

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav pedagogiky a sociálních studií

Diplomová práce

Bc. Lucie Svobodová

II. ročník – prezenční studium

Obor: Učitelství českého jazyka – učitelství výchovy ke zdraví pro 2. stupeň ZŠ

**Kvalita života seniorů žijících v domově pro seniory
a v penzionu pro seniory na Prostějovsku**

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Pavly Vyhánkové, Ph.D., a použila jsem jen uvedenou literaturu.

V Olomouci dne 2. 4. 2012

Lucie Svobodová

.....

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Lucie Svobodová
Katedra:	Ústav pedagogiky a sociálních studií
Vedoucí práce:	Mgr. Pavla Vyhnálková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2012

Název práce:	Kvalita života seniorů žijících v domově pro seniory a v penzionu pro seniory na Prostějovsku.
Název v angličtině:	Quality of life of seniors living in retirement homes and boarding house for seniors in Prostějov-region.
Anotace práce:	Diplomová práce je zaměřena na seniory, kteří žijí v domově pro seniory a v penzionu pro seniory. Cílem práce bylo zjistit, jaká je subjektivní kvalita života seniorů žijících v těchto ústavních zařízeních.
Klíčová slova:	senior, kvalita života, zdraví, soběstačnost, domov pro seniory, penzion pro seniory
Anotace v angličtině:	My thesis deals thesis focuses on senior citizens who live in the retirement homes and in the boarding house for seniors. My object was to find out, how is the subjective quality of live of seniors living in there institutional device.
Klíčová slova v angličtině:	senior, quality of life, health, self-sufficiency, retirement homes, boarding house for seniors
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1 – Dotazník Příloha 2 – Schéma Maslowovy hierarchie potřeb Příloha 3 – Schéma věkové skladby obyvatelstva v České republice v letech 2010, 2020, 2050 Příloha 4 – Tabulka srovnání funkčních schopností člověka 75letého a 30letého Příloha 5 – Fotografie pořízené v organizacích, kde byl prováděn výzkum
Rozsah práce:	83 stran
Jazyk práce:	Český jazyk

Poděkování

**Děkuji Mgr. Pavle Vyhnákové, Ph.D., za odborné vedení diplomové práce, poskytování cenných rad a materiálových podkladů k práci.
Dále děkuji všem respondentům za ochotu a čas.**

Obsah

Úvod	7
1 Stárnutí a stáří	9
1.1 Definice a periodizace stáří	9
1.2 Demografické aspekty stáří	10
1.3 Vývoj pohledů na stárnutí a stáří.....	12
1.4 Hlavní projevy stárnutí a stáří	12
1.4.1 Fyzické změny	12
1.4.2 Psychické změny	14
1.4.3 Sociální změny	15
1.5 Příčiny stárnutí	16
1.6 Adaptace na stáří	17
1.7 Aktivní životní styl ve stáří	21
2 Potřeby člověka	24
2.1 Proces uspokojování potřeb	24
2.2 Dělení potřeb člověka	25
2.2.1 Fyzické potřeby	25
2.2.2 Psychologické potřeby	26
2.2.3 Sociální potřeby	26
2.2.4 Duchovní potřeby	26
2.3 Komplexní naplňování potřeb v péči o seniora	27
3 Kvalita života	29
3.1. Pojem kvalita života	29
3.2 Kvalita života a potřeby	31
3.2.1 Vnější a vnitřní činitele kvality života	32
3.2.2 Rozsah pojetí kvality života	33
3.3 Měření kvality života	35
3.3.1 Principy měření	35
3.3.2 Nástroje měření Světové zdravotnické organizace	36
4 Ústavní zařízení pro seniory	38
4.1 Obecné aspekty ústavní péče o seniory	38
4.2 Domovy pro seniory	39

4.3 Penziony pro seniory	41
4.4 Úskalí života v domově pro seniory a v penzionu pro seniory	42
5 Výzkumné šetření	44
5.1 Cíle práce a dílčí úkoly	44
5.2 Formulace hypotéz	44
5.3 Metodologie výzkumu	44
5.3.1 Metoda sběru dat	45
5.3.2 Metoda zpracování dat	45
5.4 Charakteristika respondentů	46
5.5 Charakteristika organizace výzkumu	46
5.5.1 Domov důchodců Prostějov, p.o.	46
5.5.2 Penzion pro seniory Trilobit o.p.s.	48
5.6 Zpracování dat	49
5.6.1 Ověřování hypotéz	71
5.7 Shrnutí výzkumu	75
Závěr	77
Použité odborné zdroje	78
Přílohy	83

Úvod

V současné době je obecně známo, že se populace dožívá více let ve srovnání s minulostí. Věk obyvatel se neustále prodlužuje, zejména u populace z rozvinutých zemí a očekává se, že se bude nadále zvyšovat.

Souběžně s věkem se zlepšuje i celkový zdravotní stav lidí. Napomáhá tomu i snaha naší společnosti, zajistit starým lidem podmínky pro prožití smysluplného a zdravého života ve stáří. Snaží se seniorům zajistit takové možnosti, aby se mohli radovat ze života, navzdory svému stáří, které je mnohdy nelítostné. Naše společnost se zajímá o seniory a snaží se starat o jejich celkové zdraví. (Štílec, 2004, s. 9) Zda je konkrétní jedinec v dobré kondici či ne, je také, mimo jiné, ovlivňováno jeho vlastním životním stylem. To, v jakém stavu je naše zdraví i tělo, je zejména připisováno našemu celoživotnímu postoji k sobě samému. V průběhu života se na celé populaci, bez výjimky, doslova podepisují naše stravovací návyky, prostředí, ve kterém žijeme, psychické projevy i fyzická kondice a další. To vše na nás působí, aniž bychom si to uvědomovali a připouštěli. Jedinec, který tuto skutečnost vnímá a od útlého mládí o sebe náležitě pečuje, má mnohem větší pravděpodobnost, že bude jeho život kvalitní i v důchodovém věku. (Štílec, 2004, s. 9)

V dnešní době do důchodu odcházejí relativně zdraví senioři. Je u nich zachovaná mobilita i dobré fyzické a duševní zdraví. Tito jedinci nemají žádné výrazné obtíže postarat se o sebe, a tak mohou zůstat žít ve svém vlastním domově, na který jsou již mnoho let zvyklí a jsou tam spokojeni. To jsou ti nejšťastnější jedinci. Dále jsou tu starší senioři, kteří také zůstanou žít ve vlastním domově, ale jsou již závislí na různém stupni pomoci od svých blízkých a od okolí. Žijí tu však i takoví staří lidé, kteří tolik štěstí neměli a jejich zdravotní stav je natolik špatný, že jsou donuceni hledat si nové bydlení, kde najdou vhodnou profesionální a tolik potřebnou zdravotní a sociální péči.

Nesmíme se však mýlit. Do zdravotnických a zdravotně-sociálních zařízení dnes neodcházejí pouze staří lidé, kteří jsou imobilní a nesoběstační. Je běžné, že se tam setkáme i s relativně zdravými, zachovalými a velmi aktivními jedinci. Tato skupina starších osob si zdravotnická a zdravotně-sociální zařízení zvolila z odlišného důvodu než je špatný stav jejich zdraví. Tento způsob života si vyberou i senioři, kteří nemají svůj byt či dům a nezbyvá jim jiná možnost než se uchýlit do některého ústavního zařízení. Mnohdy tu hraje významnou roli i fakt, že se bojí samoty a izolace od okolí, kterou aspoň z části zaženu odchodem do zařízení, ve kterém budou v kontaktu s lidmi, se svými vrstevníky.

Problematika seniorů mě zajímá již delší dobu, možná je to tím, že mám vytvořený velmi silný vztah ke svým vlastním prarodičům. Trávím s nimi hodně času, a tak jsem měla již několik příležitostí vidět, jaká jsou úskalí života ve stáří a mohu říci, že jich je opravdu mnoho. Často se jedná o těžkosti, které nejsou pro nás - zdravé lidi vůbec žádným problémem. Jednoduše si nedovedeme představit, že taková banální věc může být pro staré lidi výrazně obtížná. Zde je nutné dodat, že se moji prarodiče těší docela dobrému zdraví. Několikrát jsem již přemýšlela nad tím, jak si dovedou poradit senioři, kteří jsou na tom se zdravím a mobilitou daleko hůře.

Toto vše mě inspirovalo k tomu, abych svoji diplomovou práci opět směřovala k této problematice. Má bakalářská práce se také věnovala tématu seniorů a jejich soběstačnosti. Diplomová práce je tentokrát zaměřena na kvalitu života seniorů, kteří žijí v domově pro seniory a v penzionu pro seniory.

Diplomová práce je tvořena teoretickou a praktickou částí. Teoretická část se skládá ze čtyř kapitol, které se věnují tématu stárnutí a stáří, potřebám v životě každého člověka, kvalitou života a ústavním zařízením určeným pro seniory. Praktická část se skládá z jedné kapitoly, která se věnuje výzkumnému šetření.

Cílem práce je zhodnotit, jakou subjektivní kvalitu života si dokázali zachovat senioři, kteří žijí v domově pro seniory a v penzionu pro seniory a jak jsou se sebou ve stáří spokojeni v oblasti fyzického zdraví, prožívání, v oblasti sociálních vztahů a s prostředím, ve kterém žijí. Zajímá mě, zda se budou výsledky nějak výrazněji lišit u seniorů z domova pro seniory a z penzionu pro seniory.

1 Stárnutí a stáří

V následujícím textu se dostáváme k hlavnímu tématu diplomové práce, ve které má ústřední postavení senior.

1.1 Definice a periodizace stáří

Langmeier, Krejčířová (2004, s. 202) vymezují stáří takto: „Pod pojmem stárnutí se zpravidla rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince, jež kulminují v terminálním stádiu a ve smrti.“

Gruberová (1998, s. 5) popisuje stáří takto: „Stáří je posledním ontogenetickým vývojovým obdobím v životě člověka, které v sobě nese pečeť období předcházejících, odpovídá do značné míry stylu života, který člověk žil zejména ve středním věku, ve fázi dospělosti. Je to biologický proces, který je charakterizován tím, že je nezvratný a končí smrtí jedince.“

Vidovičová (2008, s. 52) uvádí: „Společnost můžeme rozdělit na různé věkové stupně či věkové vrstvy (strata), věkové skupiny, kohorty a generace. Věkové stupně rozdělují populaci do širších věkových uskupení, jako je dětství, dospělost a stáří, a jsou využívány pro obecné definice rodinných, pracovních i společenských rolí.“ Při přechodu mezi jednotlivými věkovými stupni dochází k různě výrazným a formálním rituálům. S rostoucí komplexností ve společnosti se jednotlivé věkové stupně dále rozměňují a vnitřně diferencují, přičemž často dochází k rozostřování tranzitivních předělů. (Vidovičová, 2008, s. 52)

Výše uvedené vyvolalo nutnost vnitřně rozlišovat stáří v závislosti na vnímaných odlišnostech v potřebách asistence. V návaznosti na tuto skutečnost se stáří začalo rozlišovat na rané stáří, vlastní stáří a pokročilé stáří. Toto rozdělení může být určováno věkovými intervaly (např. 65 – 74, 75 – 84, 85 a více let). (Vidovičová, 2008, s. 52-53)

Světová zdravotnická organizace navrhla vlastní dělení:

- 45 – 60 let je střední věk,
- 60 – 75 let je rané stáří,
- 75 – 90 let je pokročilý věk, vlastní stáří,
- 90 a více let je vysoký věk neboli dlouhověkost. (Říčan, 2006, s. 332)

„Stáří, to je od kdy je daný jedinec pokládán za starého, je často obtížné jednoznačně vymezit.“ (Gruberová, 1998, s. 8) Stáří zpravidla začíná odchodem do důchodu. (Vymětal,

2003, s. 46) Člověk se stává seniorem při odchodu do starobního důchodu, i když se **chronologický (kalendářní) věk** jeví být ke klasifikaci lidí jako „starých“ problematický i z biologického a psychologického hlediska. (Sýkorová, 2007, s. 47) Zjednodušeně můžeme říci, že se jedná o údaj, který nám přináší informaci o tom, jak je člověk starý. Věk jedince koreluje poměrně slabě s tělesnými změnami, a tak se může stát, že potkáme člověka s typickými znaky starého člověka (například imobilita, vrásčitá, skvrnitá kůže, šedé vlasy), ale tento jedinec může mít pouze 60 let. Chronologický věk nemusí vždy objektivně posoudit stáří dotyčné osoby. (Stuart – Hamilton, 1999, s. 19) Není pro stanovení věkového statusu druhých lidí prvořadým kritériem. Mnohem častěji je brán v potaz jejich fyzický zdravotní stav. (Sýkorová, 2007, s. 48)

Další používanou mírou pro stanovení věku daného jedince je biologický a sociální věk.

Biologické stáří, dochází v něm k biologickým změnám uvnitř organismu každého člověka. Je provázeno celou řadou involučních změn, které jsou mnohdy způsobeny nemocemi, které se objevují především ve vyšším věku. V tomto období nastávají viditelné změny v celkovém vzhledu člověka, ve vnímání a v termoregulaci. Biologický věk poukazuje na skutečný stav fyzického vývoje, na úpadek, zeslabení výkonnosti, schopností a funkcí. (Stuart – Hamilton, 1999, s. 22)

Sociální stáří, jedná se o změnu, o sociální událost, kdy dochází ke změně společenských rolí. Mění se i dosavadní životní styl jedince a dochází také ke změně ekonomického zajištění. Jakmile člověk dosáhne určitého věku, odchází do důchodu.

Lidé jsou odlišní a každý tuto změnu vnímá jinak. Pro někoho je to změna pozitivní, kterou chápe jako odměnu za uplynulý život. Někteří jedinci se s odchodem do důchodu smiřují velmi těžce. Práce pro ně byla v životě tím nejdůležitějším a měli ji rádi. (Stuart – Hamilton, 1999, s. 19)

1.2 Demografické aspekty stáří

V dnešní době v populaci hospodářsky vyspělých států velmi rychle přibývá nejstarší věková skupina nad 85 let včetně dlouhověkých osob dožívajících se 100 let. (Kalvach a kol., 2004, s. 54)

V prehistorických dobách se však stáří, tedy věku 65 let, nedožíval nikdo. „Až do 17. století překročilo 65 let života pravděpodobně jen 1 % populace. Do 19. století se toto číslo zvýšilo přibližně na 4 %. Ve 20. století starší lidé tvořili 12 % západní populace.“ Dnes tvoří zhruba 15 % a v roce 2030 se pravděpodobně bude jednat o 30 %. (Tošnerová, 2009, s. 13)

V tomto století přibývá seniorů rychleji než příslušníků ostatních věkových skupin. Příčiny této situace jsou dvě, z nichž jedna je trvalá, druhá dočasná. První příčina (trvalá) je prodlužování lidského věku. To znamená, že větší procento populace se dožívá šedesátky, sedmdesátky, osmdesátky a tak dále. Druhou příčinou (dočasnou) je snižování porodnosti. Tím pádem mladých lidí přibývá velmi málo a přírůstek seniorů je relativně větší. Očekává se, že tato druhá příčina přestane být platná, až bude dětem z nynějších slabých ročníků 60 a více let, tedy až snížená porodnost doběhne (jako vlna) do senia. Předpokládá se, že se porodnost ustálí tak, že dojde ke stabilizaci počtu obyvatelstva, podobně jako tomu bylo v jiných evropských zemích. (Říčan, 2006, s. 332-333)

V České republice jsou momentálně, z historického hlediska, obyvatelé nejstarší. I nadále však patří k evropskému průměru. Výsledky posledního sčítání lidu nám ukázaly, že v naší republice žijí téměř dva miliony lidí, kteří jsou starší šedesáti let. Jedná se téměř o dvě pětiny z celkového počtu obyvatelstva. Z více než tří pětín jde o jedince v tak zvaném třetím věku, tedy o 60 až 74leté jedince. Fakt, že muži umírají v průměru o šest až osm let dříve než ženy, zřetelně formuje strukturu seniorské populace dle pohlaví a rodinného stavu. Na tisíc 60-64letých žen připadá 865 mužů stejného věku. V kategorii 85letých a starších činí poměr pouze 1000 : 367.

Česká republika se v mnoha demografických charakteristikách velmi výrazně přibližuje k západoevropským zemím a předpokládá se, že intenzitou populačního stárnutí většinu z nich dokonce předčí. (Sýkorová, 2007, s. 40-42)

Sýkorová (2007, s. 42) uvádí: „V závěru dekády se počet šedesátiletých a starších osob u nás pravděpodobně zvýší na 2,3 milionu, za dalších deset let se posune k 2,7 milionu a v polovině tohoto století by Česká republika mohla postoupit na třetí, či dokonce první místo světového žebříčku. Podle projekce Českého statistického úřadu dosáhne podíl starého obyvatelstva do roku 2050 jedné třetiny populace (uvedeno v příloze č. 3).“ Převýší tak minimálně dvaapůlkrát až třiapůlkrát rozsah její dětské složky a poměr ekonomicky nezávislých a závislých osob se pravděpodobně vyrovná. Obyvatelstvo Země se bude dožívat asi o deset let více než v současné době, průměrný věk nejspíše dosáhne čtyřiceti osmi až padesáti let. (Sýkorová, 2007, s. 42)

Sýkorová (2007, s. 42) dále uvádí, že: „Relativně nejdynamičtěji se rozšíří kategorie osob v tak zvaném čtvrtém věku, jejíž osmdesátiletí a starší příslušníci budou tvořit podstatnou část seniorské populace.“

1.3 Vývoj pohledů na stárnutí a stáří

Vznik gerontologie (věda o zdlouhavém procesu stárnutí a stáří) a začátek geriatrie (nauka o chorobách ve stáří) sahá až do starověku. Svě představy o procesu stárnutí a stáří měli již staří Řekové. Aristoteles a Seneca vnímali stáří jako chorobu, která je nevléčitelná. Galén označoval stárnutí za pochod, který je fyziologický, přirozený a je nutné jej odlišit od procesů patologických.

Již po několika staletí můžeme nacházet v knihách, v umění či ve vědě snahy a pokusy zjistit, jaké jsou příčiny stárnutí, stáří a délky života. Zjistit, jak probíhá proces stárnutí a stáří, umět jej pozitivně ovlivnit a zachovat si mládí, je touhou lidstva již dlouhá léta.

Od pochybných pokusů ve středověku, musíme odlišit věrohodné nálezy I. B. Fischera, Ch. W. Hufenlanda, S. B. Botika, I. I. Mečnikova, Ch. Brown – Sequarda, M. Bürgera a mnoha dalších. Svými poznatky velmi významně přispěli k vysvětlení změn, které jsou příčinou nebo průvodním jevem stárnutí a stáří.

Existuje celá řada teorií, které nám předávají informace o tom, co rozhoduje o změnách, které nastupují ihned po narození, pokračují vývojem a zráním každého člověka, tedy individua a končí nálezy, které obecně označujeme a nazýváme jako projev stárnutí a stáří. (Jedlička, 1991, s. 6)

1.4 Hlavní projevy stárnutí a stáří

Každý člověk je jedinečný a svůj život prožívá originálně. I přesto se lze shodnout na významných okamžicích (změnách), které jsou pro lidi, obecně, společné a které přichází s vyšším věkem. Ke změnám dochází v rovině fyzické, psychické i sociální. Je to propojený systém. (Venglářová, 2007, s. 11)

Proces stárnutí a stáří se projevuje morfologickými a funkčními změnami. Dochází k postupnému snižování funkcí (uvedeno v příloze č. 4). (Machová, 2005, s. 236)

1.4.1 Fyzické změny

Změny pojivových tkání

Tím, jak stárneme, snižují se meziobratlové chrupavčité ploténky, a proto se zmenšuje výška lidského těla. Na jejím snižování se také podílí ohýbání páteře v hrudní části. Vazivo začne ztrácet pružnost především kvůli ztrátě pružnosti elastických vláken, orgány, ve kterých jsou tato vlákna obsažena, se stávají tuhými a nepružnými. Dochází k degeneraci chrupavky,

snižuje se chrupavka kloubních ploch a pohyb v kloubech začíná být bolestivý. Kosti ztrácejí pružnost, dochází k jejich odvápnování, především u žen. Kosti jsou ve stáří velmi křehké, a proto často dochází k jejím zlomeninám. Začíná ubývat svalová síla a schopnosti k provozování fyzické práce. Zhoršuje se chůze, která se i zpomaluje. (Machová, 2005, s. 236-237)

Změny smyslových orgánů

Ve stáří dochází ke ztrátě pružnosti čočky, která způsobuje stařeckou dalekozrakost. Další vadou čočky je šedý zákal. Ke změnám dochází i u sluchového orgánu, který zpočátku ztrácí schopnost zachytit vysoké tóny, později i nižší. Často u starých lidí dochází k nedoslýchavosti. Seniorům občas trvá pochopit význam některých slov při poměrně dobrém sluchu, jedná se o psychickou hluchotu. (Machová, 2005, s. 237) Starší lidé mají oslabenou chuť i čich. Dochází ke snižování počtu chuťových pohárků na jazyku. (Novotná, Uhrová, 2007, s. 169)

Vzhled obličeje, zubů, kůže

Vzhled seniorů je poměrně značně ovlivněn vlasy. Během procesu stárnutí vlasy šednou, někdy již po třicítce. Mužům začnou vypadávat vlasy mezi 50 - 60 lety, 60 % mužů má ve stáří lysinu. Ženskému pohlaví vlasy vypadávají výjimečně. Začínají se však u nich objevovat vousy, souvisí to se snižováním hladiny estrogenních hormonů v klimakteriu. Ve stáří se začínají kazit i zuby, uvolňují se a vypadávají ze zubních lůžek. Snižuje se čelist, a tím vzniká typický stařecký vzhled obličeje s vpadlými tvářemi, ústy a s vystouplou bradou. Kvůli ztrátě pružnosti škůry a podkožního vaziva, kůže ochabuje a skládá se ve vrásky. (Machová, 2005, s. 237) Na rukou a ramenou se začnou tvořit hnědé stařecké skvrny (lentigo senilis). Kůže je bledá, skvrnitá. (Novotná, Uhrová, 2007, s. 168)

Tělesná hmotnost

V dospělosti a středním věku se tělesná hmotnost zvyšuje. Ve stáří však začne pozvolna klesat. (Machová, 2005, s. 237) Ubývá svalové hmoty a podkožního tuku. Toto tvrzení neplatí u jedinců, kteří neztratí chuť k jídlu a chybí jim pohybová aktivita. (Jedlička, 1991, s. 8)

Změny vnitřních orgánů

Ve stáří se snižuje výkonnost plic, kvůli ochabování dýchacího svalstva a ztráty pružnosti plicní tkáně. Dýchání velmi významně zhoršuje obezita i to, zda byl jedinec ve svém životě

kuřákem. Dýchací funkci může zlepšit pohybová aktivita. Kouření a obezita zhoršují i činnost srdce. Dochází k ukládání tuku do srdeční svaloviny, a tím ubývá srdci vypuzovací schopnost. Také vysoký krevní tlak klade na srdce vyšší nároky. Krevní cévy ztrácejí pružnost, to způsobuje zejména ukládání zplodin metabolismu v cévních stěnách. V důsledku ztráty pružnosti se vytrácí i schopnost zajistit dostatečný průtok krve tkáněmi. Sklerotické věnčité tepny nedokáží zvýšit prokrvení srdečního svalu při fyzické činnosti. Objeví se dušnost a bolesti u srdce. Dochází ke snížení sliznice žaludku a střev, ubývá produkce trávicích šťáv. Dále klesá výkonnost jater a ledvin. Snižuje se hormonální aktivita pohlavních žláz. U žen je tento proces rychlejší, u mužů pozvolněji. (Machová, 2005, s. 237)

