízením a službám poskytovaným seniorům. Také se snažíme definovat kvalitu života.

Pro naše dotazníkové šetření jsme použili Škálu životnej spokojnosti v starobe a dotazník SUPOS 7. Dotazníky jsme administrovali se seniory žijícími v osmi různých domovech pro seniory, vybrali jsme čtyři velkokapacitní a čtyři malokapacitní domovy.

Výzkumný vzorek se skládal ze 120 probandů, s každým jsme vyplňovali dotazníky individuálně.

Cílem naší práce bylo zjistit, zda existují rozdíly v životní spokojenosti a kvalitě psychického stavu seniorů žijících ve velkokapacitních a malokapacitních domovech pro seniory. Dále jsme se snažili zjistit rozdíly v životní spokojenosti a kvalitě psychického stavu mezi muži a ženami. Zajímalo nás také, zda se se zvyšujícím věkem zhoršuje životní spokojenost.

Teoretická část

1. Stáří

Na začátku naší práce o seniorech je velmi důležité stanovit si, koho budeme považovat za starého člověka. Neexistuje jedna jediná periodizace stáří, která by byla uznávaná všemi institucemi, organizacemi, národnostmi a jedinci. Některé periodizace jsou poměrně příznivé a posouvají dolní hranici stáří až k sedmdesátce, jiné teorie vidí začátek stáří v šedesáti, šedesáti pěti letech. Samozřejmě hodně záleží na tom, v jaké době žijeme, ještě na přelomu 18. a 19. století byl za starého považován teprve čtyřicetiletý jedinec. Postupem času byl za starého označován člověk v padesáti letech. Dnes je dolní hranice stáří téměř všude na světě posunuta na 65 let.

Není to pouze věk, kterým se dnes stáří definuje, můžeme hovořit o biologickém, sociálním a kalendářním stáří. Biologické stáří zahrnuje tělesné změny, ke kterým dochází v důsledku různých onemocnění, které se často vyskytují u osob vyššího věku. Ovlivněno je i celkovým způsobem života. Biologické stárnutí je proces, který probíhá u různých lidí jinak rychle. Sociální stáří by mohlo být vymezeno odchodem člověka do důchodu, kdy dochází ke změně sociálních rolí. Kalendářní stáří je u různých autorů vymezeno různě, vždy je vymezeno věkem člověka (Žumárová, 2012).

Rozlišujeme takzvaný biologický a kalendářní věk. Biologický věk je věkem, na který se člověk cítí, ten kalendářní odpovídá letům, které uběhly od narození jedince. Je však velmi důležité toto nepodceňovat, i když se člověk cítí v sedmdesáti na třicet, tělo přeci jen stárne, a i přesto, že na sobě lidé žádné tělesné obtíže nepozorují, mohou být nemocní. Proto je velmi důležité ve vyšším věku docházet na pravidelné preventivní prohlídky k lékaři (Tvaroh, 1984).

Gail Sheehyová, vývojová psychologka a publicistka, píše ve své knize „Průvodce dospělostí“ o tzv. druhé dospělosti, která začíná ve 45 a končí v 85 letech. Na věk mistrovství (45-65 let) a věk celistvosti (65-85 a dál) potom tuto druhou dospělost dělí (Sheehyová, 1999).

Za časně stáří (senescenci) považuje Václav Příhoda věk od 60 do 75 let. Kmetství podle něj začíná v 75 letech (Příhoda, 1974).

Ve vývojové teorii, jejímž autorem je Erik Erikson, je stáří vymezeno dvěma důležitými vývojovými úkoly, stojí tu proti sobě integrita versus zoufalství. Člověk, který dosáhl naplnění, vnímá svůj život jako smysluplný a lépe přijímá vlastní smrt.

Mezinárodní zdravotnická organizace má také svoji periodizaci stáří, podle které začíná rané stáří v 60 letech a končí v 74, vlastní stáří vymezuje od 75 do 89 let a dlouhověkost podle této periodizace začíná v 90 letech a končí smrtí (Hubinková, 2008).

Z pohledu ontogeneze je stáří poslední etapa v životě člověka, která je plná biologických změn. „*Výsledky gerontologického bádání ukazují, že teprve po 75 letech lze u většiny populace zjistit specifickou fenomenologii stáří*“ (Pacovský, 1990, 32).

Pro účely naší práce budeme za seniora považovat člověka, který překročil věkovou hranici 60 let. Vycházíme přitom z periodizace Mezinárodní zdravotnické organizace. Věkovou hranici 60 let jsme si vybrali také proto, že domovy přijímají seniory od 60 nebo 65 let věku.

2. Základní demografické údaje

Stárnutí populace je fenomén, který se týká celé dnešní civilizace. Zvyšuje se podíl osob starších 65 let a klesá počet osob mladších 15 let. Prognóza obyvatelstva ČR s výhledem až do roku 2050 ukazuje, že nárůst obyvatel starších 65 let bude i nadále pokračovat. Počet žen starších 65 let bude v populaci vyšší než počet stejně starých mužů (Český statistický úřad, 2012).

V České republice žije přibližně 10 436 560 osob, toto číslo je výsledkem sčítání lidu, které proběhlo na začátku roku 2011. Žen bylo v té době v populaci o 217 028 víc než mužů. Obyvatel starších 65 let žilo v České republice k 26. 3. 2011 přesně 1 674 295, z tohoto počtu bylo 680 261 mužů a 994 034 žen (Český statistický úřad, 2011).

Také seniorská populace postupně stárne. Stále ještě je více seniorů mladších věkových skupin, ale s prodlužující se délkou života rostou i počty seniorů vyšších věkových skupin (Vohralíková, Rabušic, 2004).

S rostoucím věkem vzrůstá tzv. index feminity = roste počet žen na sto mužů (Pacovský, 1990; Zavázalová, 2001). „V roce 1995 v ČR na 100 mužů starších 60 let připadalo 150 žen a na 100 mužů starších 80 let 236 žen téhož věku“ (Zavázalová, 2001). „V roce 2004 připadalo na sto mužů starších 60 let 145 žen a na sto mužů starších 85 let dokonce 280 žen téhož věku“ (Vohralíková, Rabušic, 2004).

Nakonec uvádíme některé zajímavé údaje, které byly zjištěny při Sčítání lidu, domů a bytů v roce 2011. Ukázalo se, že víra je důležitou součástí života seniorů, neboť se celých 40% obyvatel starších 70 let hlásilo k nějakému náboženství. Bylo to vůbec nejvyšší procento ze všech obyvatel ČR (Český statistický úřad, 2013).

Dále bylo zjištěno, že 4,1% obyvatel starších 70 let bydlí v nějakém ubytovacím zařízení. Žádná jiná věková skupina takto vysokého procenta nedosáhla. Ve věkových skupinách 60-64 let a 65-69 let žilo v ubytovacím zařízení 1% obyvatel z každé skupiny. Zbylá procenta obyvatel z každé věkové skupiny žila převážně v bytech (Český statistický úřad, 2013).

3. Příprava na stárnutí v České republice

Příprava na stárnutí obyvatel by podle Ministerstva práce a sociálních věcí měla zahrnovat několik důležitých principů. Důraz je kladen na sociální vazby, udržování vztahů s rodinou, respektování lidských práv, pozornost by měla být věnována také zdraví a tvorbě preventivních opatření. Nemělo by se zapomínat ani na menšiny, které se nacházejí uvnitř seniorské populace. Jako menšiny jsou označováni senioři trpící demencí, zdravotně postižení senioři, duševně nemocní a další (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008).

Vláda České republiky zřídila v roce 2006 Radu vlády pro seniory a stárnutí populace. Tento poradní orgán by se měl snažit předcházet diskriminaci osob na základě věku, měl by zvyšovat jejich zaměstnanost, chránit seniory před zneužíváním a násilím, snažit se zvyšovat informovanost lidí o stáří (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008).

Mezi roky 2003 až 2007 fungoval Národní program přípravy na stárnutí. Jako prioritní v něm byla stanovena témata týkající se aktivního stárnutí, zlepšení zdravotní péče, podpora rodiny a vytvoření prostředí, které by bylo vstřícné ke stáří. Na tento program navazoval Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008).

Rok 2012 se stal Evropským rokem aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity v České republice. Tento program byl reakcí na stále se zvyšující počty seniorů v populaci. Jeho cílem bylo celkové zlepšení postavení starých lidí ve společnosti. Zachování důstojnosti a podpora aktivního stárnutí seniorů by se měly stát samozřejmostí pro všechny generace dnešní doby. Dalším cílem tohoto programu bylo rozvinutí spolupráce, předávání zkušeností a informací o problematice stárnutí mezi členskými státy Evropské unie. Tato spolupráce se zaměřila na podporu a rozvoj politiky aktivního stárnutí. Součástí programu byla i snaha zmírnit diskriminaci starších lidí kvůli věku. Podstatné v tomto programu bylo rozpracovat strategie, které by vedly k dosažení výše zmíněných cílů (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2012).

V únoru 2013 byl schválen Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017. Tento plán obsahuje priority týkající se ochrany lidských práv starších osob, celoživotního vzdělávání, dobrovolnictví a mezigenerační spolupráce, priority týkající se kvalitního prostředí pro život seniorů, zdravého stárnutí a priority zaměřené na péči o seniory s omezenou soběstačností (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2013).

4. Čeští senioři aneb vliv genderu na život ženy ve stáří

Se zvyšujícím se věkem roste ve společnosti počet žen, což je dáno zejména tím, že ženy mají téměř ve všech zemích na světě nižší úmrtnost než muži. Muži jsou náchylnější k celé řadě nemocí, v mnohých případech představuje vyšší riziko úmrtí i jejich styl života, protože častěji riskují než ženy. Ženy navíc chrání účinnější imunitní systém, pozitivní vliv na jejich zdraví má také vyšší hladina estrogenu, která snižuje riziko srdečních onemocnění (Austad, 1999).

I přes existenci různých úmluv a zákonů dochází v dnešní společnosti k diskriminaci žen. „*Ke dni 1. 1. 1950 vstoupil v Československu v platnost zákon, který určil, že muž i žena jsou si ve všem rovni a mají stejná práva a povinnosti*“ (Hubinková, 2008, 176). „*Od roku 1981 existuje Úmluva o odstranění všech forem diskriminace žen OSN, kterou ratifikovala Česká republika a dalších 75% států světa*“ (Hubinková, 2008, 181).

Jeden z nejvýznamnějších faktorů, který ovlivňuje kvalitu života seniorů je výše jejich finančních zdrojů. Ekonomické zajištění seniorů se promítá do jejich způsobu života, podle množství peněz se senioři rozhodují o tom, kdy odejít z práce, kde a jak budou bydlet a jaká bude kvalita případné zdravotní péče. Faktem je, že důchody žen jsou často nižší než důchody mužů (Marhánková, 2008). Výše starobních důchodů u žen dosahují 82% mužských důchodů, což je mimo jiné ovlivněno genderovými nerovnostmi ve mzdách v průběhu pracovní kariéry (Vohralíková, Rabušic, 2004).

Gender představuje velmi výrazný vliv na postavení žen ve společnosti. I když existují zákony proti platové diskriminaci, ženy mají ve všech státech Evropské unie nižší platy než muži. Nižší platové ohodnocení žen v průběhu jejich kariéry je často ovlivněno jejich mateřstvím (Hubinková, 2008). Bohužel jsou ale nižší platy žen ovlivněny také tím, že ženská práce je levnější než práce mužská. Rozdílné odměňování žen a mužů je dále ovlivněno genderovými stereotypy, které se netýkají jen mateřství, ale také představ o kvalitách jedince (Havelková, 2007).

Ženy i muži se dnes při uplatňování práva na zaměstnání bohužel často setkávají s diskriminací na základě věku, a to i přes existenci zákonů, které to zakazují. Přímá i nepřímá diskriminace z důvodu věku je zakázána v Zákoně o zaměstnanosti (č. 435/2004 Sb.). Podle Zákona o inspekci práce (č. 251/2005 Sb.) může být uložena pokuta, pokud dojde v pracovněprávním vztahu k diskriminaci na základě věku (Křenková, 2008). Jak ukázal nedávný výzkum Agentury 50+ až polovina lidí z věkové skupiny 50 až 64 let nemá žádné

zaměstnání. Ztráta zaměstnání se stává nejčastějším důvodem odchodu do předčasného důchodu a až dvě pětiny lidí ve věku 50 až 64 let jsou v penzi (Vavroň, 2014).

Vztahy jsou v životě každého člověka velmi důležité. Čím jsou lidé starší, tím méně vztahů bohužel mají. Závěry studie, kterou u nás provedla Dana Hamplová, jasně říkají, že lidé bez partnera jsou výrazně méně spokojeni se svým životem než lidé, kteří žijí v nějakém vztahu (Hamplová, 2004). „*Nadpoloviční většina žen žije v manželství do 69 let věku. První věkovou kategorií, kdy podíl ženatých mužů klesne pod 50 %, je věk 90-94 let*“ (Český statistický úřad, 2011). Ženy se tedy ve stáří musí často potýkat se samotou, celá řada těch, se kterými jsme mluvili v rámci našeho výzkumu, uváděla, že jejich život skončil ve chvíli, kdy zemřel jejich manžel. Samozřejmě nesmíme zapomínat na to, že vždy záleží na ženských vlastnostech a osobnostních charakteristikách, jak se s tím, co jim život přinese, vyrovnají. Ztráta partnera může pro některé ženy znamenat konec dosavadního života, konec sociálních kontaktů a životních jistot. Pro jiné může jít naopak o nově nabytou svobodu. Součástí každodenního života žen jsou často domácí práce a péče o domácnost, která jim s úmrtím partnera většinou ubude. Nastavení ženské role ve společnosti, jim tedy ve stáří umožňuje snazší adaptaci na samostatný život bez partnera (Marhánková, 2008).

Ženy jsou ve společnosti často vnímány jako staré dříve než muži. Tuto skutečnost ovlivňuje fakt, že u žen je kladen mnohem větší důraz na jejich fyzickou krásu. Stárnutí ženy doprovázejí viditelné tělesné změny, kterým se u mužů nevěnuje taková pozornost (Marhánková, 2008).

Sami si při sledování zpráv můžeme všimnout, kolik času je v nich věnováno seniorům. Jediné zprávy, které se ve vysílání objevují, jsou zprávy týkající se spáchaných trestných činů na seniorech nebo o ženách, které se dožily výjimečně vysokého věku. Dail ve své práci uvádí, že seniorská populace je velmi ovlivňována negativními stereotypy (Sokačová, Králíková, Vávra, 2005). Jsou to z velké části právě média, která podporují negativní představy o stáří, ukazují seniory jako nemocné, bezmocné, nesamostatné a naivně důvěřivé. Doufejme, že jednou si bude naše společnost starých lidí znovu vážit a jednat s nimi s patřičnou úctou.

5. Životní změny ve stáří

5.1 Psychické změny ve stáří

Z řady nejrůznějších příčin ztrácejí někteří senioři chuť do života, přestávají se věnovat zálibám, ztrácí zájem o okolí. Učení se novým věcem už je pro ně obtížné, a tak se stále více stahují do ústraní a některým oblastem života se raději vyhýbají.

Stáří s sebou bohužel přináší mnoho změn, které způsobují, že se někteří senioři stávají neoblíbenými. Negativní vlastnosti, které se v mladším věku projevovaly ve snesitelné míře, se s přibývajícím věkem zvyrazňují. U některých seniorů se objevují výkyvy nálad, celková emoční labilita, často se objevuje přecitlivělost nebo emoční oploštělost (Haškovcová, 2010; Malíková, 2011; Venglářová, 2007).

Ve stáří dochází ke změnám v žebříčku životních hodnot. Rodina a zdraví jsou nyní na prvním místě. Mění se i pořadí v uspokojování potřeb. Potřeba lásky a sounáležitosti se stává hodně důležitou (Malíková, 2011).

Paměť si občas zahrává s každým člověkem, někdy zapomeneme to, co chceme říct, dřív než to řekneme, jindy si nevzpomeneme na to, co v určité chvíli vědět potřebujeme. U seniorů jsou však problémy s pamětí častější a ve větší míře jim ovlivňují a znepríjemňují život. Poruchy paměti se stávají součástí života téměř každého starého člověka.

Jeden z fenoménů, který byl u seniorů popsán, se nazývá inverze paměti. Starý člověk si vzpomene na podrobnosti události, která se stala v daleké minulosti, ale nevzpomene si na to, co dělal ráno, co měl k obědu (Haškovcová, 2010).

Ve vyšším věku dochází ke zhoršení funkcí dvou složek paměti, kterými jsou ukládání a vybavování. Pro seniora je snadnější opírat se o poznatky ze vzdálenější minulosti, ve kterých se lépe orientuje. Zhoršení těchto složek paměti si staří lidé uvědomují a je to pro ně skutečnost mnohdy velmi nepříjemná (Haškovcová, 2010; Vágnerová 2000).

5.1.1 Reakce na stáří

Reakce na stáří jsou u lidí různé. Často jsou ovlivněné tím, kde a s kým člověk žije, zda má kolem sebe lidi, kterým na něm záleží. Velmi důležitý je i zdravotní stav člověka, jeho finanční zajištění. Vzdělání, předchozí zkušenosti, zvládání zátěžových situací a flexibilita, to vše se na reakci člověka na stáří také velmi podílí (Malíková, 2011). Už v roce 1966 uvedl D. B. Bromley „pět strategií adjustace na stáří“. 1. Strategie konstruktivnosti. Jedna z nejlepších strategií adaptace na stáří. Člověk zůstává optimistický, otevřený, vstřícný, hledí do budoucnosti. Poměrně snadno stále navazuje nové vztahy s lidmi. 2. Strategie závislosti. Jedinec zůstává závislý na okolí. Spoléhá na to, že se o něj druzí postarají. Je spokojený

v rodinném kruhu, kde má své pohodlí. 3. Strategie obranného postoje. Tato strategie je v podstatě opačná ke strategii předešlé. Jedinci se celý život snažili dosahovat v práci dobrých výsledků, být úspěšní. Nechtěli a nadále nechtějí být na někom závislí. Snaží se udržet svoji pozici ve společnosti. 4. Strategie nepřátelství. Tuto strategii často používají lidé, kteří ve svém životě nebyli úspěšní, ti, kteří nedosáhli toho, čeho dosáhnout chtěli a naučili se vinu za své neúspěchy svalovat na ostatní lidi kolem sebe. Stáří je pro ně něco nepříjemného a vinu za něj svalují na mladší. 5. Strategie sebenenávisti. Tito lidé svalují vinu za stáří na sebe. Ohlížejí se za uplynulým životem a nejsou spokojeni. Nedokázali využít své možnosti a dosáhnout toho, co chtěli (Haškovcová, 2010). Pátá strategie je poslední v Bromleyho rozdělení. Všechny tyto strategie se nemusí projevovat tak, jak je popsáno výše. Různě se mezi sebou kombinují.

5.2 Sociální změny ve stáří

Ve stáří se socializace člověka uskutečňuje prostřednictvím sociální interakce. Avšak udržovat kontakt se společností se pro mnoho starých lidí stává obtížné. Někteří se společnosti druhých straní úmyslně, jiným jejich zdravotní stav kontakt bohužel znemožňuje. Někteří senioři by rádi zůstali součástí společnosti, ale její současné nastavení jim to příliš neumožňuje. Dnešní společnost nenabízí starým lidem mnoho rolí, ve kterých by se mohli realizovat. Mladí se kontaktu se seniory stále více vyhýbají, není to oblast pro ně atraktivní.

5.2.1 Autonomie ve stáří

Autonomní člověk řídí svůj život sám, rozhoduje o svém chování a nese za něj plnou odpovědnost. Většina starých lidí si přeje, aby jejich autonomie v oblasti soběstačnosti, samostatnosti, pohyblivosti, zdravotního stavu, psychického zdraví a pohody trvala co nejdéle. Někteří senioři se ale své autonomie dobrovolně vzdávají ve chvíli, kdy to ještě není nutné. Snaží se tak předejít podle nich nevyhnutelné budoucnosti. Tito lidé přenechávají nejčastěji péči o domácnost, vaření, praní, úklid na někom jiném. K nedobrovolné ztrátě autonomie dochází ve chvíli, kdy se u člověka objeví vážnější tělesné nebo psychické změny. Bohužel se také stává, že je senior zbaven autonomie proti své vůli (Matýsková in Sýkorová, Chytil et al., 2004).

5.2.2 Faktory vedoucí k samotě

Samota může být způsobena mnoha okolnostmi, situacemi, které přináší život. Člověku zemře jeho životní partner a už si nedokáže nebo nechce najít nikoho jiného. Dalším faktorem ovlivňujícím samotu může být nemoc člověka, omezení nebo úplná neschopnost

jeho pohybu. Psychický stav je také významným faktorem, který zahrnuje jak přístup k životu, tak poruchy chování, které se ve stáří mohou objevovat. Mnohdy bohužel k samotě vedou nedostatečné finanční prostředky člověka. Senior si nemůže dovolit to, co ostatní z jeho okolí, a tak se společným aktivitám musí vyhýbat. Předsudky vůči starým lidem jsou někdy dalším důvodem, proč senioři nechtějí s ostatními komunikovat (Pichaud, Thareauová, 1998; Venglářová, 2007).

Cumming a Henry jsou autory teorie odcizování z roku 1961. Hlavní myšlenkou této teorie je výše zmíněný úbytek kontaktů ve stáří. Autoři uvádějí další z důvodů samoty, kdy se hůře slyšící člověk může cítit nepříjemně, protože se při rozhovoru s druhými lidmi musí opakovaně ptát na to, co říkali, a tak se raději začne těmto situacím vyhýbat (Stuart-Hamilton, 1999). Pro seniory je snazší komunikovat s jednotlivcem než se skupinou lidí a častým tématem hovoru se stávají zdravotní potíže (Vágnerová, 2000).

