

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA U SENIORŮ ŽIJÍCÍCH
V DOMOVECH PRO SENIORY**

DISERTAČNÍ PRÁCE

Autorka: Mgr. Dagmar Dvořáčková

Školitelka: doc. PhDr. Adéla Mojžíšová, Ph.D.

České Budějovice 2.4. 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji disertační práci na téma *Hodnocení kvality života u seniorů žijících v domovech pro seniory* jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s §47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své disertační práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 2.4. 2012

Podpis studenta.....

Mgr. Dagmar Dvořáčková

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala své školitelce doc. PhDr. Adéle Mojžišové, Ph.D., za cenné rady a odborné vedení v průběhu celého studia a přípravy disertační práce.

Dále bych chtěla poděkovat doc. Buriánkovi za jeho rady ohledně metodického zpracování výzkumné části mé disertační práce.

Zvláště pak děkuji své rodině za trpělivost, kterou se mnou v posledních měsících měla, především pak svému manželovi Lud'kovi za porozumění a psychickou oporu jimiž mě v průběhu celého studia i při psaní této práce doprovázel.

Chtěla bych poděkovat i svým synům Martinovi a Danielovi, za trpělivost a lásku, které pro mne byly hnací silou i náležitou odměnou.

Abstrakt

Hodnocení kvality života u seniorů žijících v domovech pro seniory

Disertační práce je zaměřena na kvalitu života seniorů v domovech pro seniory. Vzhledem k multidimenzionálnímu a objektivnímu charakteru této problematiky je obtížné vytvořit obecně platnou definici kvality života. Avšak je možné se zaměřit na hledání faktorů, které kvalitu života ovlivňují a na porozumění potřebám, které se subjektivním vnímáním kvality života seniorů úzce souvisejí.

Vymezení teoretických souvislostí v první části práce je zaměřeno na problematiku stárnutí a stáří v souvislosti se zjišťováním kvality života seniorů. Zvláštní pozornost je věnována problematice kvality života obecně, se zřetelem na kvalitu života seniorů.

Ve výzkumné části jsou předloženy výsledky a jejich uplatnění v praxi. K dosažení výzkumného záměru byla využita kvantitativní výzkumná strategie, metoda dotazování. Autorka disertační práce použila kombinaci třech dotazníků, vyvinutých Světovou zdravotnickou organizací, zaměřených na výzkum kvality života seniorů. Jednalo se o standardizované dotazníky Světové zdravotnické organizace v české verzi: WHOQOL–OLD, WHOQOL–BREF a dotazník postojů ke stáří a stárnutí – AAQ.

Hlavním cílem disertační práce bylo zjistit úroveň kvality života seniorů žijících v domovech pro seniory, posoudit kvalitu života v různých životních doménách z hlediska jejich významu pro celkovou spokojenost s kvalitou života.

Autorka zkoumala vliv sociodemografických ukazatelů na subjektivní vnímání kvality života seniorů v domovech pro seniory. V poslední části disertační práce jsou uvedeny konkrétní oblasti, které kvalitu života seniorů v domovech pro seniory ovlivňují a identifikovány faktory, které se na jejich kvalitě života významně podílejí.

Praktický přínos disertační práce vidí autorka v tom, že se jí podařilo upoutat pozornost na vnímání kvality života seniorů v domovech pro seniory nejen u samotných seniorů, ale i vedoucích pracovníků těchto organizací. V několika domovech pro seniory projeví zájem o spolupráci při tvorbě příruček pro klíčové pracovníky. Tyto příručky budou sloužit jako metodický materiál pro tvorbu individuálních plánů pro seniory v domovech pro seniory. Znalost, uvědomění si a práce s faktory, které ovlivňují kvalitu života seniorů, mohou pomoci jasněji vymezit potřeby seniorů v domovech pro seniory a tím i usnadnit plánování cílů poskytovaných služeb.

Další praktický přínos této disertační práce spočívá ve vydání odborné vědecké publikace s názvem „*Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*“, která vyjde v nakladatelství Grada Publishing v srpnu 2012. V publikaci jsou použita teoretická východiska i výsledky výzkumu z této disertační práce.

Důvodem volby tématu „*Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*“ bylo poukázat na důležitost vnímání člověka na bio-psycho-sociální a spirituální úrovni a současně brát na zřetel jeho subjektivní pohled na uspokojování jeho osobních potřeb. Tato filosofie úzce souvisí s kvalitou poskytovaných služeb v pobytových zařízeních. Kvalitu poskytovaných služeb je možné posuzovat objektivními ukazateli a subjektivní vnímání samotné kvality života jednotlivých uživatelů by mezi těmito ukazateli nemělo chybět.

Abstract

Evaluation of the quality of seniors' life in homes for seniors.

The dissertation describes the quality of seniors' life in homes for seniors. It is difficult to create a generally valid definition of the quality of life because of multidimensional and objective character of this problem. But it is possible to look for factors having influence on the quality of life and for understanding of needs connected with subjective perception of the quality of seniors' life.

The definition of theoretical connections in the first part of the work is concentrated on the problem of growing old and old age in connection with looking into the quality of seniors' life. Special attention is paid to the problem of life quality in general with regard to the quality of seniors' life.

In the research part there are results and their use in practice. A quantitative research strategy (especially a method of interviewing) was used to reach the research intent. The author of the dissertation has used a combination of three questionnaires created by the World Health Organization which are focused on seniors' life quality research – their standardized Czech version: WHOQOL-OLD, WHOQOL-BREF and the questionnaire concerning attitudes to growing old and old age – AAQ.

The main aim of the dissertation was to find out a level of the quality of seniors' life in homes for seniors, to evaluate the quality of life in various life domains from the point of view of their importance for general satisfaction with the quality of life. The author has researched an influence of sociodemographical indicators on subjective perception of the quality of seniors' life in homes for seniors. In the last part of the dissertation there are mentioned particular fields which influence the quality of seniors' life and there are described factors participating in the quality of life.

Paying attention to the quality of seniors' life in homes for seniors not only by seniors themselves but also by managers of these facilities – it is a practical benefit of author's dissertation. Several homes for seniors have showed interest in cooperation to create manuals for key management. These manuals will become a methodical material for creation of individual plans for seniors in homes for seniors. Knowledge of factors influencing the quality of seniors' life can help to define needs of seniors in homes for seniors and to make easier planning aims of provided services.

Other practical benefit of this work is publishing a special scientific publication called Quality of seniors' life in homes for seniors which will be published by Grada

Publishing in August 2012. The theoretical solutions and research results of this dissertation will be presented here.

The reason of choosing the theme „Quality of seniors’ life in homes for seniors“ was to show an importance of perception of a man based on bio-psycho-social and spiritual level including his subjective outlook on satisfaction of his personal needs. This philosophy is tightly connected with the quality of provided services in long-stay facilities. The quality of provided services can be judged according to objective indicators including subjective perception of particular users.

ÚVOD.....	11
TEORETICKÁ VÝCHODISKA SOUVISEJÍCÍ S VYMEZENÍM POJMU KVALITA ŽIVOTA (quality of life - QOL)	15
1. Vymezení pojmu - kvalita života	16
1.1 Historicko – filosofický kontext pojmu kvalita života.....	18
1.2 Psychologické pojetí kvality života	21
1.3 Sociologické pojetí kvality života	22
2. Životní smysl a kvalita života	24
3. Dimenze kvality života.....	26
4. Identifikace faktorů ovlivňujících kvalitu života	33
5. Metody zjišťování a nástroje měření kvality života	36
TEORETICKÁ VÝCHODISKA SOUVISEJÍCÍ S PROBLEMATIKOU STÁRNUTÍ A STÁŘÍ.....	38
6. Stáří jako společenský fenomén.....	39
6.1 Vymezení pojmu stáření, stáří.....	39
6.2 Projevy stáří.....	41
6.2.1 Tělesné projevy stáří.....	41
6.2.2 Psychické změny.....	42
6.2.3 Sociální změny a změny v životní orientaci	42
7. Strategie chápání vlastní role ve stáří	45
8. Demografická charakteristika z hlediska stáření populace	46
9. Prognóza sociálních služeb pro seniory	50
10. Příprava na stáří a kvalita života	53
11. Koncept aktivního stáření	56
11.1 Univerzita třetího věku (U3V) jako součást celoživotního vzdělávání.....	57
12. Postoj ke smrti a umírání a kvalita života	60
12.1 Umírání a ztráta důstojnosti	63
13. Potřeby seniorů	65
13.1 Motivační teorie potřeb A. Maslowa	67
13.2 Teorie potřeb M. Max-Neefa	69
13.3 Struktura životních vývojových potřeb	71
13.4 Významové dimenze osobní autonomie seniorů	72
14. Blízké vztahy, intimita	75
15. Senior a rodina	78
16. Současný systém zdravotní a sociální péče o seniory v ČR.....	81
16.1 Zdravotní péče o seniory.....	81
16.2 Sociální péče o seniory.....	82
16.3 Pobytová zařízení pro seniory.....	85
17. Teorie a metody sociální práce jako způsob detekce bio-psycho-sociálních a spirituálních determinant ovlivňujících kvalitu života seniorů.....	88
17.1 Sociálně ekologický přístup	88
18. Role sociálního pracovníka v péči o seniory	92
VÝZKUMNÁ ČÁST.....	94
19. Cíl práce.....	94
20. Výzkumné otázky.....	95
21. Hypotézy	96
22. Metodika	97
22.1 Použitý výzkumný postup.....	97
22.2 Použité výzkumné metody.....	97

22.2.1 Popis instrumentů pro měření kvality života WHOQOL – BREF, WHOQOL – OLD, AAQ.....	97
22.3 Časový harmonogram výzkumného projektu	104
22.4 Výzkumný soubor.....	105
22.4.1 Univariační analýza, sociodemografická charakteristika výzkumných souborů.....	107
23. Metody statistického zpracování dat, postup při prezentaci výsledků	110
24. Výsledky výzkumného šetření	112
24.1 Hodnocení celkové úrovně kvality života seniorů a hodnocení sledovaných aspektů kvality života (u obou sledovaných souborů)	112
24.1.1 Vztah kvality života a spokojenosti se zdravím – DpS,U3V.....	112
24.1.2 Vztah kvality života a spokojenosti se zdravím – ženy, muži	113
24.1.3 Hodnocení aspektů kvality života - dotazník AAQ	114
24.1.4 Hodnocení aspektů kvality života- dotazník WHOQOL-BREF.....	115
24.1.5 Hodnocení aspektů kvality života – dotazník WHOQOL-OLD.....	116
24.1.6 Hodnocení aspektů kvality života – shrnutí (dotazníky AAQ, WHOQOL-BREF, WHOQOL – OLD)	118
24.2 Hodnocení celkové úrovně kvality života seniorů a hodnocení sledovaných aspektů kvality života z pohledu mužů a žen (u obou sledovaných souborů).....	119
24.2.1 Hodnocení aspektů kvality života – dotazník AAQ – rozdíly mezi muži a ženami	119
24.2.2 Hodnocení aspektů kvality života – dotazník WHOQOL- BREF– rozdíly mezi muži a ženami	120
24.2.3 Hodnocení aspektů kvality života – dotazník WHOQOL- OLD – rozdíly mezi muži a ženami	122
24.2.4 Hodnocení aspektů kvality života z pohledu mužů a žen – shrnutí (dotazníky AAQ, WHOQOL-BREF, WHOQOL – OLD)	124
24.3 Hodnocení celkové úrovně kvality života seniorů a hodnocení sledovaných aspektů kvality života v závislosti na věku respondentů	124
24.3.1 Hodnocení kvality života a spokojenost se zdravím s ohledem na věk respondentů (u obou sledovaných souborů)	124
24.3.2 Spokojenost se zdravím s ohledem na věk respondentů - podrobné analýzy	126
24.3.3 Hodnocení aspektů kvality života- dotazník AAQ – s ohledem na věk respondentů	127
24.3.4 Hodnocení aspektů kvality života - dotazník AAQ – podrobné analýzy ..	128
24.3.5 Hodnocení aspektů kvality života- dotazník WHOQOL-BREF – s ohledem na věk respondentů	129
24.3.6 Hodnocení aspektů kvality života- dotazník WHOQOL-BREF – podrobné analýzy	130
24.3.7 Hodnocení aspektů kvality života- dotazník WHOQOL-OLD – s ohledem na věk respondentů	131
24.3.8 Hodnocení aspektů kvality života- dotazník WHOQOL-OLD – podrobné analýzy	131
24.3.9 Hodnocení celkové úrovně kvality života seniorů a hodnocení sledovaných aspektů kvality života v závislosti na věku respondentů – shrnutí (dotazníky AAQ, WHOQOL-BREF, WHOQOL – OLD)	133
24.4 Hodnocení celkové úrovně kvality života seniorů a hodnocení sledovaných aspektů kvality života v závislosti na rodinném stavu (DpS, U3V)	133
24.4.1 Vztah kvality života a spokojenosti se zdravím – s dětmi, bezdětní	134

24.4.2	Hodnocení aspektů kvality života – dotazník AAQ – s dětmi, bezdětní ...	135
24.4.3	Hodnocení aspektů kvality života – dotazník WHOQOL- BREF– s dětmi, bezdětní.....	136
24.4.4	Hodnocení aspektů kvality života – dotazník WHOQOL-OLD – s dětmi, bezdětní.....	137
24.4.5	Hodnocení celkové úrovně kvality života seniorů a hodnocení sledovaných aspektů kvality života – rodinný stav	138
24.4.6	Hodnocení aspektů kvality života v závislosti na rodinném stavu respondentů – shrnutí (dotazníky AAQ, WHOQOL-BREF, WHOQOL – OLD)	138
24.5	Hodnocení celkové úrovně kvality života seniorů a hodnocení sledovaných aspektů kvality života v závislosti na vzdělání respondentů (DpS, U3V).....	138
24.5.1	Vztah kvality života a spokojenosti se zdravím v souvislosti se vzděláním respondentů.....	138
24.5.2	Hodnocení aspektů kvality života – dotazník AAQ – vzdělání.....	139
24.5.3	Hodnocení aspektů kvality života – dotazník WHOQOL- BREF a WHOQOL- OLD – vzdělání.....	140
24.5.4	Hodnocení aspektů kvality života v závislosti na vzdělání respondentů – shrnutí (dotazníky AAQ, WHOQOL-BREF, WHOQOL – OLD)	141
24.6	Hodnocení celkové úrovně kvality života seniorů a hodnocení sledovaných aspektů kvality života v závislosti na délce pobytu v DpS.....	142
24.7	Hodnocení celkové úrovně kvality života seniorů a hodnocení sledovaných aspektů kvality života v závislosti na stupni příspěvku na péči	142
24.7.1	Vztah kvality života a spokojenosti se zdravím v souvislosti se stupněm příspěvku na péči	143
24.7.2	Hodnocení aspektů kvality života – dotazník AAQ –příspěvek na péči ...	145
24.7.3	Hodnocení aspektů kvality života – dotazník – WHOQOL- BREF – příspěvek na péči	146
24.7.4	Hodnocení aspektů kvality života – dotazník WHOQOL- OLD – příspěvek na péči	149
24.7.5	Hodnocení aspektů kvality života v závislosti na stupni příspěvku na péči - shrnutí (dotazníky AAQ, WHOQOL-BREF, WHOQOL – OLD)	151
25.	Diskuze.....	152
25.1	<i>Diskuze k faktorům, které významně ovlivňují kvalitu života a spokojenost se zdravím seniorů v domovech pro seniory.....</i>	<i>152</i>
25.2	<i>Diskuze k úrovni kvality života a k rozdílnému vnímání faktorů ovlivňujících kvalitu života u seniorů v domovech pro seniory a u seniorů žijících v domácím prostředí.....</i>	<i>156</i>
25.3	<i>Diskuze k použitému metodickému postupu</i>	<i>160</i>
25.4	<i>Využití výsledků výzkumu v praxi.....</i>	<i>162</i>
26.	Závěr	166
27.	Klíčová slova.....	169
28.	Použité zdroje.....	170
29.	Přílohy.....	187
29.1	<i>Příloha č. 1: Seznam použitých tabulek, grafů a obrázků.....</i>	<i>187</i>
29.2	<i>Příloha č. 2: Přehled tabulek nevykazujících statisticky významné výsledky</i>	<i>191</i>
29.3	<i>Příloha č. 3: Přehled použitých dotazníků</i>	<i>200</i>
29.4.	<i>Příloha č. 4: Přehled domén - Dotazník WHOQOL-OLD, BREF, AAQ</i>	<i>213</i>

ÚVOD

Počátek 3. tisíciletí je charakterizován několika sociálními fenomény, které determinují chod každé společnosti. Mezi tyto aspekty náleží i problematika stáří, stárnutí a života seniorů. V následujících letech bude tato problematika z politických, ekonomických, ale i sociálních důvodů stále aktuálnější a diskutovaným tématem. Stárnutí a stáří je jevem celospolečenským i zcela individuálním. Statistická data vypovídají o tom, že populace v Evropské unii, včetně České republiky, stárne. Období stáří a stárnutí je provázáno řadou regresivních změn v různých oblastech života jedince, a proto je tato životní etapa mnohdy chápána jako období nemoci, nemohoucnosti a samoty. Je nezbytné přijmout opatření v řadě oblastí a změnit tak negativní přístup společnosti ke stárnutí populace a ke starším lidem, který je často spojen se stereotypním až ageistickým pohledem na stáří a starší lidi. Pokud má dojít ke změně těchto stereotypů, neobejde se to bez analýzy životních potřeb a pochopení problémů současných seniorů.

Přístup ke kvalitě života ve stáří vyžaduje komplexní pohled a spolupráci napříč celým spektrem vědních i společenských oborů. Pokud nemá příští vývoj vést ke snížení kvality života seniorů, je nutné usilovat o lepší pochopení jejich potřeb. Co se týká služeb, využívaných seniory, je nutné, aby poskytovatelé těchto služeb znali nejen jejich potřeby, ale i faktory, které ovlivňují kvalitu života jednotlivých uživatelů.

Člověk je bytost bio-psycho-sociální a spirituální. S prodlužující se délkou života nabývá na významu zkoumání faktorů, významně ovlivňujících kvalitu života ve stáří, a to ve všech čtyřech výše jmenovaných rovinách. Kvalita života jednotlivých lidí je spojená s historickým, geografickým, ekonomickým i společenským kontextem. Je ovlivněna životními zkušenostmi i životními podmínkami a jejich subjektivním vnímáním. Je zřejmé, že pohled na kvalitu života se může měnit věkem, zdravotním stavem, sociálním postavením a mnoha dalšími okolnostmi včetně transkulturálních vlivů. V seniorském věku se do popředí hodnotového systému obecně dostává zdraví a vnímání osobní i společenské pohody.

Stáří je obdobím bilancování uplynulého života a jeho přijetím se vším pozitivním i negativním. V důsledku snížených kognitivních schopností i vnímání konečnosti lidského života, může u mnohých jedinců dojít k pocitům zklamání, opuštěnosti, zbytečnosti a marnosti života. Tyto skutečnosti pak mohou negativně ovlivňovat kvalitu života těchto jedinců. Mnozí se pak proto tomuto bilancování vyhýbají nebo ho nejsou z různých důvodů schopni učinit.

Ke zvýšení kvality života ve stáří a k podpoře prosperity ve stárnoucí společnosti je nezbytné dát všem lidem v průběhu jejich života příležitost pro aktivní život. Hranice mezi jednotlivými fázemi životního cyklu se stávají flexibilnějšími a méně vyhraněnými. Starší lidé mají stejně jako všichni ostatní právo, být hodnoceni jako jednotlivci na základě svých schopností a potřeb. Je třeba se zamyslet nad tím, zda jsou jednotlivé instituce, prostředí, způsob našeho myšlení i života, dostatečně připraveny na pozvolný, ale jistý příchod společnosti, ve které přibývá počet lidí v seniorském věku.

V oblasti kvality života byla provedena již řada výzkumů, z nichž některé se zaměřují na problematiku hodnocení kvality života lidí s konkrétním chronickým onemocněním (např. nádorová onemocnění, postižení smyslů, psychiatrická onemocnění, stavy po transplantaci apod.). Tato disertační práce představuje příspěvek k lepšímu pochopení vnímání kvality života seniorů, žijících v domovech pro seniory. Kvalita života může být chápána jako výsledek působení mnoha faktorů, a to jak sociálních, zdravotních, ekonomických, tak i enviromentálních podmínek, které jsou ve vzájemné interakci. Může také zahrnovat otázky smyslu a pocitu užitečnosti vlastního života i subjektivní hodnocení života v pojmech osobní svobody a spokojenosti.

Pokud již pro seniora není možné nebo bezpečné žít v domácím prostředí, je postaven před velmi náročné rozhodnutí svého života – strávit zbytek svého života v ústavním zařízení. V tomto novém prostředí se pak musí přizpůsobit tamním podmínkám a najít nové kontakty. Může být ohrožen ztrátou intimity, adaptačním šokem a „syndromem poslední štace“. Domovy pro seniory představují pouze jeden z článků v péči o seniory a jsou určeny zejména pro osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, chronického duševního onemocnění či některého typu demence a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.

Zkoumání kvality života seniorů v domovech pro seniory považuje autorka této disertační práce za významné zejména proto, že vzhledem k prodlužující se střední délce života a ke stárnutí populace, bude přibývat seniorů, kteří tento druh služeb potřebují. Výzkum kvality života je velmi obsáhlá a rychle se rozvíjející oblast a tato práce si nečiní nárok být vyčerpávajícím přehledem. Důvodem volby tohoto tématu je snaha o to, aby se výsledky zjištění tohoto výzkumu mohly stát smysluplným podnětem i reflexí pro poskytovatele sociálních služeb. Mohou jim pomoci specifikovat cíle

služeb, které seniorům poskytují. Mohou jim také pomoci pochopit potřeby současných seniorů, které jsou důležité pro jejich spokojený a důstojný život.

Tato disertační práce je rozdělena do tří hlavních částí. První – teoretická část se zabývá teoretickými východisky souvisejícími s problematikou stárnutí a stáří a cílem této části práce je předložit informace týkající se fenoménu stáří a stárnutí. Jednotlivé podkapitoly se vztahují k problematice stáří v souvislosti s kvalitou života a k psychosociálním determinantám, které kvalitu života ovlivňují. V další části práce jsou uvedeny vybrané teorie a metody sociální práce jako způsob detekce bio-psycho-sociálních determinant ovlivňujících kvalitu života seniorů. Zvláštní pozornost je věnována problematice kvality života obecně, se zřetelem na kvalitu života seniorů. V jedné z kapitol je také uveden popis konkrétních nástrojů pro měření kvality života.

V druhé části práce je popsán cíl práce, výzkumné otázky, hypotézy a metodický postup. Hlavním cílem empirické části práce je zjistit úroveň kvality života seniorů žijících v domovech pro seniory, posoudit kvalitu života v různých životních doménách z hlediska jejich významu pro celkovou spokojenost s kvalitou života. Dílčími cíli pak je zmapovat, do jaké míry jsou senioři žijící v domovech pro seniory celkově spokojeni s kvalitou svého života, se svým zdravotním stavem a s kvalitou života v jednotlivých životních doménách. Dalším dílčím cílem je provést analýzu bio-psycho-sociálních a spirituálních faktorů, ovlivňujících kvalitu života seniorů žijících v domovech pro seniory a porovnat kvalitu života a její determinanty u seniorů v domovech pro seniory a u seniorů žijících v domácím prostředí.

K dosažení výzkumného záměru byla využita kvantitativní výzkumná strategie. Jako instrument pro získání potřebných dat byla zvolena kombinace dotazníků, vyvinutých Světovou zdravotnickou organizací (WHO) pro výzkum kvality života seniorů. Jedná se o standardizované české verze tří mezinárodně využívaných dotazníků: WHOQOL – OLD, WHOQOL – BREF a Dotazník postojů ke stáří a stárnutí – AAQ. Využitá metodika umožňuje posouzení a statistické vyjádření spokojenosti respondentů v jednotlivých životních oblastech i významu spokojenosti ve sledovaných životních doménách pro obecnou spokojenost s kvalitou života i pro fyzický well-being ve smyslu spokojenosti s vlastním zdravím.