Můžeme tedy říci, že stárnutí je souborem celé řady pochodů, které začaly mnohem dříve, než jsme postřehli první zjevné známky stárnutí. (Jedlička, 1991, s. 7)

1.4.2 Psychické změny

Změny ve vnímání

Ve stáří dochází ke zhoršení vnímání. Je to zapříčiněno nástupem změn ve smyslových orgánech, v nervovém přenosu a v centrálním mozkovém zpracování. Zhoršené vnímání zpomaluje reakce, způsobuje úrazy či výrazně omezuje v provádění některých činností (například četba). Psychické funkce jsou značně narušovány snížením schopnosti vnímat a rozumět řeči. (Šimíčková Čížková, 2005, s. 137)

Změny rozumových schopností

„Organické změny centrální nervové soustavy se odrážejí v intelektuální činnosti gerontů“. (Šimíčková Čížková, 2005, s. 137) Ve stáří se veškeré chování zpomaluje, tento proces se týká také psychických činností. V seniorském věku se zhorší **paměť**, především krátkodobá, která může významně ohrozit schopnost **učit se** tak, že se začne postupně snižovat. Stárnutí také ovlivňuje proces **myšlení**. Myšlenky seniorů směřují spíše do minulosti a své opodstatnění nachází především v komunikaci a v intimnějších oblastech. (Šimíčková Čížková, 2005, s. 137-138) Jejich vzpomínky jsou často citově i obsahově zkresleny. Vše, co se týká minulosti, obecně hodnotí kladně a mnohdy nepochopitelně lpí na tom, čím byli a co jim patřilo. (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 185) Seniorům v myšlení často chybí nápaditost. (Šimíčková Čížková, 2005, s. 138)

Změny citového prožívání

V nervové soustavě dochází ke stárnutí tkání, což způsobuje snížení odolnosti organismu vůči zátěžovým situacím. Citová nestálost seniora je vysvětlována fyziologickými změnami i absencí orientace na budoucí život. Emoční labilita se však nemusí projevovat u všech seniorů, změny v citovém prožívání nejsou u všech starých jedinců stejné. Citová nestálost se může zhoršit snížením sebehodnocení, které je mnohdy způsobené pensiováním. Odchod na odpočinek často znamená pro jedince ztrátu společenské role a postavení, dále změnu v každodenním režimu a významný je i rozdíl ve financích. Život i duševní a tělesné zdraví seniorů je významně ovlivňováno ztrátou společenských vztahů. Psychické obtíže způsobené odchodem do důchodu však nemusí být u všech seniorů jednotné. Někteří jedinci si tyto negativní pocity dovedou vynahradit vědomím, že nyní mají osobní svobodu a mohou začít žít vlastní život. (Šimíčková Čížková, 2005, s. 138-139)

Změny v osobnosti

Vlastnosti každého člověka, se mění s přibývajícím věkem. (Šimíčková Čížková, 2005, s. 139) Také sklon k určitému způsobu citového prožívání se vyvíjí celý život. (Vágnerová, 2007, s. 337) Nemůžeme tedy říci, že jsou pro seniorskou populaci typické určité vlastnosti. Je však pravdou, že se ve stáří můžeme více soustředit na vlastní já. Egocentrismus, zde vzniká z důvodu uzavírání se před společností a intelektuálními podněty. V seniorském věku se projevuje to, jaký hodnotový žebříček jedinec ve svém životě uznával, jak se socializoval či jak se dokázal vyrovnat s krizí, která ho v průběhu života potkala. (Šimíčková Čížková, 2005, s. 139-140)

1.4.3 Sociální změny

Jakmile si člověk uvědomí, že stárne, je třeba, aby se na toto období dokázal vhodně adaptovat. Tato schopnost přizpůsobení se na stáří, je ovlivňována osobností daného jedince, jeho celkovým fyzickým stavem i sociálními faktory, do nichž patří činitelé jako **společenská atmosféra, životní styl, odchod do důchodu, změna sociálního statusu, ztráta životního partnera a rodina**. Tyto jmenované činitelé jsou důvodem toho, proč se určitý jedinec přizpůsobí na stáří lépe než jiný.

Celospolečenská atmosféra je velmi důležitá pro utváření mravního vztahu k seniorské populaci. Životní styl starých jedinců může mít dvojí podobu. První podoba je taková, že se senior nijak zvlášť neangažuje, žije klidný život, relaxuje a využívá média. Druhá

podoba životního stylu seniorů je taková, že si jedinec cíleně vytváří různorodé aktivity, kterým se věnuje až do vysokého věku. Velmi významným sociálním faktorem je odchod na odpočinek, tedy do důchodu. Někdo se na něj těší, vidí za ním volnost, klid a možnost žít po svém. Jiný senior je v důchodu ztrápený, nudí se a velmi se mu stýská po jeho práci, které se věnoval celý život, přinášela mu radost a potěšení. Chybí mu jeho denní režim, který míval, spolupracovníci a také finance.

U seniorské populace jsou sociální změny způsobené také úmrtím životního partnera nebo partnerky. (Balogová, 2005, s. 42-43) V tomto životním období, často manželské a partnerské vztahy sílí a ztráta milované osoby se stává závažnou událostí. (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 191) Mnohem častěji jsou ovdovělé ženy než muži. Výzkumy ukazují, že to, jak se s touto ztrátou vyrovnáme, je velmi úzce spojeno s tím, zda byla očekávaná nebo ne. Starší jedinci jsou na smrt svého partnera mnohem více připraveni a dokáží se s ní snáz vyrovnat, než mladší lidé. Nemalý dopad na seniora může mít i změna jeho sociálního statusu. Ten je v období stáří poměrně nízký a jsou mu přidělovány záporné osobnostní vlastnosti. Je třeba dbát na to, aby se seniorská populace integrovala do společnosti a nedocházelo k její segregaci. Pokud nebude tato integrace úspěšná, bude docházet k izolovanosti starší populace. Senioři se budou cítit bezmocní, nejistí, budou plní úzkosti a pocítí odcizení od celé společnosti.

Na jedince v seniorském věku má také veliký vliv rodina. (Balogová, 2005, s. 42-46) Ve stáří se vztahy k rodinným příslušníkům nijak zvlášť nemění. Význam rodiny a její celistvosti s přibývajícím věkem naopak stoupá a sílí. (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 190) Rodinný život významně působí na zachování jejich soběstačnosti ve vlastním domácím prostředí, ve kterém jsou celoživotně zvyklí žít. Dnes by některé seniorské domácnosti nemohly fungovat bez pomoci rodiny, mnohdy je však poskytnutí pomoci ztíženo prostorovou vzdáleností mezi seniorem a jeho mladšími rodinnými příslušníky. Pro život ve stáří je podstatné, aby senioři udržovali dobré vztahy se svými dětmi. Je pro ně přínosná, nejen samotná existence rodiny, ale také její morální a materiální blahobyť, životní úspěchy jejich dětí i jejich morální kvality. Uspokojuje je pocit, že i oni se nějak zasloužili o šťastný život rodin svých dětí. (Balogová, 2005, s. 42-47)

1.5 Příčiny stárnutí

Procesu stárnutí se nevyhne žádný živý organismus. Můžeme ho však svým chováním a jinými působícími příčinami ovlivnit. (Machová, 2005, s. 237)

Tento proces se může u každého jedince lišit. Je závislý na individuálním životním stylu, na fyzické a psychické danosti, na genetické vybavenosti daného jedince, na vlastnostech, které získáme v průběhu života. (Mühlpachr, 2004, s. 20) Rychlost procesu stárnutí je totiž výslednicí určitých zevních a vnitřních příčin. (Machová, 2005, s. 237)

Machová (2005, s. 237) uvádí tyto vnitřní a zevní příčiny stárnutí:

Příčiny vnitřní

1. Hlavní místo zaujímá dědičnost. Dědičnost délky života se dělí na druhovou a rodovou.
2. Proces stárnutí je způsoben také poruchami metabolismu. Pokud dojde k poruše látkové přeměny, začnou se tvořit a ukládat různé škodliviny do buněk, především do nervových.
3. Své uplatnění, zde má i porucha spolupůsobení mezi jednotlivými články regulačního systému.

Příčiny zevní

1. Proces stárnutí významně urychluje nečinnost, ale i přetěžování prací. Tyto dva extrémy zkracují život. Devastuje ho i samota, prázdnota, přerušování sociálních kontaktů (například odchod do důchodu) a velké, nepřiměřené stresy. Stárnutí může zpomalit vhodná životospráva, do které také patří přiměřená tělesná i psychická činnost. Důležité také je nepřejídat se, nekouřit a nekonzumovat alkohol a pěstovat rozmanité zájmy.
2. Nečekané a náhlé změny, které radikálně způsobí změnu navyklého stereotypu.
3. „Fyzikální a chemické faktory zevního prostředí se škodlivými vlivy, znečišťujícími životní prostředí, vodní toky, ovzduší a potravu. I ionizující záření má vliv na stárnutí.“ (Machová, 2005, s. 237)

1.6 Adaptace na stáří

Všichni lidé jsou ve svém životě nuceni neustále se přizpůsobovat, aby mohli žít, rozvíjet se i přežít. Přizpůsobování se znamená, že musíme přijímat veškeré změny a zvraty, které se objevují v našem životě, a neustále si osvojovat ty nejlepší strategie k dosažení rovnováhy.

Proces přizpůsobení může být fyzický nebo fyziologický, jako příklad můžeme uvést to, jak se člověk přizpůsobí podnebí, nebo vytvoření rovnováhy hladiny glukózy v krvi. Přizpůsobení vyžaduje, aby se člověk snažil nejen, co nejlépe zvládat svou vitalitu a přirozený

úpadek organismu, který je způsobený věkem, své zdraví i choroby, ale i všechny psychologické a sociální potíže: potřebu životního prostoru, společenského uznání, autonomie a svobody; závislosti, starosti, ztrátu druhých lidí, touhu po lásce, pocit viny, materiální ztráty, nejistotu, samotu a další.

Přizpůsobení můžeme vysvětlit jako schopnost jedince vyrovnávat nedostatek čilosti a svěžesti větší odolností, ubývání fyzických sil větší zručností, úbytek rozumových schopností větší moudrostí a různými způsoby učení, nedobrovolnou samotu zvýšenou nebo intenzivnější společenskou či rodinnou angažovaností. (Dessaintová, 1999, s. 76)

Adaptace patří mezi základní lidské vlastnosti, která umožňuje člověku přežít. (Venglářová, 2007, s. 13)

To, jaké bude mít určitý jedinec stáří a jaká bude míra jeho adaptace na něj, velmi závisí na zdravotním stavu, hodnotové orientaci, možnosti uplatnění, ale i na přijetí člověka nejbližšími lidmi. (Vymětal, 2003, s. 46) Senioři se potřebují cítit chtěni, potřební, musí vědět, že jsou důležití pro rodinu a okolí. (Hastingsová, 1986, s.138)

Je vhodné se na stáří připravovat již v období střední dospělosti. Měli bychom se snažit vytvářet si zázemí pro aktivní způsob života. (Vymětal, 2003, s. 46) V USA i v jiných zemích je sedavý způsob života častou příčinou nízké kvality života, invalidity až úmrtí. (Marcus, Forsyth, 2010, s. 19) Aktivní jedinec staršího věku je více schopný přizpůsobit se na nové, neznámé prostředí a na jiný způsob životního stylu. Snáze se zapojí do života, který je mu ve stáří nabízen. (Venglářová, 2007, s. 14) Být aktivním ve stáří je však někdy složité, protože jsme podstatně omezováni psychickým i somatickým zdravotním stavem. „Pokud máme štěstí, jsme tělesně zdraví, psychicky integrovaní a druhými lidmi tolerováni a přijímáni za potřebné, je možné se osobnostně vyvíjet a růst až do smrti“. (Vymětal, 2003, s. 46) Potom je adaptace na stáří mnohem snadnější. (Vymětal, 2003, s. 46)

Jak již bylo zmíněno, během procesu stárnutí dochází k mnoha změnám. Reakce na změny jsou významně ovlivněny osobností daného seniora, přístupem a odpověďmi jeho blízkého okolí a také možnostmi, jak si zajistit pomoc v oblastech, které si senior nezvládne udělat nebo zajistit sám. V seniorském věku nastupují tyto modely **adaptace na stáří**:

1. Konstruktivní přístup ke stáří. Jedinec se začne, v průběhu produktivního věku, zajímat o aktivity, kterým se bude v pozdějším věku věnovat. Patří sem i úsilí udržet si fyzické zdraví. Toho se snažíme dosáhnout prostřednictvím vhodného stravování a pohybových aktivit. Nezanedbatelné je také mít více přátel. Pokud máme velmi málo blízkých přátel, může se stát, že se po jejich odchodu dostaneme do sociální izolace.

Udržovat si přátelské vztahy v rodinném kruhu je úkol na celý život. Jejich pozdější podpora je pro stárnoucího člověka velmi důležitá.

2. Někteří jedinci se stanou závislími na okolí. Fyzické obtíže zapříčiní závislost na rodině či zdravotnících. Pro seniory je složité a obtížné navázat silnější kontakty. V ústavní péči se můžeme potkat s klienty, kteří požadují neustálou přítomnost zdravotníků a pomoc, která není vždy podložena objektivním stavem. (Venglářová, 2007, s. 12) V tomto případě je důležité seniora motivovat k tomu, aby se snažil obstarat si, co nejvíce věcí sám. Ač se to nezdá, přemíra péče o pacienta demotivuje a může docházet k zániku sebeobslužných návyků. (Pichaud, Thareau, 1998, s. 42)
3. Někdy může nastat situace, která bude obtížnější. Senior může být nepřátelský k lidem ze svého okolí. Tato situace nastává obvykle, když pečujeme o klienty vyššího věku. (Venglářová, 2007, s. 12)

Bromley uvádí pět strategií **adaptace na stáří**:

1. **Konstruktivnost.** Je ideálním modelem přizpůsobením se stáří ve vyspělé společnosti. Senior má radost ze života, umí si to užívat a navazuje upřímné osobní vztahy s okolím. Takový jedinec je optimistický, veselý, přizpůsobivý, tolerantní. Je schopen si uvědomit své úspěchy i chyby, ale i skutečnou perspektivu. Dokázal se s mířit s neodvratným faktem, že stárne a udržel si konstruktivní optimistický postoj k životu. Takový člověk je soběstačný, má pestré zájmy, které jsou cílevědomé a je znát, že souvisí s jeho přecházejícím životem. Je si vědom toho, že má ve svém okolí velikou podporu a že se může na své blízké spolehnout. Je spokojený se svým dosavadním prožitým životem, ničeho nelituje a neztrácí zájem o budoucnost. (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 83)
2. **Závislost.** Tento přístup ke stáří směřuje mnohem více k pasivitě a závislosti na okolí než k samostatné aktivitě a soběstačnosti. Jedná se o jedince, kteří jsou poměrně vyrovnaní, ale velmi spoléhají na pomoc druhých lidí. Očekávají od nich, že jim zajistí hmotnou spokojenost i citovou oporu. Takový senior není ctižádostivý, neměl žádný problém vzdát se své práce a odejít na odpočinek do důchodu. Pracovní aktivita mu nepřináší žádné potěšení. Brzy je unavený a má rád odpočinek ve svém vlastním domově. K ostatním lidem si vytváří vztah, který je zvláštní směsicí pasivní tolerance, bezzásadového přizpůsobování se okolnostem, podezíravosti k neznámým lidem a neochoty navazovat nové vztahy, které mohou narušit jeho pohodlí a klid.

(Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 83) Někdy se tento typ osoby nazývá též jako osobnost „na houpacím křesle“. (Stuart-Hamilton, 1999, s. 156)

3. **Obranný postoj.** Výsledkem této strategie je jedinec, který ve svém životě dosáhl průměrné pracovní kariéry a neměl problém přizpůsobit se práci. S velikým nasazením se zapojoval do různorodých společenských akcí a organizací. Takový senior je plně soběstačný, velmi často odmítá pomoc, mnohdy pouze z důvodu, aby okolí ukázal, že si vše umí obstarat sám a není závislý na ostatních. Obtížně si tvoří vlastní názor na cokoli. Často je v obraném postoji, má těžkou hlavu z možné závislosti na okolí a obává se nečinnosti ve stáří. Dělá tedy vše možné, aby zahnal myšlenky na příchod stáří. Proces stáří vnímá především pesimisticky, dokáže se s ním smířit jen pokud je pod nátlakem svého okolí. (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 84)
4. **Nepřátelství.** Reprezentanty této kategorie jsou především „rozhněvaní muži“. Ve svém předešlém životě měli častý sklon svalovat vinu za své chyby a neúspěchy na druhé. Neuměli jednat s lidmi, byli agresivní, nepříjemní a podezřívaví. Neustoupí od svých zvyků, postojů ani hodnot. Svůj život prožívají spíše v ústraní a často jim hrozí izolace. Netají se svým silným odporem k procesu stárnutí, snaží se odkládat odchod do důchodu. Těmto jedincům často chybí schopnost kriticky a realisticky reagovat na potíže spojené se stářím. Nedokáží se dost dobře vyznat ve svém vlastním jednáním i postojích a snaží se nacházet výmluvy či nesmyslná zdůvodnění jejich nevhodného chování. Neustále jsou mrzutí a nevrlí. K mladým lidem cítí závist a nepřátelskost. (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 84)
5. **Sebenenávist.** Typický jedince této skupiny se od předešlého odlišuje pouze tím, že nepřátelství obrací vůči sobě, ne vůči mladým lidem. Pohrdá svým dosavadním životem a vidí ho kriticky. Neobjevuje se u něj touha znovu prožít svůj život. Tito jedinci ve svém životě zaznamenávali, že je jejich společensko-ekonomická úroveň na neustálém sestupu. Vždy byli a budou pasivní, mnohdy i depresivní. Jsou schopni smířit se, se skutečností, že stárnou a neujdou tomu, ale již k němu nedokáží zaujmout optimistický, konstruktivní přístup. Mají málo zájmů, nejsou praktičtí a libují si v přehánění své fyzické či psychické neschopnosti. Vzhledem ke svému pesimismu nevěří, že je jedinec schopen ovlivňovat průběh svého života, vnímají se jako oběť okolností. Nepřikládají váhu sociálním stykům, trápí se samotou a cítí se být zbyteční. Prožívají závist vůči mladým lidem a mají pocit, že je jejich život u konce. Objevují se u nich především deprese a lítost. (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 84)

Z pohledu odborníků, kteří se seniory pracují, je dobré, když tyto strategie adaptace na stáří znají. Dokáží potom rozpoznat jednotlivé typy osobnosti seniora a ví, jak vhodně reagovat na projevy jejich chování. Tyto strategie jsou však přínosné i pro samotného seniora, pokud se s nimi seznámí, může jejich prostřednictvím eliminovat záporné prvky svého chování. (Balogová, 2005, s. 39)

Zde je důležité zmínit, že změn nesmí být mnoho, především v krátkém časovém úseku. Každý jedinec má individuální „únosnou míru“ přijímání změn. Převážně senioři, kteří si na veškeré změny velmi těžce zvykají a sžívají se s nimi.

Všechny změny, které ve stáří probíhají, musí mít pro svého nositele určitý smysl, potom je lépe přijímá a adaptace na ně je velmi snazší. Pro vyrovnání se s nimi, je významná pomoc okolí, tolerance a trpělivost. (Venglářová, 2007, s. 13)

1.7 Aktivní životní styl ve stáří

Dnes již víme, že se proces stárnutí nevyhne postupně žádné funkci organismu. Některou změnu nebo ji zpomalí. Navzdory tomu, si ve společnosti můžeme všimnout určitého počtu seniorů, kteří jsou fyzicky i psychicky čilí. Na okolí působí velmi optimisticky, jsou aktivní a radují se z výborného zdraví, užívají si pohodového stáří. Mají zájem o kulturní život, cestují, zahradničí, milují děti a zvířata, zajímají se o politiku, sportují, tvoří, překonávají se. Jsou užiteční, mnohdy až nepostradatelní. Tito senioři se díky vynikajícím přizpůsobovacím schopnostem a životním zkušenostem vyvíjí i přes biologické změny, které se odehrávají v jejich těle. Vyvíjí se účinnou a výkonnou činností, která je mnohdy srovnatelná s aktivitou mladých lidí. Dokáží to, díky tomu, že to chtějí a přejí si to. Nepodléhají nemocem či depresím. (Dessaintová, 1999, s. 30 – 32)

Nezbytným základem pro šťastný, spokojený, zdravý život a omezení rizika vzniku srdečních chorob a hypertenze, je zdravá a vyvážená strava i fyzická aktivita. Zde je důležité zmínit, že nečinnost také oslabuje svaly a krevní oběh. (Vigué, 2006, s. 57)

Vzhledem ke specifickým změnám v seniorském věku se však musí dodržovat jisté zásady v provádění pohybových aktivit. K základním principům, jak udržovat tělesnou zdatnost seniorské populace včetně funkčního stavu, patří činnosti pro rozvoj a stabilizaci pohybového systému (modifikované cvičení na míčích, modifikovaná jóga, Tai-chi...) a činnosti vytrvalostního typu (chůze, tanec, jízda na rotopedu, plavání...) nejlépe v kombinaci s cvičením silového typu. Aby se stárnoucí organismus optimálně přizpůsobil na podněty

spojené s pohybovou aktivitou, musí mít stabilizovaný pohybový systém a pravidelně jej udržovat a procvičovat. (Wittmannová, 2007, s. 34)

Julie Wittmannová (2007, s. 35) uvádí, na co lze, ze zdravotního hlediska, cvičení zaměřit:

- „vyrovnání svalových dysbalancí a správné držení těla,
- mírný dynamický trénink srdečně – cévního aparátu,
- dechovou gymnastiku a relaxaci,
- udržování kloubního rozsahu,
- zlepšení koordinace,
- klenbu nožní a funkci nohy,
- funkci pánevního dna,
- nácvik vstávání, posazování,
- chůzi a udržení soběstačnosti.“

Další praktické prostředky pro udržení fyzické i duševní svěžesti a čilosti uvádí Marie – Paule Dessaintová (1999, s. 45 – 47):

- „Zvolit si zdravou stravu na zlepšení paměti i koncentrace, pít hodně vody.
- Věnovat se jakýmkoli pohybovým činnostem.
- Věnovat se rodině, dětem, vnoučatům, přijímat návštěvy.
- Účastnit se společenských akcí.
- Zajímat se o koníčky, například fotografovat, hrát na hudební nástroj, hrát hry, poslouchat hudbu, zahradničit, plést svetry, pozorovat ptáky, cestovat, sledovat v televizi zábavné pořady s otázkami a pokoušet se na ně odpovídat, sledovat vzdělávací pořady v televizi, luštit křížovky, vyrábět dárky, číst, zpívat, sbírat známky, rostliny, mince...
- Dělat si zápisky, psát si deník.
- Udržovat dům/byt v pořádku, dělat úpravy nebo opravy v něm.
- Provozovat řemeslo nebo drobné domácí práce.
- Dělat dobrovolné práce.
- Přerušovat práci zdravotním odpočinkem.
- Chodit do restaurace, stolovat beze spěchu.
- Každý den se procházet, prozkoumávat nové ulice v blízkosti domova.
- Uvést do pořádku své znalosti v oblasti zákonů a nařízení, zvláště týkajících se starých lidí.

- Hledat v internetové síti.
- Praktikovat meditaci, jógu, Tai–chi, provádět dechová cvičení.
- Smát se, usmívat se.
- Nakupovat.
- Oblékat se elegantně a vkusně.
- Opakovat nahlas slova a jména, počítat zpaměti.
- Dávat si teplé koupele.
- Místo výtahu používat schody.
- Při četbě si dělat poznámky...“

Činnosti, které se věnují tělesné stránce děláme proto, abychom se uvolnili, okysličili organismus, rozvíjeli pružnost a motoriku nebo bojovali se stresem. V psychické rovině volíme prostředky, kterými procvičujeme paměť a rozvíjíme analytické a syntetické schopnosti.