Výzkumy, které se věnovaly odcizování, ukázaly, že sami ve stáří zůstávají většinou lidé, kteří byli samotářští po celý život. Proti teorii odcizování vznikla teorie aktivity, která preferuje aktivní život plný sociálních kontaktů. Nezapomínejme však, že způsob života seniorů je limitován zdravotním stavem, finančními možnostmi a typem osobnosti (Stuart-Hamilton, 1999).

5.2.3 Odchod do důchodu

Život člověka neustále plyne, prochází celou řadou událostí, které představují zlomová období ovlivňující další životní etapy. Jednou z takových událostí je odchod do důchodu. Každý člověk se s ním vyrovnává po svém. Někteří nově nabytý volný čas vítají, jiní na něm nevidí příliš pozitivních věcí. Ztrácí kontakt s lidmi ze zaměstnání, přichází o nabyté pracovní postavení.

Odchodem do důchodu člověk sice ztrácí kontakt se spoustou blízkých lidí, ale začíná si více všímat lidí mimo pracovní prostředí. Rozhovory už se nevěnují práci, ale postupně převažuje zájem o záliby. Občasný stres spojený se zaměstnáním také opadá. Člověk se stává pánem svého času (Křivohlavý, 2001).

Většina seniorů opouští svoji aktivní pracovní kariéru kolem 65. roku života. Bohužel je ale celá řada z nich nucena hledat si různé druhy přivýdělnku. Některé firmy práci seniorů vítají, považují starší lidi za zkušené, navíc seniorům nemusejí platit tak vysoké mzdy jako mladým lidem. Před diskriminací zaměstnavatelem by měl seniory chránit zákon, praxe tomu však mnohdy neodpovídá (Hubinková, 2008).

V únoru roku 2014 vyšel na internetových stránkách zpravodajství Novinky.cz článek s názvem „Synonymum chudoby v Česku? Penze“. Článek vycházel z výsledků výzkumu, který zveřejnila společnost Alternativa 50+. V tomto výzkumu se ukázalo, že 61% důchodců jen tak tak vyjde s důchodem. Ztráta zaměstnání se stává nejčastějším důvodem odchodu do předčasného důchodu a až dvě pětiny lidí ve věku 50 až 64 let jsou v penzi. Je důležité uvést, že v Česku žije 2,1 miliónu lidí ve věku 50 až 64 let a až polovina lidí z této věkové skupiny žádné zaměstnání nemá (Vavroň, 2014).

5.2.4 Jak ve stáří nezůstat úplně sám

Čím jsou lidé starší, tím těžší je pro ně navazování nových kontaktů. Postupně se okruh jejich známých začíná zužovat. Staří lidé většinou preferují kontakt s vrstevníky. Takoví lidé si více rozumí, mají společné zkušenosti a podobně tráví svůj volný čas (Vágnerová, 2000).

Pokud si starý člověk vytvoří dobré vztahy se sousedy, může také s nimi prožívat příjemné chvíle. Společníkem seniora ale nemusejí být jen lidé, mnohdy stačí alespoň telefon k udržování sociálních kontaktů, pocitu jistoty a bezpečí. Vedle telefonu se dalším společníkem člověka může stát zvíře, které se v nejlepším případě stane prostředníkem pro navazování nových sociálních kontaktů. Senior se má navíc o koho starat, s kým si povídat (Vágnerová, 2000).

5.2.5 Úloha rodiny

Svět se neustále vyvíjí, pro staré lidi může být tempo, kterým se to děje, příliš rychlé a mohou si připadat bezradní. Důležitou roli v životě seniorů hrají jejich děti a vnoučata. Pokud spolu rodina vychází, je významnou součástí v životě starého člověka. Pro mnohé seniory je rodina jedinou příležitostí, jak být mezi lidmi.

Většina starých lidí má ráda svoje soukromí, preferují svůj klid a své zázemí. To se však nevyklučuje s tím, že tito lidé vyhledávají kontakt se svou rodinou, blízkými a známými lidmi (Stuart-Hamilton, 1999). Vítanou pomocí při péči o děti jsou u nás „hlídací babičky“, které sice nežijí se svými dětmi a jejich rodinami, ale pravidelně za nimi docházejí (Výrost, Slaměník, 1998).

Pokud senior ztrácí soběstačnost a rodina se chce o něj starat, existuje celá řada edukačních programů pro laické pečovatele (Haškovcová, 2010). Složitě vztahy v rodině však v budoucnosti mohou způsobit, že se stále méně dětí bude chtít postarat o své rodiče.

5.2.6 Postoj ke starému člověku

Existují čtyři základní typy postojů ke starým lidem, které definoval Gilbert Leclerc. Jde o postoje, které mají k seniorům lidé z pomáhajících profesí. První typ je autoritativní. Takový člověk se snaží starým lidem vnucovat svůj názor. Snaží se je přesvědčit, že on je ten, kdo nejlépe ví, co druhý potřebuje. S lidmi tedy jedná z pozice mocnějšího. Druhý je manipulující typ. S lidmi cíleně manipuluje. Takový typ používá ke své manipulaci psychické vydírání, psychické odměny, mnohdy i vyhrožování, vysmívání či dokonce tresty. Třetí je ochranný typ. Takový člověk dělá všechno za druhé, na úkor jejich autonomie. Až příliš druhým pomáhá a nenechává je zkoušet dělat věci samostatně. Poslední je typ spolupracující. Ideální typ práce s druhým člověkem založený na spolupráci a přiměřené pomoci. Pečovatel se snaží přizpůsobit tempu starého člověka (Pichaud, Thareauová, 1998).

5.2.7 Sociální potřeby ve stáří

Potřeba informovanosti. Staří lidé chtějí mít přehled o tom, co se děje. Předplácejí si noviny, pokud jsou schopni je přečíst. Zajímají se o to, co se děje ve světě a hlavně ve městě, ve kterém žijí. Potřeba náležitosti k nějaké skupině. Skupinou je rodina, nějaký klub, přátelé, známí. Potřeba lásky. Není to jen potřeba ve stáří, celý život se lidé snaží, aby byli někým milováni, aby na nich někomu záleželo. Ve stáří tato potřeba přetrvává. Je důležité mít někoho rád. Potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut. Dostí typická potřeba stáří. Potřeba s někým mluvit, postěžovat si, sdílet názory. Když mají staří lidé možnost, tak dokážou dlouze rozmlouvat a svěřovat se (Pichaud, Thareauová, 1998).

5.3 Tělesné změny ve stáří a jejich důsledky

Ať už se lidé snaží procesy stárnutí jakkoliv zmírnit, tělo se s věkem mění. Nastalé změny ovlivňují život seniora, proto bychom se těm nejvýznamnějším chtěli věnovat v následující části své práce.

Existují dva typy stárnutí. Stárnutí fyziologické zahrnující tělesné změny, ke kterým dochází v průběhu přirozeného stárnutí člověka. Druhým typem je patologické stárnutí, kdy člověk může začít stárnout dříve než je přirozené a mohou se objevit i další odchylky (Pacovský, 1990).

5.3.1 Poruchy spánku

Ve vyšším věku se často stává, že si lidé chodí brzy lehnout, ale trvá jim delší dobu, než se jim podaří usnout. Pokud se objeví nespavost, mohou být její příčinou pouze rušivé vlivy prostředí, v mnohých případech však doprovází nějaké somatické onemocnění. Muži

trpící onemocněním prostaty musí v noci vstávat kvůli močení. Bolesti a svalové křeče také způsobují časté buzení. Nespavost či poruchy spánku se mohou objevit také s psychickou patologií (Pacovský, 1990; Pacovský, Heřmanová, 1981).

5.3.2 Závratě a časté pády

Závratě mají celou řadu příčin. „*Nejčastější příčinou závratí starých lidí je aterosklerotické poškození intra- i extrakraniálních tepen s poruchou prokrvení CNS*“ (Pacovský, 1990, 77). Další z příčin může být vysoký nebo nízký krevní tlak. U starých lidí je častá polyfarmakoterapie, je tedy možné, že se závrať objeví jako vedlejší účinek užívání nějakého léku (Pacovský, 1990).

Závratě sebou přinášejí velmi nepříjemné pocity, člověk ztrácí rovnováhu, může mít rozmazané vidění, točí se mu hlava, může dojít k pádu. Pády jsou v pokročilém věku velmi nebezpečné, pokud senior žije sám, mohou mít až tragické následky. Pády jsou někdy doprovodem nebo projevem onemocnění. Užívání některých léků jejich riziko také zvyšuje. Ve vyšším věku jsou kosti seniorů křehké, a tak může pád snadno vést ke zlomenině. Pokud dojde ke zlomenině krčku u kosti stehenní a následnému upoutání starého člověka na lůžko, může být senior ohrožen na životě. Tato zlomenina je ve vyšším věku velmi vážná, a pokud starý člověk ještě onemocní například zápallem plic, může zemřít (Pacovský, 1990).

Je však důležité myslet i na to jak pádům u seniorů předcházet. Nejen v ústavních zařízeních by měl být kladen důraz na vhodné rozmístění nábytku ve všech prostorách. Dále je důležité umístit potřebné věci tak, aby byly snadno dosažitelné, neměnit rozmístění nábytku, používat protiskluzové povrchy (Pacovský, 1990; Venglářová 2007).

V místech, kde se senioři pohybují, by měly být položeny protiskluzové podlahové krytiny. Nevhodně umístěný dekorativní koberec na podlaze může způsobit zakopnutí a následnou ztrátu stability. Celá řada seniorů při chůzi nezvedá nohy, a tak může být i malá změna povrchu nebezpečná.

5.3.3 Poruchy smyslů

Smysly fungují jako prostředník při komunikaci s druhými lidmi, díky nim se dokážeme orientovat a přežívat ve světě kolem nás. Smysly přinášejí mozku důležité informace o tom, co se kolem nás děje. Díky nim dokážeme dobře reagovat na okolnosti, ke kterým dochází. Bohužel oslabení nebo ztráta některých smyslů znamená v mnohých případech snížení soběstačnosti, zhoršuje se adaptabilita člověka, ubývá sociálních interakcí.

Ve vyšším věku jsou choroby spojené se zrakem čím dál častější. Oslabení zrakových schopností, snížení akomodace čočky, jsou problémy, které lze řešit pomocí brýlí (Příhoda,

1974). Objevují se však zelené nebo šedé zákaly, u kterých je velmi důležitá včasná léčba. Šedý zákal se projevuje šedým zabarvením čočky, kterou je potřeba operativně odstranit. Zelený zákal je nebezpečnější a přináší sebou celou řadu nepříjemných příznaků, jako jsou bolesti hlavy, zhoršené vidění. U seniorů se často objevuje šeroslepost. Pokud u starého člověka dojde ke zhoršení zraku nebo k jeho ztrátě, znamená to velmi často i ztrátu soběstačnosti a odkázání na doživotní pomoc druhých lidí (Pacovský, 1990; Tvaroh, 1984).

Starší lidé často hůře slyší, bohužel se díky tomu stávají terčem posměchu. Seniori nejprve přestávají slyšet vysoké tóny, později i tóny nízké. Během rozhovoru se někdy stane, že starý člověk potřebuje sdělení zopakovat, v takovém případě se může jednat o takzvanou psychickou hluchotu. Senior slyší dobře, ale trvá mu déle, než sdělení pochopí a odpoví na něj (Pacovský, 1990; Tvaroh, 1984). „*Pro poruchu sluchu u starých lidí se někdy používá název presbyakuzie*“ (Pacovský, 1990, 82).

5.3.4 Problémy s dýcháním

U starých lidí si můžeme všimnout toho, že se často zadýchávají, stačí jim chvíle rychlejší chůze a nestačí s dechem. Objevuje se celá řada příčin, dýchací svalstvo ochabuje, slábne, plicní tkáň ztrácí svou pružnost a spolu s věkem ubývá. Plíce jsou celkově méně výkonné, výměna plynů už není tak dokonalá jako v mládí. Velmi špatný vliv na dýchání má kouření a nadváha (Tvaroh, 1984).

5.3.5 Inkontinence a retence moči

Vůlí neovlivnitelný únik moči, ke kterému ve vyšším věku dochází, je subjektivně vnímán jako velmi nepříjemná záležitost, za kterou se lidé často stydí. Existuje akutně vzniklá nebo chronická inkontinence moči (Tvaroh, 1984; Pacovský, Heřmanová, 1981).

Retence moči je stav, kdy člověk nedokáže úplně vyprázdnit močový měchýř. Často je to způsobeno nějakým somatickým onemocněním, bohužel tak vážným jako je karcinom prostaty nebo u žen gynekologický nádor (Pacovský, Heřmanová, 1981).

5.4 Sexualita seniorů

Láska není jen záležitostí mladých lidí. Pokud si partneři vyhovují a jejich zdravotní stav jim to dovolí, potom není důvod, aby se vzdávali sexuálního života ve stáří. Myslíme si, že i v dnešní době přetrvává představa bezpohlavního stáří. V generaci mladých lidí je představa sexuálního života mezi seniory nepřipustná. Dnešní doba je orientována na mládí a starým lidem se nedostává respektu a uznání jaké by si zasloužili. V médiích je prezentována hlavně krása a atraktivita mladých lidí.

Média neprezentují lásky mezi seniory. Jediné vztahy, kterým je věnována větší pozornost, jsou vztahy mezi výjimečnými, slavnými muži a mladšími ženami. Pokud se hovoří o vztazích mezi vrstevníky vyššího věku, tak jde často o slavné páry. Vztah staršího muže a mladé ženy je stále tolerován víc než vztah starší ženy a mladého muže (Haškovcová, 2010). Postupem času je pro ženy velmi těžké najít si ve vyšším věku nového muže, protože mužů je prostě méně.

„Odhaduje se, že 60% žen a 80% mužů starších 70 let vyvíjí nějakou sexuální aktivitu“ (Dienstbier, 2009, 60). Mnohdy je pro starší ženy překážkou v navazování sexuálních vztahů stud a nespokojenost s vlastním tělem. Ženy se necítí být atraktivní a navazovat úplně nové intimní vztahy s muži je pro ně velmi obtížné. Naproti tomu se také stává, že ačkoliv si žena přijde ještě krásná a touží po vztahu, muži z její generace ji už nepřitahují. S věkem se mužské tělo také mění a některé ženy by raději navázaly vztah s mladším mužem, což je ještě obtížnější.

Pro seniory je mnohdy těžké navazovat jakékoliv nové přátelské vztahy natož vztahy milostné. I když senior partnera má a oba ještě stojí o pohlavní styk, mohou se jim do cesty postavit choroby, které s vyšším věkem bohužel často souvisí. Mezi choroby ovlivňující sexualitu patří diabetes mellitus, kardiovaskulární choroby, vysoký krevní tlak, problémy s prostatou, deprese a demence (Venglářová, 2007; Dienstbier, 2009).

Spousta žen si myslí, že sexuální život končí klimakteriem. Je pravda, že mnoho onemocnění je u žen způsobeno úbytkem estrogenu v postmenopauze. Po 50. roce života přibývá u žen kardiovaskulárních onemocnění, zvyšuje se riziko infarktu myokardu, arteriosklerózy, hypertenze. Objevuje se osteoporóza, která se může projevit bolestmi kříže, frakturami předloktí, obratlů a krčku stehenní kosti. Subjektivně velmi nepříjemné jsou návaly horka následované pocením, objevuje se nespavost a bušení srdce. Odstranění většiny těchto symptomů je možné, pokud u ženy dochází k adekvátní substituci estrogenu (Breckwoldt et al., 1996).

Jako protipól ženské menopauzy se u mužů často uvádí andropauza, i když přesnější termín je PADAM (anrogen decline in aging male), naznačující, že dochází k pozvolnému poklesu hladiny androgenů. Nezměněná hladina testosteronu zůstává přibližně u 20% mužů. U ostatních může být aplikována terapie testosteronem (Kalvach, Zadák & Jiráček, 2004).

Mužská sexualita se s věkem mění, může docházet ke snížení síly a naléhavosti pohlavního pudu. Muži mívají problémy s erekcí, mezi které patří pomalejší nástup erekce, menší pevnost a spolehlivost erekce, delší přestávka po proběhlé erekci, někdy se erekce nemusí dostavit vůbec nebo trvá jen krátce. Po 50. roce dochází ke zpomalení nebo vynechání

ejakulace, ubývá množství ejakulátu nebo se po některých operacích netvoří vůbec. Nejčastější příčiny mužské impotence jsou nedostatečná erekce a nedostatečná tvorba spermií (Venglářová, 2007; Dienstbier, 2009).

Také ženská sexualita se s věkem mění, dochází ke změnám v činnosti pohlavních orgánů, pochva se zmenšuje, ztrácí se pružnost poševní stěny, dochází k menšímu zvlhčování pochvy, objevují se bolestivé stahy při orgasmu, kolísá chuť k sexu, stále častější může být i citová labilita (Venglářová, 2007; Dienstbier, 2009).

Je důležité poznamenat, že se sexuální aktivita ve stáří bude odvíjet od úrovně sexuální aktivity v dospělosti (Haškovcová, 2010). Velkým pozitivem pro stárnoucí ženy může být fakt, že se muži s přibývajícím věkem stávají lepšími milenci, prodlužuje se u nich doba vyvolání orgasmu a snaží se mnohem citlivěji vnímat svoji partnerku (Dienstbier, 2009). Ve vyšším věku už se hovoří spíše o tzv. „rekreačním sexu“, protože pár se nemusí obávat nechtěného početí dítěte. Současným trendem jak dosáhnout lepšího sexu nejen ve vyšším věku je stimulační farmakoterapie, do níž patří viagra, levitra, cialis (Haškovcová, 2010).

Sexualita je krásná v každém věku. Pozitivně působí na člověka a může upevňovat vztah mezi partnery. Jsou-li spolu manželé 40, 50 let, je jejich vztah zřejmě všední, to však nemusí znamenat, že se nemilují. Jejich manželská láska oceňuje krásu všednosti. Vzájemná blízkost a podpora jsou cenné součásti vztahu. Manželé spolu stárnou, jejich těla se mění, přibývá vrásek, ale jejich zvnitřněná láska k partnerovi nepřestává milovat (Haškovcová, 2010).

Na závěr této podkapitoly se zmíníme o knize Renaty Daimlerové „Utajená touha“, která vyšla v roce 1993. Tato kniha je sestavena z příběhů starých žen, které touží po mužích, sexu, lásce, splynutí s druhým člověkem. Tyto ženy touží po tom, aby nezůstaly samy. Některé z nich o vztahu s mužem jen sní, jiné lásky skutečně prožívají. Smutnou součástí většiny příběhů je fakt, že tyto ženy přišly o své muže, ale život bez lásky si nedokážou představit. Tato kniha boří mýtus o tom, že touha a schopnost milovat se s věkem ztrácí. Otevřenost, se kterou ženy o své sexualitě v knize hovoří, je ale stále dost ojedinělá (Daimlerová, 1993).

6. Komunikace se seniory

Způsob, jakým osoby komunikují se starými lidmi, je velice důležitý. V případě naší práce se zaměříme na komunikaci mezi pečovatelem a opečovávaným člověkem. Nesmíme zapomínat na to, že se starými lidmi je potřeba mnohdy komunikovat odlišným způsobem než s lidmi mladými. Vždy je nutné přizpůsobit se konkrétnímu jedinci takovým způsobem, aby rozuměl tomu, co je mu sdělováno. Aniž by u seniora došlo ke snížení intelektu, jeho řečové tempo může být velice pomalé. Jednou z příčin může být zhoršené vybavování z dlouhodobé paměti nebo potřeba delšího času k sestavení vhodné odpovědi (Pokorná, 2010).

*„Stejně jako v běžné komunikaci při poskytování péče se i v komunikaci se seniory vyskytují čtyři hlavní potřeby: 1. potřeba sociálního kontaktu a interakce
2. potřeba vysvětlení a potvrzení, ujištění
3. potřeba rady, podpory a edukace
4. potřeba komfortu a útěchy, ujištění a uklidnění“* (Pokorná, 2010, 50).

Smutnou realitou je, že se do každodenního kontaktu se seniory dostávají i lidé, kteří svůj negativní postoj k nim a stereotypy nedokážou překonat a v komunikaci se seniory selhávají.

Dlouhodobá práce se starými lidmi je velmi náročná, pro její vykonávání není důležité pouze kvalitní vzdělání, ale také osobnostní charakteristiky každého jedince. Lidé, kteří o seniory pečují, využívají rozdílné techniky komunikace. Měli by být ochotní, citliví k neverbálním projevům klientů, měli by znát různé komunikační techniky a umět je vhodně použít. Dále by měli umět reagovat na otázky a čelit problémům, které jim každodenní práce přináší. Přitom je velmi důležité, aby i pro ně byla práce přínosná (Malíková, 2011; Pokorná, 2010).

Komunikace se seniory není ale jednostrannou záležitostí, velmi důležitá je během rozhovoru interakce obou zúčastněných stran. Komunikace se seniory je v mnohých případech ztížená, neefektivní. Starší lidé často hůře slyší, proto je důležité mluvit s nimi nahlas a zřetelně. Mnohdy to může být i starý člověk, který o komunikaci nestojí, je pasivní, odmítá pomoc, není ochoten spolupracovat a práci personálu svým postojem stěžuje. Velký vliv na tuto skutečnost má určitě zdravotní stav seniora, jeho aktuální nálada a další okolnosti, které na něj působí. Při rozhovoru je důležité zohlednit také věk člověka (Malíková, 2011; Pokorná, 2010).