Základní soubor je tvořen z obyvatel Jihočeského kraje ve věku 60 a více let. Z tohoto základního souboru byly sestaveny 2 výběrové soubory. První soubor (N 1 = 156) byl záměrným výběrem sestaven z obyvatel domovů pro seniory v Jihočeském kraji, kde kritéria inkluze jsou věk nad 60 let, ochota spolupracovat a kognitivní funkce

zachovalé alespoň natolik, aby byli schopni sami nebo s asistencí věrohodně odpovídat na položky dotazníků. Pro zjednodušení je označen tento soubor zkratkou DpS. Druhý soubor (N 2 = 74) byl sestaven ze seniorů, žijících ve vlastních domácnostech, kteří byli do výzkumu zahrnuti podle stejných kritérií. Seniori z tohoto souboru byli absolventy Univerzity třetího věku Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Tento soubor je označen v tabulkách zkratkou U3V. U těchto seniorů lze oprávněně předpokládat vyšší míru aktivity a vitality, než je typické v základním souboru; k jejich výsledkům je proto přistupováno jako **ke kontrastním** vůči výsledkům seniorů z DpS.

Ve výzkumné části práce autorka hledá odpověď na hlavní výzkumnou otázku, a to jaká je úroveň kvality života seniorů žijících v domovech pro seniory? S touto hlavní výzkumnou otázkou jsou úzce propojeny dílčí výzkumné otázky, a to jaké faktory významně ovlivňují kvalitu života seniorů v DpS a jaké faktory významně ovlivňují jejich spokojenost se zdravím? Dalším záměrem je zjistit, zda existuje průkazný vztah mezi celkovým hodnocením kvality života a spokojeností se zdravím. Autorka se také zabývá otázkou, zda se liší úroveň kvality života a spokojenosti se zdravím u seniorů žijících v domovech pro seniory a v domácím prostředí. Poslední dílčí výzkumná otázka hledá odpověď na to, zda se liší determinanty kvality života a spokojenosti se zdravím u seniorů žijících v domovech pro seniory a v domácím prostředí?

Třetí část této disertační práce pojednává o získaných výsledcích, ve kterých se autorka soustředila na posouzení a statistické vyjádření spokojenosti se zdravím a s kvalitou života a důležitosti determinant zdraví i kvality života v obou skupinách. V této části práce autorka seznamuje s průběžnou prezentací výsledků a v kapitole diskuze se vyjadřuje k získaným výsledkům v komparaci s autory, kteří se zabývají touto problematikou. V závěru této disertační práce pak autorka navrhuje konkrétní využití získaných poznatků v praxi.

TEORETICKÁ VÝCHODISKA SOUVISEJÍCÍ S VYMEZENÍM POJMU KVALITA ŽIVOTA (quality of life - QOL)

Lze konstatovat, že téma kvalita života se v České republice stalo součástí odborného diskursu psychologů, lékařů, zdravotních sester, sociálních pracovníků i dalších odborníků z nejrůznějších oblastí. V následujících kapitolách autorka shrnuje poznatky o široce používaném pojmu „kvalita života“. Kromě vymezení pojmu kvalita života se zde také zmiňuje o psychologickém, historicko-filosofickém a sociologickém pojetí kvality života. Širší přístupy, zejména filosofické a teologické, jsou zpracovány v domácích publikacích (např. Payne, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*, 2005). V české i slovenské odborné literatuře přispěli k rozvoji tématu kvality života další autoři např. D. Kováč, J. Křivohlavý, J. Vymětal, K. Hnilica, B. Buchtová, E. Dragomirecká a další.¹

¹ KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. s. 60.

1. Vymezení pojmu - kvalita života

V běžném životě jsme zvyklí hovořit o kvantitě – délce života. Je uváděna počtem let a lze ji určit poměrně snadno. To se však nedá tvrdit o kvalitě života, protože kvalita života je něčím, na co mají různí lidé odlišné názory. V této kapitole autorka vysvětluje, co si lze představit pod pojmem kvalita života. Pokud se podíváme na slovo „kvalita“ sémanticky, můžeme hovořit o „jakosti, hodnotě“. ² Výzkumy, zabývající se kvalitou života nejrůznějších skupin, jsou v poslední době poměrně časté. Je to logické, neboť pojem kvality života nabývá stále více na významu a stává se klíčovým pro hodnocení individuálního i kolektivního lidského života. Křížová ³ uvádí, že v odborné veřejnosti panuje shoda v tom, že pojem kvalita života obsahuje tři hlavní oblasti, a to **fyzické prožívání, psychickou pohodu a sociální postavení jedince a jeho vztahy k druhým lidem**. Znamená to, že kvalita života jedince by měla být zkoumána v rámci holistického přístupu k osobnosti člověk a jeho třídimenzionálního bytí.

Kvalita života však nereprezentuje pouze individuální životní standard, ale je velmi úzce spjata i s prostředím, ve kterém lidé žijí, s jejich potřebami a požadavky. ⁴ Může být chápána jako výsledek působení mnoha faktorů, a to jak sociálních, zdravotních, ekonomických, tak i enviromentálních podmínek, které jsou ve vzájemné interakci. Může také zahrnovat otázky smyslu a pocitu užitečnosti vlastního života i subjektivní hodnocení života v pojmech osobní svobody a spokojenosti.

V medicíně a psychologii je také kvalita života považována za vícerozměrný, subjektivní a měřitelný konstrukt, který je vhodnějším indikátorem zdraví definovaného jako „stav celkové fyzické, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci“ než morbidita nebo mortalita. Považuje se za pozitivní ukazatel celkového stavu jedince, který umožňuje hodnotit komplexně zaměřené zdravotní a psychosociální intervence. ⁵

Jestliže hovoříme o kvalitě života jako o mnohorozměrném fenoménu, můžeme hovořit o rozměru materiálním (biologický, neurofyziologický, ekonomický), duchovním (etický, estetický), společenském a individuálním. V konkrétním reálném

² KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. s. 162-163.

³ KŘÍŽOVÁ, E. Sociologické podmínky kvality života. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005.

⁴ FAHEY, T., C. WHELAN a B. NOLAN. *Monitoring quality of life in Europe*. Luxembourg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2006.

⁵ DRAGOMIRECKÁ, E. a J. PRAJSOVÁ. *WHOQOL – OLD Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum, 2009. s. 9.

naplnění této struktury může některý rozměr dominovat, jiný může být potlačený či deformovaný. Definování kvality života, jakož i stanovení jednotlivých indikátorů této kvality je interdisciplinární problém a jeho řešení vyžaduje integraci a syntézu hledisek z oblasti filosofie, sociologie, ekonomie, politologie, ekologie, etiky, psychologie a dalších vědeckých disciplín. ⁶ Vše je komplikováno velkým rozdílem v pohledech jedinců i v závislosti na ekonomických podmínkách, kultuře i náboženství konkrétní geografické oblasti. Všechny tyto aspekty směřují k individuálnímu přístupu k člověku a v tomto směru je koncepce kvality života opodstatněná, dobrá a užitečná. ⁷

Jako jeden z prvních názorů na explicitě vyjádřitelnou, měřitelnou podstatu kvality života je v literatuře uváděno pojetí K.C. Calmana, ⁸ který předpokládá, že individuální kvalita života vyjadřuje rozpor mezi sny, nadějemi a ambicemi každého člověka a jeho současnými reálnými zkušenostmi, přičemž lidé jsou motivováni, aby tento rozpor byl eliminován, resp. odstraňován. ⁹

Pracovní skupina WHO zabývající se kvalitou života vymezila podstatu kvality života jedince jako vnímání jeho pozice v životě v kontextu kultury a hodnotového systému, v němž žije, a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, zájmům a požadavkům. Zahrnuje komplexním způsobem jedincovo somatické zdraví, psychický stav, úroveň nezávislosti na okolí, sociální vztahy - a to vše ve vztahu k hlavním charakteristikám prostředí. Kvalita života není totožná s termíny „stav zdraví“, „životní spokojenost“, „psychický stav“ nebo „pohoda“. Vyjadřuje subjektivní ohodnocení, které se odehrává v určitém kulturním, sociálním a environmentálním kontextu. ¹⁰

Musschenga, ¹¹ přední odborník na problematiku kvality života v medicíně, hovoří o třech různých vzájemně provázaných významech termínu kvalita života. Kvalita života jako stupeň normálního fungování, kvalita života jako stupeň spokojenosti se životem a kvalita života jako úroveň lidského rozvoje.

⁶ HALEČKA, T. Kvalita života a jej ekologicko- environmentálny rozmer. In *Kvalita života a ľudské práva v kontextech sociálnem práce a vzdelávania dospelých*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2002. s. 67.

⁷ MUNZAROVÁ, M. *Úvod do studia lékařské etiky a biotiky*. Brno: Masarykova univerzita, 2002. s. 18.

⁸ CALMAN, K. C. Quality of life in cancer patients-an hypothesis. *Journal of Medical Ethics*. 10, 1984. s. 124- 127.

⁹ KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. s. 59.

¹⁰ WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*. Springer Netherlands, 1993. n. 2. s. 153 – 159.

¹¹ MUSSCHENGA, A. W. The Relation Between Concepts of Quality-of-Life, Health and Happiness. *The Journal of Medicine and Philosophy*. Dordrecht-London-Boston: Kluwer Academic Publisher, vol 22, s. 11-28.

Pro člověka v seniorském věku je důležitý především druhý bod (kvalita života jako stupeň spokojenosti se životem). Křivohlavý¹² se domnívá, že člověk na konci své cesty chápe kvalitu života jako spokojenost s dosavadním životem. Jestliže hodnotí prožitý život smysluplně a je spokojen s tím jak žil, kvalita života je prožívána na vysoké úrovni.

1.1 Historicko – filosofický kontext pojmu kvalita života

Zájem o původ lidského blaha, štěstí a kvality života není žádnou novinkou současné společnosti. Úvahami o tom, jaké jsou základní složky blaha, se dříve než vědci zabývali filosofové a teologové. Antický pohled na problematiku kvality života byl převážně sycený vnímáním subjektivní pohody jako nejvýraznějšího indikátoru kvality života. Přitom se však pokoušeli o komplexnější vnímání celého problému. Pozornost byla věnována i strategiím zvládnání a postojům, péče o tělo a všeobecně i sociálním aspektům s velkým důrazem na potřebu nezávislosti jedince a spirituální potřeby. Seneca považoval za důležitý indikátor kvality života sociální a ekonomickou rovinu lidského života. Zabýval se otázkou finančního zabezpečení a schopnosti vlastního uspokojení materiálních potřeb. „Blaženost“ životu prý přináší vzdělání, účast na společenském životě, postavení a vliv ve společnosti, ale také sociální vztahy. Antická filosofie pracovala se strategií zvládnání. Etické koncepty Platóna a Aristotela jsou vlastně různé strategie zvládnání a můžeme mezi nimi najít strategii vyhledávání sociální opory, strategie zaměřené na cíl (hédonismus) a zvládnání emocí. Tyto strategie jsou naučitelné a v konečném důsledku jde o osvojování si faktorů životního stylu, vedoucí k odolnosti proti stresu, zátěži i proti chorobám.¹³

Ve středověku ovládlo filosofické myšlení křesťanství. K největším osobnostem tohoto období patřili Augustinus Aurelius a Tomáš Akvinský. Ve své filosofii morálky navazoval Tomáš Akvinský na Aristotela. Při rozhodování upřednostňoval rozum před vůlí. Hlásal, že nejvyšším poznáním a vrcholem štěstí v životě člověka, je poznání Boha. Také Augustinus Aurelius vnímal Boha jako nejdokonalejší předmět poznání v souvislosti s nejvyššími cíli a lidským štěstím.¹⁴

¹² KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. s. 164- 168.

¹³ HROZENSKÁ, M. *Sociální práce so staršími ľudmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta, 2008. s. 47-49.

¹⁴ STÖRIG, H. J. *Malé dějiny filosofie*. 8. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2007.

18. století bylo dobou osvícenského myšlení a smyslem existence se stává život sám. Důraz je kladen na jedince. Hlavními hodnotami se stávají štěstí a seberealizace, nikoliv služba Bohu nebo králi. K největším filosofům tohoto období můžeme řadit Emmanuela Kanta, který zdůrazňuje, že mravní zákon pozvedá člověka nad pouhé přežití a dává jeho existenci svobodu a hodnotu. Kant se také zabýval smyslem života a pro jeho naplnění je dle Kanta jediným účinným prostředkem sebeúcta. Filosofie 19. století se široce zabývá smyslem života a uvádí také pojem vnitřní dialog. Měli bychom prý odhalit nejen svoji sílu, ale i slabost, dát k dispozici druhému své vědomí a odhalit celé své nitro. Měli bychom mít zájem o partnera v dialogu a nepoužívat nátlak či pozici moci.¹⁵ S kvalitou života úzce souvisí též pojem smysl života. Ten byl uveden zejména do psychoterapie Viktorem E. Franklem a stal se základním východiskem v přístupu k lidským problémům v rámci směru, který nazýváme logoterapie a existenciální analýza.¹⁶ Tématem životního smyslu a kvality života se autorka zabývá v samostatné kapitole této disertační práce.

Ve 20. století patřil mezi hlavní filosofické směry, jež se zabývaly otázkami smyslu a kvality života, utilitarismus. Tento směr ovlivnil současné pojetí kvalitního života. Obracel se zpět k antickým kořenům, hedonismu.¹⁷ Obsahuje v sobě určitý sociální aspekt a aplikuje princip dobra na co největší počet lidí. I v současné době je stále diskutovaným tématem otázka, jestli radost a pocit štěstí jsou jediným cílem lidského konání.¹⁸

V novodobé historii se pojem kvalita života datuje do 20. let 20. století. Hnilicová¹⁹ připomíná, že se objevil už v diskuzích o vztahu ekonomických a sociálních hledisek při státní podpoře chudších vrstev obyvatelstva. Americký autor Snoek²⁰ uvádí, že tento pojem můžeme najít v pracích dvou amerických ekonomů S. Ordwaye a F. Osborna, kteří v letech 1953 a 1957 varovali před nebezpečnými ekologickými dopady ideje neomezeného ekonomického růstu.

¹⁵ STÖRIG, H. J. *Malé dějiny filosofie*. 8. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2007.

¹⁶ BALCAR, K. Životní smysl a kvalita života. In *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005.

¹⁷ ŠIMEK, J. a V. ŠPAČEK. *Filozofické základy lékařské etiky*. Praha: Grada, 2003.

¹⁸ SILVERSTEIN, M. In defense of happiness: A response to the experience machine. *Social Theory and Practice*, Florida State University, Department of Philosophy, 2000. vol. 26, n. 2. s. 279-300.

¹⁹ HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. s. 205-216.

²⁰ SNOEK, F. J. Quality of life: A Closer Look at Measuring Patients' Well-Being. *Diabetes Spektrum*. Washington: American Diabetes Association, 2000. vol. 13, s. 24.

Použitím termínu „kvalita života“ měli kritici na mysli zejména kvalitu vnějších podmínek života.²¹ Pojem kvalita života se svou stručností a intuitivní srozumitelností pro veřejnost rychle ujal a stal se v politice i v mediálním světě módním trendem.²² Také v Evropě brzy zdomácněl, neboť ho v sedmdesátých letech použil německý kancléř W. Brandt v politickém programu své vlády.²³

Mareš²⁴ konstatuje, že teprve později se stává tento pojem vědeckým, a to nejdříve v sociologii, potom i v dalších vědách o člověku. Rozvíjel se třemi směry: a) **objektivním** – byl chápán jako souhrn objektivních indikátorů, např. o kvalitě životních podmínek v dané zemi, b) **subjektivním** – byl chápán jako souhrn subjektivních indikátorů, např. o kvalitě jedincovy „cesty životem“, c) **kombinací objektivních a subjektivních indikátorů**.

Poznatků o kvalitě života výrazně přibýlo v posledních zhruba 20 letech. K tomuto rozvoji došlo zejména v důsledku posuzování postavení člověka na škále zdraví - nemoc. Ukázalo se totiž, že k vystižení komplexní charakteristiky zdravotního stavu již nestačí dříve užívané postupy, vycházející ze stanovení diagnózy, doby dožití, resp. střední délky života. Ale že je nutné identifikovat a zhodnotit i psychické, sociální, behaviorální determinanty lidského života, vztahující se ke zdraví.²⁵

Otázka kvalitního života jedince se v současné době nestává záležitostí jednotlivce, ale směřuje k přežití celé lidské civilizace. Na významu nabývá biopsychosociální a spirituální pohled na život člověka.

Pokud je měření kvality života zaměřeno pouze na zdravotní stav, resp. na stupeň postižení, používáme termín „health-related quality of life“ (HRQoL). V současné době se odborníci napříč všemi obory přiklánějí k **subjektivnímu hodnocení QOL** (Quality of life) jako zásadnímu a určujícímu pro život člověka.²⁶

Jestliže mluvíme o kvalitě života, musíme mít na zřeteli především hodnotu života, která je mezinárodně chráněna právem na život jako jedním ze základních

²¹ MUSSCHENGA, A. W. The Relation Between Concepts of Quality-of-Life, Health and Happiness. *The Journal of Medicine and Philosophy*. Dordrecht-London-Boston: Kluwer Academic Publisher, vol. 22, s. 24.

²² RAPLEY, M. *Quality of Life Research a critical introduction*. London: SAGE Publications, 2003. s. 286.

²³ HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. s. 205-216.

²⁴ MAREŠ, J. Problémy s pojetím pojmu kvalita života a s jeho definováním. In *Kvalita života u dětí a dospívajících*. Brno: MSD, 2006. s. 11.

²⁵ KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. s. 59.

²⁶ AARONSON, N. K. *Quality of life: What is it? How should it be measured?* [online].[cit. 2010-11-15]. Dostupné z WWW: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3079329>

lidských práv. Hodnota života je dána životem samotným a kvalita života znamená naplnění této hodnoty.²⁷

1.2 Psychologické pojetí kvality života

Kvalita života v psychologickém pojetí může být chápána z více hledisek. Může se jednat o zjišťování **životní spokojenosti**, kdy hledáme odpovědi na otázky, co činí lidi spokojenými. Zjišťujeme, jaké faktory ke spokojenosti přispívají a ovlivňují ji. Jindy mluvíme o **prožívání subjektivní pohody** a klademe důraz na všeobecné hodnocení kvality života. Tato subjektivní stránka kvality života je často označována jako štěstí.²⁸ Prožitek osobní svobody (**well – being**) je velmi významnou složkou zdraví a Kebza²⁹ uvádí, že v české terminologii se ustálil úzus spojovat „well-being“ s dimenzí duševní pohody, což tento pojem zcela nevyčerpává a tak považuje za vhodnější užívat českého ekvivalentu „osobní pohoda.“ V dalším textu jsou pojmy well – being a osobní pohoda užívány promiskue.

V anglosaské literatuře se někdy objevuje širší pojem „**subjective well – being**“³⁰ nebo „**psychological**“ či „**mental**“ well-being.“³¹ V české terminologii se užívá zřejmě nejčastěji jako ekvivalent pojmu well – being kromě nejčastější varianty „pohoda“³² nebo „životní pohoda,“³³ také formulace „pocit či prožitek osobní pohody“. Některé psychologické výzkumy pracují spíše s pojmem „duševní pohoda“. Balcar³⁵ poukazuje na vztah prožívané smysluplnosti k osobní pohodě a subjektivnímu zdravotnímu stavu. Někdy se však užívá k překladu pojmu well-being do češtiny také pojem „životní spokojenost“, „prožitek“, „pocit blaha“, „štěstí“ nebo „radost“.³⁶

²⁷ HALEČKA, T. Kvalita života ako pojem a problém sociálnej politiky a sociálnej práce. *Práca a sociálna politika*. 2001, roč. 9, č. 12, s. 4.

²⁸ VEENHOVEN, R. The Four Qualities of Life. *Journal of Happiness Studies*. 2000, vol. 1, s. 1-39. [online]. [cit. 2010-11-20]. Dostupné z WWW: <http://www2.eur.nl/fsw/research/veenhoven/Pub2000s/2000c-full.pdf>

²⁹ KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. s. 62.

³⁰ DIENER, E. et al. The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*. Oxon: Routledge, 1984. vol. 49, s. 71-75.

³¹ KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. s. 63.

³² KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2002. s. 68 – 72.

³³ KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2004. s. 47- 68.

³⁴ KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. s. 63.

³⁵ BALCAR, K. Životní smysluplnost, duševní pohoda a zdraví. *Československá psychologie*. Praha: Psychologický ústav Akademie věd ČR, 1994. č. 1. s. 420-425.

³⁶ KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. s. 63.

Hrozenková³⁷ uvádí, že v psychologickém přístupu kvalitou života rozumí koncepci toho, co člověku přináší pocit pohody a spokojenosti v životě. Tyto koncepty vycházejí z hlubší analýzy individuálního životního stylu, způsobu života, rodinné a zdravotní situace, hodnotového systému i postojů člověka. Subjektivní pohoda (resp. nepohoda) odráží širokou škálu pozitivních (resp. negativních) citových reakcí člověka na uspokojování jeho potřeb a nároků v různých oblastech.

Některé specifické schopnosti člověka (např. přizpůsobit se změněným podmínkám, zvládat zátěžové situace apod.) se vztahují k pocitům subjektivní pohody a spokojenosti člověka. Tyto pocity mohou být občasné a týkají se pouze některých oblastí, a nebo mohou mít trvalejší charakter a zabírají tak více stránek života. Individualizace kvality života a životní úrovně se projevuje v životním stylu jedince.³⁸

1.3 Sociologické pojetí kvality života

Sociologické pojetí v souvislosti s kvalitou života může sledovat atributy sociální úspěšnosti, společenský status, životní styl, vybavení domácnosti, vzdělání, majetek apod. Také studie, zabývající se dopadem určitých sociálních či zdravotních programů na kvalitu života obyvatel určité oblasti, mají sociologický charakter.³⁹

V této kapitole nebudou uváděny výše zmíněné atributy, ale jako příklad je uveden jeden důležitý termín související s kvalitou života - životní styl. Tento pojem lze charakterizovat všeobecnými sociálními podmínkami, které určují kvalitu života a způsob života lidí ve společnosti. Na základě „stylu života“ se posuzují jak všeobecné sociální procesy, tak například poměr intelektuální a manuální práce, ale také poměr jednotlivých činností v životě člověka. Z tohoto hlediska je styl života důležitým ukazatelem kvality života lidí ve společnosti a také kvality života jednotlivých osobností.⁴⁰

³⁷ HROZENSKÁ, M. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta, 2008. s. 51.

³⁸ TOKÁROVÁ, A. K metodologickým otázkam výskumu a hodnotenia kvality života. In *Kvalita života v kontextech globalizácie a výkonovom spoločnosti*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2002. s. 19-29.

³⁹ ABBATE, R., O. GIAMBALVO a A.M. MILITO. Service and Life Quality: The Case of Palermo *Social Indicators Research*. Springer, 2001. vol. 54/3, s. 275-308.

⁴⁰ VOJTOVIČ, S. Sociologické dimenzie štýlu života. In „*Kvalita života a ľudské práva v kontextech sociálnej práce a vzdelávania dospelých*“ Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2002. s. 82-84.

Životní styl je ovlivněn ekonomickým postavením jedince i celé společnosti. Struktura příjmů i výdajů se může změnit velmi rychle, a to např. ztrátou partnera, odchodem do penze apod. Chování člověka je ovlivněné tím, co je jeho životním krédem, dominantní hodnotou. Když je pro člověka nejdůležitější práce (rodina, politika apod.), tato skutečnost ovlivňuje způsob života i v jiných oblastech, včetně jeho životního stylu.⁴¹

Jandásková uvádí, že zlepšování celkové ekonomické situace ve společnosti nevede ke zvýšení počtu lidí, kteří jsou šťastní.⁴² Z makrosociologického hlediska se ukazuje, že zdraví občanů ve vyspělých zemích není lepší, než v zemích, ve kterých je nejmenší diference mezi příjmy nejchudších a nejbohatších.⁴³

Na způsobu života lidí se podílejí hodnoty ovlivněné rodinným zázemím, výchovou a individuální zkušeností. Je možné rozdělit je na individualistické (sebeurčení, úspěch, moc nebo touha po štěstí) a kolektivistické (spravedlnost či benevolence). Z jiného hlediska lze hovořit o hodnotách liberálních (svoboda, autonomie, nezávislost nebo touha po změně) a o hodnotách konzervativních (bezpečí, dodržování tradic, disciplinovanost). Jako na hodnoty lze pohlížet i na takové determinanty životního stylu a situace jednotlivce, jako je povolání, zdravotní problémy (či obecněji subjektivní zdraví), věk, pohlaví, životní události, politická orientace, společenské změny.⁴⁴

⁴¹ VOJTOVIČ, S. Sociologické dimenzie štýlu života. In „Kvalita života a ľudské práva v kontextech sociálnej práce a vzdelávania dospelých“ Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2002. s. 84-87.