Nesmíme zapomínat na odpočinkové a zábavné aktivity, které mohou předávat podněty naším rozumovým schopnostem, zprostředkují nám kontakty se světem, zkoumání nových horizontů a nové poznatky. Důležité jsou i činnosti, které mohou vést ke zlepšení smyslového vnímání, tedy všech pěti smyslů. (Dessaintová, 1999, s. 47 – 48)

2 Potřeby člověka

Každý jedinec se ve svém životě snaží neustále naplňovat různorodé potřeby, jejichž naplnění je mnohdy nepostradatelné pro jeho život. Tyto potřeby se dají rozdělit na zásadní, nezbytné pro lidskou existenci (například potřeba vody, kyslíku a tak dále) a jiné, které život zpříjemňují a dělají ho bohatším, vytváří pocity psychického a fyzického životního uspokojení.

První skupina potřeb se nazývá **základní životní potřeby**, když je jedince dokáže uspokojit v přiměřené míře, vnímá život jako normální, nestrádá. Druhá skupina se označuje jako **potřeby vyšší**. Jsou pro každého člověka velmi individuální, stejně jako způsob jejich uspokojování. Naopak základní životní potřeby jsou pro lidstvo společné.

Pokud jsou vyšší potřeby naplněny, jedinec prožívá radost, pohodu, cítí se příjemně. V životě vytvářejí určitou hodnotovou orientaci, která se vyjadřuje našimi vlastními přáními, ideály, tvoří se naše životní hodnoty. Neměli bychom však zapomínat na to, že rozmezí, škála potřeb je u každého člověka jiná, odlišná. (Staňková, 1996, s. 43)

2.1 Proces uspokojování potřeb

Staňková (1996, s. 43-44) uvádí: „K procesu uvědomění si potřeby a nutnosti ji uspokojit dochází vždy v situaci objektivního nedostatku nebo přebytku něčeho uvnitř organismu nebo kolem nás, který vyvolá základní nelibý pocit. Tento nepříjemný pocit může mít zcela konkrétní podobu (hlad, žízeň, osamocení, strach z něčeho) nebo se může projevit obecným pocitem nespokojenosti.“ Nelibý, nepříjemný pocit, který je aktivován touhou uspokojit danou potřebu, vyvolá reakci směřující ke konkrétní činnosti, směřující k naplnění dané potřeby a k pocitu jisté libosti.

Pokud jsou uspokojeny základní životní potřeby, potom se mohou uspokojovat potřeby vyšší. Musíme však mít na paměti, že kvalitu uspokojení základní potřeby značně ovlivňuje, jsou-li současně uspokojovány potřeby vyšší. Například potřebu jídla, která je signalizovaná hladem, uspokojíme podáním stravy. Pokud umožníme jedinci stravovat se dostatečně kulturně, pocit uspokojení je vyšší.

Může nastat situace, kdy se v průběhu uspokojování potřeby objeví překážka, která v jejím uspokojení bude bránit. Nastává tak u jedince dlouhodobý pocit nelibosti, který se nazývá **frustrace**. (Staňková, 1996, s. 44) Jako frustrující můžeme označit situaci, kdy je jedinci znemožněno dosáhnout uspokojení některé subjektivně důležité potřeby, i když byl přesvědčen, že tomu tak bude. Jedná se o neočekávanou ztrátu naděje na uspokojení.

(Vágnerová, 2004, s. 48) Frustrace je v životě člověka poměrně běžná, existují případy, kdy má dokonce pozitivní vliv na vývoj lidského jedince. (Vykopalová, 2001, s. 13)

Staňková (1996, s. 44) uvádí: „Způsob uspokojování potřeb je velmi rozdílný a je ovlivňován:

- a) některými základními **obecnými faktory** (pohlaví, věk, psychické vlastnosti, tělesné dispozice),
- b) **individuálními osobnostními faktory** (vzdělání a výchova, rodinný stav, ekonomická úroveň),
- c) **faktory společenskými** (celkový životní standard, skupinový standard),
- d) některými **patologickými stavy** (imobilizace, bolest, porucha komunikace, horečka, šok, hypoxie, rozvrat vnitřního prostředí včetně průjmu a zvracení a podobně).“

2.2 Dělení potřeb člověka

Nejčastěji užívanou klasifikací potřeb je **Maslowova klasifikace** (uvedena v příloze č. 2). Tady jsou potřeby řazeny do hierarchie (pyramidy), ve které jsou uspokojeny nejprve základní potřeby, potom ty vyšší.

Potřeby se dle Maslowa dělí na:

- potřeby **biologické**: potřeba dýchání, rozmnožování, potravy, tepla, potřeba nemít bolest a tak dále,
- potřeby **psychické**: potřeba uplatnit se, potřeba bezpečí a jistoty, seberealizovat se,
- potřeby **sociální**: například potřeba být milován, nebýt sám a tak dále. (Staňková, 1996, s. 98)

2.2.1 Fyzické potřeby

Pro každého člověka je velmi důležitá potřeba dýchat, potřeba přijímat potravu, tekutiny, potřeba odpočinku a spánku a také potřeba přiměřeného životního prostředí. Tyto potřeby hodnotíme jako základní fyzické potřeby jedince. Pokud jsme v situaci, kdy pečujeme o nemocného nebo starého člověka, je nutné, abychom se především postarali o uspokojení těchto základních potřeb. Jako ošetřovatelé musíme dbát na to, aby se pacientovi dobře dýchalo, byl najezený, umytý, dobře vyspaný a cítil se bezpečně a příjemně v prostředí, ve kterém leží. (Bastlová, 1993, s. 11)

2.2.2 Psychologické potřeby

Do základních psychologických potřeb řadíme potřebu být vážený, uznávaný a potřebu být přijímaný jako jedinečná, neopakovatelná osobnost, která má své vlastnosti a požadavky na soukromí a bezpečí. Staráme-li se o starého nemocného člověka, je naší povinností neustále ho povzbuzovat a zvyšovat mu sebevědomí, aby se pokusil brzy získat soběstačnost a nezávislost. Je třeba pacienty oslovovat jejich jménem, v případě, že mají titul, připojujeme ke jménu i ten. Stává se, že členové ošetrovatelského týmu oslovují pacienty v pokročilém věku familiárně, například dědo, babi. To však není vhodné. Vždy musíme brát v úvahu věk pacienta, jeho původ i fyzickou a duševní kondici. Pokud vyžaduje soukromí, musí se mu vyhovět. Je třeba si také všimnout toho, v jakém je pacient celkovém duševním rozpoložení. Zejména u dlouhodobě a těžce nemocných lidí se objevuje deprese a přepadá je strach a úzkost. Je potřeba nemocného pacienta neustále poslouchat a ubezpečovat ho, že se o něj staráme jako o jednotlivce. (Bastlová, 1993, s. 11)

2.2.3 Sociální potřeby

Všichni lidé, bez ohledu na věk, potřebují mít kolem sebe společnost. Je tedy vhodné, aby seniora jeho rodina a blízcí často navštěvovali. Musíme však dát pozor na to, abychom ho příliš neunavovali. Vhodným společníkem pro některé jedince může být televizor nebo rozhlas. Ty by měly být v místnosti umístěny tak, aby na ně senior dobře viděl a slyšel je. Nejlepší je, pokud má starý člověk k těmto přijímačům k dispozici dálkové ovládání. (Bastlová, 1993, s. 12)

2.2.4 Duchovní potřeby

Mnoho lidí se hlásí k určitému náboženství a to musíme během péče o kohokoli brát v úvahu. Ať už je pacient stoupenec kteréhokoliv náboženství, musíme to respektovat. Pokud chce mluvit se svým duchovním, musíme vše zařídit tak, aby mohla návštěva proběhnout. Je třeba během návštěvy zajistit soukromí, ticho a klid. Tato situace platí i v případě, kdy chce pacient meditovat či se modlit. Jestliže se rozhodne sledovat nebo poslouchat náboženské vysílání, také jeho přání respektujeme. (Bastlová, 1993, s. 12)

2.3 Komplexní naplňování potřeb v péči o seniora

Bastlová (1993, s. 10) uvádí: „Základní potřeby zdravého a nemocného člověka se v podstatě neliší. Pokud máte nemocnému pomoci v tom, co si nemůže udělat sám, musíte v první řadě vědět, jaké jsou jeho potřeby.

Každý jedinec potřebuje:

- zdravé prostředí,
- pohyb a podmínky na setrvání v pohodlné poloze,
- podmínky k udržování hygieny (včetně možnosti se pěkně upravit a udržovat se),
- přiměřené oblečení k různým příležitostem,
- přiměřenou výživu,
- pravidelné a hygienické vyměšování,
- spánek a odpočinek,
- podmínky k udržování normální tělesné teploty,
- podmínky k normálnímu dýchání,
- možnost komunikace s okolím k vyjádření svých pocitů, strachu a obav,
- podmínky k vykonávání nějaké smysluplné činnosti,
- možnosti k vykonávání různých rekreačních a oddechových činností,
- možnosti k získávání nových poznatků a poznávání nejrůznějších zajímavostí,
- úctu ke své víře.“

Pokud si jedinec dovede zmíněné potřeby do jisté míry uspokojit, říkáme, že dochází k uspokojování biopsychosociálních potřeb. (Staňková, 1996, s. 98)

Každý jedinec je biopsychosociální jednotka, a tak během péče o člověka musíme brát v úvahu tak zvaný **biopsychosociální model nemoci**. Tento model zahrnuje tři složky, které se významně podílejí na vzniku a vývoji nemoci: biologickou, psychologickou a sociální. Stejnou měrou se uplatňují i při její léčbě. (Beran, 2010, s. 46) Zdravotní stav jedince je tedy vyjádřen tak zvaným bio – psycho – sociálním sjednocením (integrací). To znamená, že porucha, která vznikne v jedné oblasti lidského těla, může narušit homeostázu celého organismu. (Trachtová, 2001, s. 167)

Tento model tedy hledá souvislosti tělesných změn v kontextu životní cesty starého člověka. Ve stáří je velice důležitá psychosociální anamnéza. Tedy to, jak senior své změny prožívá, jak na něj působí, jak do hloubky ovlivňují jeho sociální situaci. V praxi to znamená,

že nesmíme podceňovat psychosociální souvislosti, které jsou ve stáří velice významné pro motivaci seniora docílit zlepšení fyzického zdraví. (Klevetová, 2008, s. 12)

Lékař se tedy při stanovení svých diagnóz a terapií řídí podle výše uvedeného modelu a nevyhází pouze z nálezů patologických změn v organismu člověka. Musíme mít však na paměti, že se podíl jednotlivých složek u daných stavů liší. U mnoha chorob je nutné s psychosociální složkou počítat, například u psychosomatických onemocnění, u neuróz i u nádorových onemocnění.

Lékař, který se řídí biopsychosociálním modelem, se zajímá o širší spektrum informací o pacientovi. Snaží se hledat souvislosti a vazby mezi událostmi v jeho životě a současným klinickým obrazem. (Beran, 2010, s. 46) Je třeba respektovat člověka v jeho celosti a ošetřovat všechny jeho dimenze. (Munzarová, 2005, s. 13)

Schopnost řídit se tímto modelem však vyžaduje profesionální připravenost. Je nutné znát nejen fungování tělesných orgánů, ale i funkci psychiky a sociálních vztahů v životě člověka. Důležitým úkolem v utváření osobního vztahu a skutečného, opravdového osobního setkání mezi starým člověkem a profesionálem hraje významnou roli umění hovořit, naslouchat a dokázat ve vhodnou chvíli říci ta správná slova. V pravou chvíli jen mlčet a naslouchat druhému, vytvořit příjemné prostředí pro zjištění problémových situací a snažit se nacházet možnosti řešení ve prospěch zdraví ve stáří. U seniorů musí být rozhodující prioritou udržovat funkční tělesné schopnosti a dále rozvíjet psychosociální schopnosti a dovednosti. (Klevetová, 2008, s. 12)

3 Kvalita života

Pojem kvalita života má kořeny v daleké minulosti. Kinney uvádí, že se zmínky o ní vyskytují již v římské a řecké mytologii, kde bývá spojována se jmény Asclepia, Aesculapa a jiné.

Tento pojem poprvé použil Pigou v roce 1920 v práci, která se zabývala ekonomikou a sociálním zabezpečením. Pigou se však nesetkal s ohlasem a pojem „kvalita života“ byl opět objeven až po druhé světové válce.

Od 70. let. 20. století až do současnosti probíhaly a stále probíhají diskuze o tomto pojmu. Společným znakem těchto diskuzí je nejednotnost ve stanovení indikátorů pro měření kvality života, jejich důležitosti a výběru nejvhodnějšího měřicího nástroje. Dnes se většina odborníků shoduje v tom, že vymezení kvality života a výběr měřicího nástroje závisí na účelu měření kvality života. Výsledkem je velké množství definic kvality života, které jsou velmi rozmanité a různé nástroje, nejběžněji dotazníky nebo strukturované rozhovory. (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 7 - 9)

Kvalitě života se celosvětově věnují odborníci mnoha oborů – psychologové, sociologové, ekonomové, politologové i lékaři. (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 70) Toto sousloví slyšíme také v kinantropologii. (Hogenová, 2002, s. 27) Významným se stává především v lékařství, je jedním z důležitějších ukazatelů při výběru a hodnocení celkové úspěšnosti léčby. (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 9)

Studium tohoto pojmu se zaměřuje na identifikaci faktorů, které napomáhají k dobrému a smysluplnému životu. Kvalita života představuje komplexní, multidimenzionální veličinu, která odráží snahu jedince i celé společnosti o naplnění představ o životní spokojenosti, štěstí, pohodě i dobrých životních podmínkách. (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 70)

3.1 Pojem kvalita života

Pojmu kvalita života se věnuje mnoho odborníků, literatur i institucí a všichni se snaží o její vhodnou a výstižnou definici. Světová zdravotnická organizace uvádí vlastní pojetí:

„Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě, v kontextu kultury a hodnotových systémech, ve kterých žije, a ve vztahu ke svým osobním cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.“ (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 70)

Anna Hogenová (2002, s. 27) popisuje kvalitu života následovně:
„Kvalita života je něčím, co patří k životu jako jeho bezprostřední součást, jako to, co je projevem života samého.“

K pojmu „kvalita života“ můžeme přistupovat ze dvou hledisek, **subjektivního** i **objektivního**. Dnes se odborníci ve všech oborech významně přiklánějí k subjektivnímu hodnocení kvality života jako zásadnímu a určujícímu pro život člověka. (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 17)

Kvalita života zahrnuje **objektivní faktory**, zvláště materiální blaho, životní úroveň a snižování sociálních rozdílů mezi lidmi, spojené na nadindividuální úrovni především s představou tak zvaného sociálního státu, státu blahobytu, a na rovině individuální zase s vysokým životním standardem jedince. Špatný zdravotní stav obyvatelstva, chudoba a nevzdělanost jsou spojovány s nízkou úrovní kvality života v dané zemi. (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 70 - 71) Můžeme ji tedy vymezit jako souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které ovlivňují život jedince. (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 17)

Pro hodnocení kvality života je důležité její **subjektivní vnímání**, které stojí na kognitivním hodnocení a emočním prožíváním vlastního života, nemusí být nutně socioekonomickému statusu, a dokonce ani biologickému zdraví přímo úměrné. Dobré fyzické zdraví, bohatství, vzdělání nemusí automaticky vést k vyšší kvalitě života a naopak nepříznivé životní podmínky (chudoba, zdravotní postižení a tak dále) nemusí znamenat horší kvalitu života.

Pro kvalitu života jsou důležité životní podmínky samotné, ale také jejich subjektivní percepce a interpretace, celková psychická vyladěnost jedince spojená s vnímáním sebe samotného, s představou o sobě, s cílovými hodnotami a jejich naplněním, s odolností proti stresu a mnoha dalšími psychologickými proměnnými. Subjektivně vnímanou kvalitu života může zvýšit i změna životních hodnot zapříčiněná chorobou nebo pocit zvládnutí nelehkých životních zkoušek. Subjektivní kvalita života se týká míry naplnění životního smyslu. Nejedná se jen o objektivní zdravotní stav člověka a objektivní podmínky pro jeho zachování a rozvoj, ale hlavně o vlastní prožívání života s chorobou nebo postižením. (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 70 - 72) Pojem životní smysl (smysl v životě) byl opět zaveden do moderního lékařství, psychologie a psychoterapie především Viktorem Franklem. Ten vnímal „vůli ke smyslu“ za hlavní motivační sílu, která stojí za směřováním a snažením jedince v jeho životě. (Payne, 2005, s. 253)

Můžeme říci, že kvalita života je pojem **relativní**. Lidé stále vnímají a hodnotí své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémech, ve kterých žijí. Takové hodnocení je i výsledkem srovnávání lidí mezi sebou. Ale lidé, kteří se ocitají ve stejné

životní situaci se mohou velmi lišit v hodnocení kvality svého života. Platí to i naopak, lidé v úplně odlišných životních podmínkách mohou prožívat velmi podobný pocit radosti.

Kvalita života je výsledkem vztahu mezi očekáváním a skutečností. Jedná se o vztah podmínek, které jedinec ke svému životu skutečně má (s ohledem na životní úroveň, prostředí, příslušnost k sociální vrstvě, zdravotní stav nebo sociální a zdravotnické služby) a toho, co ve vztahu k nim očekává. Jedná se o možnosti naplňovat své představy o sobě, možnosti dosahovat životních cílů, plnit úkoly jednotlivých životních etap, naplňovat vnitřní potenciál, prožívat život s radostí a uspokojením (v ohledu fyzickém, psychologickém, sociálním i duchovním) a nacházet životní rovnováhu.

Kvalita našeho života je většinou uspokojivá, když má jedinec možnost osobního růstu a rozvoje emocionálního i kognitivního, má-li možnost o sobě rozhodovat, když vnímá kontinuitu svého života nebo neliší-li se jeho život zásadním způsobem od života ostatních členů společnosti. Zatímco handicapující podmínky posilují závislost a nesoběstačnost, úsilí o zlepšení kvality života by mělo podporovat aktivitu, zájem, participaci člověka.

Je zdokumentováno, že skutečné zlepšení kvality života nemusí vést k většímu štěstí. Stává se, že lidé s vysokou životní úrovní, úspěšní a zdraví, neprožívají pohodu a štěstí, ale trápí se, jsou neklidní, kritičtí, touží po ještě větším úspěchu, nevidí ve svém životě smysl. A jsou lidé, kterým se z vnějšího pohledu nedaří, žijí s vážnými zdravotními komplikacemi nebo ve špatných životních podmínkách, ale svůj život prožívají jako hodnotný, smysluplný. (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 72 - 73)

3.2 Kvalita života a potřeby

O pojmu kvalita života můžeme také uvažovat jako o **dynamickém směřování** naplnění života, dosahování životních cílů, plnění životních úkolů. Jde o komponentu individuální motivace, zaměření se na budoucnost, životního bilancování. Je to i podstatný zdroj zdraví člověka. Zahrnuje také podmínky, možnosti a zdroje pro dosažení těchto cílů. Připomeneme-li si Maslowovu pyramidu lidských potřeb (uvedena v příloze č. 2), pak můžeme k těmto podmínkám řadit:

- **tělesnou pohodu** (sem patří například absence bolesti i uspokojení základních biologických potřeb),
- **bezpečné prostředí k životu** (to znamená, mít místo, kde se člověk cítí příjemně, kde má nad svým životem plnou kontrolu),
- **mezilidské vztahy** (kde vládne sounáležitosti, tolerance a láska),

- **vlastní identitu** (pocit samostatnosti, důstojnosti, důvěry, respektu, uznání, společenské postavení),
- **smysluplnou činnost** (s ní související proaktivní orientaci, mít možnost dostatečně se stimulovat a realizovat se).

„Kvalita života člověka je tedy přímo úměrná míře uspokojení jeho základních životních potřeb a naplňování jeho životních cílů.“ (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 74 - 75)

Mnohooborový tým Centra podpory zdraví Univerzity Toronto provedl rozsáhlý výzkum s postiženými lidmi a dospěl k pojmenování **základních komponent a subkomponent kvality života**:

- **bytí fyzické** (patří sem tělesné zdraví, výživa, celková hygiena, pohybová aktivita, vzhled, oděv), tedy „nic mě nebolí“: **psychické** (duševní zdraví, prožívání, totožnost), tedy „je mi výborně“: a **spirituální** (víra, hodnoty a přesvědčení), tedy „má smysl přispívat k dobru“,
- **příslušnost** k okolnímu prostředí hmotnému (například k vlastnímu domovu, pracovnímu prostředí, krajině) a sociálnímu (k sociálnímu mikroprostředí, to je k rodině, k přátelům, spolupracovníkům, a sociálnímu makroprostředí, to je ke komunitě či národu, a to prostřednictvím bydlení, práce, a možnosti využívat zdravotní péči, sociální služby, vzdělávání), tedy „někde mám kořeny, někam patřím“,
- **seberealizace** – dosahování a plnění si osobních cílů a nadějí prostřednictvím praktické aktivity (práce a zájmů, péče o zdravotní stav a sociálního začlenění, odpočinku (relaxace) a růstu (poznávání a nabývání dovedností, adaptace na životní změny či krize), tedy „něco se mi povedlo, naplňuji svůj stanovený cíl“. (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 76)

3.2.1 Vnější a vnitřní činitele kvality života

Podle Jesenského (2001, s. 81) kvalita života představuje rozsáhlou oblast činitelů, které nemocnému člověku umožňují žít ve společnosti. Tento názor můžeme zobecnit na celou populaci. Jesenský rozděluje tyto činitele do dvou základních skupin:

„**Vnitřní činitele** – somatické a psychické vybavení ovlivněné onemocněním, poruchou, defektem či defektivitami. Mezi vnitřní činitele patří všechny aspekty ovlivňující rozvoj a integritu osobnosti handicapovaného.

Vnější činitele – představují podmínky jejich existence. Jedná se o ekologické, společensko – kulturní, výchovně vzdělávací, pracovní, ekonomické a materiálně technické

faktory. Tato oblast obsahově koresponduje s objektivní dimenzí kvality života.“ (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 18)

3.2.2 Rozsah pojetí kvality života

Kvalitu života nemusíme měřit pouze u jednotlivce, u individua je pouze dílčí oblastí. Engel a Bergsma (1998) popisují tuto problematiku ve třech hierarchicky odlišných sférách:

Makro-rovina

Kvalita života se na této rovině řeší ve velkých společenských celcích, například v určité zemi, v kontinentu. Dle Bergsmy se jedná o nejhlubší zamyšlení nad problematikou kvality života, tedy o absolutní smysl života. Tato problematika se zde stává součástí základních politických úvah, například problematika hladomoru, epidemií.

Mezo-rovina

Zde se jedná o otázky kvality života v malých sociálních celcích, například ve škole, nemocnici. Vedle tolerance k morální hodnotě života jedince vstupují do popředí také otázky sociálního klimatu a vzájemných vztahů mezi lidmi, sdílení hodnot, uspokojování nebo neuspokojování základních potřeb všech členů určité skupiny.

Personální (osobní) rovina

V této rovině stojí ve středu zájmu život jednotlivce. V průběhu hodnocení kvality života zvažujeme subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, nadějí a tak dále. Vliv zde mají také osobní hodnoty jednotlivce, představy, očekávání a další, které mohou vnímání kvality vlastního života významně ovlivnit.