Vždy je velmi důležité přesvědčit se o tom, že senior sdělení porozuměl, pokud tomu tak není, je potřeba vše znovu i několikrát zopakovat a vysvětlit všechny pojmy tak, aby klient komunikaci mezi ním a pracovníkem správně pochopil. Pomalost v komunikaci se často projeví jak ve chvíli, kdy senior sdělenou informaci zpracovává, tak ve chvíli, kdy by měl vyjádřit odpověď. Efektivnímu sdělení tak mnohdy napomáhá najít si klidné, tiché místo, kde můžeme se seniorem hovořit dostatečně dlouhou dobu (Malíková, 2011; Vágnerová, 2000).

7. Péče o seniory v ČR

Situace v péči o seniory byla před rokem 1989 dosti neuspokojivá. Senioři byli umisťováni v ústavních zařízeních, kde nebyl brán ohled na jejich individualitu. Pokud rodina neprojevila zájem postarat se o starého člověka, byly domovy důchodců jediným řešením ve chvíli, kdy se senior nedokázal o sebe již postarat sám. Pokud nebylo v domově důchodců volné místo, stalo se náhradním řešením umístění seniora v léčebně dlouhodobě nemocných. Staří lidé neměli ani možnost sami si zvolit zařízení, ve kterém chtějí žít. Veškeré náklady sice hradil stát, ale mnohdy se starý člověk stal bankou, ke které si rodinní příslušníci chodili jen pro peníze (Malíková, 2011).

Individuální přístup k člověku v podstatě neexistoval. Záleželo na každém zaměstnanci, jak se ke klientům zachová, jak s nimi bude jednat (Malíková, 2011).

Situace v oblasti sociální péče se naštěstí začala měnit po roce 1989. Od roku 1998 existují dvě formy následné péče. Jednou z nich jsou léčebny dlouhodobě nemocných, tou druhou jsou ošetrovatelská lůžka. Pobyt v „eldéenkách“ je omezen na tři měsíce, pokud se člověk po této době nemůže vrátit do běžného života, může být umístěn na ošetrovatelské lůžko (Haškovcová, 2011). V roce 2006 vešel v platnost zákon o sociálních službách, který přinesl ještě výraznější změny. V současné době je velmi podporována soběstačnost klientů v sociálních zařízeních. Nejsou pouhými pasivními příjemci péče, ale stávají se více aktivními v celém procesu (Malíková, 2011).

„Sociální i zdravotní péči je třeba deinstitucionalizovat, demedicinalizovat, deprofesionalizovat a deresortizovat“ (Haškovcová, 2010, 233). Tato strategie se začala rozvíjet už v 80. letech 20. století. Deinstitucionalizace znamená snažit se přesouvat péči o seniory domů, podporovat starající se rodiny. Demedicinalizace se týká práce lékařů, kteří nemohou vyřešit všechny problémy starých lidí. Lékaři mají povinnost léčit nemoci a přispívat k zachování kvality života dlouhodobě nemocných seniorů. Ambulantní služby by se měly stát většími poskytovateli péče. Deprofesionalizovat znamená snahu odborníků poučit rodiny, dobrovolníky, přátelé, kteří mají zájem angažovat se v péči o seniory, o tom, jakým způsobem mohou seniorům pomoci. Každá pomoc by měla být vítána. Deresortizace se týká toho, že lidé ze všech resortů společnosti mohou seniorům různými způsoby pomáhat. Seniorská problematika by měla prolínat všemi resorty (Haškovcová, 2010).

7.1 Animace

„Animace každodenního života znamená, jakým způsobem lze úkony, slova, události všedního života animovat, tedy „oživovat“. Animace je život. Záleží na celém personálu, zda

bude každý den, každé gesto, každé slovo animované a stane se živé“ (Pichaud, Thareauová, 1998, 116,118). Snaha o animaci by neměla být jen úkolem personálu v sociálních zařízeních, ale také úkolem rodiny. Lidé by se měli učit, jak správně podněcovat a povzbuzovat starší obyvatele k nějaké aktivitě. Nesmí se to však stát donucováním. Jde o to lidi motivovat, aby si nějakou činnost chtěli sami vyzkoušet. Navést je na myšlenku, že si něco chtějí zažít. Samozřejmě je nutné brát ohledy na jednotlivce. Nejde o to vymýšlet aktivity pro větší skupiny osob, kterých se lidé zúčastní proto, aby nějak vyplnili volný čas. Jde o to poznat jednotlivce a vycházet z jeho potřeb. Za prožitky a aktivitami by však měl následovat odpočinek. Je důležité dát starým lidem dostatek času odpočívat (Pichaud, Thareauová, 1998).

7.2 Ageismus

V dřívějších dobách byly vícegenerační rodiny celkem běžnou záležitostí. Mladší lidé se díky tomu učili respektovat staré lidi, učili se s nimi žít a mít k nim úctu. Staří lidé nebyli tolik stavěni na okraj společnosti, tak jako je tomu bohužel v současné době. V době, kdy se se seniory prostě přestává počítat. Ideálem, který je prezentován v médiích je mladý, krásný člověk, který si umí užívat života a dosahovat výkonu plného energie a nových nápadů. Negativní postoje a předsudky vůči starým lidem jsou označovány jako ageismus (Vágnerová, 2000).

„Ageismus je postoj, který vyjadřuje obecně sdílené přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti stáří a projevuje se podceňováním, odmítáním, event. až odporem ke starým lidem“ (Vágnerová, 2000, 443). Lucie Vidovičová vidí skrytou formu ageismu i v některých jeho definicích, protože se v nich pracuje s kategorií stáří, tedy něčím, co předpokládá objektivně věkově definovanou skupinu. Už samotné definování stáří věkem může být považováno za projev ageistického postoje (Vidovičová in Sýkorová, Chytil, 2004). Ageismus je diskriminující postoj, kdy není brán ohled na individualitu starých lidí ani na rozdíly mezi nimi, všichni jsou z tohoto pohledu hodnoceni stejným způsobem, všichni senioři jsou považováni za méněcenné (Vágnerová, 2000).

Elderspeak je jedním z komunikačních stylů, které jsou používány při kontaktu se seniory. Tento komunikační styl se ukázal jako neefektivní, v mnohých případech vedoucí ke snížení sebehodnocení starých lidí (Pokorná, 2010). Je jedním z projevů ageismu.

Ageismus se bohužel často vyskytuje i u ošetřovatelů a lidí, kteří pracují nebo se často stýkají s lidmi vyššího věku. Pokud nejsou respektovány potřeby seniorů, jedná se o ageistické tendence, které se velmi výrazně odrážejí v hodnocení kvality poskytované péče.

8. Sociální zařízení a služby poskytované seniorům

Jak lidé stárnou, postupně jim ubývá sociálních kontaktů. Existuje mnoho zařízení, která se snaží seniorům zprostředkovávat celou řadu služeb. V dospělosti a ve stáří je socializací myšleno přejímání, které člověk neustále uskutečňuje v interakci se svým sociálním okolím. Zdrojem sociální interakce může být přítomnost pečovatelky, osobní asistentky a dalších pracovníků v sociálních službách. Náplní poskytovaných služeb je často také zajištění kontaktu se společností ve chvíli, kdy jedinec potřebuje pomoc. Sama zařízení nabízejí řadu příležitostí k navazování sociálních kontaktů, mnohdy jsou pro seniora jedinou možností jak nezůstat sám. V další části naší práce bychom se tedy chtěli věnovat sociálním zařízením a službám, které jsou dnes seniorům nabízeny. Tyto služby pomáhají starým lidem zorientovat se v dnešním světě, pomáhají jim žít a ve společnosti přežít.

8.1 Sociální služby

V průběhu 20. století se začaly objevovat snahy o to, aby senioři mohli co nejdéle žít ve vlastním bytě či domě (Glosová, 2006). Existuje celá řada služeb, které se jim to snaží umožnit.

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. rozlišuje tři formy poskytování sociálních služeb:

- 1. pobytové:** služby spojené s ubytováním
- 2. ambulantní:** za těmito službami osoba dochází, součástí není ubytování
- 3. terénní:** služby poskytované osobě v jejím přirozeném sociálním prostředí (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2006).

Výše jmenovaný zákon dále uvádí konkrétní zařízení sociálních služeb a služby sociální péče určené pro seniory (Pro zajímavost uvádíme počty registrovaných sociálních služeb do ledna 2014).

8.1.1 Terénní služby sociální péče

Konkrétní počty terénních služeb sociální péče registrované do ledna 2014: osobní asistence 248, pečovatelská služba 791, průvodcovské a předčitatelské služby 26, odlehčovací služby 299 (Ministerstvo práce a sociálních věcí, nedat.a).

Osobní asistence: Služba poskytována seniorům se sníženou soběstačností. Osobní asistenti jim pomáhají s činnostmi, které již sami nezvládnou (Malíková, 2011).

Pečovatelská služba: Tento typ služby je poskytován pečovatelkami, které zajišťují veškeré činnosti, jež senior již nedokáže zvládat (pomoc při péči o vlastní osobu, osobní

hygieně atd.). Často se bohužel stává, že terénní pečovatelská služba zvládá pouze rozvoz obědů, ale už není schopna zajistit služby kadeřníka, pedikérky nebo manikérky. Tyto služby si senior musí vyhledat sám, často jsou dostupné např. ve střediscích osobní hygieny. Pokud má senior o pečovatelskou službu zájem, může si sám podat žádost pro její poskytování, impulz k podání žádosti může vzejít i ze strany rodiny, případně sociální pracovnice. Jedná se o služby poskytované za úhradu (Kalvach et al., 2004, Pacovský, 1990).

Průvodcovské a předčitatelské služby: Služby poskytované seniorům se sníženou orientací a schopností komunikovat. Díky nim si jedinec může osobně vyřídit vlastní záležitosti (komunikovat s úřady atd.). Tyto služby jsou zpoplatněny (Žumárová, 2012).

Odlehčovací služby: Pokud si chce osoba pečující o seniora odpočinout, může využít těchto služeb (Malíková, 2011).

Domácí péče - home care: Jde o službu, která vznikla v roce 1992 a je provozována různými charitativními nebo soukromými organizacemi, hrazena je ze zdravotního pojištění. Jde o zdravotní péči, kterou u seniora doma provádějí zdravotní sestry (Haškovcová, 2010; Zavázalová, 2001).

8.1.2 Ambulantní služby sociální péče

Konkrétní počty ambulantních služeb sociální péče registrované do ledna 2014: centra denních služeb 98, denní stacionáře 302, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením (Ministerstvo práce a sociálních věcí, nedat.a).

Centra denních služeb: V České republice je nyní registrováno 98 center denních služeb. „*Centra denních služeb poskytují ambulantní služby ve specializovaném zařízení s cílem posílit samostatnost a soběstačnost seniorů v nepříznivé sociální situaci, která může vést k sociálnímu vyloučení*“ (Ministerstvo práce a sociálních věcí, nedat.b).

Denní stacionáře: Poskytují sociální služby formou denního pobytu. Jsou určeny pro seniory se sníženou soběstačností, kteří nemohou zůstat přes den sami doma (Kalvach et al., 2004).

8.1.3 Pobytové služby sociální péče

Konkrétní počty pobytových služeb sociální péče registrované do ledna 2014: domovy pro seniory 511, domovy se zvláštním režimem 261, týdenní stacionáře 73 (Ministerstvo práce a sociálních věcí, nedat.a).

Stěhování z vlastního domu či bytu je pro většinu lidí seniorského věku velkým stresem, zdrojem úzkosti, nejistoty a obav. Pokud se tedy o seniora nemůže nebo nechce

postarat rodina, existuje několik možností, kde může takový člověk žít a kde je mu zajištěna dostatečná pomoc a péče (Glosová, 2006).

Zajištění soukromí v pobytových zařízeních je stále nedokonalé. Je to však právě soukromí, co lidé v takových zařízeních velmi potřebují. Je pro ně důležité zachování důstojnosti a pocitu alespoň částečné soběstačnosti. Zachovat seniorům potřebnou míru intimity a soukromí se daří v jednolůžkových pokojích, významně také v pokojích dvoulůžkových, nejhorší je to v pokojích s více lůžky. Lidé v těchto pokojích žijí s dalšími obyvateli, které z počátku ani neznají nebo se kterými si i po delším soužití nerozumí (Glosová, 2006).

Domovy pro seniory: V České republice je registrováno 511 domovů pro seniory. Podstatnou informací je, že jsou v těchto domovech umístěny pouze 3-4% seniorů starších sedmdesáti let (Haškovcová, 2010). Prvním krokem pro přijetí do domova pro seniory, je vyplnění žádosti, na základě níž se zařízení o přijetí seniora rozhodne. Existují státní i soukromé domovy pro seniory. Hrazení státního zařízení je pro seniora levnější, vždy mu navíc musí zůstat minimálně 30% z důchodu. Z toho, co klient zaplatí, je hrazeno ubytování, stravování, sociálně terapeutické činnosti a další služby. V domovech pro seniory jsou zaměstnány mimo jiné i zdravotní sestry, které zajišťují zdravotnickou péči (Zavázalová, 2001).

Celá řada domovů pro seniory stále sídlí v panelových domech, bývalých hradech, zámečcích a v jiných prostorách, které účelu jejich využití nevyhovují. Ve všech zařízeních by měl být samozřejmostí bezbariérový přístup a dostatek výtahů v celém areálu. Pokoje bývají vybaveny nábytkem, takže pokud si klient chce nastěhovat nábytek svůj, musí se nejprve dohodnout s vedením. Dovybavení pokoje drobnostmi je zařízeními podporováno a senior si pokoj může uzpůsobit k obrazu svému tak, aby se v něm cítil příjemně. V nově stavěných domovech pro seniory je součástí každého pokoje sociální zařízení. Ve společných prostorách se nachází jídelna a společenská místnost. Budovy, ve kterých sídlí domovy pro seniory, by měly být obklopeny zelení, parkem. Snadno dostupná by měla být doprava (Veřejný ochránce práv, 2007).

Domovy se zvláštním režimem: Tento typ služeb je určen pro osoby se sníženou soběstačností v důsledku chronického duševního onemocnění, Alzheimerovy demence nebo dalších typů demencí. Seniorům jsou zde poskytovány služby odpovídající jejich specifickým potřebám (Žumárová, 2012).

Domy s pečovatelskou službou: Vhodné pro seniory, kteří jsou ještě z velké části soběstační. Je jim zde zachováno soukromí, žijí v menších oddělených bytech. Velkou výhodou je přítomnost pečovatelské služby a ordinace lékaře (Kalvach et al., 2004).

Týdenní stacionáře: Služba poskytovaná od pondělí do pátku nepřetržitě 24 hodin denně. Seniorům jsou zde nabízeny stejné služby jako v denních stacionářích, na zbytek dne ale neodcházejí domů (Žumárová, 2012).

8.2 Kvalita poskytovaných služeb

Příchod seniora do pobytového zařízení pro něj znamená velkou životní změnu. Mění se jeho dosavadní styl života, člověk se musí podřídit pravidlům, která v zařízení fungují. Poznává se s novými lidmi, kteří se více či méně stanou součástí jeho života. Každý senior reaguje na tyto změny jinak, někteří je vítají, jiní ztrácí chuť do života. Velmi důležitou se stává kvalita poskytovaných služeb v rámci sociálního pobytového zařízení.

Pojem kvality poskytovaných služeb se objevil v podstatě až s přijetím zákona o sociálních službách, který nabyl účinnosti 1.1.2007. Tento termín zahrnuje schopnost personálu včas a v dostatečné míře reagovat na potřeby klientů, dále sem patří dostupnost péče a její přiměřená odbornost, důležité jsou i příznivé ceny zařízení. Kvalita poskytovaných služeb se odráží ve spokojenosti seniorů a míra spokojenosti seniorů je důležitým ukazatelem kvality poskytovaných služeb. Je tedy velmi důležité míru spokojenosti zjišťovat. K tomu slouží celá řada metod, mezi něž patří: rozhovor, pozorování, dotazníková šetření. Získané informace mohou sloužit jako zpětná vazba kvality poskytované péče (Malíková, 2011).

Kancelář veřejného ochránce práv provedla koncem roku 2006 a začátkem roku 2007 řadu návštěv ve vybraných sociálních zařízeních pro seniory. Hlavním cílem bylo zjistit, zda nedochází k porušování základních práv a svobod seniorů, zda je zachována důstojnost klientů v zařízeních a jejich soukromí, zda je respektována jejich autonomie, nedochází k omezování nebo dokonce ponižování až týrání starých lidí (Veřejný ochránce práv, 2007).

Teprve přijetím zákona o sociálních službách byly zavedeny standardy kvality sociálních služeb, vnější kontrola života klientů v ústavech do té doby neexistovala. Nikdo nekontroloval, jak je s osobami zacházeno (Veřejný ochránce práv, 2007).

8.3 Faktory přispívající ke kvalitě života obyvatel žijících v domovech pro seniory

Kvalita života seniorů v pobytových zařízeních je ovlivněna celou řadou faktorů. Jedním z nich je počet pracovníků, kteří o staré lidi pečují. Pokud je počet zaměstnanců

nedostatečný, mohou to obyvatelé pocítit jako omezení osobní svobody, protože často není nikdo, kdo by je doprovodil ven ze zařízení. Významný vliv na kvalitu života má také vytvoření bezbariérového prostředí, ve kterém je pohyb pro klienty bezpečnější. Značnou pomůckou pro orientaci v zařízení je barevné značení (Veřejný ochránce práv, 2007).

Klient zařízení se může cítit víc jako doma pokud dostane klíč od vlastního pokoje, který si může kdykoliv zamknout. Pokud to pro seniora nepředstavuje žádné riziko a přispěje to k jeho pocitu svobody, je dobré, aby měl klíč i od hlavních dveří budovy (Veřejný ochránce práv, 2007).

Každý člověk má právo na soukromí. V nově stavěných objektech jsou již budovány jednolůžkové nebo dvoulůžkové pokoje. Vždy je důležité myslet na spokojenost klientů, a proto je podstatné umožnit jim výběr pokoje a spolubydlících. K pocitu většího soukromí přispívá uzamykatelný stůl či skříň v pokoji. Klepání personálu před vstupem do pokoje by mělo být samozřejmostí, stejně jako pohyb po pokoji za přítomnosti nebo se souhlasem klienta. V oblasti hygieny by měl být k dispozici dostatek zástěn ve chvíli, kdy je klient umýván na lůžku nebo používá toaletní křeslo. Uzamykatelné dveře do koupelny by měli jít odemknout zvenčí. Klient by měl mít možnost ve výběru asistenta, který mu pomůže při provádění hygieny (Veřejný ochránce práv, 2007).

Individuální denní režim klientů by přispěl k jejich právu svobodně se rozhodnout. V mnohých zařízeních se však denní program řídí společným harmonogramem, vstávání klientů je často jednotné pro všechny, stejně jako doba pro jídlo. Obyvatelé domovů pro seniory by měli mít možnost dívat se na televizi, poslouchat rádio a chodit spát v čase, který jim vyhovuje. Pokud jejich činnostmi nejsou rušeni spolubydlící, neměl by je personál v tomto omezovat (Veřejný ochránce práv, 2007).

Každý klient domova pro seniory má právo na kvalitní péči, která by mu měla být poskytována na co nejvyšší úrovni. Zatímco základní lékařská péče je v domovech pro seniory zajišťována dostatečně, psychologická pomoc v řadě zařízení chybí. Bohužel spolupráce odborníků s domovy pro seniory je malá (Veřejný ochránce práv, 2007).

Cílem všech domovů pro seniory by mělo být to, aby se klient cítil jako doma, bezpečně a spokojeně.

9. Kvalita života

Tato kapitola je pouhou ilustrací různých pojetí kvality života. Kvalita života je multidimenzionální pojem a jeho jednoznačné vymezení není možné. Vybíráme tedy jen některé přístupy a teorie, které se vyskytují u různých autorů.

Kvalita života začala být více zkoumána až v posledních desetiletích 20. století. K této skutečnosti přispěl fakt, že se stala předmětem politického zájmu (Křížová in Payne, 2005). Nejvýraznější nárůst výzkumů kvality života přišel v druhé polovině 90. let 20. století (Heřmanová, 2012). Tyto výzkumy se velmi často týkaly kvality života lidí starých a chronicky nemocných (Křivohlavý in Payne, 2005).

„Na nejobecnější úrovni je kvalita života chápána jako důsledek interakce různých faktorů. Jsou to sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky, které kumulativně a velmi často neznámým způsobem integrují a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností“ (Hnilicová in Payne, 2005, 207).

Neexistuje sice jediná, všemi uznávaná definice kvality života, ale mnoho autorů se snažilo vytvořit seznam dimenzí, pomocí kterých by kvalitu života vymezili. Například Cummins uskutečnil rozsáhlé populační průzkumy, ve kterých žádal lidi, aby uvedli, které dimenze života jsou pro ně důležité. Dále prozkoumal 27 definic kvality života a navrhl 7 základních dimenzí QOL (kvality života). Mezi jím uváděné dimenze kvality života patří zdraví, materiální zajištění, blaho společnosti, práce, emoční pohoda, sociální a rodinné poměry, bezpečnost (Cummins in Brown, 1997).

Hagerty přezkoumal 22 nejvíce používaných definic kvality života z celého světa a stejně jako Cummins navrhl 7 dimenzí QOL. Hagertyho a Cumminsovy dimenze kvality života se shodují (Galloway, 2005).