⁴² JANDÁSKOVÁ, Z. *Kvalita života žen po menopauze: Osteoporóza, osteopenie a low back pain*. Brno: Filozofická fakulta Masarykovy univerzity, 2009. s. 103. Disertační práce. Vedoucí disertační práce Mojmir Svoboda.

⁴³ GROFFEN, D. A. I. et al. Material deprivation and health-related dysfunction in older Dutch people: findings from the SMILE study. *European Journal of Public Health*. OXFORD UNIVERSITY PRESS, 2001. vol. 18, s. 258-263.

⁴⁴ PAYNE, J. 2005. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005.

2. Životní smysl a kvalita života

Z filosofického hlediska lze říci, že kvalitu života netvoří pouze příčina materiální a formální, tj. výběr z možností, které pak člověk uskutečňuje, ale patří sem i to, k čemu člověk směřuje a v čem vidí smysl života.⁴⁵

Lukasová⁴⁶ ve svém výzkumu zjistila devět obsahových kategorií smyslu života, jimiž jsou: *vlastní blaho, seberealizace, rodina, zaměstnání, societa, zájmy, zážitky, služba nějakému přesvědčení, vitální potřeby*. Způsob realizace a naplňování hodnot daného hodnotového žebříčku, možnosti dosahování zvolených preferencí a uspokojování z jejich dosahování tvoří náplň lidského života a určuje i jeho kvalitu. K hledání smyslu života vede člověka svědomí.

Pojem životní smysl znovu uvedl do moderní psychologie a psychoterapie zejména Viktor Frankl, který pokládal „vůli ke smyslu“ za hlavní motivační sílu. Nezbytnou podmínkou pro to, aby člověk žil, jednal a prožíval s pocitem smysluplnosti, je mít něco, *pro co žít*. Hluboký a trvalý nedostatek smyslu v životě působí nejen duchovní utrpení, ale má i negativní účinky projevující se v jeho duševním, společenském a tělesném stavu. Člověk musí být také dostatečně svobodný v uskutečňování zvolených, smysl dávajících hodnot, aby tak mohl činit s vědomím své odpovědnosti za to.⁴⁷ Hledání smyslu života se může projevovat například tím, že si člověk plánuje své cíle a snaží se k těmto cílům dospět. Tyto plány dávají smysl životu člověka a jeho životním aktivitám. Když se člověku daří realizovat jeho osobní plány, je spokojen. Míra spokojenosti má úzký vztah k osobnímu pojetí kvality života.

Životní smysl a kvalita života úzce souvisí se spiritualitou člověka. Jestliže má být zkoumána kvalita života seniorů, kteří prožívají poslední část svého života, neměl by být opomenut tento klíčový spirituální rozměr. Mělo by být otevřeno téma cílů v životě a senior by měl povídat o tom, jak se mu dařilo těchto cílů dosahovat. Zatímco některé cíle mohou být každodenním zaměřením (vzdělání, rodina, bydlení atd.), smysl života je zaměřením celého člověka (anglicky termín –aiming). Lze se zabývat otázkami

⁴⁵ HOGENOVÁ, A. *Kvalita života a tělesnost*. Praha: Karolinum, 2002. s. 31.

⁴⁶ LUKASOVÁ, E. Logo-test. Zkouška k měření prožívané smysluplnosti a existenciální frustrace. Chrudim: Mach, 1992.

⁴⁷ BALCAR, K. Životní smysl a kvalita života. In *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. s. 253-257.

zcela konkrétními, a to např. odkud jsem přišel, co tu dělám, proč tu jsem a kam kráčím? Spirituální pohled tak může být vnímán jako rozšíření chápání kvality života.⁴⁸

Při nacházení smyslu života sehrává rozhodující úlohu sebehodnocení a sebezpoznání jako způsob reflexe vlastní identity, a to především v situacích, kdy je život ohrožen. Úroveň sebeúcty a důstojnosti zvyšují sociální aktivitu osobnosti a jsou doprovázeny potřebou člověka maximalizovat pozitivní a minimalizovat negativní postoje k životu i k sobě. Otázky týkající se morálních závazků člověka ve vztahu k sobě i druhým jsou základním humánním zaměřením ochrany člověka i lidského rodu.⁴⁹

V mnohých teoretických i praktických výzkumných studiích se ukázalo, že vnímání smysluplnosti života má negativní i pozitivní aspekty týkající se duševního zdraví a psychické pohody. Kováč⁵⁰ považuje smysl života za vrcholový a univerzální činitel kvality života a připisuje mu hlavní pozici.

Kováč⁵¹ také uvádí, že Maslow považoval smysl života za vnitřní vlastnost člověka, která se projevuje jako mohutná motivační síla a to tehdy, pokud jsou uspokojeny nižší životní potřeby. Podle Kováče je smysl života vytvářen integrací kognitivních, emočních a motivačních potenciálů člověka. Je možné k nim zařadit zejména schopnost poznávat sebe sama, hledání optimálních řešení, sebekontrola, pohoda, porozumění druhým, plánování událostí a zvládání náročných životních situací.

Operacionalizace pojmu „smysl v životě“ lze vyjádřit např. těmito otázkami: Co tento člověk v této situaci volí a dělá, aby docílil co možná nejlepšího výsledku? Co pro to dělá? Pojem kvalita života je pojem multidimenzionální, tak jako lidský život. Při zjišťování kvality života v jedné z jeho dimenzí, v dimenzi duchovní či existencionální, je možné ji vnímat jako prožitek smyslu (plnosti) vlastního života.⁵²

Vymětal⁵³ uvádí, že stáří je časem, kdy se život uzavírá v jeden celek. Ve stáří jde o uvědomování si smyslu vlastního života (často života vůbec) a jeho naplňování. Pochopení vlastního života vede k subjektivnímu vyrovnání a uklidnění.

⁴⁸ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. s. 169-172.

⁴⁹ BILASOVÁ, V. a L. ROMANOVÁ. Etické aspekty rozhodnutia na konci života. *Revue sociálnych služeb*. Trnava: Oliva, roč. II. č. 2, 2010. s. 30.

⁵⁰ KOVÁČ, D. *(Dis-)integration of personality – a source of (non)quality of life*. *Studia psychologica*, 2007. 43, 3, s. 203-210.

⁵¹ KOVÁČ, D. Kvalita života - nalievavá výzva pre vedu nového storočia. *Československá psychologie, I*. Praha: Psychologický ústav Akademie věd České republiky, 2001. s. 34-44.

⁵² BALCAR, K. Životní smysl a kvalita života. In *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. s. 254.

⁵³ VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. s. 46.

3. Dimenze kvality života

Na koncept kvality života lze nahlížet ze dvou hledisek, subjektivního a objektivního. Existuje také literatura, která uvádí měření kvality života ze tří perspektiv: Objektivní měření sociálních ukazatelů a okolí, subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem a subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi.⁵⁴

V současné době se odborníci ve všech oborech výrazně přiklánějí k subjektivnímu hodnocení kvality života. K tomuto posunu došlo i v medicíně, kde objektivně měřitelné ukazatele zdraví byly dlouho považovány za nejhodnotnější pro volbu další léčby a pomoci. **Objektivní kvalita života** sleduje materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. Lze ji tedy vymezit jako souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které ovlivňují život člověka. Vymětal dodává, že kvalitu života lze vidět také jako míru, v níž jedinec využívá možnosti svého života. **Subjektivní kvalita života** se týká jedincova vnímání svého postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému. Výsledná spokojenost je závislá na jeho osobních cílech, očekáváních a zájmech.⁵⁵

Z různých výzkumů vyplývá, že subjektivní a objektivní hodnocení kvality života poskytují odlišná data, obě jsou však nepostradatelnou součástí celkového hodnocení. Přestože je tento pojem v současné době velmi frekventovaný, v oblasti metodologii zkoumání neexistuje názorová shoda.⁵⁶

Hovoříme-li o kvalitě života a máme-li na mysli život jednotlivého člověka, vybíráme z celé problematiky kvality života jen jeho dílčí oblast. Bergsma a Engel⁵⁷ „mapují“ celou tuto problematiku ve třech hierarchicky odlišných sférách: V makro, mezo a personální rovině.

Křivohlavý⁵⁸ uvažuje o těchto rovinách a uvádí, že v **makro-rovině** jde o otázky kvality života velkých společenských celků např. konkrétní země, kontinentu. Můžeme mluvit o hlubším zamyšlení nad problematikou kvality života. Život je chápán

⁵⁴ KIRBY, P. C., C. BROOKS a J. OESCHER. Using quality of life studies to improve local mental health service. *National Conference on Mental Health Statistics*, Washington, 2003.

⁵⁵ VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. s. 198- 199.

⁵⁶ LIBIGEROVÁ, E. a H. MÜLLEROVÁ. Posuzování kvalita života v medicíně. *Česká a slovenská psychiatrie*. Vydává ČLS J. E. Purkyně, 2001. č. 4. s. 183-186.

⁵⁷ BERGSMA, J. a GL. ENGEL. *Quality of life: Does measurement help?* [online]. [cit. 2011-01-15]. Dostupné z WWW: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10291118>

⁵⁸ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. s. 163.

jako absolutní morální hodnota. Problematika kvality života se stává součástí politických úvah.

V mezo-rovině – jde o otázky kvality života v tzv. malých sociálních skupinách např. nemocnice, škola, podnik. Na úrovni této dimenze jde o respekt k morální rovině hodnot o otázky sociálního klimatu a vzájemných vztahů mezi lidmi. Další otázky se mohou týkat uspokojování/neuspokojování základních potřeb každého člena dané společenské skupiny, sdílení hodnot či existence sociální opory.⁵⁹

Personální (osobní) rovina je definována jednoznačněji. Týká se každého z nás a jde o subjektivní hodnocení spokojenosti, zdravotního stavu, bolesti atd. V této dimenzi každý hodnotí kvalitu vlastního života. Je zřejmé, že velkou roli zde hrají osobní hodnoty každého člověka.⁶⁰

Fyzická (tělesná) existence je čtvrtou rovinou, o které bychom mohli uvažovat v souvislosti s kvalitou života. Jde o porovnatelné chování druhých lidí, které je možné objektivně měřit. Kritéria v této rovině je možné operacionalizovat (objektivně definovat za účelem jejich měření). I když jsou tyto údaje měřitelné, Bergsma a Engel nedoporučují při definování kvality života používat údaje z této roviny, protože postrádají hlubší pojetí. Hovoříme-li o kvalitě života, je třeba si vždy předem ujasnit, o kterou rovinu nám jde.⁶¹

Bergsma a Engel⁶² uvádějí jako příklad vztah mezi definováním cíle lékařské péče a kvality života: „Jestliže cílem medicíny je zachování biologického života, pak pacient musí být udržován při životě tak dlouho, jak jen to je možné. Je-li cílem medicíny zachování autonomie života, pak je třeba dělat vše, co jen je možné, aby byla zachována integrita člověka i tvář v tvář smrti.“

Světová zdravotnická organizace (WHO) rozčlenila jednotlivé oblasti kvality života do čtyř základních okruhů, které vystihují dimenze lidského života bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum nebo postižení. První okruh zahrnuje **fyzické zdraví a úroveň samostatnosti** (únava, bolest, energie, odpočinek, závislost na lékařské pomoci, mobilita, každodenní život, schopnost pracovat atd.). Druhý okruh můžeme nazvat **psychické zdraví a duchovní stránka** (sebepojetí, sebehodnocení, pozitivní pocity/negativní, paměť, myšlení, víra, spiritualita, atd.). Ve třetím okruhu jsou

⁵⁹ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. s. 164.

⁶⁰ tamtéž s. 164.

⁶¹ tamtéž s. 164.

⁶² BERGSMA, J. a GL. ENGEL. *Quality of life: Does measurement help?* [online]. [cit. 2011-01-15]. Dostupné z WWW: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10291118>

obsaženy **sociální vztahy** (sociální podpora, osobní vztahy, aj.) a čtvrtý okruh zahrnuje **prostředí** (dostupnost zdravotnické a sociální péče, domácí prostředí, klima, finanční zajištění, bezpečí, příležitosti pro získávání nových dovedností a vědomostí atd.).⁶³

Ze stejného teoretického vymezení kvality života vyšla i **QOL Research Unit v Torontu**. Jejich koncepční model kvality života byl vytvořen, na rozdíl od na zdraví zaměřené WHO, za účelem měření zohledňujícího jak zdravotní determinanty, tak i spokojenost. Koncept kvality života, navrhovaný QOL Research Unit zdůrazňuje jedincovy fyzické, psychické a duševní schopnosti, jeho vazby na prostředí a možnosti udržování a zlepšování schopností a vědomostí. Koncept se skládá ze tří základních oblastí života, z nichž každá obsahuje tři podoblasti (tabulka č. 1).⁶⁴

⁶³ MÜHLPACHR, P. Měření kvality života jako metodologická kategorie. In *Kvalita života a rovnost příležitostí – z aspektu vzdělávání dospělých a sociální práce*. Prešov: Filosofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2005. s. 61.

⁶⁴ tamtéž. s. 63.

Tabulka č. 1: Konceptní model definující kvalitu života

EXISTENCE	KDO JSEM
Fyzická stránka	fyzické zdraví
	osobní hygiena
	výživa
	cvičení
	péče o vzhled a oblečení
	vzhled
Psychická stránka	psychické zdraví
	vnímání
	pocity
	sebehodnocení, sebezpojetí
Duchovní stránka	osobní hodnoty
	osobní standard chování
	duchovní hodnoty, vyznání
SOUNÁLEŽITOST	VAZBY NA PROSTŘEDÍ
Místo na světě	domov
	práce / škola
	sousedství
	užší společnost
Místo mezi lidmi	blízcí přátelé
	rodina
	přátelé
	spolupracovníci
	sousedství a užší společnost
Místo ve společnosti	adekvátní příjem
	zdravotnické a sociální služby
	zaměstnání
	vzdělávací programy
	volnočasové aktivity
	společenské dění a události
ADAPTABILITA	DOSAHOVÁNÍ OSOBNÍCH CÍLŮ, A PŘÁNÍ
Každodenní život	činnosti v domácnosti
	zaměstnání
	škola nebo dobrovolné činnosti
	využívání zdravotnických a sociálních služeb
Volný čas	relaxační činnosti
	činnosti redukující stres
Plány do budoucna	činnosti pro udržování nebo zlepšování vědomostí a dovedností
	adaptace na změny

Zdroj: <http://www.utoronto.ca/qol/concepts.htm>⁶⁵

⁶⁵ The Quality of Life Model. [online]. [cit. 2010-11-15]. Dostupné z WWW: <http://www.utoronto.ca/qol/concepts.htm>

Dragomirecká ⁶⁶ uvádí, že definování pojmu kvalita života se po dlouhou dobu vyznačovalo nejednoznačností. Holandský profesor Ruut Veenhoven ⁶⁷ zásadním způsobem přispěl ke kategorizaci konceptů ve své teorii „čtyř kvalit života“ (tabulka č. 2).

Tabulka č.2: Čtyři typy kvality života podle Veenhoven

	Vnější kvalita života (prostředí)	Vnitřní kvalita života (jedinec)
Životní šance, předpoklady	A. vhodnost prostředí životní prostředí, sociální kapitál, prosperita, životní úroveň	B. životaschopnost jedince psychologický kapitál zdraví, způsobilost
Podoba života, výsledky	C. užitečnost života	D. porozumění vlastnímu životu, subjektivní pohoda, spokojenost, štěstí

Zpracováno dle: Mareš, J. ⁶⁸

Takto vymezená „kvalita života“ dovoluje kategorizovat koncepty dobrého života podle toho, kterým aspektem kvality života se zabýváme. Vzniká matice se čtyřmi kvadranty, která přináší netradiční pohled na různé kvality života. Kvadrant A zahrnuje **vhodnost prostředí (livability)** pro život a akcentuje životní, ekologické, sociální, ekonomické a kulturní podmínky, kterými se zabývá ekologie, sociologie a sociálně - politické vědy. Někteří badatelé používají pojem environmentální kvalita života a snaží se propojit životní a sociální prostředí se zdravotní kvalitou života v nový pojem – Health - Related environmental Quality of Life. ⁶⁹

Překlad použit z: MÜHLPACHR, P. Měření kvality života jako metodologická kategorie. In *Kvalita života a rovnost příležitostí – z aspektu vzdělávání dospělých a sociální práce*. Prešov: Filosofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2005. s. 62.

⁶⁶ DRAGOMIRECKÁ, E. a C. ŠKODA. Měření kvality života v sociální psychiatrii. *Česká a slovenská psychiatrie*. Vydává ČLS J. E. Purkyně, 1997. č. 8. s. 423-432.

⁶⁷ VEENHOVEN, R. The Four Qualities of Life. In *Journal of Happiness Studies*. 2000, vol. 1, s. 1-39. [online]. [cit. 2010-11-20]. Dostupné z WWW:

<http://www2.eur.nl/fsw/research/veenhoven/Pub2000s/2000c-full.pdf>

⁶⁸ MAREŠ, J. Problémy s pojetím pojmu kvalita života a s jeho definováním. *Kvalita života u dětí a dospívajících*. Brno: MSD, 2006. s. 13.

⁶⁹ LECHLER, P. Which Health Outcomes Should Be Measured in Health Related Environmental Quality of Life Studies ? *Landscape and Urban Planning*, 2003. vol. 63, no.1, s. 63-72.

Ke kvadrantu B se vztahuje pojem **životaschopnost jedince (life-ability)** a můžeme sem řadit fyzické a duševní zdraví, znalosti, schopnosti a vnitřní kvality člověka. Tato charakteristika je předmětem zájmu lékařství, psychologie a pedagogiky.⁷⁰

Kvadrant C představuje **užitečnost života (utility of life)** a zajímá se o to, nakolik daný jedinec přispívá k dobru ostatních lidí, čím je obohacuje. Zahrnuje také morální vývoj člověka, morální dokonalost a jeho vnitřní cenu. Tato oblast přitahuje pozornost filosofů, teologů, pedagogů i sociálních pracovníků. V odborné literatuře se můžeme setkat s označením tohoto směru úvah jako s **transcendentní koncepcí kvality života**.⁷¹

Kvadrant D představuje to pojetí kvality života, které ve vědách o člověku zažívá v současnosti velký rozmach, je široce aplikováno v medicíně a vytváří vlastní metodologické postupy. V tomto kvadrantu se nachází pojem **porozumění vlastnímu životu (appreciation of life)**. Zkoumání této sféry kvality života se zabývá subjektivní pohodou, životní spokojeností, štěstím apod. Můžeme sem také zařadit hodnocení spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi, celková spokojenost se životem a patří sem většina dotazníků kvality života včetně dotazníků WHOQOL.⁷² Jednotlivými doménami pro zjišťování kvality života se bude autorka zabývat v dalších kapitolách při popisu instrumentů pro měření kvality života.

Slovenský psycholog Kováč prezentuje tříúrovňový model kvality života. Podle něj je tento koncept tvořen třemi navzájem provázanými úrovněmi. Autor je charakterizuje takto. První z nich je **bazální úroveň, existenční**. Tato základní úroveň tvoří šest oblastí, které konstituují kvalitu života kteréhokoliv člověka. Je to somatický stav, psychické fungování, funkční rodina, materiálně-sociální zabezpečení, životní prostředí a základní schopnosti pro přežití. Každá z těchto šesti oblastí má odstupňování na vyšších úrovních, tedy na mezo - úrovni i meta – úrovni. Druhá je **střední (mezo) úroveň, je individuálně specifická, též civilizační**. Třetí, nejvyšší je **kulturně – duchovní úroveň** a představuje tzv. **meta –úroveň** kvality života. Nad nimi

⁷⁰ DRAGOMIRECKÁ, E. a J. BARTOŇOVÁ. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. s. 9-10.

⁷¹ GERSON, E. M. On „Quality of Life“. *American Sociological Review*. 1976, vol. 41, s. 793-806. [online]. [cit. 2010-11-20]. Dostupné z WWW: <http://www.jstor.org/pss/2094727>

⁷² DRAGOMIRECKÁ, E. a J. BARTOŇOVÁ. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. s. 10.

stojí proměnná nazvaná **smysl života**. Autor upozorňuje, že zhoršená kvalita života na jedné úrovni nevyvolává automaticky zhoršenou kvalitu života na úrovni jiné.⁷³

⁷³ MAREŠ, J. a kol. Problémy s pojetím pojmu kvalita života a s jeho definováním. In *Kvalita života u dětí a dospívajících*. Brno: MSD, 2006. s. 17-19.

4. Identifikace faktorů ovlivňujících kvalitu života

Většina definic vymezujících kvalitu života se snaží o výčet nejzávažnějších faktorů, které se na utváření kvality života jedince podílejí. Vzhledem k subjektivně odlišnému vnímání těchto faktorů není však možné všechny tyto faktory vymezit. Můžeme hovořit o **skupině faktorů** (oblastí), které mají přímý či nepřímý vliv na lidský a společenský rozvoj. Jedná se o **zdravotní, sociální, ekonomické a environmentální oblasti**. Další skupina faktorů, které mají vliv na kvalitu života jedince, je zcela konkrétní a specifická. Jde např. o **věk, pohlaví, rodinnou situaci, polymorbiditu, dosažené vzdělání, hodnotový žebříček jednotlivce, ekonomickou situaci, kulturu** apod.

Dle Topinkové⁷⁴ je jednou z nejdůležitějších hodnot člověka **zdraví**. Stáří není nemoc, ale část starých lidí má zdravotní a funkční problémy. Postupné ubývání samostatnosti a narůstání nesoběstačnosti je závažným rizikovým faktorem ve stáří. Pro klinickou praxi a pro potřeby sociálních služeb i péče je důležité nejen diagnostikovat a léčit určitou nemoc, ale i posoudit funkční schopnosti a soběstačnost seniora. Příčinou zhoršené soběstačnosti (kromě chronických chorob a ubývání tělesných a duševních schopností) mohou být rizikové faktory zcela „nemedicínského“ charakteru. Jde především o nevyhovující bytové podmínky, nedostatek finančního zabezpečení, nedostupnost pečovatelské služby či neochota (nemožnost) v poskytování péče ze strany rodiny.

Také Vohralíková a Rabušic⁷⁵ se domnívají, že pro kvalitu života v každém věku, a ve stáří obzvlášť, je rozhodující zdravotní stav. Zdraví či naopak nemoc (nejen seniora samotného, ale i jeho životního partnera) bude vždy výrazně determinovat způsob prožívání života v pokročilejším věku a předurčí možnost setrvání v zaměstnání či naopak odchod do důchodu. Zdravotní stav také ovlivní všechny každodenní činnosti seniorů.

V naší každodennosti však náš život více než objektivní charakteristiky zdravotního stavu více ovlivňují subjektivní pocity každého člověka. Se zvyšujícím se věkem se zvyšuje prevalence chronických chorob a vzrůstá také multimorbidita. Ve vyšším věku je prevalence chronických nemocí již tak vysoká, že bez přítomnosti chronické nemoci či chronických příznaků je jen velmi malé procento obyvatelstva.

⁷⁴ TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005.

⁷⁵ VOHRALÍKOVÁ, L. a L. RABUŠIC. *Čeští seniori včera, dnes a zítra*. Praha: VÚPSV, 2004. s. 30-32. Výzkumné zprávy.