Rovina fyzické existence

Dle Engela a Bergsmy můžeme o kvalitě života mluvit i ve čtvrté rovině, jedná se o tělesnou (fyzickou) existenci. Podstatou tu je pozorovatelné chování druhých lidí, které je možné objektivně měřit a srovnávat, například chůze před a po ortopedické operaci. Této rovině schází dimenze, která je pro hlubší pochopení kvality života důležitá. (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 15)

Neustále se potvrzuje, že se svým subjektivním zdravím jsou až do vysokého věku spokojenější muži než ženy. Teprve v pozdním věku tento rozdíl mizí. Kvalita života, která je úzce spojená se zdravím se lineárně zhoršuje s přibývajícím věkem. Dle Jana Payna se ukazuje, že subjektivní kvalitu života tvoří tři globální oblasti:

- **dimenze spokojenosti** (se životem a jeho jednotlivými oblastmi),
- **dimenze zdraví,**
- **dimenze emocionálního prožívání.**

Ukazuje se, že ve všech dimenzích mají lepší kvalitu života muži než ženy. (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 77) V 90. letech 20. století byl proveden britský celonárodní průzkum, který potvrdil předpokládané výsledky: zdravotní potíže narůstají s přibývajícím věkem, jen deprese vrcholí ve věkové skupině 65 – 69 let. (Kalvach, 2008, s. 110) Kvalita života se s věkem velmi výrazněji zhoršuje u žen než u mužů. (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 77) Míra a kvalita zdraví z mládí se udržuje do 50 let a pak klesá. (Kalvach, 2008, s. 110) Dále bylo zjištěno, že jedinci žijící ve svazku manželském mají lepší kvalitu života než ostatní kategorie respondentů. Působení některých komponent životního stylu na kvalitu života je řízeno zdravotním stavem, například astma významněji ovlivňuje kvalitu života mužů než žen a má výraznější vliv na emocionální složku kvality života než na kognitivní. Jedinci trpící astmatem mají zdravější životní styl než neastmatici. (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 77) Nedávná švédská opakovaná studie ukazuje, že populace žijící ve velkoměstech má větší zdravotní potíže. Zdravotní problémy se objevovaly mnohem více u žen než u mužů. Během několika let se u obou pohlaví, především u seniorů, zhoršovalo zdraví v oblasti deprese. (Kalvach, 2008, s. 110)

Ve vyšším věku je zdraví a kvalita života velmi ovlivněna životními podmínkami, událostmi a rozhodnutími v dětství a v dospělosti. Nezanedbatelný podíl má i životní prostředí, ve kterém žijeme a také náš životní styl. Je nutné ke svému zdraví zaujmout tak zvaný celoživotní přístup. To znamená, že je velmi důležité věnovat pozornost specifickým rizikům v kritických fázích života a zaměřit se na specifické potřeby v určitém věku. Tento celoživotní přístup klade nemalý důraz na prevenci v našem celém životě. Nezbytné je umět přijmout adešná opatření k nápravě a kompenzaci již vzniklých poruch a rizik.

Zdraví a kvalitu života je možné ovlivnit a zvýšit v každém věku. V životě je důležité uplatňovat tak zvaný celoživotní přístup nejen v oblasti zdraví, ale i ve vzdělávání, zaměstnanosti, bydlení, hmotném zabezpečení nebo sociální participaci. (Čevela, 2009, s. 99)

3.3 Měření kvality života

Faktem je, že kvalitu života můžeme změřit. To je důležité především v souvislosti s léčbou rozmanitých onemocnění a zvládnáním života se zdravotním postižením, ale i pro srovnávání kvality života různých sociálních skupin lidí. Musíme mít, ale na paměti, že k pojmu kvalita života se jen blížíme. I přesto, že dnes existuje spousta nástrojů k měření, nemáme jistotu, že měříme zrovna kvalitu života. (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 79)

Každý člověk jednou zestárne. Se stářím se zvyšuje i počet chronicky nemocných lidí. Pro vnímání života je v současnosti určující postmoderní filozofické klima, které zdůrazňuje v celistvě chápaném světě hodnotu subjektivního prožívání. Dnešní trendy týkající se péče o nemocné můžeme popsat jako odklon od pozorování projevů choroby k důrazu na pacienta, od prodloužení života k celkovému zlepšení jeho kvality, od faktických měřítek k osobním ukazatelům. (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 39) Jednoduše řečeno, kvalitu života i spokojenost konkrétního jedince nemůžeme posuzovat na základě jeho dosaženého věku, tedy délkou jeho života. (Štílec, 2004, s. 13)

Kirby (1997) uvádí, že kvalitu života lze měřit ze tří hledisek:

1. „Jako objektivní měření sociálních ukazatelů (v termínech možností, bariér a zdrojů okolí).
2. Jako subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem.
3. Jako subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi.“
(Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 39)

U prvního bodu poukazuje na to, že ukazatele jako například vzdělání, bezpečnost a další jsou spíše vhodné pro účely měření hromadné kvality života (pro mezikulturní srovnávání) než pro jednotlivce. Celkovou spokojenost jedince chápe jako výsledek personálních hodnot a celého životního stylu, jehož prostřednictvím se je člověk pokouší naplnit. Třetí bod nám sděluje, že existují velmi rozmanité výčty oblastí života. Dle Kirbyho do kvality života nepatří životní úroveň jako taková, ale spokojenost s ní. (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 39)

3.3.1 Principy měření

Při procesu **měření** přiřazujeme čísla událostem nebo objektům dle konkrétních pravidel. Je to proces, ve kterém dochází ke spojování abstraktních konceptů s empirickými indikátory, které můžeme pozorovat. „Měření je explicitní, organizovaný plán pro klasifikaci a hodnocení

dat v rámci základního konceptu.“ Pro získávání dat jsou určeny nástroje. Proces měření většinou probíhá na těchto úrovních:

- **„poměrová,**
- **intervalová** (rozdíly mezi proměnnými jsou měřitelné),
- **ordinální** (proměnné mohou být seřazeny),
- **nominální** (proměnné mohou být pouze vyjmenovány, nejslabší).“ (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 40)

Pojem **škála** je soubor číslíc nebo symbolů, které jsou sestaveny takovým způsobem, že číslice nebo symboly, stanoveným způsobem, korespondují s podstatnými vlastnostmi respondenta. „Stupnice obsahují komponenty, které popisují koncept a sérii odpovědí, které hodnotí danou oblast.“ (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 40)

Za účelem měření kvality života se používá několik hodnotících stupnic:

- **„oddělené odpovědi** – používá kategorie odpovědí jako výborný – dobrý – průměrný špatný,
- **LIKERT stupnice** – používá popisy názorů pro určení stupně souhlasu nebo nesouhlasu se sérií tvrzení. Některé stupnice jsou označovány jako podobné LIKERT, neboť hodnotí tvrzení i v jiných dimenzích, například spokojenost nebo důležitost.
- **vizuální analogie** – používá škálu, ukotvenou slovy pouze v jejích extrémech, žádná jiná slova se na ní nevyskytují,
- **adjektivní** – používá kontinuum odpovědi na škále. Princip je podobný jako u vizuální analogie, pouze s tím rozdílem, že adjektivní škála obsahuje slova.“ (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 40)

3.3.2 Nástroje měření Světové zdravotnické organizace

Světová zdravotnická organizace spolupracovala s 15 centry umístěnými po celém světě a vyvinula vhodné nástroje pro měření kvality života (WHOQOL – 100, WHOQOL – BREF). Je možné je použít v různých kulturních podmínkách a souběžně s tím nám umožňují srovnávat výsledky výzkumů v různých zemích. Nástroje Světové zdravotnické organizace můžeme využít v různých sférách, například v lékařství, ve výzkumu, politice a tak dále. (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 67)

Pro mé výzkumné šetření jsem si sestavila dotazník, který je z velké části inspirovaný dotazníkem WHOQOL – BREF.

Dotazník Světové zdravotnické organizace zvaný WHOQOL – BREF zahrnuje 2 témata, která se týkají obecné kvality života a zdraví a jedno z každého ze 24 hledisek, která jsou zahrnuta v WHOQOL – 100. (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 72)

Početné snahy změřit kvalitu života zapříčinily, že vzniklo mnoho standardizovaných dotazníků, kterými můžeme měřit kvalitu života lidí s různými nemocemi či postižením, v závislosti na sociálním zařazením i způsobu života. (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 79)

4 Ústavní zařízení pro seniory

Jak již bylo zmíněno, v období stáří dochází k mnoha změnám, které souvisí, mimo jiné, se změnou dosavadního bydlení. Pro mnoho seniorů to znamená velmi výrazný a citlivý zásah do jejich života.

4.1 Obecné aspekty ústavní péče o seniory

U seniorské populace nastávají změny zejména v oblasti zdraví a následné péče o sebe. (Venglářová, 2007, s. 13) U seniorů se začínou pomalu, ale jistě zvyšovat nároky na pomoc od blízkých i od okolí a může nastat situace, kdy už starý člověk nemůže zůstat sám ve svém vlastním domově bez trvalejší pomoci. Staří lidé, společně se svou rodinou, začínou hledat nové, vhodné místo pro jejich život v důchodovém věku, které jim plně zajistí potřebnou profesionální péči. (Venglářová, 2007, s. 96) Vždy je nejlepší, když si starý člověk vybere sám zařízení, ve kterém bude bydlet. Při výběru svého nového domova je potřeba zohlednit a nepodceňovat:

- lokalitu, ve které je zařízení umístěno,
- vzdálenost zařízení, zda je dostupná pro návštěvy,
- velikost zařízení,
- druh poskytovaných služeb,
- důležitá je cena měsíčního pobytu i čekací lhůta. (Venglářová, 2007, s. 14)

V dnešní době vznikají v České republice samostatná zdravotnická a zdravotně-sociální zařízení pro osoby staršího věku, což je bezpochyby přínosné. V minulosti byla téměř všechna péče o seniory tradičně poskytována především léčebnami pro dlouhodobě nemocné, které se od sebe výrazně liší, například personálem, prostředím, úrovní poskytované péče a financováním, které bylo zajištěno z rozpočtu zřizovatele. Léčebny pro dlouhodobě nemocné byly označovány za lůžkovou základnu geriatric.

I když v současné době v našem státě vznikají tato zařízení, která poskytují potřebné služby pro seniory a trvale nemocné občany, není toto spektrum stále dostatečné. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 108)

Rozsah služeb, které jsou poskytované starším občanům, zahrnuje geriatrická oddělení v nemocničních zařízeních, geriatrické ambulance, léčebny dlouhodobě nemocných pacientů, dále psychiatrické léčebny, agentury domácí péče, geriatrické stacionáře, hospicová zařízení, domovy pro seniory, penziony pro seniory, také domovy s pečovatelskou službou, pečovatelskou službu, jídelny a kluby pro seniory. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 108)

Novodobá péče o seniory by měla zahrnovat čtyři důležité složky, které spolu navzájem souvisí a žádná z nich by neměla být opomenuta či zanedbávána:

- individuální,
- sociální,
- zdravotní,
- hmotnou.

Pro starého jedince je podstatný pocit osobní jistoty a celkové spokojenosti v určitém společenství, ať už v rodinném nebo jiném integrovaném kruhu lidí. Toto se může splnit, jen když bude zdravotní stav jedince přiměřený a jeho hmotné zajištění bude na určité úrovni. Požadavky dnešní populace i starých občanů jsou neskromné. Rodinní příbuzní seniora i on sám, vyžadují splnění všech potřeb ve výše uvedených čtyřech složkách základní péče, a pokud je to možné, tak okamžitě. Toto se však dá z individuálního hlediska pochopit. Každý senior si přeje být po všech stránkách zabezpečen a touží po pocitu, že je o něj všestranně postaráno. K tomuto toužebnému přání se připojuje i rodina seniora. Zde však nestačí pouze chtít, ale je třeba i pomáhat. Občas se nepodaří poskytnout seniorům opravdu „vše“. Úroveň komplexní péče se někdy může blížit ideálnímu stavu, jindy naopak. Starší občané tento fakt přijímají s lítostí, jejich rodinní příslušníci s agresí a zlobí se. Lidé často mluví o domovech pro seniory i o jiných ústavních zařízeních jim určených, nehezky. Požadují změnu, samozřejmě k lepšímu, která má proběhnout ihned, ale sami nejsou ochotni něco změnit. (Haškovcová, 1990, s. 183-184)

4.2 Domovy pro seniory

Senioři neměli v minulosti jednoduchý život. Mnoho z nich strádalo a žilo velmi skromně. Navíc se jejich počet stále rozrůstal, což se děje ostatně i dnes. Zajistit starým občanům a v mnoha případech také nemajetným lidem, vhodné a přiměřené hmotné zázemí se dařilo hlavně v pojetí institucionální péče. (Haškovcová, 1990, s. 184)

Na začátku padesátých let se u nás začaly budovat domovy pro seniory, dříve zvané jako domovy důchodců. (Haškovcová, 1990, s. 185) V těchto letech byl veliký nedostatek lůžek na jejich odděleních. Od té doby se však počet domovů pro seniory, jejich kapacita i další ústavní zařízení poskytující služby seniorům, podstatně zvýšil. (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 261) Zřizovatelem domovů pro seniory byl v minulosti pouze stát, který se také staral o jejich údržbu. Některé domovy pro seniory vznikly nově, postavením novostavby, což bylo výjimečné. Tato zařízení vznikla především rekonstrukcí již existujících staveb, které běžně

sloužily k jinému účelu. (Haškovcová, 1990, s. 185) Často šlo o přestavbu zámků či klášterů. (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 261)

Senioři většinou chápali přestup do domova jako radostnou událost, v nejhorším případě k této situaci přistupovali s přiměřenou vstřícností. Především ti senioři, kteří neměli dostatečné finanční prostředky na provoz vlastního domova, se těšili na klidný odpočinek v domově pro seniory, kde najdou komfortnější bydlení než je to jejich. Na život v domově se také těšili staří lidé, kteří měli vlastní byt či dům ve špatném stavu. K této situaci přispíval také fakt, že tehdejší starobní důchody nebyly nijak zvlášť vysoké, a protože stát zabezpečoval provoz domova, jeho obyvatelé se měli lépe než, kdyby bydleli ve vlastním bytě či domě. V dřívější době odcházeli do domova senioři optimisticky naladěni, ale i zdraví, bez nemocí, pouze s určitými materiálně-sociálními problémy. V tehdejší době byla dokonce v předpisech pro přijetí do ústavní péče uvedena podmínka, že obyvatel domova pro seniory má být plně zdravý či prakticky zdravý i soběstačný. Odtud nejspíš pramení představa, že domovy pro seniory jsou obecně uznávaným místem, kde budou starší občané dožívat své životy.

Ale vše se časem mění, a tedy i pohled na žití v domovech pro seniory se změnil. Lidé začali v průběhu let žít jiným způsobem života, zvyšovala se životní úroveň, začaly se stavět nové domy a byty. Tehdejší domovy pro seniory i jejich zařízení se začaly stávat nekomfortní. Obecně si lidé začali vážit svého osobního, domácího zázemí, ať už ve své rodině či samotě. V té době upřednostňovaná individualizace a osobní práva zapříčinila, že se začal snižovat smysl pro kolektiv. Senior nechtěl opustit svůj domov a odejít bydlet do domova pro seniory, bylo mu jasné, že tam navždy ztratí svoji těžce strážnou intimitu a naopak ho pohlty traumatizující a zničující pocit konečného řešení svého dosavadního života. (Haškovcová, 1990, s. 185-186) „Z domova důchodců se neodchází; tam cesta života jednoho dne končí.“ (Haškovcová, 1990, s. 186)

Dnes je domov pro seniory chápán jako ústavní zařízení řídicí se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. (www.mpsv.cz) A také provozním řádem, který má každý domov pro seniory stanovený. Klienti jsou do něj přijímáni na základě podání příslušné žádosti. Veškerou zdravotnickou péči poskytují ošetřovatelé a během dne i lékaři. Seniorům tu případně zajišťují konkrétní služby i sociální pracovníci.

Klienti, kteří bydlí v domově pro seniory nemají příliš soukromí, jednolůžkové pokoje nejsou časté. Obyvatelé těchto domovů mohou mnohdy těžce nést izolaci od svých blízkých. Tato zařízení mohou být státní, soukromá i církevní. V případě státních domovů si klienti platí bydlení, stravu, služby a další. Jakmile senior zaplatí všechny potřebné poplatky, musí

mu z důchodu zůstat 30 %. Lepší podmínky pro život mají soukromé domovy, které jsou však dražší. Církevní domovy pro seniory jsou levnější než státní.

V minulosti byly domovy pro seniory určeny pro soběstačné osoby v důchodovém věku, jak již bylo výše zmíněno. Dnes jsou azylovým zázemím pro starší lidi, kteří tu mají dožít svůj život a jsou plně závislí na ošetrovatelské pomoci. Domovy pro seniory nejsou ve společnosti příliš oblíbené. Téměř 5 % seniorů uvažuje o bydlení v nich, většinou pouze v případě, kdy by neexistovala žádná jiná možnost. I přes tento fakt, mohou být čekací lhůty poměrně dlouhé. (Kalvach, 2004, s. 470)

V současnosti je trendem vytvářet ošetrovatelská oddělení v domovech pro seniory s nutnou potřebou náročné ošetrovatelské péče, zavádění respitní péče, vznik kombinovaných zařízení s ohledem na rozmanité klienty (například domovy pro seniory, které jsou kombinované s penzionem pro seniory, poskytující pečovatelskou službu seniorům žijících v domácnosti). V posledních letech v této oblasti dochází k postupnému prosazování nestátního neziskového sektoru. (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 109)

4.3 Penziony pro seniory

Dalo by se říci, že penziony pro seniory jsou relativně novějším typem ústavního zařízení, který pečuje o staré občany, a proto o nich ještě nejsou časté zmínky v literatuře.

Penziony pro seniory jsou ústavními zařízeními, které jsou však volnější ve srovnání s domovy pro seniory. Slouží především klientům, kteří jsou téměř soběstační, jejich zdravotní stav i věk jsou v natolik dobré kvalitě, že jim dovolují žít vcelku samostatný život v optimálních podmínkách. Klienti jsou opět přijímáni na základě žádosti. Penziony pro seniory poskytují svým klientům bydlení a základní péči. V dnešní době nabízejí i bohatý kulturní a společenský život. (Kalvach, 2004, s. 470)

V penzionu Trilobit, ve kterém probíhal výzkum, bydlí jeho obyvatelé jako v obyčejném panelovém domě, každý ve svém bytě, kde se nachází i sociální zařízení a kuchyně. Obyvatelé každé bytové jednotky platí nájem i náklady na provoz. V případě potřeby, se mohou jeho klienti s různými problémy či dotazy, obracet na tamější paní ředitelku Marcelu Halovou. Všichni obyvatelé tu žijí poměrně samostatný život, kde mají zachované i své soukromí. Klienti, zde společně sdílejí pouze veřejné prostory jako například chodby, výtah i společenskou místnost, kde se nachází knihovna, o kterou se starají a doplňují ji samotní obyvatelé penzionu. Tyto společné prostory uklízí tamější paní uklízečka a o jejich

údržbu se stará místní údržbář, jedná se o zaměstnance penzionu. Lékařská pomoc se přímo v penzionu nenachází, ale je zajištěna jiným způsobem.

Konkrétnější informace o provozu domova pro seniory a penzionu pro seniory, ve kterých probíhalo výzkumné šetření, jsou uvedeny v podkapitole 5.5 Charakteristika organizace výzkumu v praktické části diplomové práce.

4.4 Úskalí života v domově pro seniory a v penzionu pro seniory.

Pokud se zdravotní stav seniora zhorší natolik, že je donucen odstěhovat se do domova pro seniory, čeká ho tam nepříjemné překvapení v podobě pokojů, ve kterých se nachází větší počet obyvatel. Většinou na pokoji bydlí dva klienti, kteří se do té doby samozřejmě neznali a nyní jim nezbývá nic jiného než se s touto skutečností smířit. Občas se stává, že je klientovi přidělen pokoj pro jednu osobu, máte tedy možnost, si alespoň z části, zachovat své soukromí a intimitu. Do domova pro seniory není možné odnést vlastní nábytek, na který byl senior celý život zvyklý a třeba k němu měl, za dlouhá léta, vybudovaný určitý osobní vztah. Tento uniformní způsob života probíhající mezi nemocnými, starými a navíc neznámými lidmi, přináší pro každého budoucího obyvatele velmi těžké ztráty, se kterými se však musí vyrovnat.

Velmi citlivým tématem je v domovech pro seniory již zmiňované soukromí i vztahy s lidmi. Soukromí tu má každý jedinec opravdu málo a naopak neustálé styky s ostatními obyvateli domova jsou tu nepřetržité. Senioři v tomto ústavním zařízení mnohdy postrádají lásku, není však nikdo, kdo by jim mohl tento vřelý pocit dát. Opravdovou lásku jim zaměstnanci domova nemohou předat a pouze profesionální úsměv ji nenahradí. Stejně tak ji nemůžeme očekávat od ostatních obyvatel domova, kteří se mnohdy sami trápí osamocením. Navíc má každý jedinec své vlastní životní hodnoty, které se často liší. Každý si s sebou nese svoji minulost a může být velmi těžké navzájem si porozumět a předat si „kus lásky“. (Haškovcová, 1990, s. 186)

Do penzionu pro seniory se starým občanům musí odcházet mnohem lépe. Často se v penzionech žije jako v obyčejném domě s několika bytovými jednotkami, ve kterém společně bydlí více rodin. Jedná se o bydlení podobné panelákovému životu s tím rozdílem, že obyvateli jsou většinou starší občané. V penzionu Trilobit, ve kterém výzkum probíhal, tomu tak bylo. Obyvatelé tu žijí běžným životem jako kdyby bydleli v privátních bytech. Stěhují se tam společně manželské páry, životní partneři, ale i jednotlivci, kterým jsou k dispozici jednopokojové byty s kuchyní a sociálním zařízením. Klienti si mohou do svých

pronajatých bytů dovést vlastní nábytek a bydlení si mohou zařídit dle svého vkusu. Kuchyně i sociální zařízení je už samozřejmě vybudované a nainstalované. Rodinní příslušníci i blízcí přátelé obyvatel penzionu mohou dojíždět na návštěvy kdykoli se jim zachce a nikomu se tu nemusí hlásit. Klienti tu žijí běžným životem jako zdraví a soběstační senioři žijící ve vlastním domově jen s tím rozdílem, že tu mají zajištění bohatý kulturní život, jehož zúčastnění je samozřejmě dobrovolné a v případě potřeby se mohou se svými problémy obracet na tamější paní ředitelku. Také je jim tu nabízena pomoc od pečovatelské služby.

Domovy i penziony pro seniory mají své nevýhody a našli bychom jich určitě více, především kdybychom se zeptali jejich starších obyvatel, ale vše, co má nevýhody, má i své klady. A je tomu tak i u těchto ústavních zařízeních. Stále existují senioři, kterým se v domovech i v penzionech líbí a jsou tam spokojeni. Mnohým z nich se líbí, že jsou obklopeni lidmi, svými vrstevníky, kteří spolu často sdílí podobné problémy a tím jsou si bližší. K tomuto všemu se také přidává smutný fakt, že tato ústavní zařízení jsou někdy jediným řešením, jak se vyrovnat se skutečností, že někteří lidé zůstali na stáří sami či se jim tak zvaně nepovedly děti nebo i pro ty seniory, kteří se v životě rozhodli, že žádné potomky mít nebudou. (Haškovcová, 1990, s. 187-188)

5 Výzkumné šetření

Cílem této kapitoly je představení hlavního cíle diplomové práce i jejich dílčích úkolů, formulace hypotéz, ale také seznámení s metodou výzkumu, s metodou sběru dat i jejich zpracováním, s charakteristikou respondentů i organizacích, ve kterých výzkum probíhal. Cílem je také seznámení, se závěrečným shrnutím výsledků, které vypovídá o tom, co bylo z výzkumného šetření zjištěno.