Felce na základě provedených studií kvality života navrhl 6 možných dimenzí QOL. Je to dimenze tělesné pohody, materiálního zabezpečení, sociální pohody, emoční pohody, dimenze vztahující se k právu, dimenze spojená s prací a produktivní činností. Jak je vidět i Felceho dimenze kvality života jsou velmi podobné dimenzím předchozích dvou autorů (Galloway, 2005).

Schalock navrhl 8 základních dimenzí kvality života. Vycházel přitom ze 125 ukazatelů nalezených v 16 studiích kvality života, které byly zveřejněny v roce 1990. Zjistil, že 74,4 % ukazatelů se týkalo oněch 8 jádrových dimenzí QOL. Ani v jeho dimenzích kvality života nechybí dimenze týkající se tělesné, materiální, sociální, emoční pohody, interpersonálních vztahů, dimenze vztahující se k právům a na rozdíl od výše uvedených

autorů přidává dimenze osobního rozvoje a sebeurčení (Galloway, 2005; Schalock, Felce in Emerson, Hatton, Thompson a Parmenter, 2004).

Nyní obrátíme pozornost k českým autorům, kteří se zabývají kvalitou života. Hnilicová uvádí, že kvalita života má dvě dimenze. První je subjektivní, která vychází z toho, jak je člověk se svým životem spokojený. Při úspěšné realizaci životních plánů se člověk cítí spokojen. Druhá dimenze je objektivní, kvalita života je vnímána z hlediska materiálního zabezpečení, sociálních podmínek a fyzického zdraví. Pokud člověku při realizaci plánů vstoupí do cesty překážka, je spokojenost ohrožena. Překážkou může být náhlý nedostatek peněz, nemoc, společenské konflikty (Hnilicová in Payne, 2005; Křivohlavý, 2001).

Křížová kvalitu života sice nedělí na dvě dimenze, ale její pojetí je velmi podobné tomu, které uvádí Hnilicová. Křížová do kvality života zahrnuje fyzické prožívání, psychickou pohodu a sociální postavení jedince. Fyzické prožívání je ovlivněno zejména přítomností nemoci, její vážností a okolnostmi, které ji doprovázejí. Psychická pohoda je podmíněna přítomností kladných emocí a absencí emocí negativních. K sociálnímu postavení jedince patří jeho sociální vazby s okolím (Křížová in Payne, 2005).

Uvedené definice kvality života mohou být ovlivněny subjektivním pohledem konkrétního autora, který definici vytvářel. Existují však i kolektivní definice a modely kvality života, které vycházejí z týmových názorů. Jedním z takových modelů je model kvality života vyvinutý v Centru pro podporu zdraví Univerzity Toronto. Kvalita života je zde chápána jako míra, ve které osoba využívá významné příležitosti ve svém životě. Tento model zahrnuje oblasti být, někam patřit a realizovat se. Každá z těchto oblastí je rozdělena na další tři podoblasti (University of Toronto, nedat.).

Zatímco někteří autoři definují subjektivní pohodu (well-being) jako synonymum kvality života, jiní to striktně odmítají. Naess vymezuje kvalitu života jako subjektivní vnímání toho, jak dobře člověk žije. Kvalita života je podle něj o subjektivní pohodě, ne o objektivních okolnostech. Haas tvrdí, že subjektivní vnímání života se ve skutečnosti týká subjektivní pohody, a ne jen kvality života. Definice, kterou vytvořila WHO, výslovně označuje subjektivní vnímání života jednotlivci jako jeden z atributů kvality života (Galloway, 2005).

Jak vyplývá z oblastí, které kvalita života zahrnuje, můžeme ji zkoumat z hlediska psychologie, sociologie a medicíny. Sociologie by se snažila srovnávat kvalitu života různých národů. Medicína by se zajímala o kvalitu života pacientů před zahájením léčby a po ní. Pod psychologickým pojetím kvality života se skrývá spokojenost se životem a to, jak prožíváme subjektivní pohodu. Při zjišťování životní spokojenosti se psychologie zaměřuje na faktory,

kteří ke spokojenosti přispívají a na vlivy, které spokojenost u lidí vytvářejí (Hnilica in Payne, 2005).

Nakonec se zmíníme o kvalitě života seniorů, která zahrnuje hned několik velmi důležitých dimenzí. Zdravotní stav, soběstačnost při běžných denních úkonech, životní spokojenost a hmotné zabezpečení určují kvalitu života seniorů. Velmi důležité jsou i vztahy s rodinou, sociální kontakty a bydlení. Senioři starší 85 let hodnotí svoji kvalitu života na základě srovnání svého stavu s lidmi stejného věku (Dragomirecká, Prajsová, 2009).

V naší práci chápeme kvalitu života jako celkovou životní spokojenost, spojenou s pocitem duševního zdraví a přítomností kladných emocí a nepřítomností těch špatných. Pro úplnost nesmí chybět pocit tělesného zdraví.

9.1 Faktory ovlivňující kvalitu života seniorů

9.1.1 Pohlaví

Byla provedena celá řada výzkumů, které zjišťovaly kvalitu života starých lidí z různých hledisek a pod vlivem nejrůznějších faktorů. „*Smithová a Baltesová dospěly na základě studia 516 jedinců ve věku nad 70 let k závěru, že muži jsou celkově spokojenější se svými životy a že prožívají méně často záporné emoce než ženy. Pinquart a Sorensen vykonali metaanalýzu studií kvality života starých respondentů. I zde výsledky ukazují, že jsou muži se životem signifikantně spokojenější než ženy. Hraba a spolupracovníci sledovali v roce 1991 určité aspekty kvality života mužů a žen v ČR. Podle výsledků těchto autorů byly ženy více depresivní a úzkostné a více somatizovaly své problémy než muži*“ (Hnilica in Payne, 2005, 418, 419).

Byla ale realizována celá řada dalších výzkumů, která dospěla k úplně opačným výsledkům. Mookherjeeová sloučila a vyhodnotila data z národních anket, které byly realizovány v USA a zjistila, že ženy jsou spokojenější než muži (Hnilica in Payne, 2005).

Campbell, Converse a Rodgers nezjistili žádné rozdíly v životní spokojenosti mezi americkými muži a ženami. I když v rámci svého výzkumu našli některé malé rozdíly v uspokojení žen a mužů s konkrétními oblastmi jejich života, ve chvíli, kdy muže a ženy požádali, aby popsali svůj život jako celek i tyto rozdíly zmizely (Campbell, Converse, Rodgers, 1976).

Inglehart prováděl v 80. letech výzkumy v 16 zemích a zjistil, že muži a ženy se ve své spokojenosti se životem neliší. Podobného výsledku dosáhl ve své studii Michalos, který zkoumal 18 032 mužů a žen (Myers, Diener, 1995).

9.1.2 Rodinný stav

Další výzkumy Campbella, Converse a Rodgerse prokázaly pozitivní vliv manželství na kvalitu života a to zejména u žen. V roce 1990 publikovali Rudinger a Thomae výsledky své studie, které prokázaly, že díky pozitivnímu postoji k životu jsou lidé spokojenější (Šolcová, 2011).

„Téma kvality života a jejího měření u seniorů rozpracovaly také P. Hrabovská (2006) a J. Ondrušová (2009). Podle výsledků Hrabovské jsou samostatně žijící senioři celkově spokojenější než senioři, kteří žijí v domovech důchodců“ (Šolcová, 2011, 163).

Závěry studie, kterou u nás provedla Dana Hamplová, jasně říkají, že lidé bez partnera jsou výrazně méně spokojeni se svým životem než lidé, kteří žijí v nějakém vztahu (Hamplová, 2004). *„Nadpoloviční většina žen žije v manželství do 69 let věku. První věkovou kategorií, kdy podíl ženatých mužů klesne pod 50 %, je věk 90-94 let“* (Český statistický úřad, 2011).

9.1.3 Osobnost

Jiří Kožený a Lýdie Tišanská publikovali v roce 2004 v časopisu Československá psychologie výzkumnou studii nazvanou „Osobnost, anticipovaná sociální opora a adaptace seniorek na stárnutí: test modelu životní spokojenosti.“ Autoři v této studii předpokládali kauzální vztah mezi osobnostním profilem, sociální podporou a adaptací na stáří. Extraverze se ukázala jako velmi podstatný osobnostní rys, který pomáhá lidem vytvořit si širokou sociální síť a tedy dostatek sociální opory (Tišanská, Kožený, 2004).

V roce 2007 publikovala Monika Kačmárová v časopise Československá psychologie svůj výzkum s názvem „Osobnost, manželský stav a subjektivní pohoda seniorů.“ Subjektivní pohoda jako pojem používaný slovenskými autory, je překladem pojmu well-being a má také celou řadu českých ekvivalentů. Tišanská a Kožený hovoří o „životní pohodě“, Blatný o „životní spokojenosti“. Ve zmíněném výzkumu bylo prokázáno, že extraverze má pozitivní a neuroticismus negativní vliv nejen na životní spokojenost, ale i na množství prožívaných pozitivních emocí (Kačmárová, 2007).

Costa a McCrae (1980) se ve svém výzkumu také věnovali extroverzi a neuroticismu a jejich vlivu na adaptaci na stáří a subjektivní pohodu. Podle jejich výsledků má extraverze pozitivní vliv na adaptaci na stáří i na subjektivní pohodu. Díky neuroticismu subjektivní pohoda klesá a zhoršuje se adaptace na stáří (Kačmárová 2007).

9.1.4 Věk

Mezinárodní studie, které uvedli Butt a Beiser v roce 1987, Inglehart v roce 1990 nebo Veenhoven v roce 1984, ukázaly, že životní spokojenost s věkem neklesá (Diener, Suh, Lucas, Smith, 1999). Další výzkumy, které uvedli v roce 1997 Diener a Suh nebo v roce 2004 Diener, Scollon a Lucas, také ukázaly, že se stoupajícím věkem neklesá životní spokojenost. Avšak Mroczek a Spiro dospěli ve svém výzkumu publikovaném v roce 2005 k opačnému závěru, kdy přibližně od 70. roku života životní spokojenost mírně klesá (Kačmárová 2007).

9.1.5 Kapacita zařízení

Kapacita domovů pro seniory je v naší republice nedostatečná. Senioři čekají na umístění do domova i několik let. Tento problém částečně řeší budované velkokapacitní domovy pro seniory. Po provedení prvního výzkumu, který byl součástí naší postupové práce, jsme měli pochybnosti o tom, zda jsou tato zařízení schopna poskytnout seniorům citově a podnětově bohaté prostředí. Problémem ve velkokapacitních domovech pro seniory je jejich anonymita. Zatímco v menších domovech se mezi sebou znají obyvatelé i personál, ve velkokapacitních zařízeních to není možné. Obyvatelé malokapacitních domovů znají kromě sestřiček, také uklízečky, sociální pracovníky, pracovníky prádelny a přeci jen je mnohem snazší smát se na člověka, kterého známe a víme, že on zná nás. Anonymita a lhostejnost naopak vytváří odstup.

9.2 Metody zjišťování kvality života

Jedna z nejpoužívanějších metod zjišťování kvality života, navržená Andrewsem a Witheyem, se skládá z jediné otázky, “How do you feel about your life as a whole?” Hodnocena je pomocí Likertovy škály (Galloway, 2005).

Metody, které se používají k měření subjektivní pohody, jsou například SWLS neboli Škála spokojenosti se životem, PGWS (*Psychological General Well-Being Scale*) a PANAS, škála která zjišťuje kladné a záporné emoce (Křivohlavý, 2001).

Satisfaction with life scale (SWLS) je metoda specifická v tom, že ženy a muži hodnotí svůj život na základě vlastních kritérií. Doporučuje se tedy používat ji jako doplněk jiných metod, které se zaměřují na psychopatologii nebo emocionální pohodu (Pavot, Diener, 1993).

Pro účely měření životní spokojenosti byl autory Neugartenem, Havighurstem a Tobinem v roce 1961 vytvořen Index životní spokojenosti LISIA. Českou verzi tohoto dotazníku vytvořil Jiří Kožený ve spolupráci s Lýdií Tišanskou. K ověření dotazníku byl

použit soubor 124 seniorek. Oba čeští autoři ještě uvedli českou verzi Geriatrické stupnice životního postoje (Šolcová, 2011).

Další metodou pro zjišťování kvality života je MANSA. „*Krátký způsob hodnocení kvality života vypracovaný univerzitou v Manchesteru. Tato metoda má variaci zvanou LQoLP*“ (Křivohlavý, 2001, 205). Globální kvalitu života hodnotí také GPGI (Global Person Generated Index) (Džuka, 2013).

Metoda SEIQoL klade důraz na individuální hodnocení kvality života. Tento nástroj vychází z výpovědí konkrétního jedince. Člověk hodnotí kvalitu života na základě vlastního systému hodnot (Křivohlavý, 2001).

Z pohledu sociologie přistupuje ke kvalitě života Mezinárodní společnost pro studium kvality života (Křivohlavý, 2001).

V oblasti medicíny představoval zlom ve zjišťování kvality pacientova života Index kvality života pacienta ILF. Další je metoda HRQoL, která pracuje s vlivem zdraví při měření celkové kvality života (Křivohlavý, 2001). Dalšími metodami, které vznikaly jako pokusy o zachycení kvality života pacienta jsou QWS (Quality of Well-Being Scale), SIP (Sickness Impact Profile), NHP (Nottingham Health Profile), DDRS (Distress and Disability Rating Scale), APACHE II (Křivohlavý in Payne, 2005). „*V metodě MHIQ se předpokládají tři základní aspekty kvality života – wellbeing: tělesná, duševní a sociální funkce daného člověka*“ (Křivohlavý, 2001, 205).

Metodami, které se dále pro měření kvality života používají, jsou – Dotazník EQ-5D, DEMQOL a EuroQoL, Komplexní hodnocení FACIT a Dotazník SF-36 a jeho zkrácená verze SF-12 (Kalvach et al., 2008; Dragomirecká, Prajsová, 2009).

Dalšími metodami, které zkoumají kvalitu života, jsou dotazníky - WHOQOL-100, WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD, který zjišťuje kvalitu života seniorů. V dotazníku WHOQOL-BREF je hodnoceno fyzické zdraví, sociální vztahy, životní prostředí a psychická pohoda. Dotazník WHOQOL-OLD obsahuje otázky zachycující oblasti, které jsou podstatné vzhledem ke kvalitě života seniorů (Venglářová, 2007; World Health Organisation, 1997).

Výzkumná část

10. Metodologický rámec výzkumu

V magisterské diplomové práci jsme se zaměřili na zjišťování životní spokojenosti a kvality psychického stavu obyvatel žijících v domovech pro seniory. Důležitá data jsme získávali pomocí dotazníku SUPOS 7 a Škály životnej spokojnosti v starobe. Dotazníky jsme vyplňovali se seniory v Domově pro seniory Vrchlabí, Domově pro seniory Trutnov, Domově důchodců a Ústavu sociální péče Česká Skalice a v Domově důchodců Dvůr Králové nad Labem, dále v Domově pro seniory Pilníkov, Domově důchodců Lampertice, Domově důchodců Tmavý Důl. Dotazníkové šetření jsme uskutečnili v termínu od 30.8. do 1.11.2013.

Ještě před zahájením dotazníkového šetření jsme se osobně sešli s řediteli všech domovů pro seniory, které jsme chtěli do našeho výzkumu zapojit, a požádali jsme je o spolupráci a souhlas s provedením výzkumu v jejich zařízení.

Náš vzorek zkoumaných osob se skládá ze 120 respondentů, z toho je 52 mužů a 68 žen. Časově bylo vyplnění dotazníku velmi náročné, neboť jsme je vyplňovali se všemi seniory individuálně, abychom každému zajistili rovné podmínky.

10.1 Výzkumný problém, cíle a hypotézy

10.1.1 Formulace výzkumného problému

Po prostudování odborné literatury, která se týkala problematiky stáří a seniorů, se nám zdálo zajímavých několik následujících oblastí problémů:

1. Populace stárne, tento fenomén se týká celého lidstva. Stále více tak rostou nároky na mapování nejrůznějších aspektů spojených se životem seniorů včetně kvality psychického stavu a životní spokojenosti.
2. S rostoucím věkem tělo i psychika člověka prochází množstvím změn. Dochází ke zhoršování smyslů, objevuje se celá řada nemocí, které negativně ovlivňují život seniora. Ve stáří také ubývá sociálních kontaktů. Senioři, kteří se o sebe nedokážou postarat sami, jsou často umístováni do ústavních zařízení. Na základě těchto zjištění nás zajímalo, zda s rostoucím věkem klesá životní spokojenost.
3. Muži a ženy jsou neustále srovnáváni, každé pohlaví má svá specifika a rozdíly mezi nimi jsou snad ve všech oblastech lidského života. Zajímalo nás, zda budou rozdíly v životní spokojenosti a kvalitě psychického stavu u mužů a žen.

4. V neposlední řadě se nám zdálo jako zajímavé zjistit, zda existuje rozdíl mezi námi vyšetřovaným vzorkem obyvatel domovů pro seniory a normou uváděnou v obou dotaznících.

10.1.2 Cíle výzkumu

Před zahájením samotného dotazníkového šetření bylo třeba ujasnit si jednotlivé cíle. Stanovili jsme si následující cíle:

1. Porovnat profil dimenzí kvality psychického stavu zvláště u mužů a žen s normou.
2. Porovnat strukturu dimenzí životní spokojenosti u seniorů s normou.
3. Zjistit souvislosti celkové kvality psychického stavu a jednotlivých dimenzí životní spokojenosti.
4. Ověřit souvislosti celkové životní spokojenosti s jednotlivými dimenzemi kvality psychického stavu.
5. Zjistit rozdíly kvality psychického stavu z hlediska intersexuálního pohledu.
6. Zjistit rozdíly v životní spokojenosti z hlediska intersexuálního pohledu.
7. Zjistit rozdíly kvality psychického stavu u seniorů žijících v malokapacitních a velkokapacitních domovech pro seniory.
8. Zjistit rozdíly v životní spokojenosti u seniorů žijících v malokapacitních a velkokapacitních domovech pro seniory.
9. Zjistit, zda se zvyšujícím se věkem klesá životní spokojenost.

10.1.3 Stanovení hypotéz

Stanovili jsme si pět hlavních hypotéz:

- H1: Mezi seniory žijícími ve velkokapacitních a malokapacitních domovech existuje statisticky významný rozdíl v celkové životní spokojenosti.
- H2: Mezi seniory žijícími ve velkokapacitních a malokapacitních domovech existuje statisticky významný rozdíl v celkové kvalitě psychického stavu.
- H3: Mezi seniory a seniorkami existuje statisticky významný rozdíl v celkové kvalitě psychického stavu.
- H4: Mezi seniory a seniorkami existuje statisticky významný rozdíl v celkové životní spokojenosti.
- H5: Se stoupajícím věkem statisticky významně klesá celková životní spokojenost všech seniorů.

10.2 Aplikovaná metodika

10.2.1 Organizace a průběh šetření

V magisterské diplomové práci jsme se zaměřili na zjišťování životní spokojenosti a kvality psychického stavu obyvatel žijících v domovech pro seniory. Data jsme získávali pomocí dotazníku SUPOS 7 a Škály životnej spokojnosti v starobe. Dotazníky jsme vyplňovali se seniory žijícími ve čtyřech malokapacitních a čtyřech velkokapacitních domovech pro seniory. Mezi velkokapacitní jsme zařadili - Domov pro seniory Trutnov, Domov důchodců a Ústavu sociální péče Česká Skalice, Domov důchodců Dvůr Králové nad Labem a Domov důchodců Tmavý Důl. Mezi malokapacitní jsme zařadili - Domov pro seniory Vrchlabí, Domov pro seniory Pilníkov, Domov důchodců Lampertice a nakonec malé pracoviště Domova pro seniory Trutnov. Dotazníkové šetření jsme uskutečnili v termínu od 30.8. do 1.11.2013.

Před zahájením dotazníkového šetření jsme se osobně sešli s řediteli všech domovů pro seniory, které jsme chtěli do svého výzkumu zapojit. Nejprve jsme jim vysvětlili účel a cíl svého dotazníkového šetření a požádali je o spolupráci a souhlas s provedením šetřením v jejich zařízení. Sebou jsme vždy měli oba dotazníky pro představu náročnosti jejich vyplnění.

Před vyplněním dotazníků jsme každého respondenta ubezpečili, že získané informace budou zpracovány anonymně, jen pro účely naší práce. Náš vzorek zkoumaných osob se skládá ze 120 respondentů, z toho je 52 mužů a 68 žen. Mnoho seniorů projevilo obavy, že dotazníky nezvládnou vyplnit sami, také proto jsme se rozhodli vyplňovat dotazníky s každým zvlášť. Měli jsme tak jistotu, že jednotlivým položkám rozumí. Nejprve jsme jim tedy přečetli instrukce a poté jsme s nimi vyplnili oba dotazníky. Snažili jsme se všem zajistit rovné podmínky.

10.2.2 Typ výzkumu a metody sběru dat

Data jsme získávali pomocí dotazníkového šetření, jednalo se tedy o kvantitativní výzkum. Při volbě vhodných dotazníků jsme vycházeli ze zaměření a cílů naší práce. Chtěli jsme zjišťovat životní spokojenost a kvalitu psychického stavu seniorů žijících v domovech pro seniory. Po konzultaci s vedoucím práce jsme pro náš výzkum zvolili Škálu životnej spokojnosti v starobe. Hodnoty získané z tohoto dotazníku jsme chtěli doplnit tak, abychom lépe zmapovali celkovou kvalitu života seniorů, z tohoto důvodu jsme zvolili ještě dotazník SUPOS 7.