Ve věku 60 až 74 let trpí chronickou chorobou až 80 % osob, nad 70 let až 87 %. Pro posouzení důsledků pro život starých lidí je však třeba zvažovat i tíži a závažnost onemocnění, stupeň postižení funkcí. Pro kvalitu každodenního života seniora však není rozhodující samotná přítomnost nějaké nemoci, ale stupeň specifického omezení, které nemoc přináší. Nejzávažnějším důsledkem nemocnosti ve vyšším věku je snížení soběstačnosti, které může vést až k bezmocnosti vyžadující soustavnou pomoc druhé osoby či dlouhodobou institucionalizaci. To vše pak podstatně kvalitu života seniora snižuje.⁷⁶

Za hlavní pojem při chápání zdraví ve stáří lze považovat **potenciál zdraví**, který lze chápat jako propojenost tří vzájemně se ovlivňujících a neoddělitelných komponent: zdatnosti, odolnosti a kreativity adaptability. Všechny tyto složky jsou plastické a dynamické a mají svůj rozměr, a to jak psychologický, somatický, tak i morfologický a funkční. Potenciál zdraví je individuálně specifický a je subjektivně prožíván i objektivně hodnotitelný.⁷⁷

Van der Steen⁷⁸ uvádí jako důležitý faktor ovlivňující kvalitu života vedle zřejmých a objektivních měřítek, jako je **schopnost sebeobsluhy, úroveň mobility a schopnost ovlivňovat vývoj vlastního života rovněž úroveň subjektivní osobní pohody** (well being). Ten je současně považován také za jednu z podstatných složek zdraví.

Další událostí, která poznamená rodinný život je odchod dětí z domova. Manželé se náhle ocitají sami, pouze jeden s druhým. Musí nalézt nový způsob manželského života bez dětí. Tato změna může partnery sblížit nebo naopak se v jejich vztahu objeví trhliny a usadí se prázdnota. Mluvíme o „syndromu prázdného hnízda“. Ztráta rodičovské role často bývá nahrazena novou rolí – rolí prarodičů.⁷⁹

K nejtěžším životním zkouškám v životě staršího člověka patří ztráta životního partnera. Ovdovění může vést k pocitům opuštěnosti a osobní bezvýznamnosti.⁸⁰ Člověk se smiřuje jak se ztrátou životního partnera, tak i se smrtí svých vrstevníků.

⁷⁶ VOHRALÍKOVÁ, L. a L. RABUŠIC. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Praha: VÚPSV, 2004. s. 30-32. Výzkumné zprávy.

⁷⁷ KALVACH, Z., Z. ZADÁK, R. JIRÁK et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. s. 27.

⁷⁸ VAN DER STEEN, J. et al. Kwaliteit van leven en dementie II. Selectie van een meetinstrument voor welbevinden op „modelmaat“. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*. 2001.

⁷⁹ PICHAUD, C. a I. THAREAUOVÁ. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998.

⁸⁰ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*. Praha: Karolinum, 2007.

Říčan⁸¹ uvádí, že vyrovnat se s ovdověním znamená přeorganizovat svůj život a upnout se k novým cílům.

Také Vohralíková a Rabušic⁸² uvádějí, že k hlavním potenciálním problémům stárnoucího člověka patří osamělost. Podle vnějších indikátorů (žijící příbuzní, charakter bydliště, nabídka sociálních kontaktů v lokalitě aj.) se sice týká jen části nejstarších seniorů, podle subjektivního vnímání je to však jev podstatně více rozšířený. Míru osamělosti samozřejmě nejvíce ovlivňuje rodinný stav a s tím související forma rodinného soužití. V jednočlenných domácnostech pocítují osamělost alespoň občas tři čtvrtiny seniorů.

S postupujícím věkem se u seniora snižuje manuální zručnost a nastávají problémy s orientací. Začíná trpět tzv. handicapem sociální integrace, kterým se míní znemožnění účasti na obvyklých sociálních vztazích.⁸³ Pokud již pro seniora není možné nebo bezpečné žít v domácím prostředí, je postaven před psychicky velmi náročnou situací ve svém životě – odchod do ústavního zařízení. Může být ohrožen ztrátou autonomie, adaptačním šokem a „syndromem poslední štace“. Další faktory, které významně ovlivňují spokojenost seniorů a kvalitu jejich života jsou především zdraví, sociální prostředí, mezilidské vztahy, hmotné zabezpečení, aktivity, zdravotní a sociální péče.⁸⁴

Mezi další faktory, které ovlivňují kvalitu života jednotlivce patří **bezpečnost životního prostředí ve kterém žije**, pocit, že má přístup ke zdravotním a sociálním službám a aktuální psychický stav. Toto pojetí reprezentuje důraz na vnímání podstatných složek sociálního prostoru, tedy důraz psychosociální. Je zřejmé, že výčet psychosociálních determinantů kvality života může být velmi dlouhý a u konkrétního člověka proměnlivý jak v závislosti na jeho životním stylu a situaci, ve které se nachází, tak na povaze sociálního kontextu.⁸⁵

⁸¹ ŘÍČAN, P. *Cesta životem: vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2004.

⁸² VOHRALÍKOVÁ, L. a L. RABUŠIC. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Praha: VÚPSV, 2004. s. 56.

⁸³ PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. Praha: Scientia medica. 1994. s. 19.

⁸⁴ ONDRUŠOVÁ, J. 2009. Měření kvality života u seniorů. *Česká geriatrická revue*. Brno: Ambit Media, č.1, 2009, s. 37–39.

⁸⁵ BONOMI, A. E. et al. 2000. VARIANCE AND DISSENT Presentation Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2000. vol. 53, s. 1–12. [online]. [cit. 2010-07-23]. Dostupné z WWW: <http://qolce.ntumc.org/pdf/99001237.pdf>

5. Metody zjišťování a nástroje měření kvality života

Kvalita života jako oblast indikátorů, které odkazují na výsledky postupů zaměřených na zlepšování zdraví, prodělává v posledních desetiletích velký rozvoj. Kučera⁸⁶ ve svém příspěvku uvádí, že v internetové databázi QOLID (Quality Of Life Instruments Database) v současné době nalezneme 461 standardizovaných instrumentů pro měření kvality života. Jednotlivé instrumenty je možné stahovat, a to buď zdarma či za úplatu. V této databázi jsou umístěny také některé překlady a recenze, převážně metodologicky zaměřené, ale také odkazy na další databáze. Základní komponenty kvality života jsou zpravidla formulovány takto: **tělesné zdraví, osobní bezpečí, materiální/finanční zabezpečení, interpersonální vztahy, participace ve společenství, možnost růstu, sebe naplnění.**

Rozšířením této databáze vznikla databáze PROQOLID,⁸⁷ kterou provozuje mezinárodní výzkumný ústav pro měření kvality života MAPI Research Institute.⁸⁸ V této databázi lze najít instrumenty podchycující další subjektivní indikátory zdraví, označené zkratkou PRO (Patient Reported Outcome) a je zde možné najít více než tisíc těchto instrumentů. Také je možné vyhledat je podle různého třídění. Např. sekce všeobecných dotazníků obsahuje seznam téměř 100 instrumentů, z nichž nejznámější je SF-36, SEQOL a WHOQOL. U každého dotazníku je uvedena zkratka, plný název, autoři, účel měření, cílová populace, způsob administrace, počet položek, původní jazyk, ověřené jazykové verze a další informace. V sekci speciálních instrumentů je možné hledat podle diagnózy nebo potíží. Další třídění popisuje oblast, které se instrumenty týkají, jako např. kvality života obecně, spokojenost, zdravotní stav, kvalita konce života, zvládnání životních situací apod. Jiné dělení těchto instrumentů je možné uvádět podle toho, komu jsou určeny (např. dětem, lidem v terminálním stádiu atd.) nebo podle způsobu administrace (např. sebesposuzovací dotazníky, telefonní rozhovory).⁸⁹

⁸⁶ KUČERA, Z. Podpora zdraví a kvalita života. In *Kvalita života. Sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. s. 108-114.

⁸⁷ PROQOLID. [online]. [cit. 2011-01-22]. The Patient Reported Outcome and Quality of Life Instruments Database. Dostupné z WWW: <http://www.proqolid.org/>

⁸⁸ MAPI INSTITUTE. [online]. [cit. 2011-01-22]. Dostupné z WWW: <http://www.mapi-institute.com/>

⁸⁹ DRAGOMIRECKÁ, E. a J. BARTOŇOVÁ. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. s. 10-11.

Jak již bylo výše uvedeno, metod i instrumentů pro měření kvality života je velké množství a lze je dělit mnoha různými způsoby, a to v závislosti na jejich aspektu formálním a obsahovém. Křivohlavý⁹⁰ rozděluje metody pro měření kvality života na tři skupiny: **I. metody měření kvality života, kde tuto hodnotu hodnotí druhá osoba (objektivní); II. metody měření kvality života, kde hodnotitelem je sama daná osoba (subjektivní); III. metody smíšené, vzniklé kombinací metod typu I. a II.** Z obsahového hlediska je důležité, jaké oblasti života jsou daným nástrojem zjišťovány. Může se jednat o údaje, které nelze zahrnout do diagnózy, ale přesto jsou to důležité informace.

Dragomirecká a Škoda⁹¹ uvádí přehled oblastí, které se používají v dotaznících, zaměřených na měření kvality života v souvislosti s nemocí:

- 1. Zdravotní stav** (celkové zdraví, fyzické a psychické zdraví, nezávislost)
- 2. Každodenní aktivity** (bydlení, práce, denní režim, sebeobsluha)
- 3. Vnitřní realita** (seberozvoj, sebeúcta, sebeurčení, vnitřní zkušenost, spokojenost, bezpečí)
- 4. Sociální oblast** (životní úroveň, širší vztahy, blízké vztahy- rodina, partner)

Současná úroveň vědeckého poznání nabízí různé metody a nástroje pro měření kvality života. Tyto nástroje měření kvality života musí splňovat kritéria reliability a validity. Mühlpachr⁹² uvádí, že počet nástrojů pro měření kvality života setrvale narůstá, neboť se stále více specifikují na jednotlivé oblasti měření.

⁹⁰ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. s. 165.

⁹¹ DRAGOMIRECKÁ, E. a C. ŠKODA. Měření kvality života v sociální psychiatrii. *Česká a slovenská psychiatrie*. Vydává ČLS J. E. Purkyně, 1997. č. 8.

⁹² MÜHLPACHR, P. Měření kvality života jako metodologická kategorie. In *Kvalita života a rovnost příležitostí – z aspektu vzdělávání dospělých a sociální práce*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2005. s. 59.

TEORETICKÁ VÝCHODISKA SOUVISEJÍCÍ S PROBLEMATIKOU STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

V následující kapitole autorka předkládá pohled na fenomén stáří a stárnutí, tak jak jej vidí autoři zabývající se touto problematikou. Jelikož je toto téma velmi rozsáhlé, jednotlivé podkapitoly jsou uvedeny tak, aby souvisely s hlavním cílem celé disertační práce, a to s kvalitou života seniorů v domovech pro seniory.

„Stárnutí a stáří je specifický biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nakódován, je nevratný, neopakuje se, jeho povaha je různá, zanechává trvalé stopy. Jeho rozvoj se řídí druhově specifickým zákonem. Podléhá formativním vlivům prostředí.“⁹³

Sledování a hodnocení kvality života je možno pojmut jako subjektivní náhled pacienta či klienta na jednotlivé stránky jeho života. Uchování vitality do vysokého věku je výslednicí několika faktorů. K nejpodstatnějším náleží genetická a vrozená dispozice, převládající minulý a současný životní styl, prostředí, v němž daná osoba žije, stravování, opotřebením organismu, minulé i současné choroby degenerativní povahy, ale i takové faktory jako je nezdolnost, zacházení se stresem, převládající psychické obranné mechanismy atd. Izolovat vliv faktoru stáří od vlivu jiných faktorů je velmi těžké, není proto snadné určit, co je způsobeno věkem a co faktory jinými, zatímco věkové faktory nelze změnit, jiné vlivy zpravidla ano.⁹⁴

⁹³ PACOVSKÝ, V. a H. HEŘMANOVÁ. *Gerontologie*. Praha: Avicenum, 1981. s. 57.

⁹⁴ GALVAS, Z. *K problematice kvality života TZP seniorů*. [online]. [cit. 2010-01-15]. Dostupné z WWW: <http://www.brailnet.cz/sons/docs/tl99/01.htm>

6. Stáří jako společenský fenomén

Otázky týkající se tajemství lidského života a smrti, stáří a stárnutí provázely lidstvo od pradávna. V uplynulých obdobích byl fenomén stáří vnímán s rozdílnou intenzitou, ale také různými úhly pohledu. Stárnutí populace je záležitostí celosvětovou a očekávání postupného stárnutí společnosti se nevyhne ani České republice. Tento fakt vyžaduje aktivní přístup profesionálů a hledání optimálních řešení ve všech sférách společenského života. Rostoucí počty seniorů tvoří heterogenní skupinu, ve které se nachází jak zdraví tak nemocní jedinci. Všichni však mají nárok na odpovídající profesionální zdravotní i sociální péči, která zachová jejich důstojnost i ve vysokém věku.

6.1 Vymezení pojmu stárnutí, stáří

Pod pojmem stárnutí se nejčastěji rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které se projevují zvýšenou zranitelností a poklesem výkonnosti jedince.⁹⁵ Stárnutí je tedy součtem změn, kterým podléhá organismus v průběhu času. Tyto změny však nenastupují synchronně, ale jak uvádí Mühlpachr,⁹⁶ stárnutí je individuální a asynchronní a jednotlivé systémy a funkce organismu stárnou nerovnoměrně. Dle Pacovského⁹⁷ lze považovat stárnutí za přechodnou vývojovou periodu mezi dospělostí a stářím.

Jednoznačné vymezení pojmu stáří je vzhledem k intraindividuální variabilitě velmi nesnadné. V odborné literatuře lze najít různé definice pohlízející na stáří z mnoha hledisek a projevů. Kalvach⁹⁸ uvádí, že stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, v nichž se nápadněji projevuje souhrn involučních změn se zhoršováním odolnosti organismu. Také adaptační schopnost je ve stáří snížena, a to jak ve smyslu biologickém, tak i psychosociálním. Za zvláštní pozornost stojí tvrzení Pacovského,⁹⁹ že pokud by člověk měl celý život adaptační schopnosti jako v dětském věku, dožila by se polovina lidí 700 let.

⁹⁵ LANGMEIER, J. a D. KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998. s. 184.

⁹⁶ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. s. 23.

⁹⁷ PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990. s. 30.

⁹⁸ KALVACH, Z. a A. ONDERKOVÁ. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. 2006. s. 7.

⁹⁹ PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990. s. 35.

Úpadek tělesných funkcí nezačíná ve stáří, ale již v rané dospělosti, neboť většina orgánových soustav vykazuje po třicátém roce věku každoročně úbytek funkce přibližně o 0,8 až 1 procento.¹⁰⁰ Stuart-Hamilton¹⁰¹ poukazuje na to, že jednotlivé funkce se zhoršují jen nepatrně, ale mají-li pracovat v komplexnější součinnosti, je celkové zhoršení větší než pouhý součet úbytku jednotlivých funkcí.

Pichaud¹⁰² uvádí, že stáří je období, kdy se výrazně mění dosavadní způsob života. Produktivní člověk přechází pozvolna do období stárnutí a stáří. Tento stav si člověk nejčastěji poprvé uvědomí, když přijde období tzv. „**syndrom prázdného hnízda**“ - osamostatnění dospělých dětí a narození vnoučat. Dalším velkým mezníkem je odchod do penze. Postupně dochází k úbytku sil, zpomalování životního tempa a zhoršování zdravotního stavu. V neposlední řadě dochází i ke zhoršení ekonomické situace. Další velkou životní změnou, která může nastat, je úmrtí partnera a vrstevníků. Senioři mají mnohdy pocit zbytečnosti, což vede k vážným psychologickým problémům. Nejvíce ohroženo je u seniorů udržování sociálních kontaktů, které v případech zanedbání mohou vést k úplné sociální izolaci.

Stáří je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů, modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných sociálních změn (osamostatnění dětí, penzionování a jiné změny sociálních rolí). Všechny změny příčinné a následné se vzájemně prolínají, mnohé jsou protichůdné a jednotné vymezení i periodizace stáří se tak stávají velmi obtížnými.¹⁰³

Nejčastěji je stáří vymežováno chronologicky. Dle Světové zdravotnické organizace je základní klasifikace vyššího věku následující: 45 – 59 let střední nebo též zralý věk, 60 - 74 let vyšší věk nebo také rané stáří, 75 - 89 let stařecký věk a 90 let a výše dlouhověkost. Z praktických důvodů je tedy používán **věk kalendářní**, který je odvozen z data narození. Nevypovídá ovšem ani o soběstačnosti ani o zdravotním stavu starého člověka. Haškovcová¹⁰⁴ uvádí, že mimořádně důležitý je **věk funkční** (biologický, subjektivní, psychologický, sociální), který nemusí odpovídat věku kalendářnímu. Stárnutí a stáří je záležitostí velmi individuální, a to z hlediska času,

¹⁰⁰ HAYFLICK, L. The cellular basis for biological aging. *Handbook of the Biology of Aging*. New York: Academic Press, 1977.

¹⁰¹ STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. s. 23.

¹⁰² PICHAUD, C. a I. THAREAUOVÁ. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998. s.82.

¹⁰³ KALVACH, Z. et al. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: Karolinum, 1997. s. 18.

¹⁰⁴ HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetřovatelství 10. Manuál sociální gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002.

rozsahu i závažnosti projevů. Lidé stárnou různým tempem, někdo rychleji, jiný podstatně pomaleji. Říčan¹⁰⁵ v tomto smyslu mluví o biologickém věku, který se může značně rozcházet s věkem chronologickým. Psychologický slovník definuje seniory právě dle věkového hlediska: **Senior je označení lidí starších šedesáti let.**¹⁰⁶

6.2 Projevy stáří

Každý z nás se rodí s určitými dispozicemi, a to jak bude reagovat na situace ve svém životě, je ovlivněno jeho genetickými předpoklady, životními zkušenostmi i prostředím, ve kterém žije. Změny způsobené stářím se projevují v rovině tělesné, psychické i sociální. Jedná se o propojené systémy. V návaznosti na změny přichází nutnost hledat nový způsob života ve stáří.¹⁰⁷

6.2.1 Tělesné projevy stáří

Tělesné projevy, jimiž se odlišují staří lidé od mladých, označujeme jako fenotyp stáří. Kalvach poukazuje na to, že **tělesná výška** se s věkem snižuje a **tělesná hmotnost** obvykle s věkem stoupá. Nápadné a významné jsou **změny postoje** a **chůze**, dochází k úbytku svalové hmoty a síly. Významné jsou i involuční změny smyslového vnímání. U **zraku** se projevují změny akomodace, dochází k úbytku **sluchové** ostrosti pro vysoké tóny, **čich i chuť** významně klesá (více u kuřáků).¹⁰⁸ Při sledování anatomických a fyziologických změn v průběhu stárnutí se ukázalo, že některé změny probíhají relativně pomalu, jiné rychleji. Uvedeme zde změny, které jsou nejvýraznější: sexuální aktivita mužů, rychlost reflexů na jednoduché akustické a vizuální podněty, vitální kapacita, srdeční kapacita, svalová síla, váha mozku, bazální metabolismus, rychlost vedení vzruchu nervovými vlákny.¹⁰⁹

Všechny morfologické a funkční změny mají vliv na vzhled i chování seniora. Začínají se objevovat pocity introvertního zaměření, nedůvěry a nejistoty. Člověk se čím dál více zaobírá sám sebou, svými tělesnými orgány a jejich funkcemi. S těmito tělesnými změnami úzce souvisí i změny v psychickém vývoji jedince.

¹⁰⁵ ŘÍČAN, P. *Cesta životem: vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2004.

¹⁰⁶ HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004, s. 239.

¹⁰⁷ VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada, 2007. s. 11 – 14.

¹⁰⁸ KALVACH, Z. Tělesné projevy stáří. In *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. s. 99- 101.

¹⁰⁹ KŘIVOHlavý, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. s. 139.

6.2.2 Psychické změny

Psychickou involuci lze chápat jako spořádaně probíhající demontáž osobnosti. Stárnutí bývá spojeno se změnou osobnosti. U seniorů se projevují negativní vlastnosti a do popředí se dostávají negativní rysy osobnosti.¹¹⁰ Psychické změny v kombinaci se sociálními změnami ztěžují seniorům adaptaci na nové prostředí. Vždy je však nutné odlišit problematické chování způsobené změnami ve stáří od duševních či tělesných poruch.¹¹¹

Jedlička¹¹² uvádí charakteristický obraz psychiky seniorů:

- a) **psychické změny sestupné povahy** – pokles elánu, vitality, zpomalení psychomotorického tempa, snížení výbavnosti, všípivosti a pozornosti, snížení schopnosti navazovat a udržovat vztahy
- b) **psychické změny vzestupné povahy** – zvýšená tolerance k druhým, zvýšení vytrvalosti, trpělivosti
- c) **psychické funkce, které se s věkem nemění** – např. jazykové znalosti, intelekt slovní zásoba

Pro stárnutí je charakteristický úbytek řady duševních funkcí, podmíněný přirozenými změnami na úrovni biologické. Úbytek nastává pozvolna, v některých složkách už ve středním věku dospělosti. Je důsledkem změn v ústřední nervové soustavě, ale také ve smyslových orgánech, v pohybovém ústrojí, v činnosti žláz a v látkové přeměně.¹¹³

6.2.3 Sociální změny a změny v životní orientaci

Poslední desetiletí je spojeno s dynamickým vývojem a změnami ve všech oblastech. Lze předpokládat, že sociální situace seniorů bude dána úrovni připravenosti na tyto změny. Definování seniorů jako homogenní skupiny je založeno na chronologickém věku a dochází tak k zastírání rozdílů mezi skupinami i jednotlivci. Můžeme hovořit o tzv. normách vztažených k danému věku, které jsou velmi úzce spojeny s chováním,

¹¹⁰ ŘÍČAN, P. *Cesta životem: vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2004. s. 337-338.

¹¹¹ VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada, 2007. s. 16.

¹¹² JEDLIČKA, et. al. *Praktická gerontologie*, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. s. 14-15.

¹¹³ WOLF, J. et al. *Umění žít a stárnout*. Praha: Svoboda, 1982. s. 133

jednáním a vzájemnými interakcemi lidí. Věkové normy zahrnují definice chování, které jsou vhodné, akceptovatelné pro určitý věk, pro určitou životní fázi.

Sociální struktura každé společnosti je vždy spojena se společenskými vztahy. Postoj společnosti ke stáří se vyvíjí a mění. S tím souvisí i společenská role seniorů a jejich společenský status. Moderní společnost vede celý život člověka k nezávislosti. V momentě, kdy člověk odchází na tzv. „zasloužilý odpočinek“, je penzionován, dochází ke změně společenské role – připisuje se mu role „nemít roli“. Při statusu „nemít roli“ se dostává člověk do situace závislosti. V literatuře se objevují dva modely řešení tohoto problému.

Teorie aktivity vychází z názoru, že pokud nemá starší člověk zdravotní potíže, má zůstat po všech stránkách plně aktivní. **Teorie stažení** se naopak říká, že stárnoucí člověk se má v předstihu připravovat na odchod do důchodu. Pensionování nemá být výsledkem vnějšího sociálního tlaku, ale výsledkem přirozeného vývoje osobnosti a vlastního rozhodnutí.¹¹⁴

Vohralíková a Rabušic¹¹⁵ uvádějí, že člověk se sociálně i mentálně stává starým dnem, kdy je jeho status změněn z ekonomicky aktivního na důchodce. Odchodem do důchodu je v současné době stárnoucí člověk postaven před zásadní problém: musí totiž vhodně změnit svůj životní styl, neboť dosavadní pracovní stereotyp přestává být funkční a objevuje se nadbytek volného času. S odchodem do důchodu se mění prožívání, vnímání i chování. Velkým rizikem je odchod do důchodu bez náhrady dosavadního rytmu života, bez konkrétního programu a perspektivy.

Další událostí, která poznamená rodinný život je odchod dětí z domova. Manželé se náhle ocitají sami, pouze jeden s druhým. Musí nalézt nový způsob manželského života bez dětí. Tato změna může partnery sblížit nebo naopak se v jejich vztahu objeví trhliny a usadí se prázdnota. Mluvíme o „syndromu prázdného hnízda“. Ztráta rodičovské role často bývá nahrazena novou rolí – rolí prarodičů.¹¹⁶

V důsledku bio-psycho-sociálních změn často dochází k vyčleňování starších lidí ze společnosti. Vznikají problémy s navazováním nových přátelských i partnerských vztahů. Strach z osamělosti a opuštěnosti se ve stáří zvyšuje.