5.1 Cíle práce a dílčí úkoly

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, zhodnotit a porovnat, jaká je subjektivní kvalita života seniorů žijících v domově pro seniory a v penzionu pro seniory na Prostějovsku.

Dále byly stanoveny dílčí úkoly: zjistit míru kvality života v oblasti fyzického zdraví, zhodnotit míru kvality života seniorů v oblasti prožívání, zjistit míru kvality sociálních vztahů, určit míru spokojenosti seniorů s prostředím, ve kterém žijí.

5.2 Formulace hypotéz

Hypotézy jsem stanovila na základě prostudované literatury uvedené v seznamu použitých zdrojů. Při jejich formulaci jsem vycházela z předpokladu, že senioři z penzionu budou obecně zdravější a ve větší psychické pohodě, než senioři žijící v domově pro seniory, jelikož klienti penzionů žijí běžným, poměrně samostatným životem jako v obyčejném domě, občas někteří využijí pomoci pečovatelské služby.

1. V hodnocení potřeby lékařské péče v každodenním životě seniorů z domova a seniorů z penzionu budou rozdíly.
2. V hodnocení prožívání života seniorů z penzionu a seniorů z domova budou rozdíly.
3. V hodnocení mobility budou rozdíly mezi seniory z domova a seniory z penzionu.

5.3 Metodologie výzkumu

V této podkapitole zjišťujeme, jaká metoda byla vybraná pro sběr dat a jejich následné zpracování, jaké jsou její klady i zápory.

5.3.1 Metoda sběru dat

Ve výzkumném šetření byly informace od vybraného vzorku respondentů, získány prostřednictvím dotazníku (uveden v příloze č. 1). Nespornou výhodou tohoto výzkumného nástroje je, že shromáždí mnoho informací od velkého počtu respondentů v krátkém časovém úseku. Tato metoda sběru dat je velmi oblíbená, má však i své nevýhody. Nikdy si nemůžeme být jisti, že respondenti odpovídají pravdivě. Může docházet ke zkreslení odpovědi, kdy se v ní odráží především vlastní přání či pocit dotazovaného než samotná skutečnost.

5.3.2 Metoda zpracování dat

Dotazník byl sestavován v průběhu měsíce dubna roku 2011 a je inspirován dotazníkem Světové zdravotnické organizace s názvem WHOQOL - BREF. Skládá se celkem z 22 položek, z toho první dvě položky (pohlaví, bydliště) nejsou označeny pořadovým číslem, slouží pouze pro kategorizaci respondentů a zjištění osobních údajů. Na zbylých 20 položek, se odpovídá vybráním jednoho z pěti čísel uvedených na stupnici. Tento způsob výběru odpovědi (škály) jsem vybrala, protože odpovědi na ně jsou snadné a jasné.

V dotazníku jsou první dvě položky, jak již bylo výše uvedeno, spíše informační. Položky s pořadovým číslem jedna a dvě jsou samostatné položky, které zjišťují a hodnotí celkovou kvalitu života a zdravotní stav respondentů. Zbylé položky se týkají jednotlivých oblastí. První oblast zjišťuje míru kvality života týkající se fyzického zdraví, do ní jsou zahrnuty položky číslo 3, 4, 5, 12, 16, 17, 18. Druhá oblast hodnotí míru kvality života seniorů v prožívání, sem patří tyto položky: 6, 7, 9, 10, 11. Třetí oblast zjišťuje míru kvality sociálních vztahů, zde jsou zahrnuty položky číslo 19 a 20. Čtvrtá, poslední oblast určuje míru spokojenosti seniorů s prostředím, ve kterém žijí, do ní jsou zahrnuty položky číslo 8, 13, 14, 15.

Během úvodního setkání s respondenty, došlo k představení mé osoby a vysvětlení návštěvy. Před samotným vyplňováním dotazníků byli senioři obeznámeni s jeho účelem i s dalším zpracováním. Všichni senioři byli informováni o anonymitě dotazníku a také o možnosti neodpovědět na otázky, které budou pro respondenta, z jakékoliv příčiny, nepříjemné a nebude si přát s touto problematikou svěřovat. Tato situace nenastala. Všichni dotazovaní senioři souhlasili s vyplňováním dotazníku a jeho následném zpracování.

Vyplňování dotazníku probíhalo formou standardizovaného dotazování, respondentům jsem četla otázky, oni mi pouze sdělili, jaké číslo ze stupnice nejlépe vystihuje jejich odpověď. Jednalo se o kvantitativní výzkum.

5.4 Charakteristika respondentů

Pro výzkumné šetření bylo osloveno 120 respondentů. Zastoupeni byli ženy i muži žijící v domově pro seniory v Prostějově a v penzionu pro seniory v Čelechovicích na Hané. Vybraní respondenti byli různého sociálního postavení. Žen bylo 73, mužů 47.

V domově důchodců v Prostějově byl výběr respondentů, na základě jednání s tamější zdravotní vrchní sestrou (Evou Uherkovou), zaměřen na relativně zdravější jedince. Byli vyloučeni senioři s demencí a imobilní jedinci. Na jednotlivých patrech mi staniční sestry přímo doporučily vhodné respondenty.

V penzionu pro seniory v Čelechovicích na Hané, se výzkumného šetření zúčastnili náhodně vybraní respondenti. Vycházela jsem z předpokladu, že v penzionech pro seniory bydlí zdravější jedinci než v domovech pro seniory.

V domově pro seniory nebyli někteří klienti k zastižení, kvůli jejich nepřítomnosti na pokojích. Několik respondentů mi odmítlo na dotazník odpovídat.

5.5 Charakteristika organizace výzkumu

Text této podkapitoly vypovídá o tom, v jakých organizacích probíhalo výzkumné šetření a sděluje základní informace o nich.

5.5.1 Domov důchodců Prostějov, p.o.

Toto ústavní zařízení bylo otevřeno na jaře roku 1985. Do konce roku 2002 byl součástí Okresního ústavu sociálních služeb Prostějov, který byl zřízen Okresním úřadem v Prostějově. V období od 1. 1. 2003 do 31. 12. 2003 byl Domov důchodců pod vedením Sociálních služeb Prostějov, jejímž zřizovatelem byl Olomoucký kraj. Od 1. 1. 2004 patří pod Olomouckým kraj a byl pojmenován jako „Domov důchodců Prostějov, p.o., Nerudova 1666/70; 796 01 Prostějov“. (www.domovpv.cz)

Na základě registrace dle zákona č. 108/2006 Sb. je předmětem činnosti poskytování komplexní péče sociálních služeb seniorům a zdravotně postiženým občanům, která spočívá především ve všestranné péči sociální, poskytování ošetrovatelské péče včetně rehabilitace, možnosti využití ergoterapie, s cílem podpory soběstačnosti klienta a zajištění podmínek pro rozvoj jeho osobnosti.

Domov důchodců napomáhá seniorům, kteří potřebují pravidelnou pomoc při provádění základních každodenních potřeb. Klade se důraz na individualitu znevýhodnění klientů

i na jejich potřeby, které se často odlišují. Zaměstnanci tohoto zařízení, se pokouší vytvořit vhodné podmínky, které zajistí seniorům důstojný život v jejich stáří.

Tato organizace neposkytne svoje služby lidem, kteří jsou nakaženy akutní infekční nemocí. Osobám, které trpí závažnou duševní poruchou, nebo když jejich zdravotní stav vyžaduje ústavní péči ve zdravotnickém zařízení. (www.domovpv.cz)

Tento domov je určen lidem starším 60 let, po přiznání starobního důchodu, kteří jsou příjemci příspěvku na péči na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Domov důchodců je určen pro 250 obyvatel.

Ubytování je poskytováno v jednolůžkových nebo dvoulůžkových pokojích, kde se nachází sociální zařízení i kuchyňská linka. U některých pokojů jsou také balkony.

Osoby žádající o ubytování jsou umístěny na jednotlivá oddělení dle jejich zdravotního a psychického stavu. Nachází se tu celkem čtyři oddělení - dvě ošetrovatelská a dvě oddělení s běžným režimem.

Domov důchodců zajišťuje pro své klienty rekreace, kulturní vyžití, výlety a mnoho dalších společenských zážitků. V této organizaci o své klienty pečují terapeuti, zdravotníci i ošetrovatelský, sociální a provozní personál. Péče je tu poskytována v nepřetržitém provozu. Domov také zajišťuje služby všeobecného lékaře a zubaře, kteří ordinují v předem stanovených hodinách. Na skladbu jídel, stravování a dietní systém dohlíží nutriční terapeutka a stravovací komise zařízení. (www.domovpv.cz)

Cíle poskytované služby

- Podpora soběstačnosti uživatele a zajištění podmínek pro rozvoj jeho osobnosti.
- Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu.
- Respektování a pomoc při uplatňování práv uživatelů při plánování a průběhu poskytování sociální služby.
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.
- Trvale rozvíjet osobnost uživatelů s přihlédnutím k jejich fyzickým, zdravotním a psychickým možnostem a schopnostem.
- Vytváření podmínek pro důstojný život uživatelů, zmírnění jejich sociálního vyloučení a zvyšování kvality jejich života.
- Organizování volnočasových aktivit, kulturního a společenského vyžití, rekreací uživatelů.

- Snaha o maximální zapojení uživatelů do aktivizačních a sociálně-terapeutických činností. (www.domovpv.cz)

5.5.2 Penzion pro seniory Trilobit o.p.s.

Penzion pro seniory s názvem Trilobit, ve kterém výzkum probíhal, je veden jako obecně prospěšná společnost, kterou zřídila obec Čelechovice na Hané. Nachází se přímo v obci Čelechovice na Hané, v ulici U Sokolovny 322, 798 16.

TRILOBIT o.p.s. byla zapsána v rejstříku obecně prospěšných společností, vedeného Krajským soudem v Brně, oddíl O, vložka 311, 21. prosince 2006. (www.trilobitops.cz)

Společnost zabezpečuje komplexní služby osobám, které mají zvláštní potřeby v oblasti bydlení a to z důvodů pokročilého věku nebo ze zdravotních důvodů.

Klientům je k dispozici celkem 48 chráněných bytových jednotek. Z toho 39 bytů o velikosti 1+kuchyňský kout a 10 bytů o velikosti 1+1. V objektu se nachází i bezbariérové byty. Dále je tu k dispozici společenská místnost s knihovnou, kadeřnictvím, manikúrou, pedikúrou. Od roku 2010 je zřízen i venkovní oddechový areál s lavičkami, altánem, venkovní šachy, kuželky a hra člověče, nezlob se.

V případě potřeby odborného zdravotního ošetření je k dispozici lékařská ordinace vzdálená od penzionu cca 100 metrů. Stravu si klienti mohou zajišťovat sami, vařením si ve vlastním bytě. Nebo se také nabízí možnost docházet si pro stravu do jídelny místní základní školy, která se nachází přímo vedle penzionu. (www.trilobitops.cz)

Hlavní druh obecně prospěšných služeb

- uspokojování bytových potřeb osob majících zvláštní potřeby v oblasti bydlení z důvodů zdravotních či z důvodů pokročilého věku spojené s provozem 48 chráněných bytových jednotek,
- služby zdravotní a sociální s provozem 48 chráněných bytových jednotek. (www.trilobitops.cz)

Doplňkové činnosti

- pořádání odborných kurzů, školení a jiných vzdělávacích akcí včetně lektorské činnosti,
- pořádání kulturních produkcí, zábav a provozování zařízení sloužící k zábavě,
- organizování sportovních soutěží,
- poskytování služeb pro rodinu a domácnost,

- realitní činnost,
- správa a údržba nemovitostí,
- specializovaný maloobchod a maloobchod se smíšeným zbožím,
- zprostředkování obchodu a služeb. (www.trilobitops.cz)

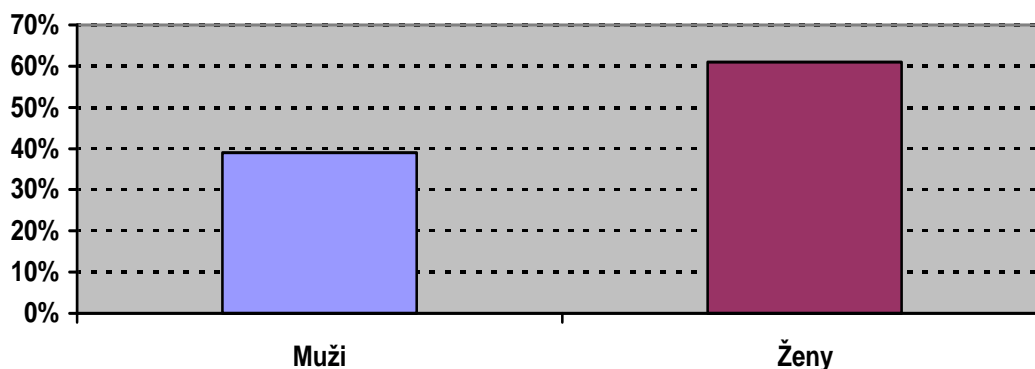
5.6 Zpracování dat

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 120 seniorů. Zastoupeno bylo 47 mužů a 73 žen. Respondenti byli rozděleni dle pohlaví a bydliště. Informace získané z výzkumného šetření jsou uvedeny v tabulkách a grafech. V tabulkách jsou zaznamenány absolutní a relativní četnosti, v grafech pouze relativní četnosti.

Tab. 1. Pohlaví

Pohlaví	n	%
Muži	47	39
Ženy	73	61
celkem	120	100

Graf 1. Pohlaví

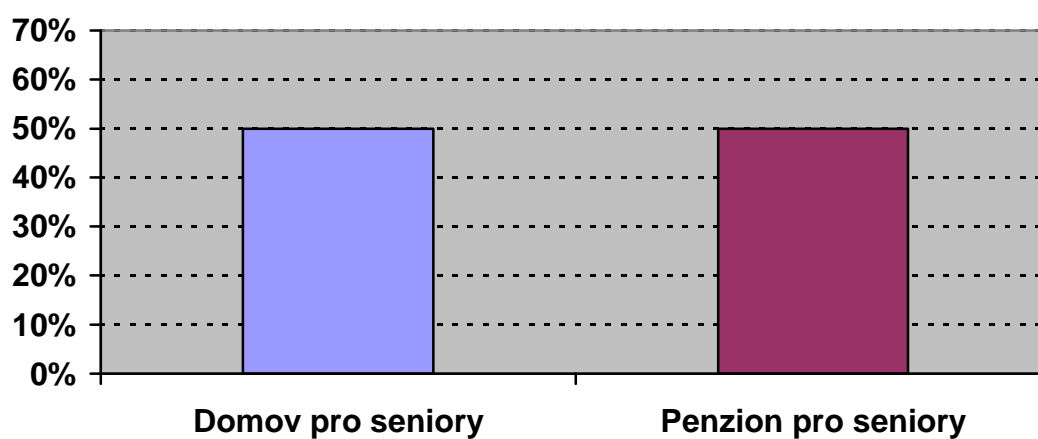


Z tabulky 1 a grafu 1 je zřejmé, že mezi vybranými respondenty převažovalo ženské pohlaví nad mužským. Žen bylo 73 (61%), mužů bylo 47 (39%).

Tab. 2. Bydliště

Bydliště	n	%
Domov pro seniory	60	50
Penzion pro seniory	60	50
celkem	120	100

Graf 2. Bydliště



Z tabulky 3 a grafu 3 vidíme, že zastoupení seniorů je v domově pro seniory a v penzionu pro seniory rovnoměrné. V domově i v penzionu bylo vybráno 60 respondentů (50%).

Položka č. 1 – Jak by jste hodnotil/a kvalitu svého života?

Tabulka 3 a graf 3 ukazuje, že většina seniorů z domova označila kvalitu svého života za dobrou, pouze 1 (1%) respondent ji označil za velmi dobrou. Naopak většinová část seniorů z penzionu označila kvalitu svého života za ani dobrou, ani špatnou, což může být překvapující, protože můžeme vycházet z předpokladu, že kvalitu svého života lépe ohodnotí senioři z penzionu než z domova. 4 (3%) respondenti z penzionu označili svoji kvalitu života za velmi dobrou.

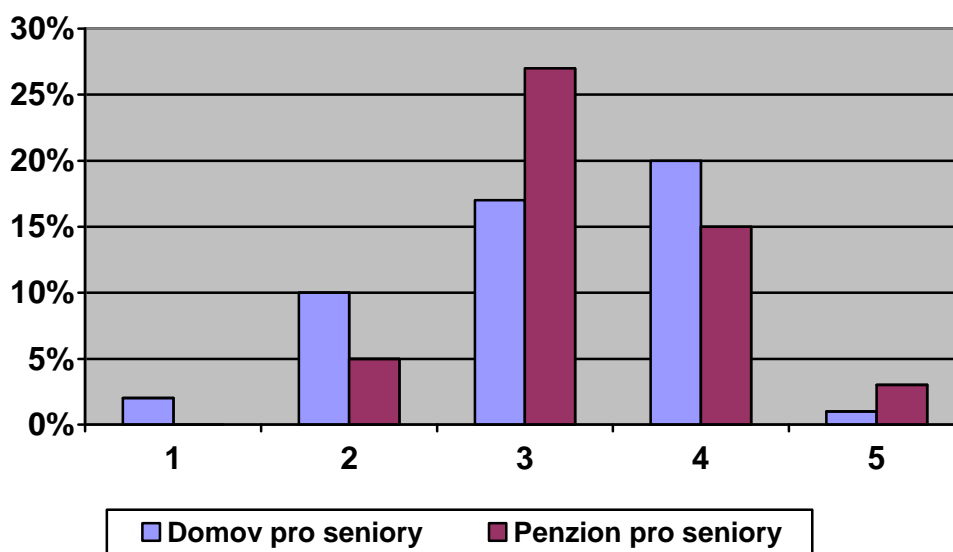
Průměrná hodnota této položky je 3,1 u seniorů z domova, u seniorů z penzionu je 3,3.

velmi špatná 1 2 3 4 5 velmi dobrá

Tab. 3. Kvalita života

	Domov pro seniory		Penzion pro seniory		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	3	2	0	0	3	2
2	12	10	6	5	18	15
3	20	17	33	27	53	44
4	24	20	17	15	41	35
5	1	1	4	3	5	4
celkem	60	50	60	50	120	100

Graf 3. Kvalita života



Položka č. 2 – Jak jste spokojen/a se svým zdravím?

Tabulka 4 a graf 4 informuje o tom, že 35 seniorů (29%) žijících v domově uvedlo, že jsou se svým zdravím nespokojeni, jen 1 (1%) respondent je se svým zdravím velmi spokojen. U seniorů, kteří žijí v penzionu převažuje odpověď, že jsou se svým zdravím spokojeni. Velmi spokojeni jsou tu pouze 2 (2%) respondenti, což se opět příliš neliší od domova pro seniory. Potěšující je, že žádný senior z penzionu neodpověděl, že je se svým zdravím velmi nespokojen.

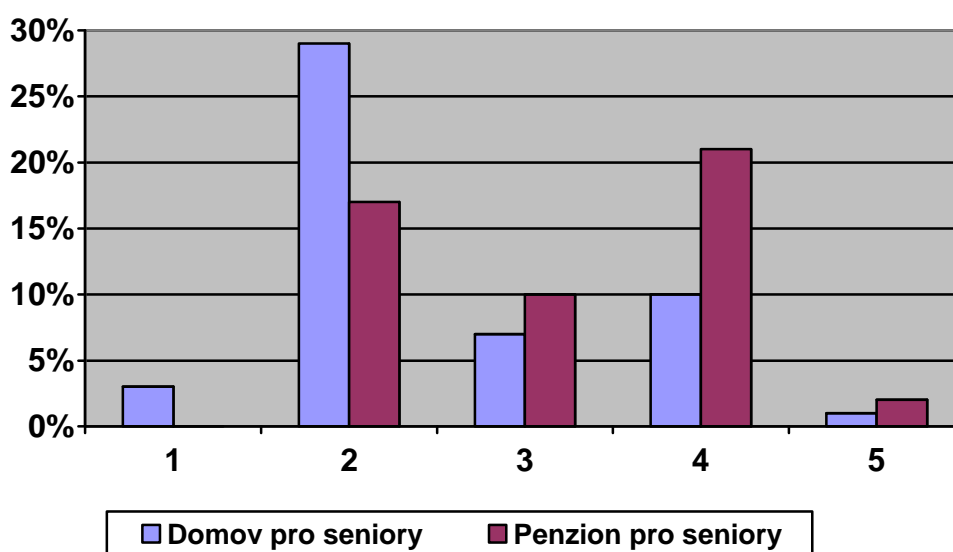
Průměrná hodnota je 2,5 u respondentů z domova a 3,1 u respondentů z penzionu.

velmi nespokojena 1 2 3 4 5 velmi spokojena

Tab. 4. Zdraví

	Domov pro seniory		Penzion pro seniory		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	4	3	0	0	4	3
2	35	29	21	17	56	46
3	8	7	12	10	20	17
4	12	10	25	21	37	31
5	1	1	2	2	3	3
celkem	60	50	60	50	120	100

Graf 4. Zdraví



Položka č. 3 – Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?

Z tabulky 5 a grafu 5 je patrné, že nejvíce seniorů, 21 (18%) žijících v domově označilo, že je bolest středně omezuje ve vykonávání toho, co potřebují dělat. 10 (8%) respondentů uvedlo, že jim bolest ve vykonávání činností brání jen trochu. Stejně číslo se objevilo u odpovědi, že jim bolest vůbec nebrání. Většina seniorů, 21 (18%), kteří bydlí v penzionu si myslí, že jim bolest ve výkonu vůbec nebrání. Odpověď, že jim bolest brání velmi, neoznačil žádný respondent.

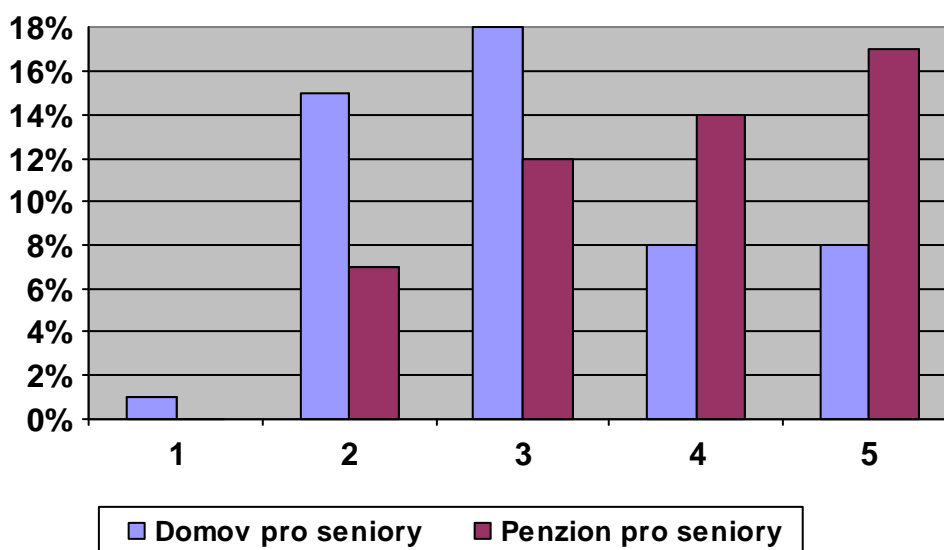
Průměrná hodnota je 3,2 u seniorů žijících v domově a 3,9 u seniorů žijících v penzionu.

velmi brání 1 2 3 4 5 vůbec nebrání

Tab. 5. Míra omezení bolestí

	Domov pro seniory		Penzion pro seniory		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	1	1	0	0	1	1
2	18	15	8	7	26	22
3	21	18	14	11	35	30
4	10	8	17	14	27	22
5	10	8	21	18	31	25
celkem	60	50	60	50	120	100

Graf 5. Míra omezení bolestí



Položka č. 4 – Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?