Přístup do každého zařízení nám zprostředkovali sociální pracovníci, kteří nám vybrali vhodné seniory, schopné a ochotné dotazníky s námi vyplnit, šlo tedy o příležitostný výběr.

10.2.3 Použité dotazníky

A) Škála životní spokojenosti ve stáří

První výzkumnou metodou, kterou jsme při dotazníkovém šetření používali, byla standardizovaná Škála životnej spokojnosti v starobe od Teodora Kollárika, Evy Poliakové, Alojze Ritomského. Tato škála vznikla a byla standardizována na Slovensku na vzorku 2 149 osob. Škála poskytuje údaje o míře spokojenosti jednotlivců, která je subjektivním vyjádřením průběhu a charakteru osobní adjustace na složité a zátěžové situace. Dotazník hodnotí tři oblasti, které se na celkové životní spokojenosti podílejí. První oblastí je sebehodnocení, druhou postoj k současné životní etapě a třetí je uspokojení z každodenní činnosti (Kollárik, Poliaková, Ritomský, 1987, 8, 12-13):

1. Pozitivní sebehodnocení – se projevuje příznivým hodnocením sebe samého v následujících attributech: vnější vzhled, nezávislost od ostatních, schopnost zvládat úlohy, které si sám uložím. Přitom není důležité, jaké konkrétní cílové představy jednotlivá osoba spojuje s tou kterou dimenzí, například za jakých konkrétních předpokladů se hodnotí jako užitečná.
2. Optimistický postoj k současné životní etapě – postoj k vlastnímu stáří
3. Uspokojení z každodenních činností – zde se má zjistit stupeň uspokojení z jednotlivých činností bez ohledu na to, jestli šlo například o sociálně žádoucí činnosti nebo o činnosti spojené s velkou aktivitou.

Každá oblast se dá hodnotit samostatně nebo jako součást celkové životní spokojenosti dané sumou všech tří dimenzí. Tímto škála vyjadřuje, jak pozitivně nebo negativně hodnotí určitá osoba svoji celkovou současnou situaci vzhledem na ty možnosti uspokojení, které považuje za relevantní (Kollárik, Poliaková, Ritomský, 1987).

Škála je určena pro osoby vyšších věkových skupin, u žen je to věk nad 55 let, u mužů nad 60, je možné ji však použít i u nižších věkových kategorií. U žen odcházejících do důchodu, u osob připravujících se na odchod do důchodu, případně u osob vyšších věkových kategorií, pracovně ještě aktivních (Kollárik, Poliaková, Ritomský, 1987).

Tuto škálu lze aplikovat skupinově, ovšem je potřebná zvýšená kontrola a v mnohých případech se vyžaduje individuální přístup.

Existují tři verze škály. Verze A má 32 položek, verze B 12 a verze C má 40 položek. Pro naši práci jsme si zvolili nezkrácenou verzi C. Škálu jsme pro účely naší práce přeložili ze slovenštiny do češtiny, abychom ji mohli předložit účastníkům výzkumu.

B) SUPOS 7

SUPOS 7 je sebeposuzovací dotazník, který je možné administrovat individuálně i skupinově. Na přední straně listu respondent zaznamenává stupeň prožívání uvedených pocitů a stavů, které prožívá obvykle. Na zadní straně listu vyplňuje subjektivní potíže.

SUPOS 7 zjišťuje následující komponenty psychického stavu (Mikšík, 1993, 106 – 107):

1. „PE“ = psychická pohoda – pocit spokojenosti, příjemného naladění a příznivého psychického „nažhavení“ provázeného často prožitky euforie a sebedůvěry. Jedná se o to, nakolik se daný jedinec cítí svěžím a spokojeným, psychicky vyrovnaným a klidným, optimistickým a dobře naladěným.
2. „A“ = aktivnost, činorodost – pocity síly a energie spojené s prahnutím po akci. Jedná se o zvýrazněnou pohotovost k aktivní interakci s dynamikou situačních proměnných, definovatelnou takovými kvalitami psychických jevů, jako je činorodost a průbojnost jedince.
3. „O“ = impulzivita, odreagování se – jde o neřízené, spontánní uvolňování energetického napětí a psychických tenzí. Projevuje se náladovostí, obtížným sebeovládáním, výbušností, podrážděností a nekorigovanou agresivitou.
4. „N“ = psychický nepokoj, rozlada – při tomto psychickém napětí člověk prožívá psychické tenze a nenachází ventily pro jejich uvolňování. Jedná se o psychický a motorický neklid, rozmrzelost, nespokojenost, netrpělivost a roztěkanost.
5. „D“ = psychická deprese, pocity vyčerpání – jde o komplex pocitů a stavů, které se vyznačují sníženou pohotovostí k interakci se situačními proměnnými spolu s apatií. Řadíme sem pesimismus, otrávenost, pocity slabosti, zmoženosti a apatii.
6. „U“ = úzkostné očekávání, obavy – astenické prožívání psychického napětí při nejisté, ohrožující situaci, chybí pohotovost k interakci v určitém směru. Jedná se o pocity nejistoty, prožitky psychického napětí, úzkostná nálada, obavy z možných důsledků budoucího apod.
7. „S“ = sklíčenost – pasivní prožívání negativních důsledků psychické zátěže, působení situačních proměnných. Patří sem prožitky, které lze vyjádřit adjektivy jako smutný, osamělý, přecitlivělý nebo nešťastný.

10.2.4 Statistické zpracování dat

Potřebné výpočty jsme prováděli pomocí počítačového programu SPSS Statistics. Statistické metody, které jsme použili - Pearsonův korelační koeficient, Spearmanův korelační koeficient, t-test s rovností rozptylů, Leveneho test pro rovnost rozptylů, Kolmogorovův-Smirnovův test.

Nejprve jsme pomocí Kolmogorovova-Smirnovova testu otestovali normální rozložení hodnot, abychom zjistili, zda pro výpočty musíme zvolit parametrické či neparametrické metody. Pokud hodnoty neměly normální rozložení, použili jsme pro výpočty korelací Spearmanův test. Pokud hodnoty měly normální rozložení, použili jsme Pearsonovy korelace.

Pomocí Pearsonova nebo Spearmanova korelačního koeficientu jsme tedy zjišťovali, zda spolu rozdíly v naměřených hodnotách korelují (Reiterová, 2009).

V případech, kdy jsme potřebovali zjistit významnost rozdílu dvou průměrů, jsme použili Studentovy t-testy. Před výběrem vhodného t-testu bylo nutné pomocí Leveneho testu vypočítat, zda byla dodržena podmínka rovnosti rozptylů (Reiterová, 2009).

10.3 Zkoumaný soubor

Náš výběrový soubor tvoří 120 respondentů, převahu mají ženy, kterých je 68, mužů je 52. Průměrný věk žen v souboru je 78,7 roků, průměrný věk mužů je 80 let. V Domově pro seniory Trutnov žije 11 respondentů, 22 v Domově důchodců ve Dvoře Králové nad Labem, 14 seniorů je z Domova pro seniory v České Skalici, 13 žije v Domově pro seniory ve Vrchlabí, 18 seniorů bydlí v Domově pro seniory Pilníkov, v Domově důchodců Tmavý Důl žije 17 seniorů z našeho výzkumu, 19 seniorů bydlí v Domově důchodců Lampertice a nakonec 6 seniorů žijících v menší budově Domova pro seniory Trutnov. Různé počty seniorů z jednotlivých zařízení jsou ovlivněny tím, že celá řada obyvatel nebyla ze zdravotních důvodů sociální pracovníci doporučena k vyplnění dotazníků, řada seniorů neměla zájem o spolupráci.

Další údaje, které jsme v průběhu dotazníkovému šetření získali:

- a) Vzdělání: 59 respondentů má dokončené základní vzdělání, 12 respondentů má středoškolské vzdělání, 9 je vyučeno s maturitou, 38 vyučeno bez maturity, pouze 2 senioři mají dokončené vysokoškolské vzdělání.
- b) Rodinný stav: ženatých je 8 respondentů, vdaných je 7 seniorek, 32 je vdovců a 54 vdov, rozvedených je 10 respondentů a 4 respondentky, svobodní byli po celý život 3 senioři a 2 seniorky.

- c) Subjektivní zdravotní stav: 47 respondentů uvedlo, že má větší zdravotní obtíže, 59 odpovědělo, že má malé zdravotní obtíže a 13 respondentů se označilo za zdravé, jako vážně nemocný se cítil 1 senior

Domov pro seniory v České Skalici zahájil provoz v roce 2001. Celý areál byl stavěn jako budoucí sídlo domova pro seniory, již od začátku bylo myšleno na všechny důležité detaily. Pro pohodlí seniorů zde bylo vystavěno 28 jednolůžkových, 30 dvoulůžkových pokojů a jen 3 čtyřlůžkové pokoje. Zřizovatelem zařízení je Královéhradecký kraj. Celková kapacita domova pro seniory je 97 míst (Domovy na Třešňovce Česká Skalice, nedat.).

Domov pro seniory Vrchlabí je příspěvkovou organizací Královéhradeckého kraje. Hlavním účelem a předmětem činnosti zařízení je poskytování sociálních služeb v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Kapacita zařízení je 68 lůžek (Domov pro seniory Vrchlabí, nedat.).

Domov pro seniory Trutnov je pobytová sociální služba. Tento domov pro seniory má dvě oddělená pracoviště, každé se nachází v jiné části města. Kapacita většího pracoviště je 93 lůžek. Menší pracoviště má kapacitu 31 lůžek. Provoz byl zahájen v roce 2009, domov funguje celý rok. Většina pokojů je dvoulůžkových s vlastním sociálním zařízením (Domov pro seniory Trutnov, 2011).

Domov důchodců Dvůr Králové nad Labem byl uveden do provozu v roce 2000. Celková kapacita zařízení je 80 lůžek, obyvatelé zde žijí ve 12 jednolůžkových, 12 dvoulůžkových a 12 tří a více lůžkových pokojích (Domov důchodců Dvůr Králové nad Labem, nedat.).

Domov důchodců Lampertice má celkovou kapacitu 63 lůžek. Ubytování je možné na pokojích dvoulůžkových nebo třílůžkových, k dispozici je jen jeden jednolůžkový pokoj (Domov důchodců Lampertice, nedat.).

Budova Domova pro seniory Pilníkov byla postavena již v roce 1907 a od roku 1912 fungovala jako domov pro přestárlé, práce neschopné, postižené ženy. Za dobu své stoleté existence prošla budova rekonstrukcí a řadou změn, ale účel budovy byl od jejího počátku zachován. Kapacita domova je nyní 42 lůžek. Seniori jsou ubytováni ve dvoulůžkových, třílůžkových nebo vícelůžkových pokojích (Domov pro seniory Pilníkov, nedat.).

Domov důchodců Tmavý Důl nabízí kapacitu 100 lůžek a je tak jedním z největších domovů důchodců v Trutnovském okrese. Budova slouží jako domov důchodců od roku 1970. Celý areál se nachází uprostřed lesů (Domov důchodců Tmavý Důl, nedat.).

10.4 Symbolika výsledkové části

Ve výsledkové části se nacházejí tyto symboly u popisu souboru:

VZD – vzdělání

RS – rodinný stav

ZS – zdravotní stav

Symboly u SUPOSU 7:

PE – psychická pohoda

A – aktivnost, činnost

O – impulzivita, odreagování se

N – psychický nepokoj, rozlada

U – úzkostné očekávání, obavy

D – psychická deprese, pocity vyčerpání

S – sklíčenost

SUPOS celkem – celková kvalita psychického stavu

Symboly u dotazníku Škála životnej spokojnosti v starobe:

SE - sebehodnocení

PO – postoj k současné životní etapě

USP – uspokojení z každodenní činnosti

ŽSS celkem – suma životní spokojenost ve stáří, celková životní spokojenost

11. Výsledky studie

Následující kapitoly jsou věnovány výsledkům studie. Vyhodnotili jsme oba dotazníky a v další práci jsme postupovali podle výše stanovených cílů a hypotéz.

11.1 Základní výstupy dotazníku SUPOS 7

Po vyhodnocení dotazníků SUPOS 7, jsme získané hrubé skóry od každého respondenta zapsali do tabulek. Vypočítali jsme průměry v jednotlivých komponentách u mužů a žen. Tyto hodnoty jsme převedli na hodnoty proporcionálního zastoupení jednotlivých komponent.

Tab č. 1: Průměrné hodnoty SUPOS 7

	PE	A	O	N	U	D	S
Muži	6,769	3,846	2,865	3,596	3,327	3,769	3,731
Ženy	6,529	4,147	2,353	3,735	3,647	3,706	4,559

Výpočty muži:

$$6,769+3,846+2,865+3,596+3,327+3,769+3,731 = 27,903$$

$$\text{PE: } 6,769: 27,903 = 0,243$$

$$\text{A: } 3,846: 27,903 = 0,138$$

$$\text{O: } 2,865: 27,903 = 0,103$$

$$\text{N: } 3,596: 27,903 = 0,129$$

$$\text{U: } 3,327: 27,903 = 0,119$$

$$\text{D: } 3,769: 27,903 = 0,135$$

$$\text{S: } 3,731: 27,903 = 0,134$$

Tab č. 2: Proporcionalní zastoupení jednotlivých komponent SUPOS 7 u mužů

	PE	A	O	N	U	D	S
Muži	0,243	0,138	0,103	0,129	0,119	0,135	0,134

Výpočty ženy:

$$6,529+4,147+2,353+3,735+3,647+3,706+4,559 = 28,676$$

$$\text{PE: } 6,529: 28,676 = 0,228$$

$$\text{A: } 4,147: 28,676 = 0,145$$

$$\text{O: } 2,353: 28,676 = 0,082$$

N: 3,735: 28,676 = 0,130

U: 3,647: 28,676 = 0,127

D: 3,706: 28,676 = 0,129

S: 4,559: 28,676 = 0,159

Tab č. 3: Proporcionální zastoupení jednotlivých komponent SUPOS 7 u žen

	PE	A	O	N	U	D	S
Ženy	0,228	0,145	0,082	0,130	0,127	0,129	0,159

S normami SUPOS 7 je možné pracovat bez ohledu na věk. V následující tabulce vidíme srovnání naměřených průměrných hodnot s normami SUPOS 7 a směrodatné odchylky těchto hodnot. Připojené grafy znázorňují vztahy těchto hodnot.

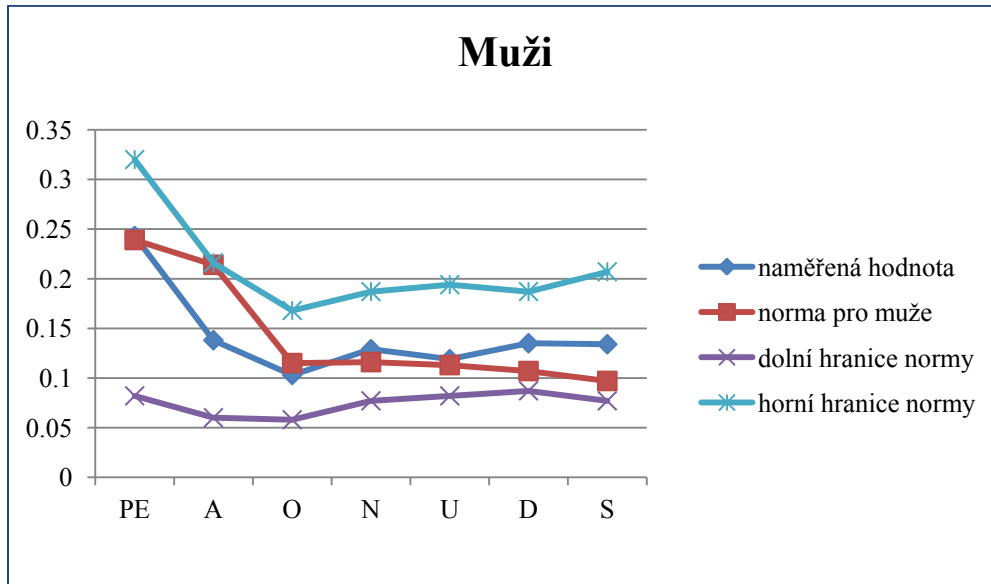
Tab č. 4: Naměřené hodnoty SUPOS 7 u mužů a žen ve vztahu k normám

		Muži				Ženy					
Komponenta	naměřená hodnota	norma pro muže	SD	dolní hranice normy	horní hranice normy	Komponenta	naměřená hodnota	norma pro ženy	SD	dolní hranice normy	Horní hranice normy
PE	0,243	0,239	0,119	0,082	0,32	PE	0,228	0,205	0,098	0,134	0,33
A	0,138	0,214	0,078	0,06	0,216	A	0,145	0,186	0,077	0,072	0,226
O	0,103	0,115	0,055	0,058	0,168	O	0,082	0,115	0,051	0,028	0,13
N	0,129	0,116	0,055	0,077	0,187	N	0,130	0,13	0,048	0,075	0,171
U	0,119	0,113	0,056	0,082	0,194	U	0,127	0,125	0,049	0,093	0,191
D	0,135	0,107	0,05	0,087	0,187	D	0,129	0,123	0,053	0,074	0,18
S	0,134	0,097	0,065	0,077	0,207	S	0,159	0,117	0,058	0,09	0,206

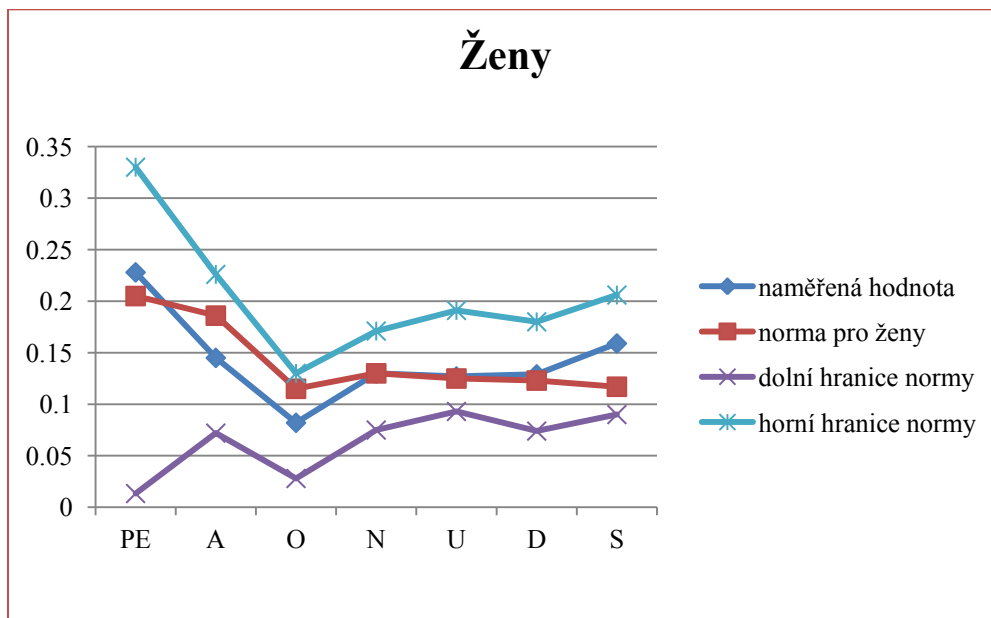
Z obou následujících grafů je zřejmé, že naměřené hodnoty nepřekračují normy pro běžnou populaci. Z hodnot vidíme, že muži se nejvíce liší od normy v dimenzích A, D a S. Jejich činorodost je tedy o něco nižší než u mužů ze standardního vzorku. Psychické vyčerpání a sklíčenost jsou u našeho souboru mužů vyšší než u standardního souboru mužů. Ženy se od normy liší nejvíce v dimenzích A, O a S. Jejich činorodost a impulzivita je nižší

než u žen ve standardním souboru. Sklíčenost je u žen z našeho souboru vyšší než u žen ze standardního souboru.

Graf č. 1: Naměřené hodnoty SUPOS 7 u mužů vzhledem k normám



Graf č. 2: Naměřené hodnoty SUPOS 7 u žen vzhledem k normám



11.2 Základní výstupy Škály životnej spokojnosti v starobe

V tomto oddílu se budeme zabývat výsledky našeho souboru ve třech dimenzích ŽSS.

N 3 ženy celkem

N 4 muži celkem

n počet probandů jednotlivých vzorků

Tab č. 5: Pozitivní sebehodnocení

Vzorek	N3	N3	N4	N4
	(n=68)	(n=68)	(n=52)	(n=52)
Interval	množství	%	množství	%
0 – 3	16	24%	6	11%
4 – 7	25	37%	20	39%
8 – 11	19	28%	17	33%
12 – 15	8	12%	9	17%

Jde o jednu ze tří dimenzí Škály životnej spokojnosti v starobe. Maximální počet bodů, kterého lze v této dimenzi dosáhnout, je 15. Na základě hodnot, uvedených v prvních dvou intervalech, dosáhla spíše nižšího pozitivního sebehodnocení nadpoloviční většina žen (n=41). Polovina mužů (n=26) skórovala v prvních dvou intervalech dimenze, druhá polovina mužů (n=26) skórovala v druhých dvou intervalech dimenze pozitivního sebehodnocení. Nejvyššího pozitivního sebehodnocení dosáhlo jen 17 probandů z celého souboru (n=120).