Ke stáří neodmyslitelně patří smrt, která nejen ukončuje lidský život, ale znamená i konec partnerského soužití. Člověk se smiřuje jak se smrtí svých vrstevníků,

¹¹⁴ PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990. s. 45-47.

¹¹⁵ VOHRALÍKOVÁ, L. a L. RABUŠIC. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Praha: VÚPSV, 2004. s. 54.

¹¹⁶ PICHAUD, C. a I. THAREAUOVÁ. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998. s. 27-28.

tak i se ztrátou životního partnera. ¹¹⁷ Říčan uvádí, že vyrovnat se s ovdověním znamená přeorganizovat svůj život a upnout se k novým cílům. ¹¹⁸

S postupujícím věkem se u seniora snižuje manuální zručnost a nastávají problémy s orientací. Začíná trpět tzv. **handicapem sociální integrace**, kterým se míní znemožnění účasti na obvyklých sociálních vztazích. ¹¹⁹

Jednou z charakteristik zralé osobnosti je nejen vyrovnání se s minulostí a žití v přítomnosti, ale i realistický výhled do budoucnosti. Ve skutečnosti se však ukazuje, že poměrně mnoho lidí je na stáří nepřipraveno. Křivohlavý ¹²⁰ poukazuje na rozdíly v plánování budoucnosti mezi stárnoucími lidmi. Ti, kteří žijí doma v rodině, mají více plánů do budoucnosti a žijí relativně šťastně. Naproti tomu senioři žijící v domovech pro seniory upadají často do letargie, nezájmu a sociální izolace.

Podle Eriksona ¹²¹ naší společnosti chybí „životaschopný ideál stáří“, následkem toho nevíme, jak začlenit seniory do struktur společnosti, co očekávat a co nabízet. „Není pochyb, roli stáří je třeba znovu prostudovat a znovu promyslet.“

¹¹⁷ HOJDA, Z. et al. *Věché stáří, nebo zralý věk moudrosti?* Praha: Academia, 2009. s. 207.

¹¹⁸ ŘÍČAN, P. *Cesta životem: vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2004. s. 389.

¹¹⁹ PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. Praha: Scientia medica. 1994. s. 19.

¹²⁰ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. s. 143

¹²¹ ERIKSON, E. *Životní cyklus rozšířený as dokončený*. Praha: Nakl. Lidové noviny, 1999. s. 60.

7. Strategie chápání vlastní role ve stáří

Celý život potřebujeme dostatek vnitřní životní energie. Čerpáme ji především ze vztahů k druhým, k prostředí, ale i sobě samým. V každém věku, a ve stáří obzvláště, je nutné svůj pozitivní vztah opírat o drobné radosti. Měli bychom se naučit přijímat svá omezení, která přicházejí s věkem a naučit se směřovat svoji energii k jiným životním hodnotám.

Klvetová¹²² zdůrazňuje, že v každém věku je důležité udržovat sociální vazby a získávat si nová přátelství. Umožní nám to především láska k sobě samému, kdy se naučíme přijímat sebe sama. Důležité je také udržovat přátelské vztahy a mít někoho, kdo nám projeví lásku, kdo nás vyslechne a kdo nám dává najevo, jak mu na nás záleží.

U některých seniorů převládá touha po soukromí a uzavření se do vlastního světa. Může se jednat o dobrovolnou sociální izolaci a my bychom to měli respektovat a přijmout to jako životní volbu jedince. Je však důležité, aby senior věděl, kam a na koho se může v případě potřeby obrátit o pomoc.¹²³ Každý se může cítit v určitých situacích nedostatečný, přemožený těžkostmi života a neschopen se s nimi vyrovnat. Jednou z nejsilnějších tendencí lidstva je tendence utvářet skupiny ve snaze žít jako členové společenství, nikoliv jako izolovaní jedinci. Tento společenský život nám může pomoci překonávat pocity nedostatečnosti a méněcennosti.¹²⁴

Osobnost seniora je utvářena celým jeho předchozím vývojem. Důležitá je jeho primární rodina, kde se učil vytvářet vztahy k lidem a způsob života, ale také životní zkušenosti a schopnost adaptace na zátěžové situace.¹²⁵

¹²² KLEVETOVÁ, D. a I. DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. s. 28 – 35.

¹²³ KLEVETOVÁ, D. a I. DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. s. 30.

¹²⁴ ADLER, A. *Porozumění životu. Úvod do individuální psychologie*. Praha: Aurora, 1999. s. 23-24.

¹²⁵ KLEVETOVÁ, D. a I. DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. s. 31 – 33.

8. Demografická charakteristika z hlediska stárnutí populace

Civilizační vývoj je spojen se změnami reprodukčního chování, které se projevují ve změnách porodnosti i úmrtnosti, ale i v ostatních demografických procesech. K důsledkům patří i změny věkového složení společnosti. Podle prognóz našich demografů i OSN může být naše republika v polovině 21. století spolu s Itálií a Řeckem společenstvím s nejvyšším podílem seniorů na světě (tabulka č.3). Významnou roli hraje nízká intenzita dětí poválečných dětí, u kterých se projevuje nižší úroveň sňatečnosti, pozdější vstup do manželství i nižší počet dětí v rodině.¹²⁶

Tabulka č. 3: Podíl osob ve věku 60 a více let na území ČR (%)

Rok	Česko	Poznámky
1950	12,6	
1998	18,1	ČR- 33. místo na světě
2025	27,2	
2050	39,6	ČR- 1. místo na světě (s Itálií a Řeckem)

Zdroj: Burcin, 2003¹²⁷

V následujících šedesáti letech dojde k významným změnám v demografické struktuře populace na území ČR. Tyto změny budou způsobeny pokračujícím procesem stárnutí populace, jehož příčinou je vzrůstající doba dožití spolu s nízkou porodností. Podle střední varianty projekce demografického vývoje zpracované Českým statistickým úřadem by měli lidé starší 65 let v roce 2030 tvořit 22,8 % populace, v roce 2050 pak 31,3 %, což představuje přibližně 3 miliony osob. V roce 2007 tvořily osoby starší 65 let 14,6% obyvatel České republiky. Relativně nejrychleji se přitom bude zvyšovat počet osob nejstarších. Podle demografické prognózy zpracované Českým statistickým úřadem bude **v roce 2050 žít v České republice přibližně půl milionu občanů ve věku 85 a více let** (ve srovnání s 124.937 v roce 2007).¹²⁸

Očekávané, v zásadě rovnoměrné, prodlužování naděje dožití při narození mužů v období do roku 2050 až na 78,9 roku znamená její zvýšení vzhledem k roku 2002 o 6,8 roku. Podobně, dosažení naděje dožití žen 84,5 roku k horizontu projekce

¹²⁶ KALVACH, Z. et al. Demografie stáří. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. s.51- 53.

¹²⁷ BURCIN, B. a T. KUČERA. *Perspektivy populačního vývoje České republiky na období 2003 – 2065*. Praha: Demo-Art, 2003.

¹²⁸ MPSV. *Příprava na stárnutí*. [online]. [cit. 2009-12-20]. Příprava na stárnutí v České republice. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/2856>

představuje nárůst o 5,9 roku. U mužů je tedy předpokládáno o něco výraznější snížení úmrtnosti, které se projeví ve zmenšení rozdílu naděje dožití žen a mužů ze současných 6,5 roku na 5,6 roku.¹²⁹

Z demografického hlediska je také neopomenutelný fakt, že přibývá starých a velmi starých seniorů. V současné době tvoří 3 % evropské populace senioři ve věku nad 80 let. V roce 2050 to bude nejméně 10 % populace ve věku nad 80 let. Genderové rozdíly ve stárnutí jsou také značné. Ve věkové skupině 60 let a více, je o 50% více žen než mužů. Osaměle žijící osoby ve věku 75 let a více, tvoří v 70% ženy.¹³⁰

Absolutně i relativně přibývá starých lidí a současně se snižuje relativní podíl dětí a mládeže. Proto mluvíme o absolutním stárnutí populace a stejně o relativním stárnutí populace, což znamená vzestup podílu starých osob na celkovém počtu obyvatel. Věková pyramida neboli **strom života** (Obr. 1, Obr. 2, Obr. 3) stále rozšiřuje svoji korunu, ale zároveň se zužuje kmen – základna.¹³¹ Jde o situaci, která se nemůže vyhnout ani České republice.

Pokud jde o demografické trendy v Evropské unii, jsou vykazovány kombinace vysoké a rostoucí délky života s extrémně nízkou mírou porodnosti. Předpokládá se, že tyto trendy budou pokračovat. Nedávná zpráva Evropské komise určená členskými státy odhaduje, že míry porodnosti ve všech zemích zůstanou výrazně pod úrovní přirozené obměny. Předpokládaná délka života při narození, jež od roku 1960 vzrostla zhruba o 8 let, by za dalších padesát let měla stoupnout o dalších 6 let. Dopad těchto změn na celkovou strukturu populace bude znamenat, že v letech 2010 až 2050 rapidně poklesne počet obyvatel v mladších věkových skupinách a starší věkové skupiny porostou.¹³²

Dvacáté století začínalo jako „století dítěte“ a skončilo jako „století stáří“. Dnes je čtvrtina společnosti v důchodovém věku. Kopecký¹³³ uvádí, že stáří je sociální kategorií a dnešní společnost odsunuje do oblasti lhostejnosti vše, co vykazuje znaky nesvéprávnosti či slabého výkonu.

¹²⁹ Český statistický úřad [online]. [cit. 2010-01-29]. Projekce obyvatelstva ČR do roku 2050 Dostupné z WWW: [http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/t/FF004C6DAA/\\$File/4020rru.pdf](http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/t/FF004C6DAA/$File/4020rru.pdf)

¹³⁰ Ageing and health . [online]. [cit. 2010-01-15]. Dostupné z WWW:

http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/diseases/age_en.htm

¹³¹ JEDLIČKA, V. et al. *Praktická gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. s. 171.

¹³² FERRY, M. *Regionální strategie a demografické stárnutí Age Proofing Toolkit – Příručka ke strategii pro demografické stárnutí*. [online]. [cit. 2009-12-20]. Dostupné z WWW:

http://www.mpsv.cz/files/clanky/4276/ageing_toolkit_czech.pdf

¹³³ KOPECKÝ, J. Manipulovaný a manipulující starý hudebník. *Vetché stáří, nebo zralý věk moudrosti?* Praha: Academia, 2009. s. 50.

V souvislosti s nastíněnými perspektivami populačního vývoje lze očekávat, že výrazně poroste naděje dožití ve vyšším věku. Otázkou však zůstává, kolik z této získané doby života připadne na naději dožití v dobrém zdravotním stavu. Starší populace bude v průměru zdravější, ale bude ve větším rozsahu postižena chronickými a degenerativními chorobami. Ty sice nepovedou k úmrtí, ale budou se projevovat ztrátou soběstačnosti. To ve svém důsledku povede ke zvýšení společenských nákladů a nákladů na veřejné zdravotnictví i sociální služby. Jedním z cílů vyspělé společnosti by mělo být zajištění důstojného života ve stáří, a to nejen po finanční stránce.¹³⁴

Tomeš¹³⁵ uvádí, že nejdůležitější faktory prodlužující lidský věk, jsou faktory společenské. Jedná se především o stupeň civilizačního vývoje společnosti, technická úroveň společnosti, úroveň sociální infrastruktury, ekonomické možnosti společnosti a životní úroveň lidí, politické události atd. Jeho délku naopak zkracuje stav životního prostředí, nemocnost a invalidizace.

¹³⁴ BURCIN, B. a T. KUČERA. Jak stárneme. *Bydlení pro seniory*. Brno: Era, 2006. s. 19.

¹³⁵ TOMĚŠ, I. *Sociální politika, teorie a mezinárodní zkušenost*. Praha: Socioklub, 2001. s. 148-149.

Obr. č. 1: Věková pyramida obyvatelstva ČR v roce 1950

Obr. č. 2: Věková pyramida obyvatelstva ČR v roce 2008

Obr. č. 3: Věková pyramida obyvatelstva ČR v roce 2050



Zdroj: Český statistický úřad ¹³⁶

¹³⁶ Český statistický úřad. [online]. [cit. 2009-12-20]. Věkové složení obyvatelstva. Dostupné z WWW: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelstva_v_roce_2008
http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/stromy_zivota_do_roku_2050

9. Prognóza sociálních služeb pro seniory

V předchozí kapitole se autorka stručně zmínilo o projekci obyvatelstva České republiky do roku 2050. Očekávaný vývoj počtu obyvatel bude mít mj. dopad i na všechny sociální systémy. Zatímco dopady do oblasti důchodového pojištění jsou dlouhodobě diskutovány a jejich kvantifikace je otázkou standardních pojistně matematických propočtů, o dopadech stárnutí populace na oblast sociálních služeb se diskutuje pouze okrajově a žádné komplexní studie, které by kvantifikovaly dopad stárnutí populace na potřebu sociálních služeb v naší zemi, doposud nebyly zpracovány.¹³⁷

Z porovnání vývoje úmrtnosti v jednotlivých věkových skupinách vyplývá, že výraznější zlepšení úrovně úmrtnosti je očekáváno u mužů ve věku nad 60 let a u žen starších 80 let, což bude mít bezprostřední dopad na potřebu sociálních i zdravotních služeb. Celkový počet obyvatelstva by se podle projekce měl zvyšovat až do r. 2030, kdy by měl dosáhnout úrovně 10 908 tis. osob. Základním cílem zdravotní politiky musí být zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky a tím přispění mj. i k prodloužení délky života a jeho kvality. Zdravotní stav obyvatelstva představuje komplexní charakteristiku kvality života jedinců v populaci, zahrnující vzájemně provázané složky duševní, fyzické i sociální pohody.¹³⁸

Jestliže se soběstačnost staršího člověka sníží natolik, že již není možné, aby žil sám ve své původní domácnosti a pomoc ze strany rodinných příslušníků je nedostačující nebo úplně chybí, přichází na řadu péče institucionální. Přitom je důležité zamezit nevhodnému umístění seniorů do institucionální péče v případě, kdy to není nezbytně nutné a kdy může být příčinou buď špatná bytová situace v rodině nebo nedostatečná nabídka sítě terénních služeb, s jejichž podporou a pomocí by mohl člověk se specifickými potřebami setrvat v přirozeném prostředí. Limitem života seniorů v původním prostředí totiž může být nedostatečná nabídka terénních a ambulantních služeb a mnohdy i nedostatečná informovanost o těchto způsobech zajištění potřeb.¹³⁹

Při hodnocení vývoje sociálních služeb z kvantitativního hlediska bychom měli zaměřit pozornost i na charakteristiku jejich vývoje z kvalitativního pohledu. Z tohoto

¹³⁷ PRŮŠA, L. a kol. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2010. s. 23.

¹³⁸ tamtéž s. 26-28.

¹³⁹ PRŮŠA, L. a kol. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2010. s. 33.

pohledu je účelné soustředit pozornost na hodnocení základních společensko-ekonomických a sociálně-politických faktorů, které přímo či zprostředkovaně ovlivňují vývoj sociálních služeb v evropských zemích. Do této skupiny patří zejména **prodlužování lidského věku**, přičemž se prodlužuje období života, v němž člověk potřebuje pomoc jiné osoby, **přenášení standardu života v produktivním věku** i do období, kdy je člověk postupně stále více závislý na pomoci jiné osoby a **rostoucí nákladnost kompenzace** narůstající závislosti na vnější pomoci.¹⁴⁰

Tyto faktory, které jsou podmíněny nutností zabezpečit přiměřený komfort života ve stáří, jsou doprovázeny hledáním možností transformace celé oblasti sociálních služeb, které jsou pro staré a zdravotně postižené občany zabezpečovány. Důvodem tohoto hledání nejsou ovšem jen ekonomické aspekty, ale jde o přiblížení života ve stáří, popř. života se zdravotním postižením, podporovaného sociálními službami, normálnímu životu. V tomto směru roste zájem o práva klientů a o potřebu jejich větší autonomie. Na tomto základě lze charakterizovat následující trendy, které se ve vyspělých evropských zemích v posledním období prosazují.¹⁴¹

Financování sociálních služeb je založeno na participaci více subjektů (přispívají občan, rodina, stát, obec, provozovatel, zdravotní pojišťovna, vlastní pojištění apod.). Dochází ke zvýšení integrace ekonomické a sociální racionálnosti, tedy ke hledání optimální varianty zabezpečení sociálních potřeb jak z humánního, tak technického, technologického a tedy i ekonomického pohledu. Probíhá proces deinstitucionalizace v oblasti sociálních a zdravotních služeb především pro staré občany, který je doprovázen stíráním resortních rozdílů mezi službami sociálního a zdravotního charakteru, služby obojího typu jsou přitom poskytovány zpravidla jednou agenturou. Roste význam sociálního poradenství a aktivit směřujících ke koordinaci péče o osoby v sociální nouzi.¹⁴²

Významné determinanty dalšího rozvoje sociálních služeb je nutno vidět i v řadě dalších oblastí. V tomto směru je nutno mít na zřeteli především tyto skutečnosti: závislost rozvoje sociálních služeb na poskytování dotací,¹⁴³ nedostatečné financování ošetrovatelské a rehabilitační péče poskytované v pobytových zařízeních sociálních

¹⁴⁰ PRŮŠA, L. a kol. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2010. s. 39.

¹⁴¹ Obce, města, regiony a sociální služby: Sešity pro sociální politiku. Praha: Socioklub, 1997. s. 271.

¹⁴² PRŮŠA, L. a kol. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2010. s. 39- 40.

¹⁴³ HORECKÝ, J. Scénáře vývoje sociálních služeb v ČR z pohledu jejich financování. *FÓRUM sociální politiky* č. 5/2009.

služeb ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění, ¹⁴⁴ „cenová“ regulace výše úhrad za poskytované sociální služby, ¹⁴⁵ zavedení nepeněžní nebo kombinované formy výplaty příspěvku na péči, ¹⁴⁶ naplňování standardů kvality sociálních služeb a jejich následné subjektivní hodnocení v rámci inspekci. ¹⁴⁷

Za další důležité faktory ovlivňující rozvoj sociálních služeb v následujících letech lze považovat změny v organizaci sociálních a souvisejících zdravotních služeb např. propojování různých typů terénních a ambulantních služeb do jednoho organizačního celku, propojování sociálních a zdravotních služeb a jejich koordinace, podpora rozvoje služeb v malých obcích, podpora tísňové péče a poradenství, individualizace péče, architektonické bariéry především v domácím prostředí uživatelů služeb, rozvoj dobrovolnických center a rozšíření dobrovolnické práce. Nedílnou součástí celého procesu rozvoje sociálních služeb v následujícím období jako důsledku demografických trendů je potřeba zajištění dostatečného počtu vzdělaných sociálních pracovníků, ale i dalšího odborně vzdělaného personálu včetně nezbytného posílení pracovníků v přímé obslužné péči. ¹⁴⁸

¹⁴⁴ PRŮŠA, L. *Poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2009.

¹⁴⁵ PRŮŠA, L. Je nový systém financování sociálních služeb pro staré občany efektivní? *Národohospodářský prostor* č. 3/2009.

¹⁴⁶ PRŮŠA, L. Příspěvek na péči - černá díra reformy sociálního systému. *FÓRUM sociální politiky* č. 3/2009.

¹⁴⁷ HORECKÝ, J. *Analýza inspekci poskytování sociálních služeb* [online]. [cit. 2010-12-28]. Dostupné z WWW: http://www.horecky.cz/down/spa/analiza_inspekci.pdf

¹⁴⁸ PRŮŠA, L. a kol. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2010. s. 45-46.

10. Příprava na stáří a kvalita života

Každý si dříve či později uvědomuje, že jednou bude starý. Málokdo se však na toto období připravuje předem. Touto problematikou se zabývá zvláštní oblast gerontologie – **gerontogika**. Je definována jako teorie výchovy a vzdělávání ke stáří.¹⁴⁹ Dle Gruberové¹⁵⁰ by se příprava na stáří měla stát široce pojatým, celoživotním programem a každý z nás by si měl uvědomit, že je sám odpovědný za své stáří.

Přípravu na stáří je možné rozlišovat jako **dlouhodobou** (celoživotní), **střednědobou** (asi od 45 let věku) a **krátkodobou** (2-3 roky před penzionováním). Již ve středním věku se rozhoduje o tom, jaké stáří bude člověk prožívat. Kvalitu života a průběh stáří ovlivňují úspěchy v práci i v osobním životě, životní styl i zdravotní problémy, které jedinec prožívá ve věku produktivním. Pro většinu lidí ve středním věku je jedním z hlavních smyslů života práce. Pro mnoho lidí je proto odchod do důchodu jedno z největších psychických traumat.¹⁵¹

V sociální oblasti znamená příprava na stáří brát stáří jako součást života, akceptovat podmínky, které připravuje společnost občanům v postproduktivním věku, ale snažit se je svou vlastní aktivitou i ovlivňovat. Důležité je být připraven i po stránce ekonomické např. počítat s možností připojištění v různých penzijních fondech, udržovat a rozvíjet přátelské vztahy i mimo pracoviště a již ve středním věku si najít hobby, které může naplnit volné dny v důchodu.¹⁵² Již lidé ve středním věku by měli být více podporováni a motivováni k tomu, aby šetřili na období svého důchodového věku. Neměli by se spoléhat pouze na státní důchody, jejichž úroveň bude brzo v blízkosti úrovně životního minima.¹⁵³

Pro kvalitu života ve stáří je důležité vytvořit si program pro volný čas. Aktivita je prevencí nesoběstačnosti. Udržení a navázání nových kontaktů, společná setkávání vrstevníků i prohlubování mezigeneračních vazeb, mají velký význam pro prožití kvalitního stáří. Většina doporučení, jak realizovat „úspěšné stárnutí“, odpovídá

¹⁴⁹ ZAVÁZALOVÁ et al. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001. s. 77

¹⁵⁰ GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. České Budějovice: JU v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 1999. s. 31.

¹⁵¹ ZAVÁZALOVÁ et al. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001. s. 78.

¹⁵² ZIMMELOVÁ, P. a D. DVOŘÁČKOVÁ. Faktory ovlivňující adaptaci klientů v Domově pro seniory Máj, p.o. *Kontakt*. České Budějovice: JU v Č. Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2007. r. 9, č. 2. s. 354.

¹⁵³ ŠIMÁK, M. CZECH SYSTEM OF PENSION INSURANCE AND ITS CURRENT PROBLEMS. České Budějovice: University of South Bohemia, Faculty of Health and Social Studies, 2010. *Journal of Nursing, Social Studies and Public Health*, Vol. 1, No. 1–2, s. 29–37.

obecným zásadám duševní hygieny. Znamená to tedy udržovat se v aktivitě v rovnováze s odpočinkem, uspořádat si životní náplň tak, aby zahrnovala fyzickou i duševní činnost, usilovat o adaptaci na nové požadavky, udržovat pozitivní přátelské vztahy a navazovat vztahy nové. Snaha o aktivizaci seniorů však musí plně respektovat individuální možnosti a přání každého člověka. Důležité je pomoci mu nalézt motivaci pro vytváření krátkodobých i delších cílů, posilovat jeho sebeúctu a umožnit mu prožít zážitky úspěchu. Jakákoliv aktivita ať už sociální, psychická nebo fyzická dává životu ve stáří smysl a pocit naplnění.¹⁵⁴

S odchodem do důchodu se mění prožívání, vnímání i chování. Radost nad uvolněním z každodenní pravidelné povinnosti je velmi rychle vystřídána poznáním, že pokud člověk nemá vytvořeny potřebné zájmy, kterým by se mohl věnovat, může mít problémy s využitím náhle získaného volného času. Stáří může nabývat velmi různorodé podoby. Senioři se mezi sebou podstatně liší zdravotním i funkčním stavem, zájmy, hodnotami, rodinnou situací, životními zkušenostmi, finančními možnostmi, bytovými podmínkami apod. Sdílení zkušeností a hledání nových možností je o to důležitější, že obraz stáří a potřeby starých lidí se rychle mění a vyvíjejí. Objevují se stále nové technologie, pomůcky i nabízené služby.¹⁵⁵

Ministerstvo práce a sociálních věcí vytvořilo dokument „**Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří)**“. Program vychází z předpokladu, že ke zvýšení kvality života ve stáří a k úspěšnému řešení výzev spojených s demografickým stárnutím je nezbytné zaměřit se na následující strategické oblasti a priority. Jedná se o oblasti zaměřené na **aktivní stárnutí, prostředí a komunity vstřícné ke stáří, zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří, podpora rodiny a pečovatелů, podpora participace na životě společnosti a ochrana lidských práv**.¹⁵⁶

Tento Národní program přípravy na stárnutí uvádí následující opatření zajišťující **aktivní stárnutí seniorů**. Zvýšit nabídku a dostupnost celoživotního vzdělávání pro zaměstnavatele a zaměstnance. Podporovat zaměstnavatele a zaměstnance investující do zvyšování znalostí a dovedností starších pracovníků a zaměstnavatele poskytující podmínky pro postupný odchod do důchodu a podmínky pro zaměstnávání důchodců.