Tabulka 6 a graf 6 zobrazuje míru potřeby lékařské pomoci. Překvapující může být, že pouze 3 (2%) seniori žijící v domově potřebují lékařskou pomoc maximálně. Vidíme, že 23 seniorů (19%) z domova uvedlo, že lékaře potřebují středně, aby mohli fungovat v každodenním životě. Naopak většina seniorů, 24 (20%) bydlících v penzionu uvedla, že lékařskou pomoc vůbec nepotřebují. 17 (14%) respondentů označilo odpověď, že lékaře potřebují středně, aby mohli fungovat v každodenním životě.

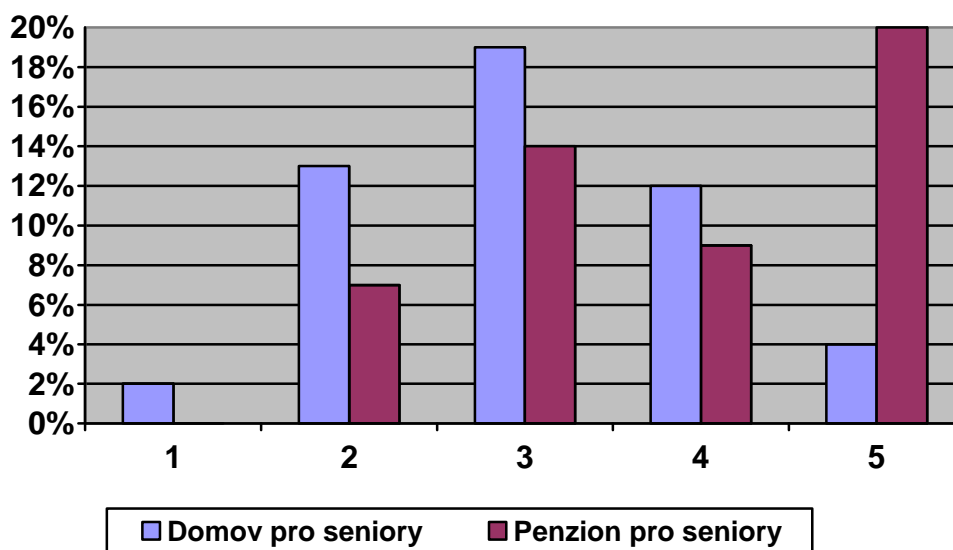
U této položky je průměrná hodnota 3,1 u respondentů z domova a 3,9 u respondentů z penzionu.

maximálně potřebuji 1 2 3 4 5 vůbec nepotřebuji

Tab. 6. Lékařská pomoc

	Domov pro seniory		Penzion pro seniory		Seniori celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	3	2	0	0	3	2
2	15	13	8	7	23	20
3	23	19	17	14	40	33
4	14	12	11	9	25	21
5	5	4	24	20	29	24
celkem	60	50	60	50	120	100

Graf 6. Lékařská pomoc



Položka č. 5 – Jak moc potřebujete léky, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?

Z tabulky 7 a grafu 7 je zřejmé, že většinová část seniorů, 29 (24%) která bydlí v domově uvedla, že léky ke svému životu potřebuje. Pouze 4 (3%) respondenti označili odpověď, že léky vůbec nepotřebují. 17 seniorů (14%), kteří bydlí v penzionu uvedlo, že léky potřebují ve střední míře. Stejný počet seniorů žijících tamtéž uvedlo, že léky potřebují jen trochu, aby zvládli činnosti každodenního života. Udivující může být, že pouze 9 (8%) respondentů označilo, že léky vůbec nepotřebuje.

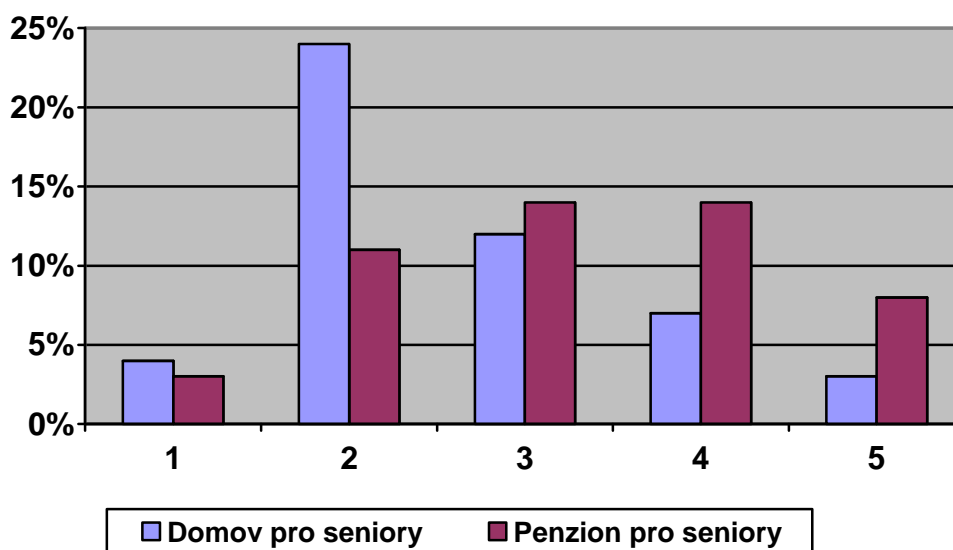
Průměrná hodnota je 2,7 u seniorů z domova pro seniory. U seniorů z penzionu je průměrná hodnota 3,2.

maximálně potřebuji 1 2 3 4 5 vůbec nepotřebuji

Tab. 7. Léky

	Domov pro seniory		Penzion pro seniory		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	5	4	4	3	9	7
2	29	24	13	11	42	35
3	14	12	17	14	31	26
4	8	7	17	14	25	21
5	4	3	9	8	13	11
celkem	60	50	60	50	120	100

Graf 7. Léky



Položka č. 6 – Jak moc Vás těší život?

Tabulka 8 a graf 8 ukazuje, jak moc těší život oslovené respondenty. 18 seniorů (15%), kteří žijí v domově přiznalo, že je život netěší. Stejný počet respondentů bydlící také v domově uvedlo, že je jejich život těší. Většina seniorů žijících v penzionu uvedla, že je život také těší. 9 (7%) senioru z penzionu se ze svého života těší velmi. Zde bychom mohli předpokládat výskyt vyššího čísla.

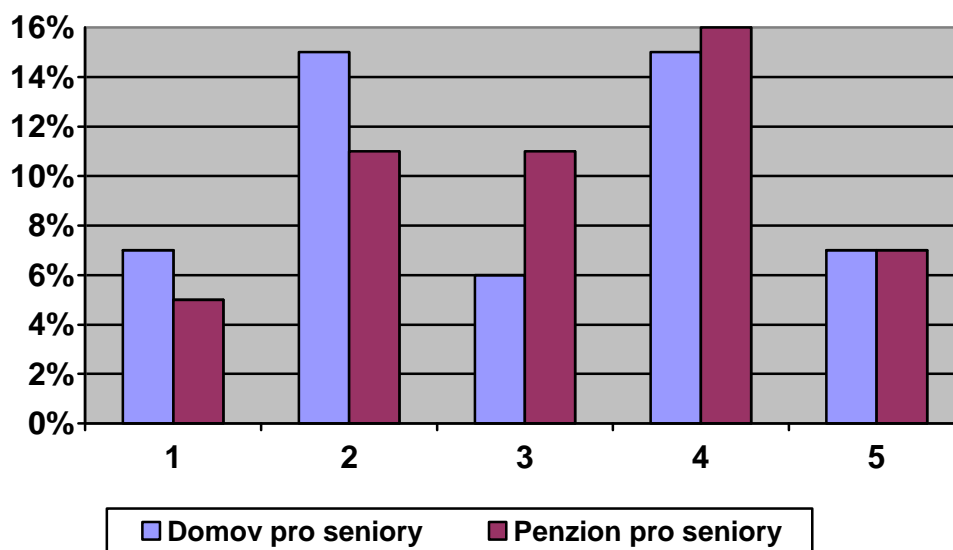
Průměrná hodnota u této položky je 3,0 u respondentů z domova a 3,2 u respondentů z penzionu.

vůbec netěší 1 2 3 4 5 velmi těší

Tab. 8. Život

	Domov pro seniory		Penzion pro seniory		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	9	7	6	5	15	12
2	18	15	13	11	31	26
3	7	6	13	11	20	17
4	18	15	19	16	37	31
5	8	7	9	7	17	14
celkem	60	50	60	50	120	100

Graf 8. Život



Položka č. 7 – Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?

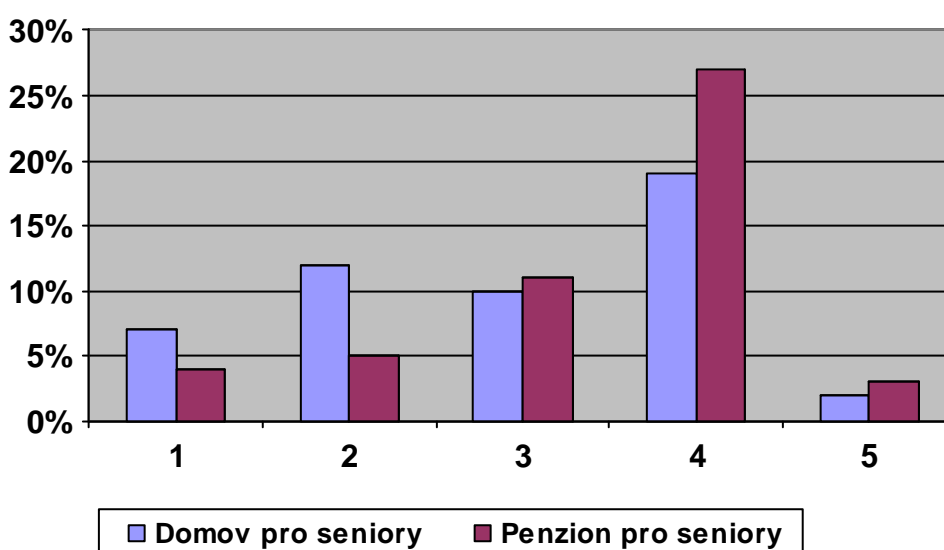
Z tabulky 9 a grafu 9 se dozvídáme, že 23 seniorů (19%), což je většina, bydlících v domově si myslí, že jejich život má smysl. Pouze 2 respondenti (2%), kteří bydlí tamtéž, si myslí, že jejich život má maximální smysl. Nejvíce seniorů z penzionu, 32 (27%) uvedlo, že jejich život má smysl. 5 (4%) respondentů označilo odpověď, že jejich život vůbec nemá smysl. Průměrná hodnota je 2,9 u seniorů z domova a 3,7 u seniorů z penzionu.

vůbec nemá 1 2 3 4 5 maximální

Tab. 9. Smysl života

	Domov pro seniory		Penzion pro seniory		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	9	7	5	4	14	11
2	14	12	6	5	20	17
3	12	10	13	11	25	21
4	23	19	32	27	55	46
5	2	2	4	3	6	5
celkem	60	50	60	50	120	100

Graf 9. Smysl života



Položka č. 8 – Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?

Z tabulky 10 a grafu 10 je zřejmé, že se valná většina seniorů žijících v domově, cítí ve svém každodenním životě bezpečně. Tato odpověď převažuje i u seniorů z penzionu. 2 (2%) senioři z domova uvedli, že se necítí vůbec bezpečně. Zarážející může být odpověď, kdy 5 (4%) respondentů z penzionu uvedlo, že se také vůbec necítí bezpečně ve svém každodenním životě.

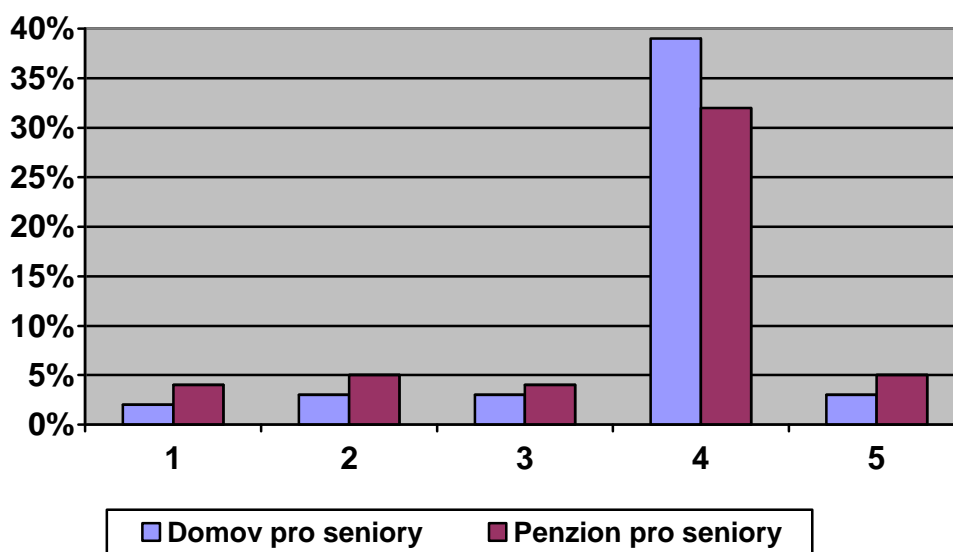
Průměrná hodnota u této položky je 4,1 u seniorů z domova a 3,6 u seniorů z penzionu.

vůbec ne 1 2 3 4 5 maximálně bezpečně

Tab. 10. Pocit bezpečí

	Domov pro seniory		Penzion pro seniory		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	2	2	5	4	7	6
2	4	3	6	5	10	8
3	4	3	5	4	9	7
4	46	39	38	32	84	71
5	4	3	6	5	10	8
celkem	60	50	60	50	120	100

Graf 10. Pocit bezpečí



Položka č. 9 – Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?

Tabulka 11 a graf 11 dokumentuje to, jak často prožívají, oslovení seniori, negativní pocity. Vidíme, že 22 seniorů (19%), což je většina, kteří žijí v domově uvedlo, že negativní pocity prožívají občas. I v penzionu pro seniory tato odpověď převažovala. U odpovědi, že je prožívají neustále, se objevuje naprosto stejný počet respondentů, jak u seniorů z domova, tak u seniorů z penzionu.

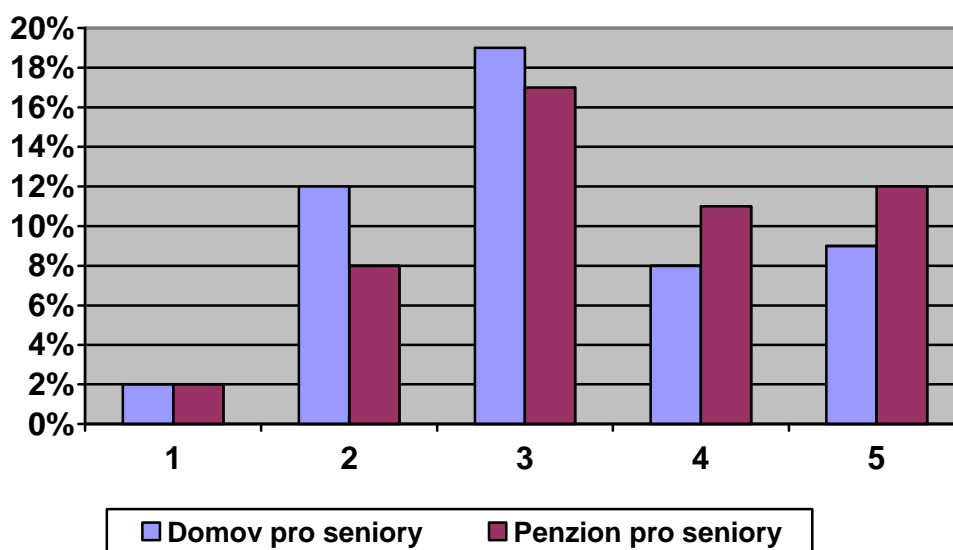
Zde je průměrná hodnota 3,2 u respondentů žijících v domově a 3,4 u respondentů žijících v penzionu.

neustále 1 2 3 4 5 nikdy

Tab. 11. Negativní pocity

	Domov pro seniory		Penzion pro seniory		Seniori celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	3	2	3	2	6	4
2	14	12	10	8	24	20
3	22	19	20	17	42	36
4	10	8	13	11	23	19
5	11	9	14	12	25	21
celkem	60	50	60	50	120	100

Graf 11. Negativní pocity



Položka č. 10 – Cítíte se osamělí?

Z tabulky 12 a grafu 12 je patrné, že se 29 (25%) respondentů bydlících v domově pro seniory, cítí občas osamělí. Tato odpověď byla nejčastěji uváděna i seniory, kteří bydlí v penzionu. U odpovědi, která říká, že se cítí neustále osamělí, se objevuje stejný počet respondentů jak u seniorů z domova, tak u seniorů z penzionu. Potěšující může být, že 7 (6%) respondentů z domova, což je o dva respondenty více než z penzionu, odpovědělo, že se osamělí necítí nikdy.

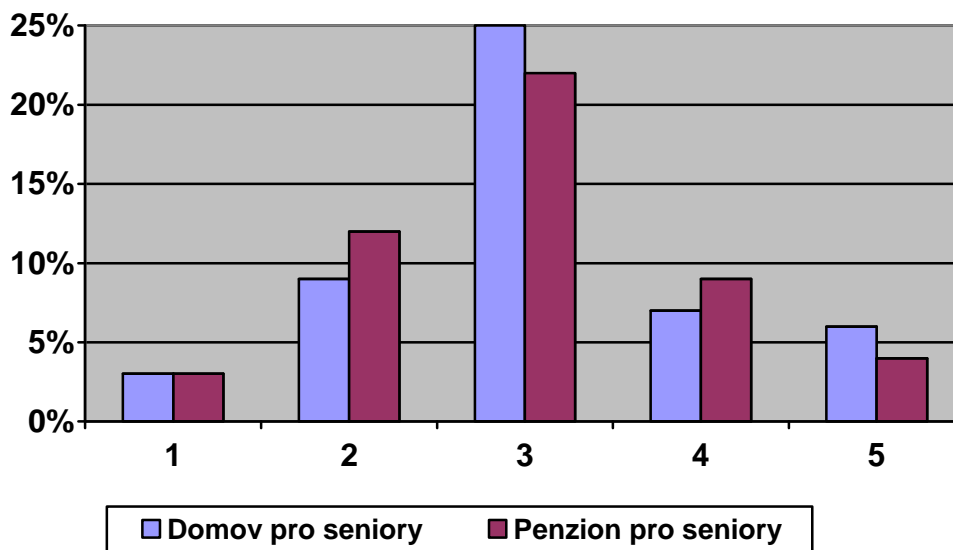
Průměrná hodnota je 3,1 u seniorů z domova a 3,0 u seniorů z penzionu.

neustále 1 2 3 4 5 nikdy

Tab. 12. Osamělost

	Domov pro seniory		Penzion pro seniory		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	4	3	4	3	8	6
2	11	9	14	12	25	21
3	29	25	26	22	55	47
4	9	7	11	9	20	16
5	7	6	5	4	12	10
celkem	60	50	60	50	120	100

Graf 12. Osamělost



Položka č. 11 – Jak často máte možnost sami rozhodovat o běžných věcech či problémech ve Vašem každodenním životě?

Z tabulky 13 a grafu 13 je zřejmé, že 30 seniorů (25%) žijících v domově může o svých záležitostech rozhodovat často osobně. Pouze 2 respondenti (2%) z domova uvedli, že o svých problémech, nikdy sami rozhodovat nemohou. Senioři z penzionu, z většinové části, také odpověděli, že o svých záležitostech mohou často rozhodovat sami. Žádný senior tu neodpověděl, že se nemůže svobodně rozhodovat.

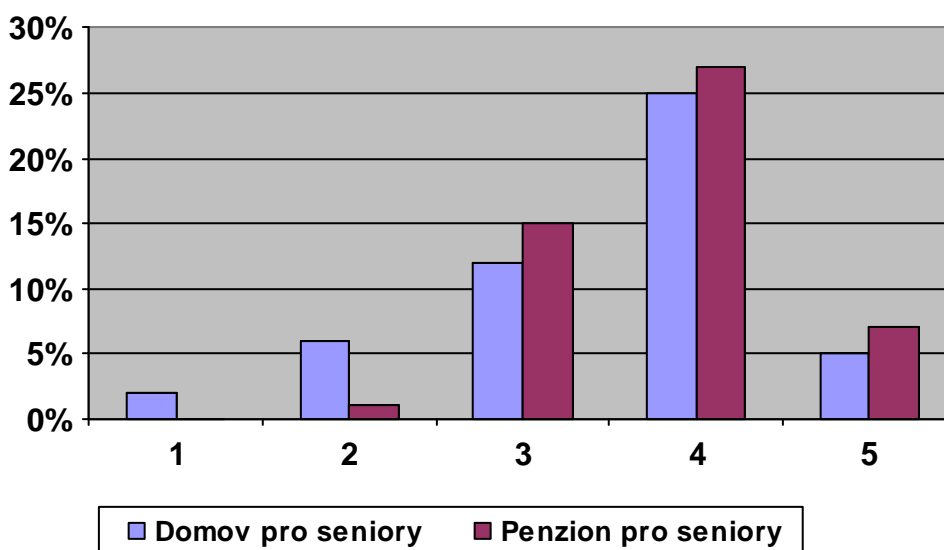
U této položky je průměrná hodnota 3,5 u respondentů z domova a 3,8 u respondentů z penzionu.

nikdy 1 2 3 4 5 neustále

Tab. 13. Rozhodování

	Domov pro seniory		Penzion pro seniory		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	2	2	0	0	2	2
2	7	6	1	1	8	7
3	15	12	18	15	33	27
4	30	25	32	27	62	52
5	6	5	9	7	15	12
celkem	60	50	60	50	120	100

Graf 13. Rozhodování



Položka č. 12 – Máte dost energie pro každodenní život?

Z tabulky 14 a grafu 14 vidíme, že 24 seniorů (20%) z domova uvedlo, že většinou mají dostatek energie pro každodenní život. Tato odpověď výrazně převažovala i u respondentů z penzionu. Smutné je, že pouze 2 (2%) respondenti z domova i z penzionu uvedli, že mají dostatek energie zcela. 1 (1%) respondent z penzionu dokonce odpověděl, že energii nemá vůbec.

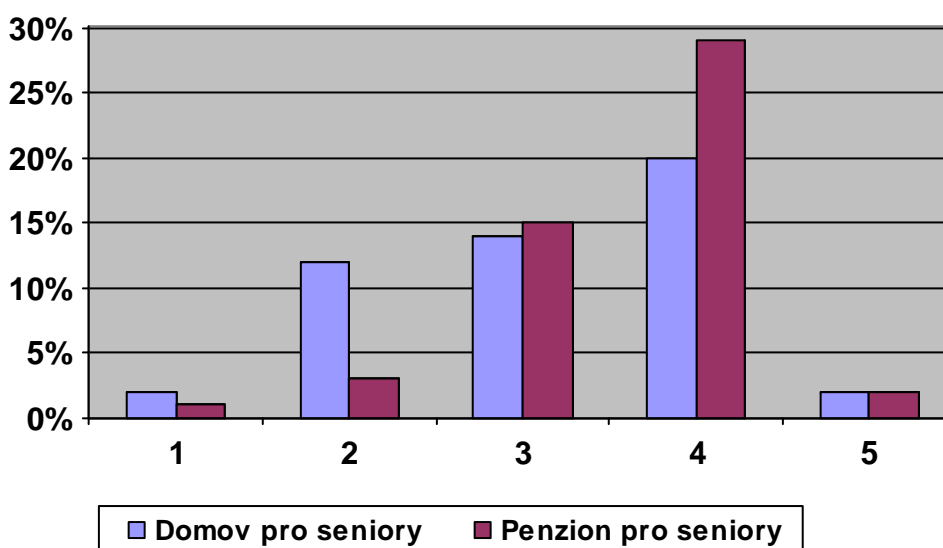
Průměrná hodnota je 3,1 u seniorů z domova a 3,6 u seniorů z penzionu.

vůbec ne 1 2 3 4 5 zcela

Tab. 14. Energie

	Domov pro seniory		Penzion pro seniory		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	3	2	1	1	4	3
2	14	12	4	3	18	15
3	17	14	18	15	35	29
4	24	20	35	29	59	49
5	2	2	2	2	4	4
celkem	60	50	60	50	120	100

Graf 14. Energie



Položka č. 13 – Máte dost peněz k uspokojování svých potřeb?