Tab č. 6: Optimistický postoj k životní etapě

Vzorek	N3	N3	N4	N4
	(n=68)	(n=68)	(n=52)	(n=52)
Interval	množství	%	množství	%
0 – 2	3	4%	1	2%
3 – 5	14	21%	5	10%
6 – 8	17	25%	6	11%
9 – 11	13	19%	23	44%
12 – 14	15	22%	14	27%
15 – 16	6	9%	3	6%

V dimenzi označené jako optimistický postoj k životní etapě lze dosáhnout 16 bodů. Nadpoloviční většina mužů skórovala ve třech vyšších intervalech dimenze. Objevuje se u nich tedy spíše optimistický postoj k životní etapě. Polovina žen (n=34) skórovala ve třech nižších intervalech dimenze a druhá polovina žen (n=34) skórovala ve třech vyšších intervalech dimenze.

Tab č. 7: Uspokojení z každodenní činnosti

Vzorek	N3 (n=68)		N4 (n=52)	
	množství	%	množství	%
0 – 1	16	24%	10	19%
2 – 3	26	38%	17	33%
4 – 5	16	24%	17	33%
6 – 7	5	7%	6	11%
8 – 9	5	7%	2	4%

Z devíti možných bodů, které lze v této dimenzi získat, dosáhlo horní hranice 7 probandů z celého souboru. Nadpoloviční většina probandů v obou souborech skórovala v prvních dvou intervalech dimenze. Z výsledků je tedy patrné, že uspokojení z každodenní činnosti není u obyvatel domovů pro seniory příliš vysoké. Více seniorů je spíše neuspokojeno.

11.3 Normalita rozložení

Nejprve jsme pomocí Kolmogorovova-Smirnovova testu zjišťovali, zda hodnoty, se kterými budeme počítat, mají nebo nemají normální rozložení, abychom zjistili, zda budeme pro výpočty používat parametrické nebo neparametrické metody.

Tab č. 8: Kolmogorovův-Smirnovův test

SUPOS 7	Kolmogorovův-Smirnovův test							celkem
	PE	A	O	N	U	D	S	
p-hodnoty	0,138	0,024	0,002	0,045	0,099	0,004	0,006	0,909

Nejprve jsme pomocí Kolmogorovova-Smirnovova testu otestovali normální rozložení hodnot, abychom zjistili zda pro výpočty musíme zvolit parametrické či neparametrické metody. V případě SUPOSU 7 dimenze A, O, N, D, S nemají normální rozložení, pro výpočty

korelací budeme používat Spearmanův test. Dimenze PE, U a suma SUPOS 7 mají normální rozložení a můžeme tedy použít Pearsonovy korelace.

Tab č. 9: Kolmogorovův-Smirnovův test

	Kolmogorovův-Smirnovův test			
ŽSS	SE	PO	USP	Celkem
p-hodnoty	0,081	0,212	0,003	0,285

Pomocí Kolmogorovova-Smirnovova testu jsme zjistili, že dimenze Sebepojetí, Postoj k životní etapě a suma Škály životnej spokojnosti v starobe mají normální rozložení a pro výpočty korelací budeme moci použít Pearsonovy korelace. Dimenze Uspokojení z každodenní činnosti nemá normální rozložení, proto použijeme Spearmanův test.

Tab č. 10: Kolmogorovův-Smirnovův test

	Kolmogorovův-Smirnovův test	
Ženy	Supos celkem	ŽSS celkem
p-hodnoty	0,926	0,762

Pomocí Kolmogorovova-Smirnovova testu jsme zjistili, že suma SUPOSU 7 i suma Škály životnej spokojnosti v starobe u souboru žen mají normální rozložení a pro výpočty budeme moci použít t-testy.

Tab č. 11: Kolmogorovův-Smirnovův test

	Kolmogorovův-Smirnovův test	
Muži	Supos celkem	ŽSS celkem
p-hodnoty	0,853	0,341

Pomocí Kolmogorovova-Smirnovova testu jsme zjistili, že suma SUPOSU 7 i suma Škály životnej spokojnosti v starobe u souboru mužů mají normální rozložení a pro výpočty budeme moci použít t-testy.

Tab č. 12: Kolmogorovův-Smirnovův test

	Kolmogorovův-Smirnovův test	
Malokapacitní	Supos celkem	ŽSS celkem
p-hodnoty	0,764	0,573

Pomocí Kolmogorovova-Smirnovova testu jsme zjistili, že suma SUPOSU 7 i suma Škály životnej spokojnosti v starobe u celého souboru seniorů žijících v malokapacitních domovech pro seniory mají normální rozložení a pro výpočty budeme moci použít t-testy.

Tab č. 13: Kolmogorovův-Smirnovův test

	Kolmogorovův-Smirnovův test	
Velkokapacitní	Supos celkem	ŽSS celkem
p-hodnoty	0,960	0,531

Pomocí Kolmogorovova-Smirnovova testu jsme zjistili, že suma SUPOSU 7 i suma Škály životnej spokojnosti v starobe u celého souboru seniorů žijících ve velkokapacitních domovech pro seniory mají normální rozložení a pro výpočty budeme moci použít t-testy.

Tab č. 14: Kolmogorovův-Smirnovův test

	Kolmogorovův-Smirnovův test	
Celý soubor	věk	ŽSS celkem
p-hodnoty	0,071	0,018

Pomocí Kolmogorovova-Smirnovova testu jsme zjistili, že věk i suma Škály životnej spokojnosti v starobe u celého souboru seniorů mají normální rozložení a pro výpočty budeme moci použít Pearsonovy korelace.

11.4 Srovnání Škály životnej spokojnosti v starobe s normou - ženy

Tab č. 15: Jednovýběrový t-test

Jednovýběrový t-test				
SE	t	df	Sig. (2-stranná)	Průměrný rozdíl
	-8,612	67	0,000	-3,730

Na základě jednovýběrového t-testu ($t_{67} = -8,612$; $p < 0,001$) jsme zjistili, že průměrné skóre dimenze SE u žen-seniorek v našem vzorku ($M=6,75$) je statisticky signifikantně nižší než průměrné skóre žen ve standardním souboru ($M=10,48$). Pozitivní sebehodnocení žen z našeho souboru je tedy nižší než sebehodnocení žen ve standardním souboru.

Tab č. 16: Jednovýběrový t-test

Jednovýběrový t-test				
PO	t	df	Sig. (2-stranná)	Průměrný rozdíl
	-3,385	67	0,001	-1,563

Na základě jednovýběrového t-testu ($t_{67} = -3,385$; $p = 0,001$) jsme zjistili, že průměrné skóre dimenze PO u žen-seniorek v našem vzorku ($M=8,65$) je statisticky signifikantně nižší než průměrné skóre žen ve standardním souboru ($M=10,21$). Postoj k životní etapě je tedy u žen z našeho souboru horší než u žen ve standardním souboru.

Tab č. 17: Jednovýběrový t-test

Jednovýběrový t-test				
USP	t	df	Sig. (2-stranná)	Průměrný rozdíl
	-5,775	67	0,000	-1,570

Pomocí jednovýběrového t-testu ($t_{67} = -5,775$; $p < 0,001$) jsme zjistili, že průměrné skóre dimenze USP u žen-seniorek v našem vzorku ($M=3,25$) je statisticky signifikantně nižší než průměrné skóre žen ve standardním souboru ($M=4,82$). Uspokojení z každodenní činnosti u žen z našeho souboru je tedy nižší než u žen ve standardním souboru.

Tab č. 18: Jednovýběrový t-test

Jednovýběrový t-test				
ŽSS celkem	t	df	Sig. (2-stranná)	Průměrný rozdíl
	-7,028	67	0,000	-6,853

Na základě jednovýběrového t-testu ($t_{67} = -7,028$; $p < 0,001$) jsme zjistili, že průměrné skóre celkové životní spokojenosti u žen-seniorek v našem vzorku ($M=18,65$) je statisticky signifikantně nižší než průměrné skóre žen ve standardním souboru ($M=25,50$). Celková

spokojenost žen z našeho souboru je nižší než celková spokojenost žen ve standardním souboru.

11.5 Srovnání Škály životnej spokojnosti v starobe s normou - muži

Tab č. 19: Jednovýběrový t-test

Jednovýběrový t-test				
SE	t	df	Sig. (2-stranná)	Průměrný rozdíl
	-5,782	51	0,000	-2,908

Pomocí jednovýběrového t-testu ($t_{51} = -5,782$; $p < 0,001$) jsme zjistili, že průměrné skóre dimenze SE u mužů-seniorů v našem vzorku ($M=7,46$) je statisticky signifikantně nižší než průměrné skóre mužů ve standardním souboru ($M=10,37$). Pozitivní sebehodnocení mužů z našeho souboru je tedy nižší než pozitivní sebehodnocení mužů ze standardního souboru.

Tab č. 20: Jednovýběrový t-test

Jednovýběrový t-test				
PO	t	Df	Sig. (2-stranná)	Průměrný rozdíl
	-1,977	51	0,053	-0,860

Na základě jednovýběrového t-testu ($t_{51} = -1,977$; $p = 0,053$) jsme zjistili, že není rozdíl mezi průměrným skóre dimenze PO u mužů-seniorů v našem vzorku ($M=10,00$) a průměrným skóre mužů-seniorů ve standardním souboru ($M=10,86$). Postoj k životní etapě mají muži z našeho souboru stejný jako muži ze standardního souboru.

Tab č. 21: Jednovýběrový t-test

Jednovýběrový t-test				
USP	t	df	Sig. (2-stranná)	Průměrný rozdíl
	-5,581	51	0,000	-1,645

Pomocí jednovýběrového t-testu ($t_{51} = -5,581$; $p < 0,001$) jsme zjistili, že průměrné skóre dimenze USP u mužů-seniorů v našem vzorku ($M=3,62$) je statisticky signifikantně nižší než průměrné skóre mužů ve standardním souboru ($M=5,26$). Uspokojení z každodenní činnosti je u mužů z našeho souboru nižší než uspokojení z každodenní činnosti u mužů ze standardního souboru.

Tab č. 22: Jednovýběrový t-test

Jednovýběrový t-test				
ŽSS celkem	t	df	Sig. (2-stranná)	Průměrný rozdíl
	-5,130	51	0,000	-5,323

Na základě jednovýběrového t-testu ($t_{51} = -5,130$; $p < 0,001$) jsme zjistili, že průměrné skóre celkové životní spokojenosti u mužů-seniorů v našem vzorku ($M=21,08$) je statisticky signifikantně nižší než průměrné skóre mužů ve standardním souboru ($M=26,40$). Celková životní spokojenost u mužů z našeho souboru je nižší než celková životní spokojenost mužů ze standardního souboru.

11.6 Vybrané korelace Škály životnej spokojnosti v starobe

Tab č. 23: Korelace - ŽSS celkem a dimenze SUPOS 7

		PE	U	Supos celkem
ŽSS celkem	Pearsonova korelace	0,668**	-0,568**	-0,735**
	Sig. (2-stranná)	0,000	0,000	0,000

Pomocí Kolmogorovova-Smirnovova testu jsme zjistili, že pouze dimenze PE, U a suma SUPOS 7 mají normální rozložení, pro výpočty korelací jsme v těchto případech použili Pearsonovy korelace.

Z tabulky je patrné, že mezi celkovou životní spokojeností (ŽSS celkem) a dimenzemi PE ($r = 0,668$; $p < 0,001$) a U ($r = -0,568$; $p < 0,001$) je vysoce signifikantní korelace na hladině významnosti $\alpha=0,01$. Vysoce signifikantní korelace je i mezi celkovou životní spokojeností (ŽSS celkem) a celkovou kvalitou psychického stavu ($r = -0,735$; $p < 0,001$). Se zvyšující se celkovou životní spokojeností roste psychická pohoda a klesá úzkostné očekávání. S rostoucí životní spokojeností roste i kvalita psychického stavu.

Tab č. 24: Korelace - ŽSS celkem a dimenze SUPOS 7

		A	O	N	D	S
ŽSS celkem	Korelační koeficient	0,557**	-0,077	-0,475**	-0,598**	-0,695**
	Sig. (2-stranná)	0,000	0,402	0,000	0,000	0,000

Pomocí Kolmogorovova-Smirnovova testu jsme zjistili, že dimenze A, O, N, D, S nemají normální rozložení, pro výpočty korelací jsme v těchto případech použili Spearmanovy korelace.

Z tabulky je patrné, že mezi celkovou životní spokojeností a dimenzemi A ($\rho = 0,557$; $p < 0,001$), N ($\rho = -0,475$; $p < 0,001$), D ($\rho = -0,598$; $p < 0,001$), S ($\rho = -0,695$; $p < 0,001$) je vysoce signifikantní korelace na hladině významnosti $\alpha=0,01$. Se zvyšující se celkovou životní spokojeností roste činnost, klesá impulzivita, psychický nepokoj, psychická deprese a sklíčenost.

11.7 Vybrané korelace sumy SUPOS 7

Tab č. 25: Korelace - SUPOS 7 celkem a dimenze ŽSS

		SE	PO
Supos celkem	Pearsonova korelace	-0,531**	-0,703**
	Sig. (2-stranná)	0,000	0,000

Pomocí Kolmogorovova-Smirnovova testu jsme zjistili, že dimenze Sebepojetí, Postoj k životní etapě mají normální rozložení a pro výpočty korelací budeme moci použít Pearsonovy korelace.

Z tabulky je patrné, že mezi celkovou kvalitou psychického stavu (Supos celkem) a dimenzemi SE ($r = -0,531$; $p < 0,001$) a PO ($r = -0,703$; $p < 0,001$) je vysoce signifikantní korelace na hladině významnosti $\alpha=0,01$. Se zvyšující se kvalitou psychického stavu roste sebehodnocení a postoj k současné životní etapě.

Tab č. 26: Korelace - SUPOS 7 celkem a dimenze ŽSS

		USP
Supos celkem	Korelační koeficient	-0,608**
	Sig. (2-stranná)	0,000

Pomocí Kolmogorovova-Smirnovova testu jsme zjistili, že dimenze USP nemá normální rozložení, pro výpočty korelací jsme v tomto případě použili Spearmanovy korelace.

Z tabulky je patrné, že mezi celkovou kvalitou psychického stavu (Supos celkem) a dimenzí USP ($\rho = -0,608$; $p < 0,001$) je vysoce signifikantní korelace na hladině významnosti $\alpha=0,01$. Se zvyšující se kvalitou psychického stavu roste uspokojení z každodenní činnosti.

11.8 K platnosti hypotéz

Před každou hypotézou uvedeme tabulky, ve kterých jsou zapsány průměrné hodnoty důležité pro konkrétní hypotézy.

H1: Mezi seniory žijícími ve velkokapacitních a malokapacitních domovech existuje statisticky významný rozdíl v celkové životní spokojenosti.

Tab č. 27: Deskriptivní statistiky

	Kapacita zařízení	N	Průměr	Std. odchylka
ŽSS celkem	malokapacitní	56	19,63	8,418
	velkokapacitní	64	19,77	7,415

Průměrná hodnota celkové životní spokojenosti u malokapacitních domovů pro seniory je $\bar{x} = 19,63$. Průměrná hodnota celkové životní spokojenosti u velkokapacitních domovů pro seniory je $\bar{x} = 19,77$. Hodnoty uvedené v této tabulce jsou důležité pro hypotézu H1.

Tab č. 28: Leveneho test pro rovnost rozptylů

ŽSS celkem	Leveneho test pro rovnost rozptylů	
	F	Sig.
Předpokládá rovnost rozptylů	1,042	,309

Pomocí Leveneho testu jsme zjistili, že podmínka stejnosti rozptylů v obou skupinách byla splněna ($p = 0,309$).

Tab č. 29: Dvouvýběrový t-test

T-test pro rovnost průměrů						
					95% Interval spolehlivosti	
t	df	Sig. (2-stranná)	Průměrný rozdíl	Std. chyba rozdílu	Dolní mez	Horní mez
-0,097	118	0,923	-0,141	1,445	-3,002	2,721

Na základě dvouvýběrového t-testu ($t_{118} = -0,097$; $p = 0,923$) zamítáme hypotézu H1. Celková životní spokojenost seniorů ve velkokapacitních a malokapacitních domovech pro seniory se neliší.

H2: Mezi seniory žijícími ve velkokapacitních a malokapacitních domovech existuje statisticky významný rozdíl v celkové kvalitě psychického stavu.

Tab č. 30: Deskriptivní statistiky

	Kapacita zařízení	N	Průměr	Std. odchylka
Supos celkem	malokapacitní	56	31,29	12,713
	velkokapacitní	64	30,83	11,506

Průměrná hodnota celkové kvality psychického stavu u malokapacitních domovů pro seniory je $\bar{x} = 31,29$. Průměrná hodnota celkové kvality psychického stavu u velkokapacitních domovů pro seniory je $\bar{x} = 30,83$. Hodnoty uvedené v této tabulce jsou důležité pro hypotézu H2.

Tab č. 31: Leveneho test pro rovnost rozptylů

Supos celkem	Leveneho test pro rovnost rozptylů	
	F	Sig.
Předpokládá rovnost rozptylů	0,941	0,334

Pomocí Leveneho testu jsme zjistili, že podmínka stejnosti rozptylů v obou skupinách byla splněna ($p = 0,334$).

Tab č. 32: Dvouvýběrový t-test

T-test pro rovnost průměrů						
					95% Interval spolehlivosti	
t	df	Sig. (2-stranná)	Průměrný rozdíl	Std. chyba rozdílu	Dolní mez	Horní mez
0,207	118	0,836	0,458	2,211	-3,921	4,836

Na základě dvouvýběrového t-testu ($t_{118} = 0,207$; $p = 0,836$) zamítáme hypotézu H2. Celková kvalita psychického stavu seniorů ve velkokapacitních a malokapacitních domovech pro seniory se neliší.

H3: Mezi seniory a seniorkami existuje statisticky významný rozdíl v celkové kvalitě psychického stavu.

Tab č. 33: Deskriptivní statistiky

	Pohlaví	N	Průměr	Std. odchylka
Supos celkem	ženy	68	31,32	12,825
	muži	52	30,67	11,029

Průměrná hodnota celkové kvality psychického stavu u žen seniorek je $\bar{x} = 31,32$. Průměrná hodnota celkové kvality psychického stavu u mužů seniorů je $\bar{x} = 30,67$. Hodnoty uvedené v této tabulce jsou důležité pro hypotézu H3.

Tab č. 34: Leveneho test pro rovnost rozptylů

Supos celkem	Leveneho test pro rovnost rozptylů	
	F	Sig.
Předpokládá rovnost rozptylů	2,234	0,138

Pomocí Leveneho testu jsme zjistili, že podmínka stejnosti rozptylů v obou skupinách byla splněna ($p = 0,138$).

Tab č. 35: Dvouvýběrový t-test

T-test pro rovnost průměrů						
					95% Interval spolehlivosti	
t	df	Sig. (2-stranná)	Průměrný rozdíl	Std. chyba rozdílu	Dolní mez	Horní mez
0,292	118	0,771	0,650	2,226	-3,757	5,058

Na základě dvouvýběrového t-testu ($t_{118} = 0,292$; $p = 0,771$) zamítáme hypotézu H3. Mezi seniory a seniorkami neexistuje rozdíl v kvalitě psychického stavu.

H4: Mezi seniory a seniorkami existuje statisticky významný rozdíl v celkové životní spokojenosti.

Tab č. 36: Deskriptivní statistiky

	Pohlaví	N	Průměr	Std. odchylka
ŽSS celkem	ženy	68	18,65	8,041
	muži	52	21,08	7,483

Průměrná hodnota celkové životní spokojenosti u žen seniorek je $\bar{x} = 18,65$. Průměrná hodnota celkové životní spokojenosti u mužů seniorů je $\bar{x} = 21,08$. Hodnoty uvedené v této tabulce jsou důležité pro hypotézu H4.

Tab č. 37: Leveneho test pro rovnost rozptylů

ŽSS celkem	Leveneho test pro rovnost rozptylů	
	F	Sig.
Předpokládá rovnost rozptylů	0,225	0,636

Pomocí Leveneho testu jsme zjistili, že podmínka stejnosti rozptylů v obou skupinách byla splněna ($p = 0,636$).

Tab č. 38: Dvouvýběrový t-test

T-test pro rovnost průměrů						
					95% Interval spolehlivosti	
t	df	Sig. (2-stranná)	Průměrný rozdíl	Std. chyba rozdílu	Dolní mez	Horní mez
-1,690	118	0,094	-2,430	1,438	-5,277	0,417

Na základě dvouvýběrového t-testu ($t_{118} = -1,690$; $p = 0,094$) zamítáme hypotézu H4. Mezi seniory a seniorkami neexistuje rozdíl v celkové životní spokojenosti.

H5: Se stoupajícím věkem statisticky významně klesá celková životní spokojenost všech seniorů.

Tab č. 39: Korelace - věk a ŽSS celkem

		ŽSS celkem
Věk	Pearsonova korelace	-0,182*
	Sig. (2-stranná)	0,023

Pomocí Kolmogorovova-Smirnovova testu jsme zjistili, že věk i suma Škály životnej spokojnosti v starobe u celého souboru seniorů mají normální rozložení a pro výpočty jsme použili Pearsonovy korelace.

Na základě Pearsonova korelačního koeficientu přijímáme hypotézu H5 ($r = -0,182$; $p = 0,023$). Se stoupajícím věkem klesá životní spokojenost.