¹⁵⁴ LANGMEIER, J. a D. KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998. s. 194-195.

¹⁵⁵ DVOŘÁČKOVÁ, D. Úspěšné stárnutí – užitečné rady na cestě ke stáří. In *Sborník V. mezinárodní konference Problematika – generace 50 plus*. České Budějovice: JU v Č. Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008. s. 116.

¹⁵⁶ MPSV. [online]. [cit. 2010-01-16]. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří). Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/5045>

Zpracovat koncepci rozvoje systému dalšího vzdělávání a jeho financování. V rámci programů zaměstnanosti nabízet starším osobám speciální programy rekvalifikace a poradenství. Nezaměstnaným osobám starším 50 let povinně nabízet individuální akční plány s komplexním řešením situace. Připravit změny v rámci důchodového systému, které umožní souběh pobírání důchodové dávky a pracovního poměru na dobu neurčitou po dosažení důchodového věku. Přizpůsobovat důchodový systém demografickému vývoji, zejména úpravou důchodového věku. Sledovat a analyzovat příčiny a vývoj dlouhodobé pracovní neschopnosti (déle než 6 měsíců) a invalidizace v populaci 50+. Podporovat vzdělávání dospělých v síti škol, a to i prostřednictvím systémových projektů Evropského sociálního fondu. Zakládat Centra celoživotního učení, která budou podporovat jak nabídku, tak poptávku po celoživotním učení. Zvýšit informovanost důchodců o možnostech pracovního uplatnění. Podpořit vznik informačních zdrojů, které budou seniorům poskytovat informace o možnosti profesního i mimoprofesního uplatnění.¹⁵⁷

¹⁵⁷ MPSV. [online]. [cit. 2010-01-16]. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří). Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/5045>

11. Koncept aktivního stárnutí

Termín aktivní stárnutí byl přijat Světovou zdravotnickou organizací koncem 90. let. Jedná se o pojem, který je širší než pouhé zdravé stárnutí, protože se netýká pouze zdraví a péče o zdraví. Pojem aktivního stárnutí vychází ze zásad Organizace spojených národů pro seniory, které lze shrnout pod následujícími názvy: **nezávislost, účast na životě společnosti, důstojnost, péče a seberealizace**. V pojmu aktivní stárnutí je zahrnuto také respektování práva starších lidí na rovnost příležitostí, jejich zodpovědnost, účast na veřejných rozhodováních a ostatních aspektech komunitního života. Koncept aktivního stárnutí respektuje, že starší lidé nejsou homogenní skupinou a že tato rozmanitost s věkem narůstá. Proto je velmi důležité s narůstajícím věkem obyvatel vytvořit takové prostředí, které jim umožní co nejsamostatnější život.¹⁵⁸

Prostředí, které usnadňuje seniorům život (enabling environment) – „**věku přátelské prostředí**“ by mělo umožnit snazší život lidem a zejména seniorům s disabilitou. Světová zdravotnická organizace uvádí následující příklady opatření ve veřejném životě: vytvoření bezbariérových pracovních míst, flexibilní pracovní dobu pro seniory, částečné úvazky, modifikované pracovní prostředí, a to jak ve veřejném, tak i soukromém sektoru. Lepší bezpečnost na ulicích, zejména bezpečné chodníky pro chůzi, dostupné veřejné toalety, dobré dopravní značení, světelné značení na přechodech, které bude respektovat skutečnost, že senioři potřebují delší čas na přejetí vozovky. Pohybové programy pro seniory, které přispějí ke zlepšení mobility, rekonvalescenci, zachování svalové síly. Celoživotní vzdělávací programy. Dostatečné zabezpečení kompenzačními pomůckami v případě smyslových poruch. Bezbariérový přístup ve zdravotnických zařízeních a možnost účasti na rehabilitačních programech.¹⁵⁹

Myšlenka aktivního stárnutí může být do budoucnosti řešením nejen pro celou společnost, ale i pro samotného seniora. Není nutností se ve vyšším věku vzdát aktivit, kterým se senior věnoval v mladších letech, pokud mu v tom nebrání nemoc či snížená soběstačnost. Důležité je, aby i člověk vyššího věku nacházel smysluplnost svého života a byla mu co nejdéle zachována jeho autonomie.¹⁶⁰ Zachování soběstačnosti a

¹⁵⁸ *World Health Organization*. [online]. [cit. 2010-01-16]. What is "active ageing"? Dostupné z WWW: http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/index.html

¹⁵⁹ HOLMEROVÁ, I. et al. Aktivní stárnutí. *Čes. Geriatrická revue*. Brno: Ambit Media, 2006. č.4, s. 163.

¹⁶⁰ DVOŘÁČKOVÁ, D. Společenské uplatnění seniorů aneb aktivní stáří. *Sociální péče*. Brno: Ikaria, 2009. č.4. s. 24 – 25.

nezávislosti jedinců ve stárnoucí populaci by mělo být cílem nejen občana samotného, ale také veřejných činitelů a politiků. Člověk stárne ve své společnosti, se svými přáteli, sousedy, rodinnými příslušníky. Tyto vztahy vzájemné soudržnosti, stejně tak jako mezigenerační vztahy jsou důležitými prvky aktivního stárnutí. Kvalita života lidí závisí na tom, jak se během života vyrovnal s možnými riziky a využil příležitostí, stejně tak ale závisí na tom, jak se k nim chovají příslušníci mladších generací. Strategie aktivního stárnutí a stáří je výsledkem konsenzu mnoha odborníků a tyto strategie by se měly stát východiskem pro seniorskou politiku obcí, regionů i celé země. ¹⁶¹ Pokud nebudeme považovat všechny lidi, mladé i staré, za součást životní kontinuity, budeme se dívat na stárnutí jako na něco abnormálního. ¹⁶²

11.1 Univerzita třetího věku (U3V) jako součást celoživotního vzdělávání

Představa, že výchova a vzdělávání člověka jsou omezeny na období jeho dětství a mládí, je už dávno překonaná. Výchova a v jejím rámci i vzdělávání je dnes chápána jako proces celoživotní. ¹⁶³ V této kapitole je uvedena **Univerzita třetího věku jako jedna ze součástí celoživotního vzdělávání seniorů**. Základní charakteristika tohoto vzdělávání spočívá v tom, že poskytuje seniorům vzdělání na nejvyšší možné úrovni. Studium má výlučně charakter osobnostního rozvoje, nikoli profesní přípravy.

Konec 20. století je v rozvinutých zemích charakteristický růstem počtu seniorů, kteří vedou kvalitní život i v tomto pozdním věku. Z toho vyplývá požadavek této skupiny obyvatel na další sociální a kulturní rozvoj v zájmu udržení fyzické a hlavně intelektuální formy co nejdéle. Jako odpověď na tyto potřeby byla v roce 1973 v Toulous ve Francii založena první univerzita třetího věku. Tato U3V byla zřízena profesorem práv a ekonomických věd P. Vellasem s cílem, vytvořit vzdělávací příležitosti pro stárnoucí populaci a nabídnout takový program, který by odpovídal potřebám této věkové skupiny. Tento vzdělávací fenomén se pak rychle rozšířil nejen ve Francii, ale také po celém světě. ¹⁶⁴

Počátek českých univerzit třetího věku můžeme datovat od roku 1986, kdy Karlova univerzita, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích či Univerzita

¹⁶¹ HOLMEROVÁ, I. et al. Aktivní stárnutí. *Čes. Geriatrická revue*. Brno: Ambit Media, 2006. č.4. s. 168

¹⁶² RAM DASS, *Stále tady. Přijímání stárnutí, změn a smrti*. Praha: Pragma, 2000. s. 22.

¹⁶³ MÜHLPACHER, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004, s. 132.

¹⁶⁴ ČERNÁ, T. *Spokojenost seniorů s vybranými vzdělávacími aktivitami na Univerzitě Pardubice*. Diplomová práce, Masarykova univerzita v Brně, Filozofická fakulta, 2009.

Palackého v Olomouci začaly organizovat první kurzy pro seniory. Velký rozmach seniorského vzdělávání nastává po roce 1992, kdy se otevřely možnosti navázat kontakty s podobnými organizacemi v zahraničí. Rok 2000 přináší další důležitý zlom v systému vzdělávání seniorů, kdy technicky zaměřené české vysoké školy otvírají kurzy z oblastí moderních technologií. S rychlým rozvojem přetechnizované společnosti se objevuje i heslo iniciativy vzdělávat seniory v nových technologiích: plnohodnotný život seniorů vyžaduje spojení se současnou společností. To znamená, že ten kdo se chce účastnit společenského života, musí se naučit ovládat současné technologie, od počítačů, mobilních telefonů, přes dopravní systémy atd. Lidé ve věku nad šedesát let toto vše za svého produktivního života nepoznali. Vzdělávání seniorů proto není jen o rozšiřování vědomostí, znalostí a dovedností, ale o celkovém zlepšení jejich kvality života.¹⁶⁵

Pedagogický slovník popisuje tuto vzdělávací aktivitu takto: „Univerzita třetího věku je specifická forma vzdělávání dospělých, určená pro vzdělávání seniorů. Realizuje se jako cykly přednášek nebo jako ucelené studium (i několika semestrové) v různých oborech humanitních, společenských i přírodních. Vyučují vysokoškolští a jiní odborníci. Neposkytuje akademické tituly, vzdělání je zde hlavně prostředkem aktivního naplnění života.“¹⁶⁶

Hlavními cíli U3V je seznámit starší občany s vědeckými poznatky, prohloubit jejich sebepoznání, pomoci jim získat nadhled a tím ulehčit jejich přizpůsobování a orientaci ve stále se měnícím světě. Potvrzuje se totiž, že vzdělávání a další vzdělávání v průběhu dospělosti i v postprůduktivním věku významně ovlivňuje kvalitu života ve stáří.¹⁶⁷

V posledních letech se k těmto cílům přidává i cíl vytváření předpokladů pro setkávání generací a tím výměnu zkušeností. Jde o sociálně - psychologický aspekt vzdělávání starších lidí, kdy je důležité nevyčleňovat seniora z běžného života a uchovávat tak kvalitu jeho života. Hlavní poslání U3V je spatřováno v zabezpečování práva seniorů na vzdělávání na současné vědecké úrovni. Významnou roli sehrává také možnost sociálního kontaktu s podobně smýšlejícími a věkově blízkými lidmi, navazování nových přátelství, překonávání pocitu osamělosti, izolovanosti či nepotřebnosti, vědomé zpomalování procesu stárnutí, udržování psychické svěžesti,

¹⁶⁵ ČERNÁ, T. *Spokojenost seniorů s vybranými vzdělávacími aktivitami na Univerzitě Pardubice*. Diplomová práce, Masarykova univerzita v Brně, Filozofická fakulta, 2009.

¹⁶⁶ PRŮCHA, J. et al. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2001. s. 265

¹⁶⁷ MÜHLPACHER, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. s. 138.

vhodné a kvalitní naplnění volného času. Studijní programy U3V jsou koncipovány tak, aby pomáhaly seniorům orientovat se ve změnách ve společnosti a přizpůsobit se životu v podmínkách současné doby. Studium na U3V je jednou z možností, jak seniorům zajímavým způsobem podávat nové informace a zpomalit nástup různých fyzických a psychických obtíží, které s procesem stárnutí souvisejí.¹⁶⁸

¹⁶⁸ MÜHLPACHER, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. s. 140.

12. Postoj ke smrti a umírání a kvalita života

Otázka smrti je opředena mnoha záhadami a většina lidí má sklon se úvahám o ní vyhnout. Navzdory tomu platí, že lidskost se zrodila tehdy, když člověk svoji smrtelnost pochopil a začal se jí zabývat. Překvapivé je, že zpřítomnit si a myslet na vlastní smrt, nevede k destrukci vlastního života, ale že dokonce život obohacuje.¹⁶⁹

Ještě v 19. století a na počátku 20. století se lidé rodili a umírali doma. Člověk byl se vznikem i zánikem života konfrontován z bezprostřední blízkosti a uprostřed svých blízkých. V současné době lze říci, že život většiny lidí v nemocnici začíná a ve velké většině také i končí. Tím, že lidé ztratili kontakt s primárními životními událostmi, získali klamný pocit, že se jich smrt netýká.¹⁷⁰

Smrt je pro člověka dnešní doby událostí, před kterou utíká a pokouší se ukrýt. Když už se jí nelze vyhnout, jak si přeje většina lidí, nechť přijde co nejrychleji a najednou. Izolování umírajících v institucích, profesionalizace pohřbívání a anonymní pohřby napomáhají smrt vytláčit z podvědomí. O to prudčeji nás tento fenomén zastihne, jsme-li mu bezprostředně vystaveni. Smrt je všudypřítomná a přece podivně cizí. Pravděpodobně v celých dějinách ještě tolik lidí nevidělo takové množství mrtvých a způsobů umírání jako dnes, a přesto bez osobního kontaktu s umírajícími či s mrtvým tělem. Tato diskrepance může částečně osvětlit nejistotu moderního člověka vůči smrti a umírání.¹⁷¹

V reflexivním uhýbání před zmínkami o smrti se bezděčně obracíme od svých blízkých, kteří nás potřebují, a sami sebe okrádáme o vzácné příležitosti. Na společenské úrovni za to draze zaplatíme, neboť opomíjíme nezastupitelnou lidskou zkušenost s umíráním.

Guardini¹⁷² vyjádřil přítomnost a působení okamžiku smrti po celý život: „Život není nastavení jednotlivých dílů na sebe, nýbrž je to jednolitý celek, který, jakkoli to zní paradoxně, je celý přítomen v každém okamžiku jeho průběhu.“ Dále se zmiňuje o tom, že každá životní období pociťuje přítomnost smrti po svém. U dětí nemá konkrétní podobu, a projevuje se nepřímou, jako hlad po životě nebo potřeba ochrany. U mladých

¹⁶⁹ PAYNE, J. *Smrt – jediná jistota*. Praha: Triton, 2008. s. 182.

¹⁷⁰ O'CONNOR, M. a S. ARANDA. *Paliativní péče*. Praha: Grada, 2005. s. 13.

¹⁷¹ STUDENT, J. a U. STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha: H&H Vyšehradská, 2006. s. 29.

¹⁷² GUARDINI, R. *Životní období*. Praha: Zvon, 1997. s. 52.

lidí vystupuje smrt do popředí. Mladý člověk dokáže snadno zemřít, protože plnost žití dává i smrti prvek života.¹⁷³

Haškovcová¹⁷⁴ se domnívá, že i přes převládající negativní význam pro člověka, nelze smrti upřít jednu přednost, a to je skutečnost, že smrt dokáže poodhalit podstatu naší existence a našeho lidství vůbec. Smrtí bychom se měli zabývat a poznávat ji, protože jen „...vydrží-li člověk vědění toho, že je smrtelný a že je nejisté pouze to, kdy se smrt stane nevyhnutelnou možností lidské existence, pozná svou odpovědnost za každý okamžik svého života.“

Čas umírání je pro všechny zúčastněné časem krize, kde převládá pocit strachu a nejistoty. Smrt je jedinečná událost a každý umírá svou vlastní smrtí. Někteří umírající si přejí být se svými vzpomínkami sami, jiní vítají přítomnost druhé osoby. Postupně zaniká smysl pro čas a ticho se stává důležité. Umírání je proces, který probíhá v určitém, čase. V poslední době často slyšíme, že umírající má pocítit přítomnost doprovázejícího, nejlépe milované nebo milující osoby. Někteří pečující se od umírajícího prakticky nevzdalují. Přesto se může stát, že sotva na chvíli odejdou, v té chvíli umírající vydechne naposled. Racionální vysvětlení pro tento jev neexistuje, ale patrně někteří umírající nejsou schopni zemřít v přítomnosti někoho druhého, zejména milovaného člověka.¹⁷⁵

S přibývajícím věkem člověk zjišťuje, že vše pomíjí. Ubývá očekávání a přibývá pocitu marnosti. Přichází stáří a s ním i neodbytné myšlenky na smrt. Stáří nás přibližuje smrti. Musíme si uvědomit, že stáří čeká na nás na všechny, stejně jako smrt, a když „...budeme mít štěstí, tak než zemřeme, všichni zestárneme.“¹⁷⁶

Ram Dass¹⁷⁷ uvádí, že příprava na klidnou smrt spočívá ve vyřešení a uzavření nedokončených záležitostí s živými i s mrtvými. Neméně důležité je také dát do pořádku své zdravotní a finanční záležitosti. Měli bychom se naučit mluvit se svými blízkými o podrobnostech týkajících se těchto záležitostí. Může se jednat např. o sepsání poslední vůle, vyřízení majetkových záležitostí, volbu místa, kde chceme zemřít, otázky spojené s pohřebním obřadem apod. Někteří lidé se však raději těmto tématům vyhýbají a nechtějí nebo neumějí o nich mluvit. Neznamená to však, že by o nich nepřemýšleli.

¹⁷³ GUARDINI, R. *Životní období*. Praha : Zvon, 1997. s. 52– 54.

¹⁷⁴ HAŠKOVCOVÁ, H. *Rub života, líc smrti*. Praha: Orbis, 1975. s. 20.

¹⁷⁵ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000. s. 64-69.

¹⁷⁶ THOMASMA, D.C. a T. KUSHNEROVÁ. *Od narození do smrti. Etické problémy lékařství*. Praha: Mladá fronta, 2000. s. 158.

¹⁷⁷ RAM DASS, *Stále tady. Přijímání stárnutí, změn a smrti*. Praha: Pragma, 2000. s. 161.

V souvislosti se smrtí bývá významný strach ze smrti blízkých lidí. Tam, kde je velmi blízká citová vazba, stává se na dlouhou dobu pro pozůstalého vlastní život prázdným, protože ztrácí smysl. Strach z umírání nejbližších bývá spojován s vlastní bezmocností, nejistotou, obavou, že nebudeme moci zabránit utrpení svých blízkých. Umírání a smrt blízkého nám připomínají naši vlastní smrtelnost a možná právě tento fakt přispívá k tomu, že mnoho lidí se brání tomu, aby jejich blízký umíral a zemřel doma.¹⁷⁸

Odborníci se shodují v tom, že člověk by v umírání nikdy neměl zůstat sám. Tento požadavek plyne ze zjištění, že umírající i když se jeví netečně a se zastřeným vědomím, bez schopnosti komunikace, svou situaci vnímá a prožívá. Skopalová¹⁷⁹ se domnívá, že umírajícímu by měla být dána možnost vybrat si mezi hospitalizací a péčí v kruhu rodiny. V některých případech tento postup však není možné uplatnit (např. zdravotní stav, nemožnost celodenní péče rodinných příslušníků apod.).

V souvislosti s kvalitou života seniorů a myšlenkami na smrt se často vyskytuje pojem „**sociální smrt**.“ Robertsonová¹⁸⁰ uvádí, že v případě, kdy je kvalita života seniorem považována za neuspokojivou, přichází tzv. sociální smrt. Jejím důsledkem pak bývá **touha zemřít**, která však může být spojena se **strachem ze způsobu umírání**, s myšlenkami co bude po smrti apod. Sociální smrt bychom mohli vysvětlit pocitem nepotřebnosti pro okolí, nedostatečností kvalitních volnočasových aktivit, nedostatkem sociálních kontaktů, rezignací na současný život. To vše vede k neuspokojivé kvalitě života, kterou posuzují podle vlastních hodnot. Tyto hodnoty mohou být zdravotní stav, sociální sítě, finanční situace, trávení volného času, a to v různém pořadí. Pokud kvalita života klesne pod individuálně stanovenou míru únosnosti, dochází u jedince k sociální smrti. Sociální smrt pak může mít následující strategie v chápání konce života - sociální izolaci, šťastný konec života a vytěsňený konec života.

Vyrovnaní se se smrtí ovlivňuje mnoho faktorů. Karsten¹⁸¹ mezi ně řadí např. kvalitu našeho dosavadního života, pocit naplnění a uspokojení, zda jsme v životě dosáhli všeho, co jsme chtěli, také věk, zda vnímáme smrt jako spravedlivou či nás zaskočila, zda jsme sami nebo jsou s námi naši blízcí atd. Smířit se s faktem, že náš život je u konce je velmi obtížné. Každý z nás se s tímto faktem vypořádává odlišně.

¹⁷⁸ VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. s. 271- 273.

¹⁷⁹ SKOPALOVÁ, J. O smrti a umírání. *Sociální práce/Sociálna práca*. Brno: ASVSP, 2/2010. s. 67.

¹⁸⁰ ROBERTS, J. Jak staří lidé vnímají konec života? *Sociální práce/Sociálna práca*. Brno: ASVSP, 2/2010. s. 138-143.

¹⁸¹ KARSTEN, H. *Ženy – muži: generové role, jejich původ a vývoj*. Praha: Portál, 2006. s. 82 – 94.

12.1 Umírání a ztráta důstojnosti

Pro většinu lidí neexistuje větší utrpení, než to, když cítí, že přišli o svoji důstojnost. Umírající člověk se nemusí umět sám obléknout a najíst či vyprázdnit. Může být naprosto závislý a odkázaný na každodenní péči svých blízkých nebo dokonce cizích lidí. Když už člověk nedokáže plnit své role, může zcela zaniknout pocit vlastní ceny. Ve společnosti bohužel panuje přesvědčení, že ztráta obvyklých schopností a nezávislosti zanechává člověka v nedůstojném postavení. Naše společnost vyhrazuje nejvyšší úctu mládí, vitalitě, sebeovládání a přisuzuje těmto vlastnostem důstojnost. Jejich nedostatek považuje za nedůstojný. Dokud jsme aktivní a zdraví, odvozujeme svou důstojnost z věcí, jež děláme dobře a kterých si nejvíc ceníme. Bez ohledu na to, z čeho důstojnost čerpáme, provází ji úcta k sobě samému i úcta v očích druhých lidí. Důstojnost si žádá, aby byla spojována s pozoruhodnými úspěchy v osobním růstu, k němuž může v době umírání dojít. **Závěrečná fáze lidského života si zaslouží být obdobím spokojenosti, v němž se mají probouzet pocity hrdosti na sebe sama a vlastní hodnoty.**¹⁸²

Většina umírajících, hledá odpověď na otázku, jak si mají zachovat svou důstojnost. Každý však může odvozovat svou důstojnost z jiného zdroje. Někteří z nás se mohou domnívat, že nemocní s demencí představují naprostou ztrátu důstojnosti. Nicméně pro umírajícího může být útok bolestnější, když postupuje selhávání životních funkcí a zvyšuje se závislost, zatímco intelekt zůstává zachován. Například člověk s roztroušenou sklerózou se může cítit nedůstojně, když ho choroba připraví o možnost postarat se sám o sebe, přičemž mu ponechá nedotčené vědomí jeho slabosti. Naopak ve chvíli, kdy je v pokročilém stádiu demence, důstojnost už nemá pro pacienta žádný význam. Nedůstojně pak zástupně trpí příbuzní a blízcí dotyčného.¹⁸³

Lidé, kteří jsou hrdi na to, že jsou lidmi činu, a jsou zvyklí dávat, zjišťují, že nemoc a závislost na okolí je něčím, na co nejsou připraveni. Obvykle kladou odpor a protestují. Pro člověka upoutaného na lůžko, se zhoršujícím se zdravotním stavem a vzrůstající závislostí na druhých, mohou mít rozhovory o smyslu důstojnosti, velký význam. Pokud umírající dospěje k poznání, že péče o slabé a umírající je přirozenou součástí naší společnosti, může tak dojít k obnovení či posílení pocitu vlastní ceny.

¹⁸² BYOCK, I. *Dobré umírání*. Praha: Vyšehrad, Cesta domů, 2005. s. 108-109.

¹⁸³ tamtéž s. 110.