Tabulka 15 a graf 15 zobrazuje, že je u seniorů z domova, v mírném popředí, odpověď, že peněz k uspokojení svých potřeb mají většinou dostatek. U seniorů z penzionu je tato odpověď také nejčastější. 5 (4%) seniorů z domova uvedlo, že vůbec nemá dostatek peněz pro naplnění svých potřeb. V penzionu pro seniory tuto odpověď zvolil pouze 1 (1%) respondent.

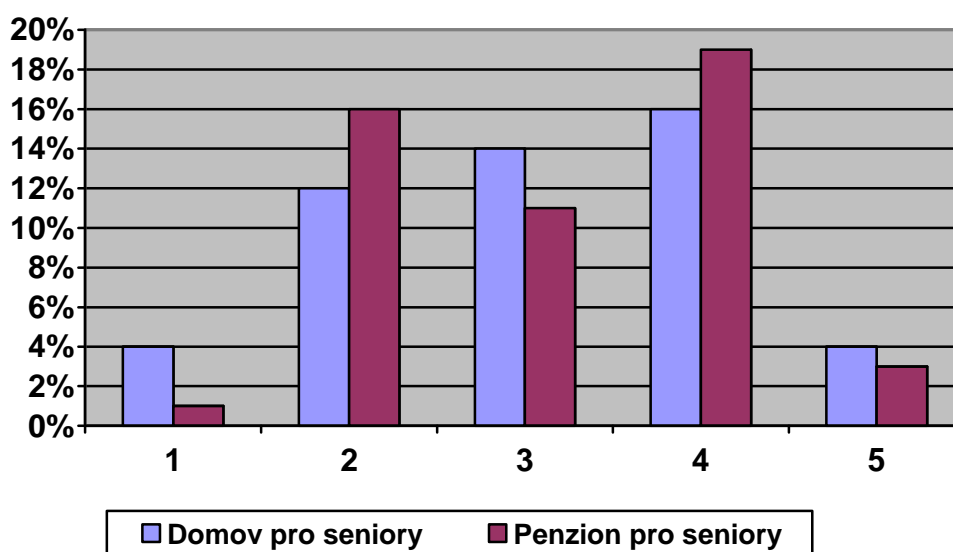
Zde je průměrná hodnota 3,1 u seniorů z domova. U seniorů z penzionu je 3,2.

vůbec ne 1 2 3 4 5 zcela

Tab. 15. Peníze

	Domov pro seniory		Penzion pro seniory		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	5	4	1	1	6	5
2	15	12	18	16	33	28
3	17	14	13	11	30	25
4	18	16	24	19	42	35
5	5	4	4	3	9	7
celkem	60	50	60	50	120	100

Graf 15. Peníze



Položka č. 14 – Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?

Tabulka 16 a graf 16 dokumentuje otázku, zda mají senioři přístup k informacím. Valná většina seniorů z domova i z penzionu odpověděla, že přístup k potřebným informacím většinou mají. Žádný senior ani z domova, ani z penzionu neodpověděl, že přístup k informacím vůbec nemá.

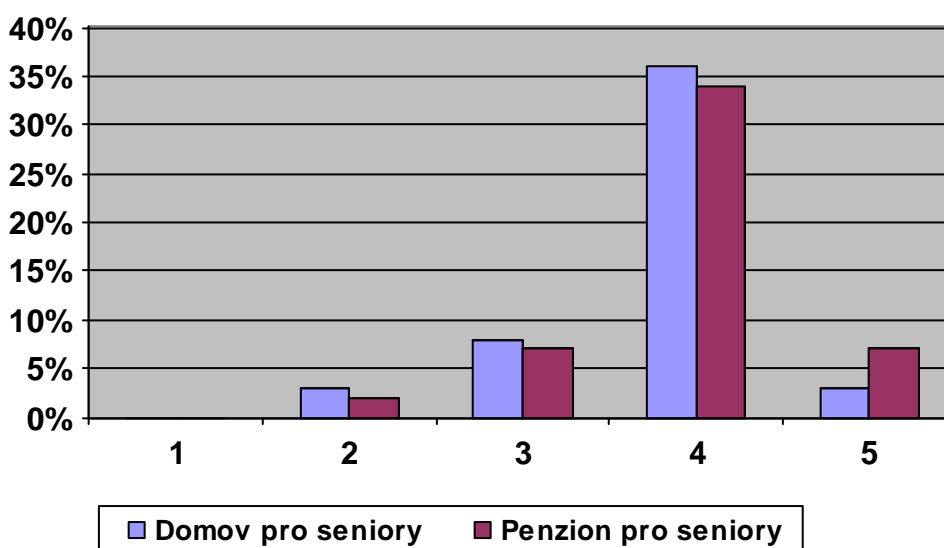
Průměrná hodnota u této položky je 3,8 u seniorů z domova a 3,9 u seniorů z penzionu.

vůbec ne 1 2 3 4 5 zcela

Tab. 16. Informace

	Domov pro seniory		Penzion pro seniory		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	0	0	0	0	0	0
2	4	3	2	2	6	5
3	10	8	9	7	19	15
4	42	36	41	34	83	70
5	4	3	8	7	12	10
celkem	60	50	60	50	120	100

Graf 16. Informace



Položka č. 15 – Máte možnost věnovat se svým zálibám?

Z tabulky 17 a grafu 17 je patné, že se u této otázky respondenti z domova a z penzionu shodli. Valná část odpověděla, že většinou mají možnost věnovat se svým zálibám. Shodli se i u odpovědi, že mají zcela možnost věnovat se svým zálibám.

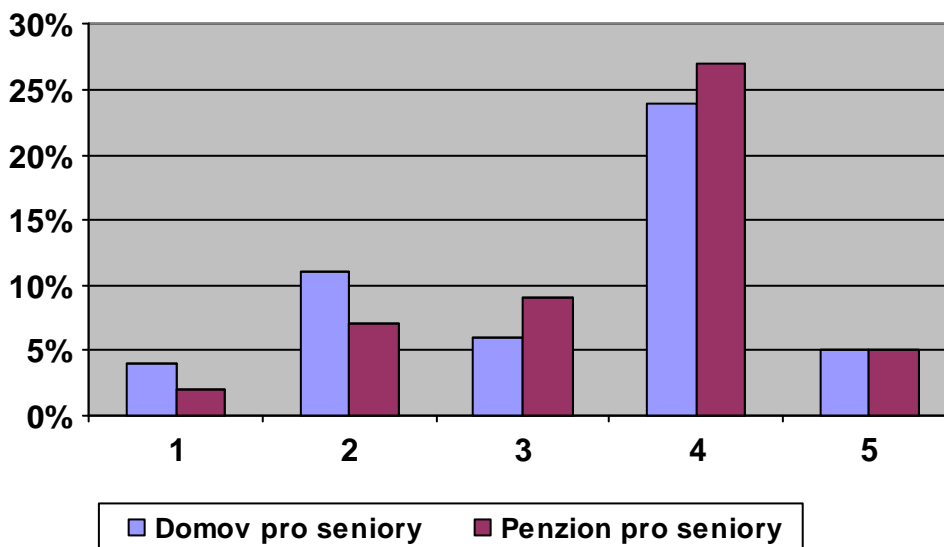
Průměrná hodnota je 3,3 u seniorů z domova a 3,5 u seniorů z penzionu.

vůbec ne 1 2 3 4 5 zcela

Tab. 17. Záliby

	Domov pro seniory		Penzion pro seniory		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	5	4	3	2	8	6
2	13	11	8	7	21	18
3	7	6	11	9	18	15
4	29	24	32	27	61	51
5	6	5	6	5	12	10
celkem	60	50	60	50	120	100

Graf 17. Záliby



Položka č. 16 – Jak se dokážete pohybovat?

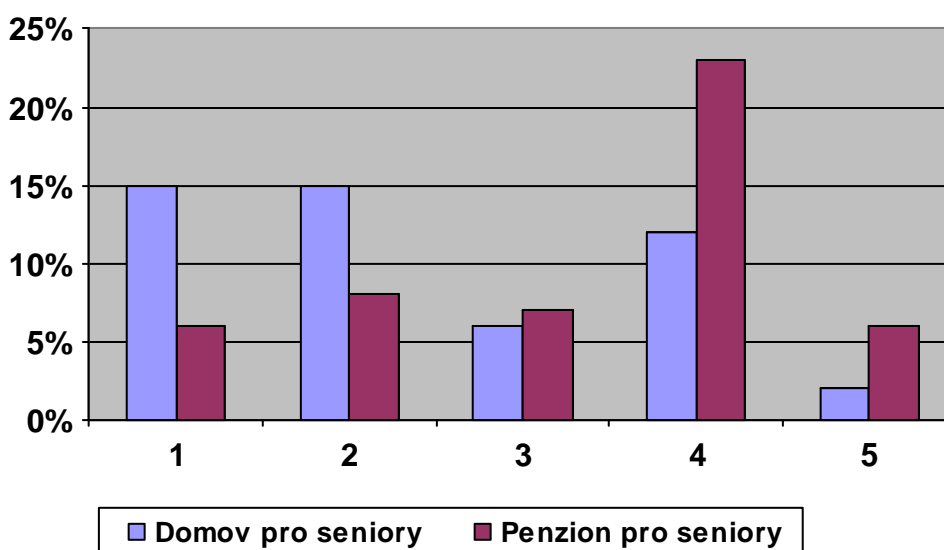
Tabulka 18 a graf 18 informuje o tom, že stejný počet seniorů žijících v domově uvedlo, že se pohybují špatně, nebo dokonce velmi špatně. Naopak senioři bydlící v penzionu odpověděli, že se pohybují dobře. 7 (6%) jich odpovědělo, že jejich mobilita je velmi špatná. Průměrná hodnota je 2,4 u respondentů žijících v domově a 3,3 u respondentů žijících v penzionu.

velmi špatně 1 2 3 4 5 velmi dobře

Tab. 18. Pohyb

	Domov pro seniory		Penzion pro seniory		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	18	15	7	6	25	21
2	18	15	10	8	28	23
3	7	6	8	7	15	13
4	14	12	28	23	42	35
5	3	2	7	6	10	8
celkem	60	50	60	50	120	100

Graf 18. Pohyb



Položka č. 17 – Jak jste spokojen/a se svým spánkem?

Z tabulky 19 a grafu 19 vidíme, že 20 respondentů (17%) žijících v domově uvedlo, že jsou se svým spánkem spokojeni. Tato odpověď převažovala i u seniorů z penzionu. 6 (5%) respondentů z domova uvedlo, že jsou se svým spánkem velmi spokojeni. Stejný počet respondentů z penzionu je také uveden u této odpovědi.

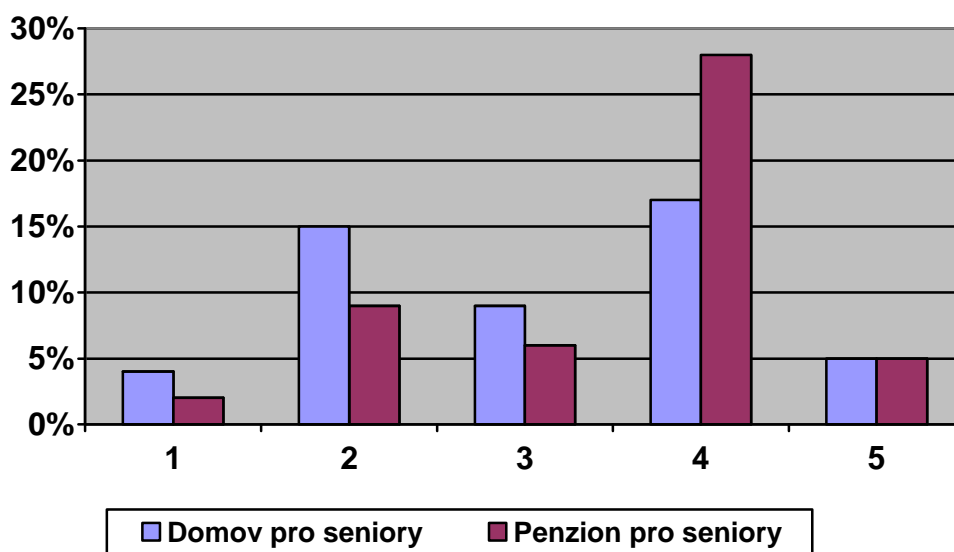
Průměrná hodnota je 3,1 u seniorů z domova a 3,5 u seniorů z penzionu.

velmi nespokojena 1 2 3 4 5 velmi spokojena

Tab. 19. Spánek

	Domov pro seniory		Penzion pro seniory		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	5	4	3	2	8	6
2	18	15	11	9	29	24
3	11	9	7	6	18	15
4	20	17	33	28	53	45
5	6	5	6	5	12	10
celkem	60	50	60	50	120	100

Graf. 19. Spánek



Položka č. 18 – Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnost?

Z tabulky 20 a grafu 20 je patrné, že většina seniorů žijících v domově i v penzionu uvedla, že nejsou se svou schopností provádět každodenní činnosti ani spokojeni, ani nespokojeni. 4 (3%) senioři žijící v domově uvedli, že jsou se svou schopností velmi spokojeni. V penzionu pro seniory na tuto otázku odpovědělo 8 (7%) respondentů, že jsou také velmi spokojeni.

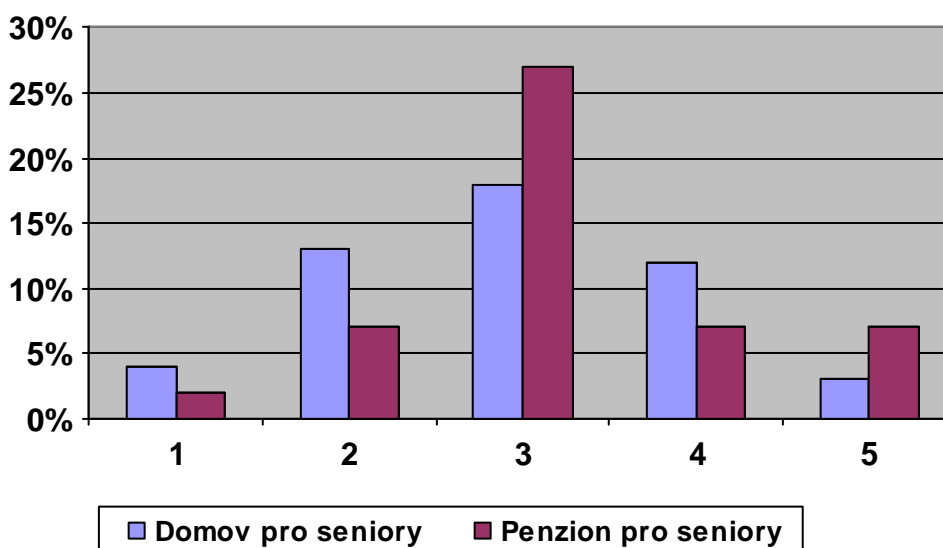
U této položky je průměrná hodnota 3,0 u seniorů z domova a 3,2 u seniorů z penzionu.

velmi nespokojena 1 2 3 4 5 velmi spokojena

Tab. 20. Provádění činnosti

	Domov pro seniory		Penzion pro seniory		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	5	4	3	2	8	6
2	15	13	9	7	24	20
3	22	18	32	27	54	45
4	14	12	8	7	22	19
5	4	3	8	7	12	10
celkem	60	50	60	50	120	100

Graf 20. Provádění činnosti



Položka č. 19 – Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?

Z tabulky 21 a grafu 21 je zřejmé, že nejvíce respondentů z domova i z penzionu uvedlo, že jsou se svými osobními vztahy spokojeni. 3 (2%) senioři z domova uvedli, že jsou velmi nespokojeni. 2 senioři z penzionu odpověděli, že jsou se svými osobními vztahy také velmi nespokojeni.

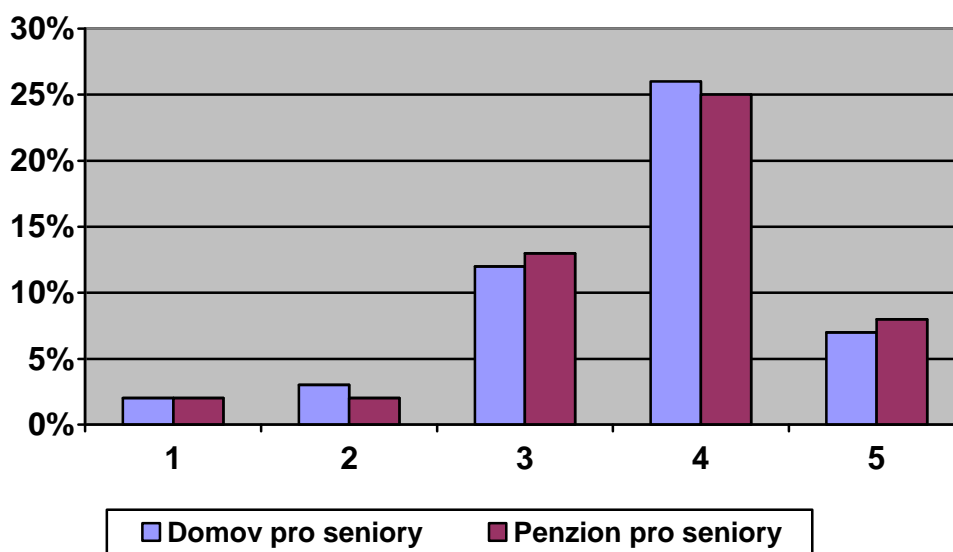
Průměrná hodnota je 3,6 u respondentů z domova a 3,7 u respondentů z penzionu.

velmi nespokojena 1 2 3 4 5 velmi spokojena

Tab. 21. Vztahy

	Domov pro seniory		Penzion pro seniory		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	3	2	2	2	5	4
2	4	3	3	2	7	5
3	15	12	16	13	31	25
4	30	26	29	25	59	51
5	8	7	10	8	18	15
celkem	60	50	60	50	120	100

Graf 21. Vztahy



Položka č. 20 – Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé a rodina?

Z tabulky 22 a grafu 22 je vidět, že 38 seniorů (31%) žijících v domově uvedlo, že jsou spokojeni s podporou, kterou jim poskytují jejich blízcí. Stejně jako většina seniorů z penzionu, která uvedla, že jsou také spokojeni s podporou od svých rodin a přátel.

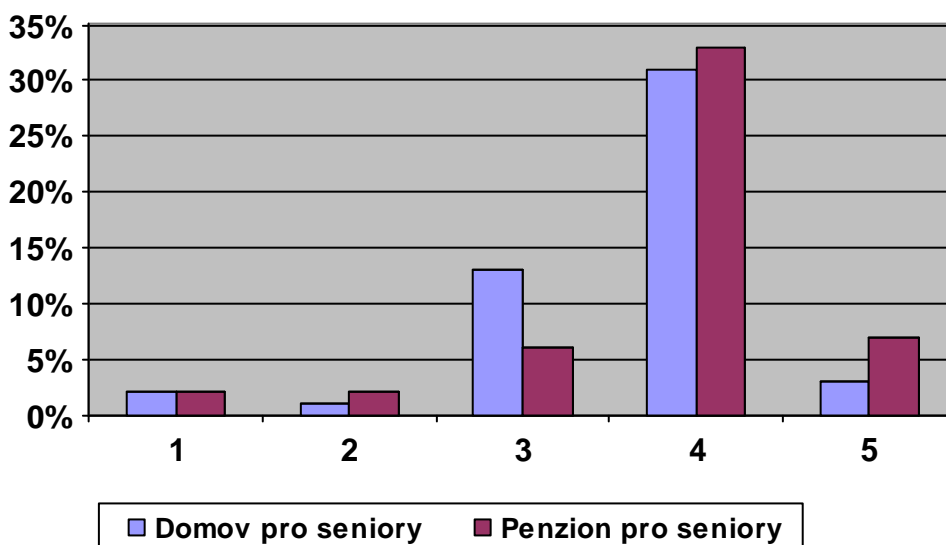
Průměrná hodnota u této položky je 3,7 u seniorů z domova a 3,9 u seniorů z penzionu.

velmi nespokojena 1 2 3 4 5 velmi spokojena

Tab. 22. Podpora

	Domov pro seniory		Penzion pro seniory		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	3	2	2	2	5	4
2	1	1	2	2	3	3
3	14	13	7	6	21	19
4	38	31	41	33	79	64
5	4	3	8	7	12	10
celkem	60	50	60	50	120	100

Graf 22. Podpora



5.6.1 Ověřování hypotéz

Formulované hypotézy jsem vypočítala na základě prostudované literatury uvedené v seznamu použitých zdrojů.

Hypotéza č. 1

V hodnocení potřeby lékařské péče v každodenním životě seniorů z domova a seniorů z penzionu budou rozdíly.

Tato hypotéza se vztahuje k položce číslo 4 z dotazníku.

Pro ověření hypotézy jsem použila metodu *testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku*. Touto metodou jsem se snažila ověřit, zda data, která jsem získala z dotazníkového šetření, se výrazně liší od očekávané četnosti, která je vyjádřena nulovou hypotézou.

Nejprve jsem si zformulovala obě hypotézy (nulovou H_0 a alternativní H_A).

Stanové hypotézy

H_0 – V hodnocení potřeby lékařské péče v každodenním životě seniorů z domova a seniorů z penzionu nejsou rozdíly.

H_A – V hodnocení potřeby lékařské péče v každodenním životě seniorů z domova a seniorů z penzionu jsou rozdíly.

Kontingenční tabulka č. 1

	1	2	3	4	5	
Domov pro seniory	3 (1,5)	15 (11,5)	23 (20)	14 (12,5)	5 (14,5)	60
Penzion pro seniory	0 (1,5)	8 (11,5)	17 (20)	11 (12,5)	24 (14,5)	60
	3	23	40	25	29	120

Pro výpočet a ověření hypotézy jsem využila vzorce: $\chi^2 = \sum \frac{(P - O)^2}{O}$ kde:

- χ^2 je testové kritérium chí-kvadrát
- P je pozorovaná četnost, která byla získána dotazníky
- O je očekávaná četnost

Vypočtená hodnota, dle uvedeného vzorce je $\chi^2 = 18,8386$. Tato hodnota nám uvádí, jaký je rozdíl mezi pozorovanou a očekávanou četností. Získanou hodnotu porovnáme s tak zvanou kritickou hodnotou, která je uvedena ve statistických tabulkách. K tomu potřebujeme znát hladinu významnosti, kterou jsem zvolila 0,05, také potřebujeme znát počet stupňů volnosti, které zjistíme dle vzorce: $f = (r-1) \cdot (s-1)$ kde:

- f je počet stupňů volnosti
- r je počet řádků v tabulce
- s je počet sloupců v tabulce

Kritická hodnota pro hypotézu č. 1 je $\chi^2_{0,05}(4) = 9,488$.

Na základě vypočtených výsledků musíme odmítnout nulovou hypotézu, protože hodnota testového kritéria je vyšší než hodnota kritická, přijímáme tedy alternativní hypotézu.