12. Diskuze

Naše magisterská diplomová práce navazuje na téma naší písemné práce, která nesla název „Kvalita psychického stavu obyvatel žijících v domovech pro seniory“. Opět jsme zjišťovali kvalitu psychického stavu a životní spokojenost seniorů. Zkoumaný soubor jsme rozšířili ze 60 na 120 respondentů. V magisterské diplomové práci jsme se navíc zaměřili na zjišťování životní spokojenosti a kvality psychického stavu seniorů žijících ve velkokapacitních a malokapacitních domovech pro seniory.

Důležitá data jsme získávali pomocí dotazníku SUPOS 7 a Škály životnej spokojnosti v starobe. Dotazník SUPOS 7 jsme použili jako vhodný nástroj, který nám pomohl zjistit celkovou kvalitu psychického stavu seniorů. Uvedená škála byla použita jako adekvátní nástroj vzhledem k tomu, s jakou částí populace jsme při našem výzkumu pracovali.

Před zahájením samotného dotazníkového šetření bylo třeba ujasnit si jednotlivé cíle, jejichž výsledky jsme následně zpracovali v jedenácté kapitole.

Před zahájením výpočtů, které se vztahovaly k plnění jednotlivých cílů práce, bylo nutné otestovat si normální rozložení získaných hodnot. K těmto výpočtům jsme použili Kolmogorovův-Smirnovův test a zjistili jsme, ve kterých případech budeme používat parametrické a kdy neparametrické metody.

Prvním z cílů bylo porovnat profil dimenzí kvality psychického stavu zvlášť u mužů a žen s normou. Zjistili jsme, že námi naměřené hodnoty nepřekračují normy pro běžnou populaci mužů i žen. Porovnáním hodnot jsme zjistili, že muži se nejvíce liší od normy v dimenzích A, D a S. Jejich čínorodost je tedy o něco nižší než u mužů ze standardního vzorku. Psychické vyčerpání a sklíčenost jsou u našeho souboru mužů vyšší než u standardního souboru mužů. Ženy se od normy liší nejvíce v dimenzích A, O a S. Jejich čínorodost a impulzivita je nižší než u žen ve standardním souboru. Sklíčenost je u žen z našeho souboru vyšší než u žen ze standardního souboru.

Dále jsme porovnávali strukturu dimenzí životní spokojenosti u mužů a u žen s normou. Nejprve jsme se zaměřili na ženy. Použitým t-testem byl u dimenze pozitivní sebehodnocení prokázán statisticky významný rozdíl ve srovnání s normou. Zjistili jsme, že pozitivní sebehodnocení žen z našeho souboru je nižší než sebehodnocení žen ve standardním souboru. Ženy během rozhovorů často uváděly, že jsou odkázané na pomoc zaměstnanců domova, některé potřebovaly pomoc při osobní hygieně i jiných běžných denních úkonech. Ke svému vzhledu se jen nerady vyjadřovaly, většinou už jej nehodnotily příliš pozitivně.

Druhou dimenzí životní spokojenosti je optimistický postoj k životní etapě. Použitým t-testem byl u této dimenze prokázán statisticky významný rozdíl ve srovnání s normou. Zjistili jsme, že postoj k životní etapě je u žen z našeho souboru horší než u žen ve standardním souboru. Bohužel stáří a pobyt v domově hodnotila většina žen jako nejsmutnější období jejich života. Život měl pro ženy mnohem větší smysl, když ještě žili jejich manželé nebo dokud alespoň byly doma, kde měly svůj prostor a klid. Největší radostí je pro ženy návštěva jejich dětí nebo vnoučat, radost mají z jakéhokoliv kontaktu s rodinou.

Třetí dimenzí životní spokojenosti je uspokojení z každodenní činnosti. Použitým t-testem byl u této dimenze prokázán statisticky významný rozdíl ve srovnání s normou. Zjistili jsme, že uspokojení z každodenní činnosti je u žen z našeho souboru nižší než u žen ve standardním souboru. Ženy se téměř ve všech domovech pro seniory shodovaly v tom, že jim domov nabízí dostatek činností a programů, které jim pomáhají vyplnit volný čas. Některé ženy ovšem uváděly, že nabízené činnosti a programy výtvarných dílen se podobají spíše zábavě pro děti a z toho důvodu se těchto aktivit nezúčastňují. Navíc pobyt v domově jim ani neumožňuje podílet se na chodu zařízení, vypomáhat v kuchyni, v prádelně nebo na zahradě. Některé ženy by takovou možnost uvítaly.

Na základě předchozích zjištění nás tedy nepřekvapila skutečnost, že celková životní spokojenost žen z našeho souboru je nižší než celková spokojenost žen ve standardním souboru. V žádné z dimenzí na tom ženy z našeho souboru nebyly lépe než ženy ze standardního souboru.

V další části práce jsme porovnávali strukturu dimenzí životní spokojenosti u mužů s normou. Zjistili jsme, že pozitivní sebehodnocení mužů z našeho souboru je nižší než pozitivní sebehodnocení mužů ze standardního souboru. Většina mužů nám odpovídala jen na položené otázky, nemluvili tak jako ženy o své spokojenosti v domově, o sobě.

V případě druhé dimenze životní spokojenosti jsme zjistili, že postoj k životní etapě mají muži z našeho souboru stejný jako muži ve standardním vzorku.

Třetí dimenzí životní spokojenosti je uspokojení z každodenní činnosti. Použitým t-testem byl u této dimenze prokázán statisticky významný rozdíl ve srovnání s normou. Zjistili jsme, že uspokojení z každodenní činnosti je u mužů z našeho souboru nižší než u mužů ve standardním souboru. Faktem je, že s muži jsme mohli mluvit kdykoliv v průběhu dne. Zatímco ženy se během dopoledne účastnily různých aktivit, chodily zpívat nebo malovat, muži zůstávali na pokojích nebo kouřili venku před domovem. Dopolední program v domovech často zahrnuje zpěv, malování, výtvarné dílny nebo cvičení, objevují se také křížovkářské kluby a kluby chytrých hlaviček, které se věnují tréninku paměti. Ne všechny

uvedené aktivity muže zajímají, měli jsme možnost vidět, že je navštěvují spíše ženy. Jen v jednom domově bylo modelování, které navštěvovali naopak spíše muži.

Na závěr jsme zjistili, že celková životní spokojenost u mužů z našeho souboru je nižší než celková životní spokojenost mužů ze standardního souboru.

Rozdílné výsledky souboru žen i mužů ve všech dimenzích životní spokojenosti i v celkové životní spokojenosti oproti normě mohou být způsobeny také tím, že normy byly stanoveny na slovenském vzorku populace a to už v roce 1987. Do vzorku populace navíc nebyli zařazeni pouze obyvatelé domovů pro seniory. „*Podle výsledků Hrabovské z roku 2006 jsou samostatně žijící senioři celkově spokojenější než senioři, kteří žijí v domovech důchodců*“ (Šolcová, 2011). Tato skutečnost tedy mohla naše výsledky také ovlivnit.

Jedním z cílů bylo zjistit souvislosti celkové kvality psychického stavu a jednotlivých dimenzí životní spokojenosti. Zjistili jsme vysoce signifikantní korelaci mezi celkovou kvalitou psychického stavu (SUPOS celkem) a všemi třemi dimenzemi Škály životnej spokojnosti v starobe. Se zvyšující se kvalitou psychického stavu roste sebehodnocení (SE), postoj k současné životní etapě (PO) i uspokojení z každodenní činnosti (USP). Vysoce signifikantní souvislost je i mezi kvalitou psychického stavu a celkovou životní spokojeností (ŽSS celkem). S rostoucí kvalitou psychického stavu roste i životní spokojenost. Spokojenost člověka se životem, se sebehodnocením, spokojenost s náplní každého dne se promítá do kvality psychického stavu. Čím méně negativních emocí člověk prožívá, tím může být spokojenější. Čím více je člověk v pohodě, tím víc si dokáže užívat života.

Dále jsme se snažili zjistit souvislosti celkové životní spokojenosti s jednotlivými dimenzemi kvality psychického stavu. Zjistili jsme vysoce signifikantní korelaci mezi celkovou životní spokojeností a psychickou pohodou (PE), úzkostným očekáváním (U), čínorodostí (A), psychickým nepokojem (N), psychickou depresí (D) a sklíčeností (S). Se zvyšující se celkovou životní spokojeností roste psychická pohoda a čínorodost. Také jsme zjistili, že se zvyšující se celkovou životní spokojeností klesá úzkostné očekávání, psychický nepokoj, psychická deprese a sklíčenost.

Zaměřili jsme se také na srovnání žen a mužů. Nejprve nás zajímalo, zda existují rozdíly v kvalitě psychického stavu mezi muži a ženami. Pomocí dvouvýběrového t-testu jsme zjistili, že mezi seniory a seniorkami neexistuje rozdíl v kvalitě psychického stavu. Zajímali jsme se i o existenci rozdílů v životní spokojenosti mezi muži a ženami. Ani v tomto případě nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl. Již v průběhu dotazníkovém šetření bylo patrné, že se výsledky mužů a žen nebudou příliš lišit. Může to být způsobeno tím, že v domovech pro seniory mají všichni obyvatelé podobné podmínky pro život, stejné

příležitosti pro trávení volného času, pravidla zařízení jsou stanovena shodně pro všechny obyvatele a všem je v rámci možností věnována stejná pozornost od personálu zařízení. Podobných výsledků jako my dosáhli ve svém výzkumu Campbell, Converse a Rodgers, kteří však zkoumali americkou populaci (Campbell, Converse, Rodgers, 1976).

V naší magisterské diplomové práci nás dále zajímalo, zda existují rozdíly v kvalitě psychického stavu nebo v životní spokojenosti seniorů žijících v malokapacitních a velkokapacitních domovech pro seniory. Zjistili jsme, že se celková kvalita psychického stavu u seniorů žijících v malokapacitních a velkokapacitních domovech pro seniory neliší. Rozdíl neexistuje ani v celkové životní spokojenosti seniorů žijících v malokapacitních a velkokapacitních domovech pro seniory. Před zahájením dotazníkového šetření jsme předpokládali, že čím menší bude kapacita domova, tím lepší atmosféra v domově bude. Dále jsme předpokládali osobnější přístup personálu k seniorům žijícím v malokapacitních domovech, protože přece jen je větší naděje, že se v malém domově mezi sebou všichni znají. Všimli jsme si, že v námi navštívených domovech pro seniory nezáleželo na tom, jaká je jejich kapacita, ale na tom, jak senioři vnímají péči, která je jim poskytována. Velmi nespokojení byli senioři v menší budově trutnovského domova pro seniory. Zde to bylo způsobeno velkou neochotou personálu pomoci seniorům s čímkoliv. V průběhu dotazníkového šetření jsme zjistili, že v sedmi z osmi domovů pro seniory, které jsme navštívili, pracuje psycholog. I když je práce psychologa v těchto zařízeních velmi potřebná, frekvence jeho návštěv byla z finančních důvodů ve všech domovech velmi nízká. Domov důchodců Tmavý Důl jako jediný nezaměstnával psychologa vůbec, přitom zde by podle nás byla jeho přítomnost potřebná možná více než jinde. Tento domov je totiž umístěn uprostřed lesů. Autobus k němu zajíždí jen párkrát za den. Terén je navíc tak strmý, že se senioři již bojí vycházet sami někam dál od domova. Senioři v tomto domově více než kde jinde mluvili o smrti. Myslíme si, že nepřítomnost psychologa je velkým nedostatkem tohoto domova. Hlavní podstatou našeho zjištění v případě malokapacitních a velkokapacitních domovů pro seniory bylo, že velikost není to, co zásadním způsobem ovlivňuje životní spokojenost a kvalitu psychického stavu seniorů. To, co selhává, jsou lidé. Bohužel je to právě personál, co starým lidem pobyt v domově mnohdy znepríjemňuje. Záleží také na osobnosti každého jedince, na odolnosti a nezdolnosti seniorů. Životní optimisté se stávají „sluníčky“ domovů pro seniory.

Nakonec nás zajímalo, zda se zvyšujícím se věkem klesá životní spokojenost. Zjistili jsme, že životní spokojenost skutečně se zvyšujícím se věkem klesá. Stejnou hypotézu jsme si stanovili také v naší postupové práci, kde se zhoršující životní spokojenost se zvyšujícím se věkem nepotvrdila. K odlišnému výsledku došlo zřejmě na základě toho, že jsme rozšířili

soubor seniorů ze 60 na 120 osob. Stejných výsledků jako my dosáhli Mroczek a Spiro, kteří zjistili, že přibližně od 70. roku života životní spokojenost mírně klesá (Kačmárová, 2007). Na tomto místě bychom mohli připomenout, že průměrný věk žen v našem souboru je 78,7 roků, průměrný věk mužů je 80 let. V teoretické části naší magisterské diplomové práce se navíc věnujeme změnám, ke kterým ve stáří dochází. Odchod do důchodu, zhoršující se zdravotní stav, smrt blízkého člověka, klesající počty sociálních kontaktů, postupná ztráta soběstačnosti, to vše negativně ovlivňuje životní spokojenost seniorů.

13. Závěr

Veškerá zjištění studie lze shrnout následovně:

- Naměřené hodnoty u kvality psychického stavu nepřekračují normy pro běžnou populaci mužů i žen.
- Skóre všech tří dimenzí životní spokojenosti u žen-seniorek v našem vzorku je statisticky signifikantně nižší než průměrné skóre žen ve standardním souboru. Pozitivní sebehodnocení, postoj k životní etapě i uspokojení z každodenní činnosti je tedy u žen z našeho souboru nižší než u žen ve standardním souboru.
- Celková životní spokojenost žen z našeho souboru je nižší než celková spokojenost žen ze standardního souboru.
- Průměrné skóre dimenzí pozitivní sebehodnocení a uspokojení z každodenní činnosti u mužů-seniorů v našem vzorku je statisticky signifikantně nižší než průměrné skóre těchto dimenzí u mužů ve standardním souboru. Pozitivní sebehodnocení i uspokojení z každodenní činnosti je tedy u mužů z našeho souboru nižší než u mužů ve standardním souboru.
- Celková životní spokojenost mužů z našeho souboru je nižší než celková spokojenost mužů ze standardního souboru.
- Byla prokázána vysoce signifikantní korelace mezi celkovou kvalitou psychického stavu a všemi třemi dimenzemi životní spokojenosti i její celkovou sumou. Se zvyšující se kvalitou psychického stavu roste sebehodnocení, postoj k současné životní etapě, uspokojení z každodenní činnosti i celková životní spokojenost.
- Byla prokázána vysoce signifikantní korelace mezi celkovou životní spokojeností a a šesti dimenzemi kvality psychického stavu i její celkovou sumou. Se zvyšující se celkovou životní spokojeností roste psychická pohoda, činorodost, roste i celková kvalita psychického stavu, klesá úzkostné očekávání, impulzivita, psychický nepokoj, psychická deprese a sklíčenost.
- Celková životní spokojenost seniorů žijících ve velkokapacitních a malokapacitních domovech pro seniory se neliší.
- Celková kvalita psychického stavu seniorů žijících ve velkokapacitních a malokapacitních domovech pro seniory se neliší.
- Z hlediska pohlaví jsme nezjistili významný rozdíl mezi kvalitou psychického stavu mužů a žen. Mezi soubory se neprokázal statisticky významný rozdíl v kvalitě psychického stavu.

- Z hlediska pohlaví jsme nezjistili významný rozdíl mezi celkovou životní spokojeností mužů a žen. Mezi soubory se neprokázal statisticky významný rozdíl v celkové životní spokojenosti.
- Se stoupajícím věkem klesá životní spokojenost.

14. Souhrn

Magisterská diplomová práce nesoucí název „Psychický stav a životní spokojenost obyvatel domovů pro seniory“ je zaměřena na zjištění kvality psychického stavu a životní spokojenosti u obyvatel žijících v domovech pro seniory. Data jsme získávali pomocí dotazníku SUPOS 7 a Škály životnej spokojnosti v starobe.

Teoretická část diplomové práce se skládá z devíti kapitol. V první kapitole se snažíme vymezit pojem stáří, kdy vlastně stáří začíná. Druhá kapitola poukazuje na stárnutí populace, přinášíme v ní konkrétní demografické údaje, které se týkají České republiky. Další kapitola je zaměřena na konkrétní programy, plány, vládní orgány, které se v České republice zabývají stárnutím a jejichž cílem je připravit naši republiku na stárnutí. Ve čtvrté kapitole se spíše kriticky díváme na postoj naší společnosti k českým seniorům. Všimáme si vlivu genderu na život ženy ve stáří.

Spolu s rostoucím věkem se lidské tělo mění, u někoho jsou tyto změny výraznější, objevuje se celá řada nemocí. Cokoliv, co člověk prožívá na těle, odráží se v jeho psychice. Životní změny ve stáří velmi ovlivňují kvalitu života starého člověka. V páté kapitole se tedy věnujeme psychickým, sociálním a tělesným změnám, ke kterým ve stáří dochází. Jedna podkapitola je věnována sexualitě seniorů.

Šestá kapitola se věnuje komunikaci se seniory. Členové personálu v pobytových zařízeních představují mnohdy pro seniory jedinou příležitost ke komunikaci. Je důležité, aby tito lidé v komunikaci se seniory neselehávali, osvojili si vhodné komunikační styly a znali všechny důležité vlivy, které pozitivně ovlivní komunikaci.

V další kapitole se zaměřujeme na péči o seniory v České republice. Kvalita péče o seniory se začala výrazněji zlepšovat až po roce 1989. Do té doby byli staří lidé umístováni v zařízeních, kde nebyl brán ohled na jejich individualitu a nikoho příliš nezajímala kvalita jejich života. S přijetím zákona o sociálních službách v roce 2006 se situace v sociální péči začala zaměřovat i na soběstačnost klientů, kteří by neměli být vnímáni jen jako pasivní příjemci péče. Animace napomáhá kvalitu péče v zařízeních zvyšovat, ageistické tendence, které se bohužel u ošetrovatelského personálu také objevují, ji naopak snižují.

V osmé kapitole a jejích podkapitolách se věnujeme sociálním zařízením a službám, které jsou dnes seniorům poskytovány. Společnost nabízí starým lidem celou řadu sociálních zařízení a služeb, které se jim snaží ulehčit život. Existují pobytová zařízení pro seniory, kteří se o sebe již nedokážou postarat sami, ale i služby, které zajistí starému člověku pomoc, aby mohl žít doma. Kvalita poskytovaných služeb v sociálních zařízeních by měla být co nejvyšší

a mělo by docházet k její kontrole. Kancelář veřejného ochránce práv definovala faktory, které přispívají ke kvalitě života obyvatel žijících v domovech pro seniory.

V poslední kapitole teoretické části se věnujeme definování kvality života, faktorům, které kvalitu života ovlivňují a metodám, kterými může být kvalita života a životní spokojenost zjišťována.

Ve výzkumné části práce jsme použili dotazník SUPOS 7 a Škálu životnej spokojnosti v starobe. SUPOS 7 je dotazník zaměřený na zjišťování kvality psychického stavu. Životní spokojenost, která s psychickým stavem úzce souvisí, jsme zjišťovali pomocí zmiňované škály.

Dotazníky jsme vyplňovali se seniory v Domově pro seniory Vrchlabí, Domově pro seniory Trutnov, Domově důchodců a Ústavu sociální péče Česká Skalice a v Domově důchodců Dvůr Králové nad Labem, dále v Domově pro seniory Pilníkov, Domově důchodců Lampertice, Domově důchodců Tmavý Důl. Dotazníkové šetření jsme uskutečnili v termínu od 30.8. do 1.11.2013.

Dotazníky se nám podařilo administrovat u 120 obyvatel žijících v osmi různých domovech pro seniory. Jelikož jsme se mimo jiné chtěli věnovat rozdílům v kvalitě psychického stavu a životní spokojenosti seniorů žijících v malokapacitních a velkokapacitních domovech pro seniory, našli jsme si čtyři velkokapacitní a čtyři malokapacitní domovy pro seniory.

Desátá kapitola celé práce nese název Metodologický rámec výzkumu, formulujeme zde výzkumné problémy, cíle výzkumu a hypotézy. Dále v této kapitole popisujeme aplikovanou metodiku (která zahrnuje použité dotazníky, v našem případě dotazník SUPOS 7 a Škálu životnej spokojnosti v starobe), statistické zpracování dat, zkoumaný soubor, organizaci a průběh šetření a symboliku výsledkové části.

V jedenácté kapitole uvádíme veškeré výsledky našeho výzkumu. Zjistili jsme, že námi naměřené hodnoty kvality psychického stavu nepřekračují normy pro běžnou populaci mužů i žen.

Výsledky našeho výzkumu prokázaly, že skóre všech tří dimenzí životní spokojenosti u žen-seniorek v našem vzorku je statisticky signifikantně nižší než průměrné skóre žen ve standardním souboru. Pozitivní sebehodnocení, postoj k životní etapě i uspokojení z každodenní činnosti jsou tedy u žen z našeho souboru nižší než u žen ve standardním souboru. Také celková životní spokojenost našich žen je nižší oproti normě.

Co se týká srovnání životní spokojenosti našich mužů s normou, dosáhli jsme podobných výsledků jako u žen. Průměrné skóre dimenzí pozitivní sebehodnocení a

uspokojení z každodenní činnosti u mužů-seniorů v našem vzorku je statisticky signifikantně nižší než průměrné skóre těchto dimenzí u mužů ve standardním souboru. Pozitivní sebehodnocení i uspokojení z každodenní činnosti je tedy u mužů z našeho souboru nižší než u mužů ve standardním souboru. Také celková životní spokojenost mužů z našeho souboru je nižší než celková spokojenost mužů ze standardního souboru.