Navzdory své tělesné nemohoucnosti (a v jistém smyslu právě díky ní) si člověk může uchovat svoji důstojnost i v posledních dnech svého života.¹⁸⁴

V tabuizovaném problému umírání a smrti lze odhalit určitou zákonitost v reagování na vážné situace, spojené s tímto problémem. Mluvíme o určitých fázích – popření, zlehčení („*Mně se to stát přece nemůže...*“), odpor, protest („*Proč zrovna já?*“), smlouvání (vyjednávání s osudem, hledání naděje), deprese, smíření a přijetí faktu. Příslušnost k věkovým skupinám definuje celý životní cyklus člověka. Již staří latiníci připomínali, že „*Finis coronat opus*“, že tedy „konec korunuje dílo“.¹⁸⁵

¹⁸⁴ BYOCK, I. *Dobré umírání*. Praha: Vyšehrad, Cesta domů, 2005. s. 121 – 122.

¹⁸⁵ BURIÁNEK, J. *Sociologie*. Praha: Fortuna, 2001. s. 107-108.

13. Potřeby seniorů

Senioři potřebují v životě uspokojovat všechny své potřeby stejně jako kdokoliv jiný, přičemž jsou velmi často odkázáni na pomoc svého okolí. Potřeba péče však není primárně spojena s věkem (ten sám o sobě není důvodem zvýšené potřeby péče), ale je spojena s poklesem funkčních schopností a soběstačnosti, které omezují člověka v jeho schopnosti uspokojovat své každodenní potřeby.¹⁸⁶ V souvislosti s vymezením potřeb u seniorů se jeví jako významné uvést koncept sociálního fungování. Tento koncept lze objasnit pomocí následujících principů. Sociální fungování je proces, uskutečňující se na základě interakcí mezi nároky jedince a nároky prostředí, ve kterém jedinec žije. Tam, kde je porušena rovnováha mezi nároky prostředí a schopností člověka tyto nároky zvládat, nastávají problémy v oblasti sociálního fungování.¹⁸⁷ Dle slovníku vydaného americkou Národní asociací sociálních pracovníků je sociální fungování „naplnění rolí člověka ve společnosti, ve vztahu k lidem v bezprostředním sociálním okolí i ve vztahu k sobě samému.“¹⁸⁸ Pokud tedy senior zvládá dobře své sociální fungování a společenské role, které zastává, měl by docílit i naplnění svých potřeb, které jsou nezbytné pro jeho další život.

Nakonečný¹⁸⁹ vysvětluje pojem „potřeba“ jako základní formu motivu a to ve smyslu nějakého deficitu (nedostatku) v biologické či sociální dimenzi bytí. Během života se potřeby člověka mění, a to z hlediska kvality i kvantity. Trachtová¹⁹⁰ uvádí, že potřeba, je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí.

Ve Slovníku sociální práce můžeme najít, že potřeba, je motiv k jednání. Pokud dochází k neuspokojení potřeb, vede to k deprivaci a ke strádání. Většina typologií lidských potřeb se dělí na okruh vztahující se k tělesné pohodě, k psychické rovnováze a bezpečí, na okruh související se vztahy k blízkým lidem, na okruh vztahující se ke společenskému uplatnění a na okruh spirituálních potřeb.¹⁹¹ Někteří autoři považují za základní lidskou potřebu „potřebu sociálního kontaktu“ a může jít například o potřebu

¹⁸⁶ JANEČKOVÁ, H. Sociální práce se starými lidmi. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. s. 163 - 193.

¹⁸⁷ NAVRÁTIL, P. a L. MUSIL. Sociální práce s příslušníky menšinových skupin. In *Sociální studia*. Sborník prací Fakulty sociálních studií MU č.5. Brno: MU, 2000. s. 127-163.

¹⁸⁸ BARKER, R. *The social work dictionary*. Washington: NASW Press. 2003. s. 403.

¹⁸⁹ NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia, 1995. s. 125.

¹⁹⁰ TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. s.10.

¹⁹¹ MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce* (Social Work Dictionary). Praha: Portál, 2008.

sdužování.¹⁹² Pichaud a Thareauová¹⁹³ nerozumí potřebou pouze něco, co člověku chybí, ale hlavně to, k čemu člověk skrze ni směřuje. Jde tedy o určitou sílu, která člověkem hýbe a posouvá ho směrem k jiným lidem, předmětům a činnostem. Potřeba je projevem bytostného přání.

Pokud budeme mluvit o potřebách seniorů, tak bychom neměli zapomenout, že senior potřebuje mít pocit jistoty a bezpečí, touží po důvěře, stabilitě, jistotě a spolehlivosti. V souvislosti s potřebou bezpečí hovoříme o potřebě fyzického a psychického bezpečí a ekonomického zabezpečení. Někdy se snažíme seniorům pomáhat, ale naše snahy mohou vést k přílišnému ochraňování a k rozvoji nežádoucí závislosti seniora na okolí. Z tohoto důvodu je potřebné si uvědomit, zda naše snaha ochraňovat neomezuje vůli seniora rozhodovat o sobě, svých činnostech a o svém životě.¹⁹⁴

Kaufmanová¹⁹⁵ ve svém výzkumu dospěla ke zjištění, že k hodnotám, které jsou pro seniory důležité, patří **zdraví, láska, rodina, přátelství, soběstačnost, sociální kontakt, vlastní domácnost, psychická a fyzická pohoda**. Co se týká důležitosti potřeb seniorů, uvádí, že pro seniory jsou nejdůležitější **potřeby fyziologické, potřeby bezpečí a sociální potřeby**. Domnívá se, že senioři zdůrazňují ty hodnoty a potřeby, které pociťují jako ohrožené, s tím, že je velmi pravděpodobné, že hodnoty budou záviset na podmínkách bydlení, na zdravotním stavu, na úrovni sociálních kontaktů a na dalších faktorech.

Vágnerová¹⁹⁶ se domnívá, že senioři se cítí více ohroženi (např. onemocněním, ovdověním), smiřují se s určitou mírou závislosti na jiných lidech a do popředí vstupuje potřeba podpory a bezpečí. Tato potřeba může být saturována funkční rodinou, pečovatelkou nebo jiným člověkem. Kritériem posuzování kvality poskytované péče musí být sám senior, jeho spokojenost a prospěch.

Dostatečným způsobem uspokojovat své životní potřeby je člověku vlastní v každém věku. Buď si tyto potřeby zajistí sám, nebo je závislý na pomoci druhých.

¹⁹² BAUMESITER, R. a M.R. LEARY. *The need to Beliny: desire for interpersonal attachments as a fundamentals human motivation*. Psychological Bulletin, No. 117, s. 508.

¹⁹³ PICHAUD, C. a I. THAREAUOVÁ. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998. s. 36-39.

¹⁹⁴ MOTLOVÁ, L. Autonomie, nezávislost a uspokojování potřeb osob vyššího věku. *Kontakt*. České Budějovice: JU v Č.Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2007, r. 9, č. 2. s. 343-346.

¹⁹⁵ KAUFMANOVÁ, P. Pohled seniorů na pečovatelskou službu. *Sociální práce/sociální práca*. Brno: ASVSP. 2/2004. s. 95-105.

¹⁹⁶ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000. s. 458.

Jedná se zejména o období raného dětství a pak o seniorský věk – stáří. Začátek stáří však nelze přiřadit k žádnému konkrétnímu věku.¹⁹⁷

13.1 Motivační teorie potřeb A. Maslowa

Pravděpodobně nejznámější teorii týkající se lidských potřeb vytvořil ve 40. letech 20. století americký psycholog A. H. Maslow. Jedná se o psychologickou motivační teorii založenou na pořadí naléhavosti a na pořadí, ve kterém se základní lidské potřeby projevují.¹⁹⁸

Maslow¹⁹⁹ říká, že teorie motivace by se měla zaměřit především na cíle a nikoliv na prostředky vedoucí k dosažení potřeb. Prostředky totiž mohou být kulturně specifické, kdežto cíle jsou spíše univerzální. Předpokládá se, že všechny tyto potřeby existují u člověka souběžně, avšak k naplnění potřeb vyšších dochází až při určité míře naplnění potřeb nižších. Nelze však předpokládat, že přechodem k vyšším potřebám se pocitování nižších potřeb zcela vytratí. Autor hovoří o hierarchii relativní nadvlády, protože aktuálně neuspokojená potřeba má tendenci v organismu „vládnout“ či dominovat. Chování je pak určováno potřebami neuspokojenými, i když jejich relativní síla slábne s tím, jak se pohybujeme od potřeb „nižších“ k potřebám „vyšším“. Žádná potřeba nemůže být chápána jako izolovaná nebo ohraničená neboť se vyskytuje v relaci k uspokojení či neuspokojení ostatních potřeb.

Maslow uvádí tyto základní potřeby od nejnižších po nejvyšší. Tento systém bývá často ilustrován ve formě pyramidy (obrázek č. 4), v jejímž základě jsou potřeby fyziologické, výše se nachází potřeba bezpečí, (vzájemné) lásky, sounáležitosti a přijetí, nad nimi můžeme uvést potřebu uznání (potřeba nezávislosti, svobody, síly, sebejistoty tváří v tvář světu a požadavek prestiže, respektu ze strany jiných lidí, uznání a pozornosti). Směrem k vrcholu pomyslné pyramidy se dále nachází potřeba seberealizace (touha stát se více a více tím, čím se člověk může stát) a na vrcholu najdeme kognitivní potřeby vědět/znát a rozumět/pochopit. Sám Maslow však o pyramidě nehovořil a od představy rigidity a striktní hierarchie implikované následnosti zrazoval. Platí sice, že člověk v situaci, kdy je deprimován ve dvou potřebách, bude s

¹⁹⁷ DVOŘÁČKOVÁ, D. Společenské uplatnění seniorů aneb aktivní stáří. Brno: Ikaria, 2009. *Sociální péče*. Ročník IV. č. 4/2009. s. 24-25.

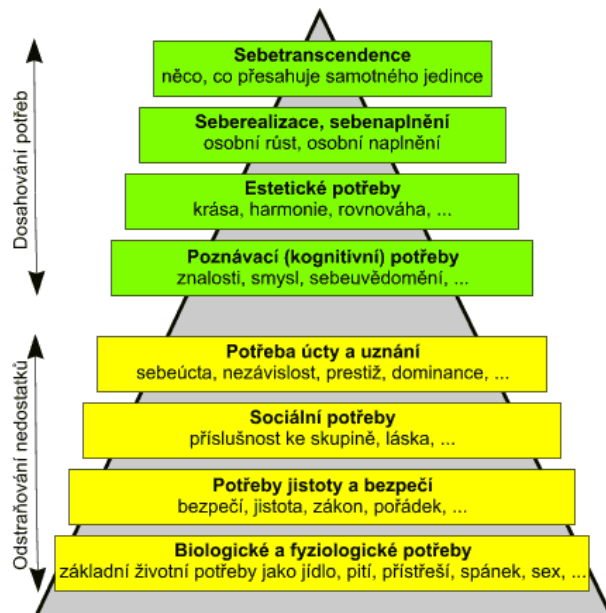
¹⁹⁸ ŘÍČAN, P. *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál, 2007. s. 232 – 233.

¹⁹⁹ NEŠPOROVÁ, O., K. SVOBODOVÁ a L. VIDOVIČOVÁ. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha: VÚPSV, 2008. s. 23.

větší pravděpodobností toužit nejdříve po naplnění potřeby „nižší“, ale např. pro některé osoby může být potřeba sebeúcty významnější než láska. Jakási hierarchie se tak uplatňuje spíše mezi dvěma základními skupinami potřeb – skupinou alfa (potřeby nutné pro přežití) a skupinou beta. Když jsou potřeby alfa naplněny, jejich hodnotu skoro nevnímáme, chápeme ji jako samozřejmost a nepotřebujeme je rozšiřovat. Oproti tomu potřeby beta, potřeby rozvojové, se nikdy zcela nenaplní, a i když jsou uspokojeny, jejich potřeba stoupá, neboť náš život rozvíjejí a obohacují. Uvedené potřeby jako cíle a ne jako způsoby jejich dosahování, se v průběhu času nemění, může se však měnit jejich intenzita, způsob naplňování a i pořadí.²⁰⁰

Za Maslowův přínos lze považovat především odkazy na existenci tzv. metapotřeb. K vyšším potřebám Maslow řadí potřeby růstu, které vysvětlují různé specifické tendence seberealizace osoby. Systém těchto rozvojově nejvyšších potřeb se vyjadřuje pojmem sebeaktualizace či sebeuskutečnění a znamená touhu člověka po zdokonalení a osobním růstu.²⁰¹

Obrázek č. 4: Hierarchie lidských potřeb



Zpracováno dle: Hájek, 2007²⁰²

²⁰⁰ NEŠPOROVÁ, O., K. SVOBODOVÁ a L. VIDOVIČOVÁ. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha: VÚPSV, 2008. s. 24.

²⁰¹ KOZIEROVÁ, B., G. ERBOVÁ a R. OLIVIEROVÁ. *Ošetrovatelstvo I, II*. Martin: Osveta, 1996. s. 68.

²⁰² HÁJEK, M. *Motivace lidí*. [online]. [cit. 2010-07-16]. Dostupné z WWW: http://www.vedeme.cz/images/stories/kapitoly/maslow_hierarchy.gif

Jestliže si člověk již nedokáže realizovat z různých důvodů některé z těchto potřeb, je úkolem okolí (rodina, profesionální péče), aby mu s naplněním těchto potřeb pomohlo. Jejich realizaci nejčastěji zajišťuje sociální práce.²⁰³

13.2 Teorie potřeb M. Max-Neefa

Manfred Max-Neef, chilský ekonom zabývající se především otázkami chudoby, argumentoval tím, že základní lidské potřeby jsou nehierarchické, ontologicky univerzální a neměnné ve své povaze. Max-Neefova teorie potřeb – **Model rozvoje lidské škály** (Human-Scale Development) klasifikuje lidské potřeby jako nemnohé, konečné a určité, navíc konstantní ve všech lidských kulturách a historických časových periodách. Co se ale dle autora v čase a mezi kulturami mění, jsou způsoby, jakými jsou tyto potřeby naplňovány. Stejně jako u Maslowa jsou potřeby chápány jako systém, jako vzájemně propojené a interaktivní. Oproti tradiční motivační teorii však s výjimkou základních potřeb bytí/existence a přežití, zde nejsou potřeby nikterak hierarchizovány, ale jsou v procesu svého uspokojování charakterizovány vzájemnou komplementaritou a kompromisy. Max - Neef jako základní lidské potřeby klasifikuje bytí (*subsistence*), ochranu, city/lásku (*affection*), porozumění, participaci, rekreaci (ve smyslu volného času, odpočinku, času na reflexi), kreaci/tvoření a svobodu. Potřeby jsou pak definovány v existenciálních kategoriích: bytí (*being*), vlastnictví (*having*), děláni a interakce (tabulka č. 4).²⁰⁴

Formy uspokojení těchto potřeb mohou nabývat různých podob a získávat také přidané charakteristiky. Mohou být i rušivé či zničující, pseudouspokojující, inhibující, jednodimenzionální či uspokojující multidimenzionální potřeby (tzv. synergické formy uspokojení). Určité formy uspokojení jedné potřeby mohou v konečném důsledku inhibovat nebo i zcela znemožnit uspokojení potřeby jiné.²⁰⁵

Lidská potřeby hledají svůj objekt i způsob uspokojení. Toto hledání je usměrňováno individuální zkušeností a v rámci určitých kulturních norem. Vliv kultury se projevuje především v tom, že svým příslušníkům vtiskuje vzorce uspokojování

²⁰³ URBAN, D. *Teorie a praxe charitativní práce*. In Charitativní práce se seniory. České Budějovice: JU v Č. Budějovicích, Teologická fakulta, 2010. s. 47 – 48.

²⁰⁴ FISHER, K. n.d. *Max-Neef on Human Needs and Human-scale Development*. [online]. [cit. 2010-07-27]. Dostupné z WWW: <http://www.celebrateempathy.com/Max-Neef.pdf>.

²⁰⁵ NEŠPOROVÁ, O., K. SVOBODOVÁ a L. VIDOVIČOVÁ. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha: VÚPSV, 2008. s. 26.

potřeb, ale i v tom, že některé projevy potřeb potlačuje, jiné zdůrazňuje. Může se projevat také v tom, že přispívá k vytváření zcela nových a specifických potřeb.²⁰⁶

Tabulka č. 4: Základní lidské potřeby - dělení dle Max-Neef

Základní lidské potřeby	formy uspokojení (satisfiers)			
	bytí (kvality)	vlastnictví (věci)	dělání (jednání)	interakce (prostředí)
bytí/přežití	fyziké a mentální zdraví	jídlo, přístřeší, práce	jíst, oblékat se, odpočívat, pracovat	životní prostředí, sociální okolí
ochrana	péče, adaptabilita, autonomie	sociální zabezpečení, zdravotnictví, práce	spolupracovat, plánovat, pečovat, pomáhat	sociální prostředí, bydliště/bydli
city	respekt, smysl pro humor, štedrost, smyslnost	přátelství, rodina, vztahy s přírodou	sdílet, starat se o, milovat se, vyjadřovat emoce	soukromí, intimní místa pro sdílení
porozumění	kritická kapacita, zvědavost, intuice	literatura, učitelé, politiky, vzdělání	analyzovat, studovat, meditovat, zkoumat	školy, rodiny, univerzity, komunity
participace	vnímavost, zasvěcení, smysl pro humor	odpovědnost, povinnosti, práce, práva	spolupracovat, vyjadřovat myšlení, nesouhlasit	asociace, strany, církve, sousedství
volný čas	imaginace, klid, spontánnost	hry, zábavy, pokojná mysl	denní snění, pamatovat si, relaxovat, bavit se	krajina, intimní prostory, místo, kde lze být sám
kreace	imaginace, smělost, vynalézavost, zvědavost	schopnosti, vlohy, práce, techniky	vynalézat, budovat, designovat, pracovat, skládat, interpretovat	místa pro vyjádření, workshopy/dílny, obecnstvo
identita	pocit sounáležitosti, sebeúcta, zásadovost	jazyk, náboženství, práce, zvyky, hodnoty, normy	poznat sám sebe, růst, odevzdat se	místa, kam patřím, prostředí každodennosti
svoboda	autonomie, vášeň, sebeúcta/hrdost, otevřená mysl	rovná práva	nesouhlasit, vybrat, riskovat, rozvinout uvědomění	kdekoliv

Zpracováno dle: NEŠPOROVÁ, 2008²⁰⁷

²⁰⁶ NAKONEČNÝ, M. *Motivace lidského chování*. Praha: Academia, 2004. s. 72

²⁰⁷ NEŠPOROVÁ, O., K. SVOBODOVÁ a L. VIDOVIČOVÁ. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha: VÚPSV, 2008. s. 26.

13.3 Struktura životních vývojových potřeb

Každý senior má svůj životní příběh, který je složen z bolestných i radostných událostí. Celková péče o seniory musí vycházet nejenom z hodnocení tělesných změn, ale i z chápání člověka jako celistvé bytosti, kde vše souvisí se vším. V období stáří nelze podceňovat význam psychosociálních potřeb. Jejich naplňování hraje důležitou roli pro upevnění celkového tělesného zdraví i pro motivaci k dalšímu životu.²⁰⁸

Vágnerová²⁰⁹ předkládá strukturu vývojových potřeb, které rozděluje do šesti oblastí. Tyto potřeby nejsou uvedeny hierarchicky.

Potřeba stimulace správnými podněty – od početí až do smrti je pro celý lidský organismus důležité dostávat správné podněty, na správném místě, ve správný čas a v přiměřeném množství i kvalitě.

Potřeba smysluplného světa – správné životní podněty vedou k tomu, abychom poznávali sami sebe i prostředí, ve kterém žijeme. Hledání smyslu života se z psychologického hlediska může projevat jako tvorba osobní představy o nejvhodnějším uspořádání vlastního světa a projevuje se to např. tím, že si člověk neustále staví plány a cíle, kterých chce dosáhnout. Když se mu tyto subjektivní představy a plány daří, je spokojený.²¹⁰

Potřeba plánovat činnosti v denním rytmu a čase se sebou a s druhými. Tyto potřeby souvisí s potřebou smysluplného světa.

Potřeba jistoty sociální role a pozice ve společnosti – každý z nás potřebuje někam patřit, mít svou roli v rodině, v práci a ve společnosti. U seniorů přibývá mnoho sociálních změn a ztrát, které jsou často obtížně přijímány. Změny a ztráty jsou uvedeny v tabulce č. 5.

²⁰⁸ KLEVETOVÁ, D. a I. DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. s. 57.

²⁰⁹ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000.

²¹⁰ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002.

Tabulka č. 5: Změny a ztráty u seniorů

<i>Změny</i>	<i>Ztráty</i>
Pracovní role	Ztráta pracovního kolektivu a navykých pracovních činností
Role otec/matka- prázdné hnízdo	Odchod dospělých dětí
Společenská role- odchod do důchodu	Sociální izolace
Rozvod- nemoc- smrt partnera	Osamělost/samota
Bydlení- odchod do nemocnice, domova pro seniory	Soukromí, vlastní domov
Snížení fyzických sil	Neschopnost sebezpečí – závislost na druhých
Změna fyzického vzhledu	Ochota něco nového si koupit, zkrášlit své tělo, jít do společnosti
Smyslové funkce	Okamžitá orientace a jednání

Zpracováno dle KLEVETOVÁ, D. (2008)²¹¹

Potřeba identity a uznání vlastního „já“ sebou samým i druhými – životní ztráty, nemoc i jistá sociální omezení velmi pozmění chápání vlastního životního obrazu. Může dojít ke ztrátě autonomie (omezení schopnosti být sám sebou, svobodně volit místo, čas, osoby i činnosti), ke ztrátě kontroly nad svým životem (omezení vlivu na vykonávané činnosti, snížení míry zodpovědnosti za svá rozhodnutí).²¹²

Potřeba otevřené budoucnosti – naděje, perspektiva – i senior se potřebuje na něco těšit. Často může mít obavy z budoucnosti. Je třeba, aby měl víru ve vlastní schopnosti a naději, že má někoho, kdo ho bude provázet úskalím stáří a kdo mu pomůže nést tíhu jeho současných i budoucích omezení.²¹³

13.4 Významové dimenze osobní autonomie seniorů

Autonomie je považována za významnou životní hodnotu. Tato hodnota má však zcela jiný rozměr ve stáří, kdy dochází k určité „závislosti“ seniora na svém okolí. Je nutné poznamenat, že autonomie a závislost na pomoci druhých se nevyklučují. Termín autonomie v sobě zahrnuje sebeurčení, nezávislost, svobodu a kontrolu rozhodování.

²¹¹ KLEVETOVÁ, D. a I. DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. s. 69.

²¹² tamtéž s. 69 – 70.

²¹³ tamtéž s. 71.

Sýkorová ²¹⁴ se ve svém výzkumném projektu „Senioři ve společnosti, strategie zachování osobní autonomie“ zajímala o to, jak definují samotní senioři autonomii, jak vidí sami sebe z hlediska osobní autonomie, jaký význam připisují subjektivně vnímané míře autonomie a jaké strategie používají k udržení relativní osobní autonomie.

Sýkorová ²¹⁵ uvádí, že autonomie z pohledu samotných seniorů znamená především **fyzickou soběstačnost**. Zásadní význam přitom senioři připisují zdraví. Co se týká finančních prostředků, tak ty pro ně představují kapacitu být svobodný. Velký význam také přikládají **samostatnosti v názorech, rozhodování a jednání**. Dále pak autonomii chápou jako určitou svobodu od určitých povinností a od nežádoucích sociálních kontaktů. Senioři také odmítají být „břemenem“ pro druhé. Osobní autonomií rozumějí **nebýt závislí na druhých**.

Pichaud a Thareauová ²¹⁶ definují autonomii jako **schopnost vést život podle svých vlastních pravidel**. Podle tohoto pojetí se význam slova autonomie přibližuje slovu svoboda. Být autonomní ve stáří znamená svobodně se rozhodovat o sobě a o svém způsobu života. Aby mohl být senior skutečně autonomní, měl mít schopnost sebeurčení, schopnost volby a schopnost svobodně se rozhodovat a jednat podle svých představ. K tomuto musí být však dostatečně vybaven fyzicky, rozumově a sociálně. K rozhodování o svém životě musí být senior také dostatečně motivován, aby měl potřebu své schopnosti uplatnit. K realizaci autonomie senior potřebuje také vhodné prostředí.