Hypotéza byla potvrzena. V hodnocení potřeby lékařské péče v každodenním životě seniorů z domova a seniorů z penzionu jsou rozdíly.

Hypotéza č. 2

V hodnocení prožívání života seniorů z penzionu a seniorů z domova budou rozdíly.

Tato hypotéza se vztahuje k položce číslo 6 z dotazníku.

Pro ověření hypotézy číslo 2 jsem opět využila metodu *testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku*. Stanovenou metodou jsem zkoumala, zda četnosti získané pomocí dotazníkového šetření, se výrazně liší od očekávaných četností vyjádřených nulovou hypotézou.

Stanové hypotézy

H_0 – V hodnocení prožívání života nejsou u seniorů z penzionu a seniorů z domova rozdíly.

H_A – V hodnocení prožívání života jsou u seniorů z penzionu a seniorů z domova rozdíly.

Kontingenční tabulka č. 2

	1	2	3	4	5	
Domov pro seniory	9 (7,5)	18 (15,5)	7 (10)	18 (18,5)	8 (8,5)	60
Penzion pro seniory	6 (7,5)	13 (15,5)	13 (10)	19 (18,5)	9 (8,5)	60
	15	31	20	37	17	120

Výpočet testového kritéria získáme použitím vzorce: $\chi^2 = \sum \frac{(P - O)^2}{O}$

Vypočítaná hodnota je $\chi^2 = 3,278$, ukazuje nám rozdíl mezi pozorovanou a očekávanou četností. Ze statistických tabulek zjistíme kritickou hodnotu a porovnáme s vypočítanou hodnotou testového kritéria. Hladina významnosti byla zvolena 0,05. Počet stupňů volnosti bude opět získán ze vzorce: $f = (r-1) \cdot (s-1)$

Kritická hodnota pro hypotézu č. 3 je $\chi^2_{0,05}(4) = 9,488$.

Kritická hodnota je vyšší než hodnota testového kritéria, přijímáme nulovou hypotézu, a tedy odmítáme alternativní.

Hypotéza nebyla potvrzena. V hodnocení prožívání života nejsou u seniorů z penzionu a seniorů z domova rozdíly.

Hypotéza č. 3

V hodnocení mobility budou rozdíly mezi seniory z domova a seniory z penzionu.

Tato hypotéza se vztahuje k položce číslo 16 z dotazníku.

Hypotézu číslo 3 jsem opět ověřovala metodou *testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku*. Tímto statistickým testem významnosti jsem zkoumala, zda se data získaná z dotazníku, liší od očekávané četnosti, která je vyjádřena nulovou hypotézou.

Stanové hypotézy

H_0 – V hodnocení mobility nejsou u seniorů z penzionu a seniorů z domova rozdíly.

H_A – V hodnocení mobility jsou u seniorů z penzionu a seniorů z domova rozdíly.

Kontingenční tabulka č. 3

	1	2	3	4	5	
Domov pro seniory	18 (12,5)	18 (14)	7 (7,5)	14 (21)	3 (5)	60
Penzion pro seniory	7 (12,5)	10 (14)	8 (7,5)	28 (21)	7 (5)	60
	25	28	15	42	10	120

Výpočet testového kritéria provedeme pomocí vzorce: $\chi^2 = \sum \frac{(P-O)^2}{O}$

Po vypočítání uvedeného vzorce zjistíme, že $\chi^2 = 13,459$. Tato hodnota opět ukazuje, jaký je rozdíl mezi pozorovanou a očekávanou četností. χ^2 porovnáme s kritickou hodnotou, kterou zjistíme ze statistických tabulek. Hladina významnosti byla zvolena 0,05 a počet stupňů volnosti bude odvozen ze vzorce: $f = (r-1) \cdot (s-1)$

Kritická hodnota pro hypotézu č. 2 je $\chi^2_{0,05}(4) = 9,488$.

Nulovou hypotézu odmítáme a přijímáme alternativní hypotézu, protože kritická hodnota je nižší než hodnota testového kritéria.

Hypotéza byla potvrzena. V hodnocení mobility jsou u seniorů z penzionu a seniorů z domova rozdíly.

5.7 Shrnutí výzkumu

Má diplomová práce byla rozdělena na teoretickou a praktickou část. Jejím hlavním úkolem bylo zjistit, zhodnotit a porovnat, jaká je subjektivní kvalita života seniorů žijících v domově pro seniory a v penzionu pro seniory na Prostějovsku. Byly stanoveny dílčí úkoly, které měly zjistit míru kvality života v oblasti fyzického zdraví, zhodnotit míru kvality života seniorů v oblasti prožívání, zjistit míru kvality sociálních vztahů, určit míru spokojenosti seniorů s prostředím, ve kterém žijí.

Domnívám se, že výše stanovené úkoly byly splněny prostřednictvím získaných informací z dotazníku a zaznamenaných do tabulek a grafů v praktické části práce.

Zpracovaná data byla získaná z dotazníku, který byl použit ve výzkumném šetření v domově pro seniory a v penzionu pro seniory na Prostějovsku. Výzkumu se zúčastnilo 120 oslovených seniorů, 60 seniorů z domova, 60 seniorů z penzionu. Zahrnuti byli muži i ženy různého věku. Ženské pohlaví převažovalo nad mužským v poměru 73:47. Jednalo se o kvantitativní výzkum.

V empirické části práce byla srovnávána subjektivní kvalita života seniorů žijících v domově pro seniory a seniorů žijících v penzionu pro seniory a také jednotlivé oblasti, které s kvalitou života úzce souvisí.

Získaná data nám sdělila, že neexistují výrazné rozdíly v hodnocení subjektivní kvality života i jejích součástí mezi seniory z domova a seniory z penzionu. Po vypočítání průměrných hodnot u jednotlivých položek z dotazníku vidíme, že na osm položek z dvaceti odpověděli respondenti z domova i z penzionu zaokrouhlenou hodnotou na celé jednotky 3,0. Na pět položek z dvaceti odpověděli senioři z domova i z penzionu průměrnou zaokrouhlenou hodnotou 4,0. Vypočítaná průměrná hodnota se lišila u sedmi položek z dvaceti mezi respondenty z domova a z penzionu.

U položky číslo tři týkající se míry bolesti při vykonávání běžných činností, vyšla průměrná hodnota po zaokrouhlení na celé jednotky 3,0 u seniorů z domova. U seniorů z penzionu je zaokrouhlená průměrná hodnota 4,0.

Dále se průměrná hodnota u seniorů z domova a seniorů z penzionu lišila v položce číslo čtyři, která zjišťovala, zda respondenti potřebují denně lékařskou pomoc. U seniorů z domova vyšla zaokrouhlená průměrná hodnota 3,0. U seniorů z penzionu vyšla 4,0.

U položky číslo sedm, která se ptala, zda mají respondenti pocit, že má jejich život smysl, vyšla po zaokrouhlení průměrná hodnota 3,0 u seniorů z domova, u seniorů z penzionu 4,0.

Průměrná hodnota u seniorů z domova a seniorů z penzionu se odlišovala také v položce číslo dvanáct, která se týkala míry energie v každodenním životě. U respondentů z domova vyšla zaokrouhlená průměrná hodnota 3,0. U respondentů z penzionu zase 4,0.

Stejně zaokrouhlené průměrné hodnoty jako v předešlé položce, vyšly u položky číslo patnáct, která zjišťovala, zda mají oslovení respondenti možnost věnovat se svým zálibám.

Odlišná průměrná hodnota vyšla u položky číslo šestnáct týkající se mobility. U seniorů z domova vyšla po zaokrouhlení 2,0. U seniorů z penzionu 3,0.

Jinou průměrnou hodnotu také vidíme u položky číslo sedmnáct, která se ptala na spokojenost se spánkem. Po vypočítání a zaokrouhlení na celé jednotky vyšla u seniorů z domova 3,0 a u seniorů z penzionu 4,0.

Je však nutné mít na paměti, že získané informace nám nesdělují míru skutečné kvality života i jejich součástí u oslovených respondentů, ale pouze tu subjektivní, která je mnohdy ovlivněna osobním přáním jedince, pocity či jeho momentální náladou.

Na závěr jsem ověřovala výše formulované hypotézy. Hypotézy jsem stanovila a vypočítala na základě prostudované literatury uvedené v seznamu použitých zdrojů. Prostřednictvím stanovených hypotéz bylo mým cílem zjistit, zda existuje rozdíl ve vnímání potřeby každodenní lékařské pomoci, v prožívání života a v hodnocení mobility mezi seniory z domova a seniory z penzionu.

První hypotéza byla potvrzena. Na základě vypočtených výsledků se musela odmítnout nulová hypotéza a byla přijímána hypotéza alternativní. Potvrdilo se tedy, že hodnocení potřeby lékařské péče v každodenním životě vnímají senioři z domova i z penzionu odlišně.

Druhá hypotéza byla ověřována, stejně jako první hypotéza, metodou testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku a potvrzena nebyla. Přijata byla nulová hypotéza. Senioři z domova a senioři z penzionu prožívají svůj život téměř stejně.

Při ověřování poslední, třetí hypotézy byla použita stejná metoda jako u dvou předešlých hypotéz. Tato hypotéza byla potvrzena. Alternativní hypotéza byla přijata, nulová odmítnuta. Senioři z domova a senioři z penzionu hodnotí svoji mobilitu rozdílně.

Závěr

Otázka procesu stárnutí a stáří je dnes velmi populární. O tento nevyhnutelný proces se v současné době celosvětově zajímají odborníci mnoha vědeckých oborů i nespočet institucí. Děje se tomu tak, protože počet staré populace roste a globální společnost se snaží, život seniorům, co nejvíce zpříjemňovat a zjednodušovat. Pokouší se o zlepšení jejich zdravotního stavu, nebo alespoň o jeho udržení na přijatelné úrovni.

V závěru diplomové práce můžeme znovu potvrdit skutečnost, která již byla zmíněná v úvodu: to, jak se cítíme ve stáří je velmi ovlivňováno našim celoživotním postojem k vlastní osobě.

Během života na každého jedince působí nespočet faktorů, jež si ani neuvědomujeme. Tyto činitele však velmi významně ovlivňují naše zdraví, psychiku a tělo jako celek. Je třeba si tento fakt uvědomit v dostatečném časovém předstihu a předejít tak, závažným problémům, které mohou v pozdějším věku nastat a kdy již bude pozdě s touto situací něco dělat.

Jestliže se o sebe celý život staráme, umíme relaxovat, rozvrhnout si čas a vhodně rozplánovat své pracovní povinnosti, pečujeme o své tělo a to nejen v podobě pohybové aktivity, ale i po stránce hygienické. Známe základní pravidla zdravého a vyváženého stravování, obklopujeme se hezkými věcmi a milými, příjemnými lidmi, bude náš život hezčí, klidnější, pohotovější a především a to je nejdůležitější, budeme zdraví jak po stránce tělesné, tak duševní. Takový způsob života nám bude přínosný i v procesu socializace, kde má také své podstatné místo.

Díky těmto zásadám můžeme být život kvalitnější i v důchodovém věku a proces stárnutí se může zpomalit.

Použité odborné zdroje

ADIKTOLOGIE, *Kvalita života – Dotazník WHO* [online], Adiktologie, c2003, Vystaveno 2003, [citováno 7. 3. 2010].

<<http://www.adiktologie.cz/download.php?fid=1288&acc=enb>>

BALOGOVÁ, B. *Seniori*. 2. vyd. Prešov: Akcent print, 2005. 158 s. ISBN 80-969274-9-3.

BASTLOVÁ, H. *Péče o nemocné*. 1. vyd. Žilina: Příroda, 1993. 169 s. ISBN 80-07-00576-5.

BERAN, J. a kol. *Lékařská psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 144 s. ISBN 978-80-247-1125-6.

ČESKO. Zákon č. 206 ze dne 17. června 2009 o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a některých dalších zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2009, částka 61. Dostupný také z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7373/206_2009_Sb.pdf.

ČEVELA, R. a kol. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 112 s. ISBN 978-80-247-2860-5.

DESSAINTOVÁ, M. P. *Nezačínajte stárnout*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 232 s. ISBN 80-7178-255-6.

DOMOV DŮCHODCŮ PROSTĚJOV, *Domov důchodců Prostějov* [online], Domov důchodců Prostějov, c2011, Vystaveno 2008, [citováno 31. 8. 2011].

< <http://www.domovpv.cz/> >

GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 1998. 98 s. ISBN 80-7040-286-5.

HASTINGSOVÁ, D. *Domácí sestřička: péče o nemocné doma*. 1. vyd. London: Macmillan London Limited, 1986. 224 s. ISBN 80-7176-452-3.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990. 416 s. ISBN 80-7038-158-2.

HOGENOVÁ, A. *Kvalita života a tělesnost*. Praha: Karolinum, 2002. 304 s. ISBN 80-7184-580-90.

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9.

JEDLIČKA, V. a kol. *Praktická gerontologie*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. 182 s. ISBN 80-7013-109-8.

KALVACH, Z. A KOL. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. a kol. *Geriatric a Gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 344 s. ISBN 80-7169-195-X.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie: 2. aktualizované vydání*. 4. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.

MACHOVÁ, J. *Biologie člověka pro učitele*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 269 s. ISBN 80-7184-867-0.

MARCUS, B., FORSYTH, L. *Psychologie aktivního způsobu života: motivace lidí k pohybovým aktivitám*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 224 s. ISBN 978-80-7367-654-4.

MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 203 s. ISBN 80-210-3345-2.

MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.

NOVOTNÁ, J., UHROVÁ, J. *Ošetřovatelství I - pro střední zdravotnické školy (obor zdravotnický asistent)*. Praha: Fortuna, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7168-987-4.

PACOVSKÝ V., HEŘMANOVÁ H. *Gerontologie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1981. 304 s. ISBN 08-044-81.

PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 605 s. ISBN 80-7254-657-0.

PICHAUD, C., THAREAU, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 156 s. ISBN 80-7178-184-3.

ROZSYPALOVÁ, M., STAŇKOVÁ, M. *Ošetřovatelství I/1*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 1996. 234 s. ISBN 80-85427-93-1.

ŘÍČAN, P. *Cesta životem: vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006. 390 s. ISBN 80-7367-124-7.

STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetřovatelství: Učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996. 193 s. ISBN 80-7184-243-5.

STUART – HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 319 s. ISBN 80-7178-274-2.

SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří – Kapitoly z gerontosociologie*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (Slon), 2007. 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5.

ŠIMÍČKOVÁ ČÍŽKOVÁ, J. a kol. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. 175 s. ISBN 80-244-0629-2.

ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 135 s. ISBN 80-7178-920-8.

TOŠNEROVÁ, T. *Jak si vychutnat seniorská léta*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2009. 239 s. ISBN 978-80-251-2104-7.

TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.

TRILOBIT, *Obecně prospěšná společnost* [online], Trilobit, c2006, Vystaveno 2006, [citováno 31. 8. 2011].

<<http://www.trilobitops.cz/index.html>>

VADUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života – Teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 144 s. ISBN 80-210-3754-7.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie 2: dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 453 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory – Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

VIDOVIČOVÁ, L. *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita – Mezinárodní politologický ústav, 2008. 233 s. ISBN 978-80-210-4627-6.

VIGUÉ, J. *Zdraví pro třetí věk*. 1. vyd. Barcelona: Ars Medica, 2006. 270 s. ISBN 80-7234-536-2.

VYKOPALOVÁ, H. *Sociálně patologické jevy v současné společnosti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. 154 s. ISBN 80-244-0337-4.

VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.

WITTMANNOVÁ, J. *Aktivní v každém věku – Pracovní seminář odborníků v oblasti pohybových aktivit seniorů*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2007. 86 s. ISBN 978-80-244-1796-7.

Přílohy

Příloha 1 – Dotazník

Příloha 2 – Schéma Maslowovy hierarchie potřeb

Příloha 3 – Schéma věkové skladby obyvatelstva v České republice v letech 2010, 2020, 2050

Příloha 4 – Tabulka srovnání funkčních schopností člověka 75letého a 30letého

Příloha 5 – Fotografie pořízené v organizacích, kde byl prováděn výzkum

Příloha č. 1 – Dotazník

Dotazník

Kvalita života

(Tento dotazník byl inspirován dotazníkem Světové zdravotnické organizace - WHOQOL-BREF.)

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. **Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.**

Berte při tom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti.

Dotazník je anonymní a slouží pouze pro výzkumné účely do diplomové práce na Pedagogické fakultě UNIVERZITY PALACKÉHO V OLOMOUCI.

Pohlaví:

- a) Muž
- b) Žena

Bydliště:

- a) Domov pro seniory
- b) Penzion pro seniory

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?

velmi špatná 1 2 3 4 5 velmi dobrá

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?

velmi nespokojena 1 2 3 4 5 velmi spokojena

Následující otázky zjišťují, jak moc nebo jak často prožíváte určité pocity (věci).

3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?

velmi brání 1 2 3 4 5 vůbec nebrání

4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?

maximálně potřebuji 1 2 3 4 5 vůbec nepotřebuji

5. Jak moc potřebujete léky, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?

maximálně potřebuji 1 2 3 4 5 vůbec nepotřebuji

6. Jak moc Vás těší život?

vůbec netěší 1 2 3 4 5 velmi těší

7. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?

vůbec nemá 1 2 3 4 5 maximální

8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?

vůbec ne 1 2 3 4 5 maximálně bezpečně

9. Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?

neustále 1 2 3 4 5 nikdy

10. Cítíte se osamělí?

neustále 1 2 3 4 5 nikdy

11. Jak často máte možnost sami rozhodovat o běžných věcech či problémech ve Vašem každodenním životě?

nikdy 1 2 3 4 5 neustále

Následující otázky zjišťují, v jakém rozsahu děláte nebo můžete provádět určité činnosti.

12. Máte dost energie pro každodenní život?

vůbec ne 1 2 3 4 5 zcela

13. Máte dost peněz k uspokojování svých potřeb?

vůbec ne 1 2 3 4 5 zcela

14. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?

vůbec ne 1 2 3 4 5 zcela

15. Máte možnost věnovat se svým zálibám?

vůbec ne 1 2 3 4 5 zcela

16. Jak se dokážete pohybovat?

velmi špatně 1 2 3 4 5 velmi dobře

Další otázky se zaměřují na to, jak jste šťastný/á nebo spokojený/á s různými oblastmi svého života.

17. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?

velmi nespokojena 1 2 3 4 5 velmi spokojena

18. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnost?

velmi nespokojena 1 2 3 4 5 velmi spokojena

19. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?

velmi nespokojena 1 2 3 4 5 velmi spokojena

20. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé a rodina?

velmi nespokojena 1 2 3 4 5 velmi spokojena

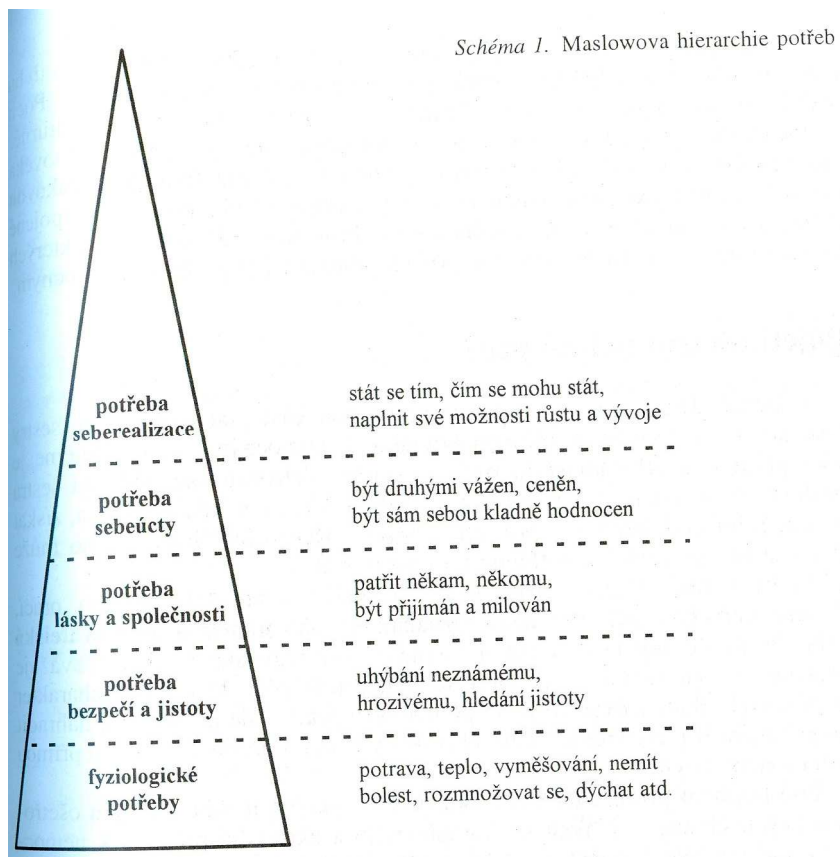
Děkuji Vám za Vaši spolupráci.

Bc. Lucie Svobodová

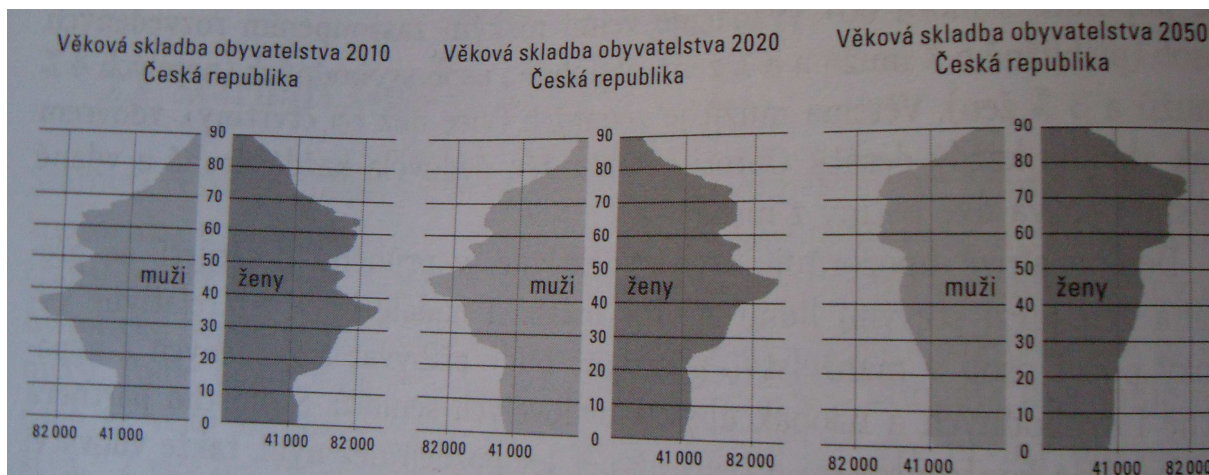
studentka 2. ročníku PdF Univerzity Palackého v Olomouci

ČJ+VZ

Příloha č. 2 – Schéma Maslowovy hierarchie potřeb



Příloha č. 3 – Schéma věkové skladby obyvatelstva v České republice v letech 2010, 2020, 2050



Upraveno podle Český statistický úřad, 2005

Příloha č. 4 – Tabulka srovnání funkčních schopností člověka 75letého a 30letého (Tvaroh, 1984).

<i>Funkce</i>	<i>Výkonnost v 75 letech (%)</i>
průtok krve ledvinami	50
filtrace plazmy ledvinovými glomeruly	69
množství krve vypuzené srdcem (v klidu)	70
vitální kapacita plic	59
maximální příjem kyslíku	40
základní přeměna látek	84
obsah vody v těle	82
svalová síla	55
průtok krve mozkem	80
rychlost vedení vzruchu nervem	90

Příloha č. 5 – Fotografie pořízené v organizacích, kde byl prováděn výzkum

Domov pro seniory



Penzion pro seniory