Zjistili jsme vysoce signifikantní korelaci mezi celkovou kvalitou psychického stavu a všemi třemi dimenzemi Škály životnej spokojnosti v starobe. Se zvyšující se kvalitou psychického stavu roste sebehodnocení, postoj k současné životní etapě i uspokojení z každodenní činnosti. Vysoce signifikantní souvislost je i mezi kvalitou psychického stavu a celkovou životní spokojeností. S rostoucí kvalitou psychického stavu roste i životní spokojenost.

Byla prokázána vysoce signifikantní korelace mezi celkovou životní spokojeností a a šesti dimenzemi kvality psychického stavu i její celkovou sumou. Se zvyšující se celkovou životní spokojeností roste psychická pohoda, čínorodost, roste i celková kvalita psychického stavu, klesá úzkostné očekávání, psychický nepokoj, psychická deprese a sklíčenost.

Naši první hypotézu, která předpokládá, že mezi seniory žijícími ve velkokapacitních a malokapacitních domovech existuje rozdíl v celkové životní spokojenosti, jsme zamítli. Celková životní spokojenost seniorů žijících ve velkokapacitních a malokapacitních domovech pro seniory se neliší.

Druhou hypotézu o existenci rozdílu v kvalitě psychického stavu mezi seniory žijícími ve velkokapacitních a malokapacitních domovech, jsme také zamítli. Zjistili jsme, že se celková kvalita psychického stavu seniorů žijících ve velkokapacitních a malokapacitních domovech pro seniory se neliší.

Zamítli jsme i naši třetí hypotézu, která předpokládá, že mezi seniory a seniorkami existuje rozdíl v celkové kvalitě psychického stavu. Mezi soubory se neprokázal statisticky významný rozdíl v kvalitě psychického stavu.

Čtvrtou hypotézu o existenci rozdílu v celkové životní spokojenosti mezi muži-seniory a ženami-seniorkami jsme také zamítli. Mezi soubory se neprokázal statisticky významný rozdíl v celkové životní spokojenosti.

Poslední pátou hypotézu jsme přijali. Zjistili jsme, že se stoupajícím věkem klesá životní spokojenost.

Další výzkum v dané problematice by mohl sledovat životní spokojenost a kvalitu psychického stavu seniorů ve chvíli, kdy jsou na začátku svého pobytu v domově pro seniory a poté sledovat to samé u stejných seniorů po roce až dvou pobytu v domově. Mohli bychom

tak zjistit, jak moc se kvalita psychického stavu a životní spokojenost seniorů zlepšuje či zhoršuje pobytem v zařízení. Dlouhodobé longitudinální studie by však vzhledem k cílové populaci byly obtížné kvůli očekávané vysoké úmrtnosti účastníků výzkumu.

Seznam použitých zdrojů a literatury:

Monografie a časopisecké zdroje:

Austad, S. N. (1999). *Proč stárneme*. Praha: Mladá fronta.

Breckwoldt, M. et al. (1996). *Gynekologie a porodnictví*. Martin: Osveta.

Brown, I. (1997). *Quality of life for people with disabilities. Models, research and practice*. Cheltenham: Stanley Thornes (Publishers) Ltd.

Campbell, A., Converse, P., Rodgers, W. (1976). *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations and Satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation.

Daimlerová, R. (1993). *Utajená touha: ženy po šedesátce vyprávějí o lásce a sexu*. Praha: MOTTO.

Dienstbier, Z. (2009). *Průvodce stárnutím, aneb, Jak ho oddálit*. Praha: Radix.

Dragomirecká, E., Prajsová, J. (2009). *WHOQOL-OLD*. Praha: Psychiatrické centrum.

Džuka, J. (2013). Reliabilita a validita tradičního a individualizovaného diagnostického nástroje kvality života. *Československá psychologie*.

Emerson, E., Hatton, Ch., Thompson, T., Parmenter, T. R. (2004). *The International Handbook of Applied Research in Intellectual Disabilities*. West Sussex: John Wiley a Sons Ltd

Glosová, D. (2006). *Bydlení pro seniory*. Brno: ERA group.

Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team.

Hamplová, D. (2004). *Životní spokojenost: rodina, práce a další faktory*. Praha: Sociologický ústav AV ČR.

Havelková, B. (2007). *Rovnost v odměňování žen a mužů*. Praha: Auditorium.

Heřmanová, E. (2012). *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství.

Hubinková, Z. a kol. (2008). *Psychologie a sociologie ekonomického chování*. Praha: Grada.

Kačmářová, M. (2007). Osobnost, manželský stav a subjektivní pohoda seniorů. *Československá psychologie*, (51)5, 530-538.

Kalvach, Z. et al. (2004). *Geriatric a Gerontologie*. Praha: Grada Publishing.

Kalvach, Z. et al. (2008). *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing.

- Kollárik, T., Poliaková, E., Ritomský, A. (1987). *Škála životnej spokojnosti v starobe*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.
- Kožený, J., Tišanská L. (2004). Osobnost, anticipovaná sociální opora a adaptace seniorek na stárnutí: test modelu životní spokojenosti. *Československá psychologie*, 27-37.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Langmeier, J., Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie* (2., aktualizované vydání). Praha: Grada Publishing.
- Malíková, E. (2011). *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing.
- Mikšík, O. (1993). *Posuzovací škála SUPOS 7*. Praha: Heuréka Progress.
- Pacovský, V., Heřmanová, H. (1981). *Gerontologie*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství.
- Pacovský, V. (1990). *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum.
- Payne, J. a kol. (2005). *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton.
- Pichaud, C., Thareauová, I. (1998). *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál.
- Pokorná, A. (2010). *Komunikace se seniory*. Praha: Grada Publishing.
- Příhoda, V. (1974). *Ontogeneze lidské psychiky IV*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Reiterová, E. (2009). *Základy statistiky pro studenty psychologie*. Olomouc: FF UP.
- Sheehyová, G. (1999). *Průvodce dospělostí. Šance a úskalí druhé poloviny života*. Praha: Portál.
- Stuart-Hamilton, I. (1999). *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál.
- Sýkorová, D., Chytil, O. et al. (2004). *Autonomie ve stáří*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity.
- Šolcová, I. (2011). Psychosociální aspekty stárnutí. *Československá psychologie*, 154-163.
- Tvaroh, F. (1984). *Všichni stárneme*. Praha: Avicenum.
- Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie*. Praha: Portál.
- Venglářová, M. (2007). *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing.
- Výrost, J., Slaměnik, I. (1998). *Aplikovaná sociální psychologie I*. Praha: Portál.

Zavázalová, H. a kol. (2001). *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum.

Žumárová, M. (2012). *Subjektivní pohoda a kvalita života seniorů*. Prešov: Akcent print.

Elektronické prameny:

Český statistický úřad. (2012). *Gender: Demografie*. Získáno 11. dubna 2013 z http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/kapitola/gender_obyvatelstvo

Český statistický úřad. (2011). *Sčítání lidu, domů a bytů 2011*. Získáno 11. prosince 2013 z <http://vdb.czso.cz/sldbvo/#!stranka=zakladni-vysledky&tu>

Český statistický úřad. (2013). *Seniori ze Sčítání lidu, domů a bytů 2011*. Získáno 12. února 2014 z http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/publ/1417-13-n_2013

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 2, 276-302. Získáno 14. ledna 2013 z http://dipeco.economia.unimib.it/persona/stanca/ec/diener_suh_lucas_smith.pdf

Domov důchodců Dvůr Králové nad Labem. (nedat.). *Základní informace*. Získáno 12. ledna 2012 z <http://www.domovdknl.cz/#>

Domov Důchodců Lampertice. (nedat.). *Služby*. Získáno 26. února 2014 z http://www.ddlampertice.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=48&Itemid=56

Domov důchodců Tmavý Důl. (nedat.). *Domov důchodců Tmavý Důl*. Získáno 26. února 2014 z <http://www.ddtmavydul.cz/>

Domov pro seniory Pilníkov. (nedat.). *Historie*. Získáno 26. února 2014 z <http://www.dpspilnikov.cz/historie/>

Domovy na Třešňovce Česká Skalice. (nedat.). *Základní informace o nás*. Získáno 26. února 2014 z <http://www.domovynatresnovce.cz/?page=onas>

Domov pro seniory Trutnov. (2011). *Základní informace*. Získáno 26. února 2014 z <http://www.domovtrutnov.cz/o-nas/>

Domov pro seniory Vrchlabí. (nedat.). *Základní informace*. Získáno 26. února 2014 z <http://www.domov-vrchlabi.cz/o-nas/zakladni-informace/>

Galloway, S., Bell, D. (2005). *Quality of Life and Well-being: Measuring the Benefits of Culture and Sport: Literature Review and Thinkpiece*. 4-133. Získáno 21. února 2014 z <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/89281/0021350.pdf>

Křenková, R. (2008). *Právní postavení seniorů v České republice*. Získáno 17. ledna 2014 z http://www.insoma.cz/3_8.pdf

Marhánková, J. (2008). Genderové nerovnosti ve stáří: Marginalizace a zvýhodnění žen ve stáří. *Gender, rovné příležitosti*, (8)2, 28-36. Získáno 20. února 2014 z

http://www.genderonline.cz/uploads/009617b14a01d44269742809c2b61c26700cbb66_gendrove-nerovnosti-ve-stari.pdf

Ministerstvo práce a sociálních věcí. (2012). *Informace o realizaci Evropského roku aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity (2012) v České republice*. Získáno 20. února 2014 z http://www.mpsv.cz/files/clanky/15755/Informace_o_realizaci_EY2012.pdf

Ministerstvo práce a sociálních věcí. (2013). *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013-2017*. Získáno 20. února 2014 z http://www.mpsv.cz/files/clanky/14540/NAP_2013-2017_070114.pdf

Ministerstvo práce a sociálních věcí. (2008). *Příprava na stárnutí*. Získáno 10. prosince 2012 z <http://www.mpsv.cz/cs/2856>

Ministerstvo práce a sociálních věcí. (nedat.a). *Registr poskytovatelů sociálních služeb*. Získáno 21. ledna 2014 z http://registr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1393857934401_1

Ministerstvo práce a sociálních věcí. (nedat.b). *Sociální služby – způsoby pomoci*. Získáno 20. února 2014 z <http://www.mpsv.cz/cs/9#sspd>

Ministerstvo práce a sociálních věcí. (2006). *Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb*. Získáno 21. února 2014 z http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf

Myers, D. G., & Diener, E. (1995). Who is Happy? *Psychological science*, 1, 10-17. Získáno 9. března 2014 z <http://www.davidmyers.org/davidmyers/assets/Who.is.Happy.pdf>

Pavot, W., Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5(2). Získáno 9. března 2014 z http://www.ksbe.edu/spi/survey-toolkit/pdf/other_samples/pavot_diener.pdf

Sokačová, L., Králíková, A., & Vávra, M. (2005). *Reprezentace seniorů a seniorek v médiích*. Získáno 21. února 2014 z http://aa.ecn.cz/img_upload/8b47a03bf445e4c3031ce326c68558ae/Reprezentace_senior__a_seniorek_v_m_di_ch_3.pdf

University of Toronto. (nedat.). *Quality of Life Research Unit*. Získáno 9. března 2014 z http://www.utoronto.ca/qol/qol_model.htm

Vavroň, J. (2014). *Synonymum chudoby v Česku? Penze*. Získáno 21. února 2014 z <http://www.novinky.cz/ekonomika/326550-synonymum-chudoby-v-cesku-penze.html>

Veřejný ochránce práv. (2007). *Systematické návštěvy zařízení, v nichž se nacházejí osoby omezené na svobodě*. Získáno 21. ledna 2012 z <http://www.ochrance.cz/>

Vohralíková, L., Rabušic, L. (2004). *Čeští seniori včera, dnes a zítra*. Získáno 12. února 2014 z http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_149.pdf

World health organization. (1997). *WHOQOL – Measuring Quality of Life*. Získáno 27. února 2014 z http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

Seznam příloh

Příloha č. 1: Kopie zadání magisterské diplomové práce

Příloha č. 2: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

Příloha č. 3: Ukázka matice výchozích dat

Příloha č. 1: Kopie zadání magisterské diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2012/2013

Studijní program: Psychologie
Forma: Prezenční
Obor/komb.: Psychologie (PS)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
KNOUKOVÁ Kateřina	V. Nezvala 358, Trumov - Kryblíče	F09287

TÉMA ČESKY:

Psychický stav a životní spokojenost obyvatel domovů pro seniory

NÁZEV ANGLICKY:

Mental state and life satisfaction of residents of homes for the elderly

VEDOUCÍ PRÁCE:

Doc. PhDr. Zdeněk Vtípil, CSc. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Spec. zaměření: K současným ekonomickým, sociálním a psychologickým problémům seniorů v české populaci, Tělesné změny ve stáří, Psychika seniors, Stáří a sociální okolí, Sociální zařízení a služby poskytované seniorům, Životní spokojenost, vymezení, teorie, faktory, měření, Z dosavadních výzkumů k životní spokojenosti seniorů. Cíle práce: 1. Koreláty celkové životní spokojenosti a dimenzi psychického stavu, 2. Komparace dimenzi psychického stavu s normou, 3. Komparace dimenzi životní spokojenosti s normou, 4. Rozdíly v dimenzích životní spokojenosti a proměnných psychického stavu z intersexuálního pohledu, 5. Komparace průměrných životní spokojenosti a psychického stavu z hlediska velikosti domovů pro seniory. Metodika: Škála životní spokojenosti ve stáří (Kollárk et al.), SLPOS 7 (Mikšík). Zkoumaný soubor: 120 respondentů (M+Ž). Formální parametry práce: Viz Bendlová, K. et al. 2011. Statistika: Pearsonův korel. koeficient, Studentův t-test.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

Vágnerová, M. (2012). Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál.
Vágnerová, M. (2007). Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. Praha: Karolinum.
Matoušek, O. (2012). Sociální služby. Praha: Portál.
Matoušek, O. (2012). Sociální práce v praxi. Praha: Portál.
Říčan, P. (2012). Cesta životem. Praha: Portál.
Mlýnková, J. (2012). Péče o staré občany. Praha: Grada.
Tepínková, E. (2005). Geriatrie pro praxi. Praha: Galén.
Dvořáčková, D. (2012). Kvalita života seniorů. Praha: Grada.
Maláková, E. (2012). Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada.
Kolibaš, K., Pedrman, V. (2005). Změny jednání seniorů. Praha: Galén.
Čvečta, R. et al. (2012). Sociální gerontologie. Praha: Grada.
Křivohlavý, J. (2002). Psychologie nemocí. Praha: Grada.
Dosedlová, J., Slováčková, Z. (2008). Předpoklady zdraví a životní spokojenosti. Brno: MST.
Bendlová, K. et al. (2011). Manuál psaní diplomových prací na Katedře psychologie FF UP, Olomouc: UP.
Časopisy: Československá psychologie, periodika vztahující se k sociální politice a péči, elektronické zdroje.

Podpis studenta:

Datum:

Podpis vedoucího práce:

Datum:

Příloha č. 2: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Psychický stav a životní spokojenost obyvatel domovů pro seniory

Autor práce: Kateřina Knotková

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Zdeněk Vtípil, CSc.

Počet stran a znaků: 74

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 69

Abstrakt:

Magisterská diplomová práce je zaměřena na kvalitu psychického stavu a životní spokojenost obyvatel žijících v domovech pro seniory. Práce se skládá ze dvou částí, části teoretické a části výzkumné. Teoretická část se zabývá problematikou stárnutí a stáří, sociálními, tělesnými a psychickými změnami, které se u seniorů objevují. Dále se věnuje komunikaci se seniory, péči o seniory v ČR a problematice sociálních služeb na území České republiky. Poslední kapitola teoretické části práce je zaměřena na kvalitu života. Ve výzkumné části byly použity dva dotazníky a to SUPOS 7 a „Škála životnej spokojnosti v starobe“. Dotazníkové šetření bylo provedeno v osmi domovech pro seniory, celkem se šetření zúčastnilo 120 respondentů. Cílem naší práce bylo zjistit, zda existují rozdíly v životní spokojenosti a kvalitě psychického stavu seniorů žijících ve velkokapacitních a malokapacitních domovech pro seniory. Dále jsme se snažili zjistit rozdíly v životní spokojenosti a kvalitě psychického stavu mezi muži a ženami. Zajímalo nás také, zda se se zvyšujícím věkem zhoršuje životní spokojenost.

Klíčová slova: stárnutí, stáří, senior, změny ve stáří, péče o seniory, kvalita péče, kvalita psychického stavu, životní spokojenost

ABSTRACT OF THESIS

Title: Mental state and life satisfaction of residents of homes for the elderly

Author: Kateřina Knotková

Supervisor: Doc. PhDr. Zdeněk Vtípil, CSc.

Number of pages and characters: 74

Number of appendices: 3

Number of references: 69

Abstract:

The thesis focuses on the quality of mental condition and live satisfaction of residents living in homes for the elderly. The piece consists of two parts. The first part is theoretical and the second part is the research. The theoretical part is based on topics such as aging process, old age in common and signs which are connected with social, physical and mental changes typical for the elderly. The next things which are included in this part are the communication with the elderly, the elderly care in the Czech Republic and the issue of the social service in the territory of the Czech Republic. The last chapter of the theoretical part of the thesis focuses on quality of living. Two kinds of questionnaires were used in the theoretical part. The name of the first one is SUPOS 7 and the second one is „Škála životnej spokojnosti v starobe“. Those surveys were made in eight houses for the elderly and the questionnaire was answered by 120 respondents. The goal of the thesis was the determination if any changes in quality and satisfaction of living of the elderly do exist in both small-scale and large-scale homes for the elderly. The next goal was to find out the difference between men and women and their satisfaction and mental condition. We were also interested in the fact if the increasing age negatively affects the life satisfaction.

Key words: Aging, old age, the changes during the old age, care for the elderly, the quality of care, quality of psychological situation

Příloha č. 3: Ukázka matice výchozích dat

	věk	VZD	RS	ZS	pohlaví	PE	A	O	N	U	D	S	Σ SUPOS	SE	PO	USP	Σ ŽSS
1	82	4	1	4	2	8	8	3	6	4	5	4	30	10	14	4	28
2	90	4	4	2	1	5	0	1	5	3	8	7	43	3	7	2	12
3	75	1	4	2	1	2	0	3	3	6	7	8	49	2	5	2	9
4	96	1	3	4	2	10	7	0	0	0	0	1	8	9	15	5	29
5	73	1	4	4	1	10	7	0	0	0	0	1	8	6	15	8	29
6	82	4	4	3	1	6	1	0	3	1	4	5	30	6	6	2	14
7	67	4	4	2	1	7	1	0	1	2	4	3	26	5	4	1	10
8	84	1	2	3	1	9	7	4	3	3	2	4	24	11	9	5	25
9	75	2	4	3	1	10	10	0	0	0	0	1	5	12	15	5	32
10	85	1	2	3	1	9	4	6	6	6	4	5	38	10	10	3	23
11	88	4	1	3	2	6	1	2	5	4	3	3	34	4	7	2	13
12	87	2	4	3	1	6	2	1	3	3	2	3	28	11	8	3	22
13	88	1	4	3	1	9	3	1	0	0	0	0	13	9	12	7	28
14	85	2	2	3	1	4	2	2	4	4	2	8	38	7	6	1	14
15	66	4	4	2	1	10	9	1	0	2	0	1	9	12	11	4	27
16	81	1	2	2	1	8	3	1	1	3	2	2	22	5	9	5	19
17	74	2	4	2	1	7	8	1	6	7	8	8	39	8	2	2	12
18	74	2	4	3	1	4	9	7	5	6	6	8	43	7	1	1	9
19	82	4	4	2	1	4	8	1	5	5	4	9	36	7	9	2	18
20	71	4	5	3	2	9	4	2	3	3	3	2	24	13	12	5	30
21	88	1	3	2	2	8	3	0	4	1	2	1	21	5	10	4	19
22	68	4	6	3	1	7	8	6	7	7	7	8	44	12	6	3	21
23	82	1	4	3	1	7	3	0	0	3	2	3	22	2	12	3	17
24	82	1	4	3	1	4	0	2	8	7	8	10	55	4	4	4	12
25	77	1	4	2	1	2	5	2	1	2	1	3	26	6	10	2	18
26	89	1	3	3	2	10	8	3	4	3	6	4	26	13	10	9	32
27	80	4	3	4	2	10	0	0	3	3	0	3	23	6	16	3	25
28	83	4	4	3	1	5	2	3	3	3	1	4	31	6	11	2	19
29	69	4	3	2	2	4	3	6	4	0	1	2	30	4	9	7	20
30	74	1	6	2	1	8	5	2	3	2	2	2	22	10	13	7	30
31	78	1	4	3	1	5	0	0	7	7	3	4	40	4	4	2	10
32	86	4	4	3	1	7	2	0	3	3	1	4	26	5	6	2	13
33	78	1	4	3	1	11	12	2	2	3	0	3	11	13	8	8	29
34	89	4	3	3	2	10	2	2	3	2	6	3	28	6	9	4	19
35	77	4	4	3	1	6	2	1	4	3	1	2	27	3	13	4	20
36	89	4	3	2	2	8	2	1	4	4	4	5	32	5	8	1	14
37	82	1	3	4	2	8	5	1	5	4	4	1	26	13	10	8	31
38	80	4	1	3	2	0	0	2	6	7	8	7	54	6	1	0	7
39	80	1	4	3	1	7	0	1	4	4	2	5	33	3	7	4	14
40	72	2	4	2	1	2	4	4	5	2	5	9	43	3	3	1	7