Pokud bychom chtěli posuzovat autonomii u seniorů, měli bychom brát v úvahu nejen jejich fyzické schopnosti, ale měli bychom se také zaměřit na vůli pečovat sám o sebe. Realizace zdraví jako fyzického a psychického potenciálu individua se děje v určitých sociálních podmínkách daných ekonomickou úrovní, společenským klimatem, způsobem života, pracovními podmínkami, kvalitou lékařské péče a přístupem k ní a k dalším důležitým zdrojům.

Jestliže mluvíme o autonomii seniorů, nelze opominout zmínku o soběstačnosti a závislosti seniorů na péči druhých lidí. **Soběstačnost** lze definovat jako schopnost postarat se adekvátním způsobem o sebe a svoji domácnost. Tvoří ji fyzická, psychická,

²¹⁴ SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie*. Praha: SLON, 2007. s. 95-96

²¹⁵ tamtéž s. 116- 117.

²¹⁶ PICHAUD, C. a I. THAREAUOVÁ. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998. s. 44 - 46.

sociální a hmotná složka. U osob vyššího věku je typické, že v některých oblastech soběstačnosti dochází k poruchám a tento jev nazýváme dysaptibilita.²¹⁷

Závislostí se označuje situace seniora, který je při výkonu běžných denních činností odkázán na pomoc druhých lidí. Člověk může být závislý na pomoci druhých, avšak jeho autonomie (vnitřní autonomie) může být přesto zachována.²¹⁸

Cestou k navrácení autonomie seniorům je kompenzace částečné nebo úplné nesoběstačnosti a nabídka spolupráce ze strany společnosti. Přínosem by mohlo být, že závislost na cizí pomoci přivádí člověka k partnerství, k interakci s okolím, a to může vést k prohloubení důvěry a zvýšení spolupráce mezi generacemi.²¹⁹

Dle Žumárové²²⁰ lze tedy říci, že autonomie pro seniory znamená řídit a organizovat vlastní aktivity bez cizí asistence, mít vlastní názory a prosazovat je. Senioři výrazně zdůrazňují sociální vztahy s užší rodinou a přáteli. Osobní autonomií rozumějí nebýt závislí na ostatních a mít k ostatním ohled (respekt k autonomii druhých). Autonomii ve stáří můžeme tedy charakterizovat jako **autonomii uvnitř sociálních vztahů**.

²¹⁷ HOLMEROVÁ, I., B. JURÁŠKOVÁ a K. ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2003.

²¹⁸ PICHAUD, C. a I. THAREAUOVÁ. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998. s. 44.

²¹⁹ SÝKOROVÁ D. a O. CHYTL. *Autonomie ve stáří*. s. 111-115.

²²⁰ ŽUMÁROVÁ, M. a J. TESKOVÁ. *Pohled sociálního pedagoga na kvalitu života seniorů. Posuzování životní situace v sociální práci*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2008. s. 296.

14. Blízké vztahy, intimita

Období stárnutí a stáří provází mnoho předsudků a mýtů. V této kapitole se autorka zabývá problematikou sexuality a intimních vztahů u seniorů.

Sexualita seniorů byla a je vnímána jako společenské tabu. Ve společnosti stále přetrvává názor, že sexuální aktivita je doménou lidí v produktivním věku. Řada lidí se domnívá, že sexuální aktivita v určitém věku skončí. I když fyzické změny způsobené stárnutím mohou ovlivňovat náruživost mužů i žen, pro mnoho seniorů zůstává sexualita důležitým a naplňujícím aspektem života. Nepochopení a dezinformace o skutečném sexuálním životě starších lidí s ohledem na jejich tělesnou kondici vyvěrá z hlubšího problému. Spočívá v rozšířených mýtech o stárnutí a věku, který přetrvává ve všeobecném povědomí. Toto povědomí stáří často přisuzuje slabost, mentální zaostalost a asexuální projevy. Někteří lidé vychází ze zažitě představy, že senioři již nemají potřeby intimity potažmo sexuality. Bohužel někdy i přátelé a děti seniorů často zastávají názor, že být starý znamená být bez sexu.²²¹

Haškovcová²²² definuje sexualitu jako kvantitu sexuální energie člověka, zatímco erotika je dle této autorky určena kvalitativně a nevyžaduje čistě genitální aktivitu, aby se mohla projevit. Pohled, gesto, dotyk, úsměv může vyzařovat více erotického tepla než koitus. Dále uvádí, že nebývá zvykem věnovat pozornost intimní sféře stárnoucího páru, že přežívá mýtus „oni už to nepotřebují“ a že „se to pro ně nehodí“. Někteří odborníci uvádějí, že spoluzestárlé i nově vzniklé páry si zachovávají sexuální aktivity až do vysokého věku, a to navzdory tomu, že „láska ve stáří má jinou formu a jiný obsah.“

Ačkoli existují důkazy pro kvalitní a živý intimní život partnerů ve vysokém věku, nesmíme zapomenout, že ne všichni senioři jsou na tom stejně. Mnohdy se objevuje ztráta sexuální apetence (např. z důvodů hormonálního poklesu, prožíváním nudy v partnerském životě, autosugesci, že sex je v tomto věku nevhodný, obav ze selhání apod.) či i přes silnou apetenci není v možnostech jedince intimní chování realizovat (nízkým prediktorem sexuálního chování je i vdovství, ztráta partnera při

²²¹ TRUHLÁŘOVÁ, Z. a D. MARKOVÁ. *Společenské mýty o sexualitě seniorů*. In Sborník referátů 15. celostátního kongresu k sexuální výchově v České republice, Pardubice, 2007. Praha: Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu v Praze a Nová tiskárna Pelhřimov, 2007.

²²² HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990. s. 104.

rozvodu, obtížné navazování nových kontaktů, ale i nesoulad partnerů v sexuálních potřebách apod.)²²³

K závažným psychosociálním změnám ovlivňujícím sexualitu ve stáří, může patřit i odchodu do důchodu. Člověk najednou ztrácí postavení ve společnosti, je postaven do pasivní role a často trpí pocity ztráty užitečnosti. Přicházejí deprese, které ovlivňují veškeré fungování člověka, s čímž souvisí i změny v sexuálním životě.²²⁴

Další změna, která může nastat u stárnoucích partnerů, je tzv. „syndrom prázdného hnízda.“ Děti odchází z domova, zakládají vlastní rodiny a partneři se nachází osamoceni. V tomto období dochází často ke zvyšování citové závislosti stárnoucích manželů, kteří znovu, ale jinak než v mládí, k sobě navzájem přilnou. Ovzduší domova se uklidní, protože ustávají hádky týkající se výchovy a života dětí. Partneři se dočkávají větší volnosti a je jim dopřáváno mnohem více času na sebe a své potřeby. S tím souvisí i možnost zlepšení jejich dosavadního sexuálního života.²²⁵

Také odchod z domácího prostředí a přestěhování se do domova pro seniory či obdobného zařízení je významnou změnou v životě seniora, ovlivňující jeho intimní život. Klesají zde možnosti seznámení se s novými partnery a často chybí dostatek soukromí. Sexuální život seniorů bývá často pro personál daného zařízení nepřijatelný. Senior je považován za asexuální bytost bez práva na plnohodnotný sexuální život. V tomto ohledu je vhodné, aby ošetrovatelský personál dokázal mluvit o sexualitě ve stáří a byl schopen řešit otázky týkající se sexuality seniorů. Tímto způsobem je naděje na zlepšení kvality seniorů v institucích.²²⁶

Sexualita ve stáří se neomezuje pouze na pohlavní styk, ale senioři dokážou svůj sexuální život prožívat mnoha jinými způsoby. Svoji sexualitu prožívají především prostřednictvím intimity, hlazením, mazlením a vzájemnou blízkostí. Sexuální projev sám o sobě je mnohem více než jen pouhý fyzický akt soulože. Zahrnuje lásku, teplo, láskyplné pocity a společný prožitek, ve kterém šedé vlasy, vrásky a jiné projevy stáří jsou zcela podřadné.²²⁷

Není snadné změnit negativní pohled na lásku a sexuální aktivitu u starších lidí, zejména tehdy, kdy tyto postoje jsou výsledkem všeobecných obav z vlastního stárnutí a smrti a dále přetrvávajících rozpaků, pokud jde o sex, který je stále považován za tabu v

²²³ MOODY, H.R. *Aging. Concepts and controversies*. Thousand Oaks: Pine Forge Press, 2002. s. 243.

²²⁴ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990. s. 89.

²²⁵ PONDĚLNÍČEK, I. *Stárnutí, osobnost a sexualita*. Praha: Avicenum, 1987.

²²⁶ VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematiké situace v péči o seniory*. Praha: GRADA, 2007. s. 57.

²²⁷ TOŠNEROVÁ, T. *Sexualita ve stáří*. [online]. [cit. 2010-08-05]. Dostupné z WWW: <http://aa.ecn.cz/img_upload/07bc9d1453b4bc61934a7ebb36075df2/SEXSTAR2.doc>

naší společnosti. Společenské mýty v oblasti sexuální aktivity seniorů výrazně ovlivňují nejen postoj k sexu a aktivnímu způsobu života samotných seniorů, ale co je ještě nebezpečnější, výrazně se promítají v přístupu k péči o seniory v zařízení sociálních služeb. Právo na intimitu a plnohodnotný život by mělo být zajištěno a garantováno u každého seniora a to, ať žije v domácí péči nebo v ústavním či zdravotnickém zařízení.²²⁸

²²⁸ TRUHLÁŘOVÁ, Z. a D. MARKOVÁ. *Společenské mýty o sexualitě seniorů*. In Sborník referátů 15. celostátního kongresu k sexuální výchově v České republice, Pardubice, 2007. Praha: Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu v Praze a Nová tiskárna Pelhřimov, 2007.

15. Senior a rodina

Ve způsobu života současného modelu rodiny se promítá mnoho změn v oblasti právní, společenské, ekonomické i kulturní. Vztahy mezi starší a mladší generací procházejí velkými změnami. Přichází krize manželství a přináší s sebou časté rozvody i změny funkcí v rodině. Rodina prochází několika životními fázemi. Autorka se zde zaměřuje na poslední fázi, a to je *fáze stáří a životního osiřeni*. Jedná se o konečnou vývojovou etapu manželství a závěru života. Člověk bilancuje a vzpomíná na prožitá období. V manželském páru se ve stáří někdy dostavuje „ponorková nemoc“. Mohou krystalizovat povahové rysy a objevují se jiné nároky na soužití.²²⁹

Matoušek²³⁰ uvádí, že muži mají kratší život. Vývoj rodiny tedy obvykle končí vdovstvím. Polovina žen v České republice žije sama. Společenská role seniorů je v současné společnosti okrajová. Naše kultura pěstuje kult dětství a mládí. I přesto se může senior uplatnit jako pomocník a partner vůči mladším generacím své rodiny.

Společné třígenerační soužití a především soužití manželských párů či jedinců střední generace s některým z jejich rodičů se vyskytuje výjimečně a není většinou pokládáno za žádoucí. Dlouhodobé stereotypy utváření rodin a dělby rolí v rodině se odrážejí v malé diferenciaci postojů týkajících se jak vztahů mezi generacemi, tak chápání úlohy rodiny v porovnání s rolí státních institucí, v zabezpečování potřeb členů rodiny. Převážně preferované oddělené bydlení jednotlivých generací nepočítá s velkou mírou závislosti nejstarších členů rodiny na pomoci dětí (příp. snach, zeťů, vnuků), ale spíše s pomocí občasnou, kterou lze poskytovat prostřednictvím docházení za rodiči. Většina dotázaných různého věku zastává názor, že staří rodiče by měli žít odděleně od dětí, ale v jejich blízkosti, aby jim děti mohly poskytovat potřebnou péči (75 % ve výzkumu *Život ve stáří 2002* a 82 % ve výzkumu *Rodina 2001*). Jen 11 % (2002) a 12 % (2001) považuje soužití obou generací v jedné domácnosti pro potřeby péče o staré rodiče za žádoucí. Dokonce 14 % seniorů (2002) a 5 % celé dospělé populace (2001) preferuje oddělené bydlení i za cenu ztráty možnosti o rodiče pečovat.²³¹

²²⁹ KLEVETOVÁ, D. a I. DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. s. 78-80.

²³⁰ MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: SLON, 1997. s. 62-63.

²³¹ KUCHAROVÁ, V., L. RABUŠIC a L. EHRENBERGEROVÁ. *Život ve stáří. Zpráva o výsledcích empirického šetření*. Praha: MPSV, 2002. s. 64 – 72.

Kuchařová ²³² ve výsledcích svého výzkumu uvádí, že starší lidé věří ve schopnost a ochotu svých dětí podpořit je ve stáří, na druhé straně se zdráhají tuto pomoc přijímat a preferují svoji nezávislost na dětech. Také si postupně zvykají na to, že pomoc mohou hledat i mimo rodinu a státní subjekty sociální pomoci, třebaže zatím vysoce převládá důvěra v pomoc rodiny. Odlišné je však očekávání toho, jaké služby a podpory ten který subjekt poskytuje nebo má poskytovat. Nezastupitelná úloha státu je spatřována v materiální či lépe řečeno finanční pomoci.

Životní etapa stáří není dle zjištění Kuchařové ²³³ obecně vnímána jako období obtížně zvladatelných životních podmínek či komplikací. Naopak v postojích převládá pozitivní přístup a optimismus. Mezi okolnostmi ovlivňujícími životní spokojenost mají relativně větší váhu nemateriální stránky života než aspekty materiální. Nemateriální stránky charakterizuje v obecné poloze pocit bezpečí a dostatku vlastních fyzických sil, zabezpečení pro případ jejich oslabení, tzn. spolehlivé sociální zázemí. Pozitivní percepce vlastního života je u mnohých aktivit a událostí v životě seniorů důležitějším faktorem jejich diferenciací než demografické a ekonomické ukazatele. V rámci hodnocení toho, jaké praktické problémy přináší vyšší věk, jsou mezilidské vztahy (jak se mění z pohledu a pozice stárnoucího člověka např. vztahy s vrstevníky a s rodinou) méně „problémové“ než změny, jež jsou důsledkem společenských, politických a technologických změn. Český senior se podle svých činností jeví jako individualista, který do velké míry preferuje individuální činnosti. Rád a poměrně často se sice setkává s blízkými, ale snaží se zůstat na rodině a komunitě co nejvíce nezávislý. ²³⁴

Významným faktorem ovlivňujícím životní postoj a aktivní přístup k životu je partnerské soužití. Proti tomu jsou vztahy s dětmi a dalšími příbuznými menší oporou např. proti osamělosti. V složité kombinaci objektivních a subjektivních determinant pocitů osamělosti hrají rozhodující roli zdravotní a rodinný stav. K nim se jako komplexní faktor připojuje celkový styl života. Kvalita života ve stáří je v širokém slova smyslu podmíněna tím, nakolik a jak se na něj člověk připravoval. Toto široké chápání zahrnuje jak např. dosažené vzdělání, tak na druhé straně konkrétní spořicí strategie či pěstování nepracovních aktivit, kterým se lze ve stáří věnovat. ²³⁵

²³² KUCHAŘOVÁ, V., L. RABUŠIC, L a L. EHRENBERGEROVÁ. *Život ve stáří. Zpráva o výsledcích empirického šetření*. Praha: MPSV, 2002. s. 87.

²³³ tamtéž s. 85 – 87

²³⁴ tamtéž s. 86 – 87.

²³⁵ tamtéž s. 87.

Vidovičová a Rabušic²³⁶ poukazují na silně paternalistickou tendenci české populace v péči o seniory, která předpokládá její hlavní garanci státem. V jejich výzkumu však vystupují senioři jako lidé, kteří nepřenášejí odpovědnost za kvalitní stáří na profesionály, dokonce ani na rodinu. Senioři zde však zdůrazňují svoji osobní nezávislost, samostatnost a odpovědnost. Pomoc druhých připouštějí „až v případě nezbytnosti“.

Na základě zkušeností a poznatků z minulosti je však za optimální způsob péče o seniory stále považována možnost setrvání seniora co nejdéle v domácím prostředí za současné podpory a péče jeho rodiny. Rodinné zázemí je jednou z nejdůležitějších sociálních jistot člověka ve stáří. Avšak pečování, hlavně je-li dlouhodobé a fyzicky i psychicky náročné, představuje pro rodinného příslušníka vysokou zátěž. Proto pečující rodiny potřebují odbornou pomoc institucí, a to ve formě podpory a pomoci morální, legislativní i ekonomické.²³⁷

Rodina představuje pro každého člověka bez rozdílu věku zázemí a jistotu. Ve stáří pak dobře fungující rodina znamená v případě nesoběstačnosti seniora záruku pomoci psychické, fyzické i hmotné. Rodina navíc rozvíjí aktivity ve stáří a je výrazným referenčním rámcem života starších lidí. Senioři proto velmi oceňují dobře fungující vztahy v rodině a zázemí. Soužití se seniory navíc obohacuje náš život, zprostředkovává mladším generacím nezažité zkušenosti a napomáhá vytvářet sociální rovnováhu mezi generacemi.²³⁸

²³⁶ VIDOVIČOVÁ, L. a L. RABUŠIC. *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí z pohledu české veřejnosti*. Zpráva z empirického výzkumu. Praha: VÚPSV, 2003. s. 67.

²³⁷ JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006. s. 41-43.

²³⁸ VOHRALÍKOVÁ, L. a L. RABUŠIC. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Praha: VÚPSV, 2004.

16. Současný systém zdravotní a sociální péče o seniory v ČR

V české společnosti se model poskytování péče nesoběstačným členům rodiny opírá o tradiční pojetí, které předpokládá, že za zajištění potřeb těchto osob je primárně odpovědná rodina, přičemž formální, resp. státní služby bývají využívány až v situaci, kde neformální poskytovatelé chybí či péči nezvládají.²³⁹

Z tohoto důvodu je velmi důležité utvářet dostatečnou nabídku služeb, které mohou rodinu doplnit či dočasně, v případě potřeby, nahradit a podporovat tak život seniora v jeho přirozeném prostředí, kde bude kladen důraz na jeho individuální potřeby. Služby pobytových zařízení mohou využít senioři, kteří jsou natolik nesoběstační, že nemohou žít ve svém původním, přirozeném prostředí a péče ze strany jejich rodinných příslušníků je nedostatečná či úplně chybí.²⁴⁰

Zdravotní a sociální péči o seniory není možné od sebe oddělovat. Pro přehlednost je v dalších kapitolách uvedena zdravotní a sociální péče o seniory v samostatných podkapitolách, i když v praxi jsou často zdravotní problémy doprovázeny sociálními a naopak.

16.1 Zdravotní péče o seniory

Základem je primární péče, kterou poskytuje praktický lékař pro dospělé. Praktický lékař ve své práci uplatňuje primární, sekundární i terciální prevenci. V péči o seniory by měl spolupracovat jak s rodinou, tak s ostatními složkami primární péče např. s domácí ošetrovatelskou péčí, pečovatelskou službou a jinými neziskovými organizacemi. Domácí ošetrovatelská péče je poskytována na doporučení praktického lékaře a je hrazena z prostředků zdravotního pojištění. Tato péče je zajištěna různými agenturami, státními, městskými, charitativními či soukromými. Pro domácí péči je nezbytné, aby klinický stav seniora byl stabilizovaný, aby domácí prostředí umožňovalo poskytovat péči, která předpokládá během dne i zapojení rodiny nebo jiného laického pečovatele. K typickým úkolům domácí péče (home care) patří ošetřování chronických ran, aplikace inzulínu, poskytování fyzioterapie a poradenství o kompenzačních

²³⁹ SVOBODOVÁ, K. *Genderové aspekty stárnutí: rodina a péče o seniory*. [online]. [cit. 2010-08-10]. Dostupné z WWW: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=340&PHPSESSID=f3c05ed07d6861ce57ba669833218285

²⁴⁰ NEŠPOROVÁ, O., K. SVOBODOVÁ a L. VIDOVIČOVÁ. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha: VÚPSV, 2008. s. 20.

pomůckách. Pro rodiny je významná možnost půjčování ošetrovatelských, rehabilitačních a kompenzačních pomůcek včetně polohovacích lůžek. V případě potřeby poskytují zdravotní péči ambulantní specialisté především u oborů vnitřního lékařství, urologie, neurologie, oční, stomatologie, gynekologie, ortopedie aj.²⁴¹

16.2 Sociální péče o seniory

V širším pojetí jsou sociální služby poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života nebo je v maximální možné míře do společnosti začlenit. Sociální služby zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu.²⁴² Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při prosazování práv a zájmů. Cílem služeb bývá mimo jiné podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu. Snížení sociálních a zdravotních rizik souvisejících se způsobem života uživatelů. Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů.²⁴³

Sociální služby v užším pojetí jsou v České republice součástí státního systému sociálního zabezpečení. Druhy sociálních služeb legislativně definuje **zákon o sociálních službách 108/2006 Sb.** a rozděluje je na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Tyto služby si jejich uživatel (nebo příjemce) může na základě přiznaného příspěvku na péči nakupovat, resp. si je může objednat u organizace poskytující sociální služby a za poskytnuté služby dle dohody zaplatit (některé služby jsou zdarma). Sociální služby poskytují organizace nebo jednotlivci, kteří mají k této

²⁴¹ ZAVÁZALOVÁ, H., K. ZIKMUNDOVÁ a V. ZAREMBA. Terénní zdravotnické a sociální služby pro seniory. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. s. 467- 471.

²⁴² MATOUŠEK, O. a K. KOLDINSKÁ. *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. s. 9-15.

²⁴³ MPSV. [online]. [cit. 2010-09-20]. Sociální služby. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/9>

činnosti oprávnění. Maximální ceny za služby jsou stanoveny prováděcí vyhláškou k zákonu o sociálních službách.

Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.²⁴⁴

Formy poskytování sociálních služeb lze rozdělit na služby **pobytové**, **ambulantní** nebo **terénní**. Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování. Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.²⁴⁵

Pokud dojde u seniora ke zhoršení zdravotního stavu a ke ztrátě soběstačnosti, potřebuje zajistit dlouhodobou péči, a to může v rodině časem vyvolat krizi. V některých případech lze tyto situace řešit pomocí terénních sociálních služeb, jindy je nutná institucionální forma péče. Výběr konkrétní služby či formy péče je daný mírou závislosti, resp. mírou soběstačnosti seniora a na jeho aktuálním zdravotním stavu.²⁴⁶

Kubalčíková²⁴⁷ se domnívá, že setrvání seniora trvale závislého na pomoci druhé osoby v přirozeném prostředí je podmíněno dobře fungujícími sociálními službami. Služby tohoto typu může senior přijímat ve vlastní domácnosti, tzv. „terénní služby“, typu pečovatelská služba. Mají největší potenciál nabízet komplexní pomoc, avšak dostatečně strukturovanou podle aktuální situace klienta a zároveň jsou časově flexibilní.

²⁴⁴ *Sbírka zákonů*. [online]. [cit. 2010-12-26]. Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách. § 2. Dostupné z WWW: <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?typ=r&zdroj=sb06108&cd=76>

²⁴⁵ *Sbírka zákonů*. [online]. [cit. 2010-12-26]. Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách. Dostupné z WWW: <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?typ=r&zdroj=sb06108&cd=76>

²⁴⁶ BAYEROVÁ, M. Kvalita života seniorov v ústavnom zariadení - kvalitou sociálnej práce. In „Kvalita života a rovnosť príležitostí – z aspektu vzdelávania dospelých a sociálnej práce“ Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2005. s. 266.

²⁴⁷ KUBALČÍKOVÁ, K. *Expertíza pro cílovou skupinu „senioři“*. Brno: VÚPSV, 2006. Podkladový materiál pro proces komunitního plánování sociálních služeb ve městě Brně. s. 15.

Pečovateľská služba je jednou z nejrozšírenejších terénnych služieb. Je poskytovaná seniorom a ťažko zdravotne postiheným občanom, ktorí si z dôvodu zdravotného stavu, vysokého veku alebo ztráty sobeštacnosti nejsou schopni obstarat nutné práce v domácnosti a další životní potřeby nebo kteří pro nepříznivý zdravotní stav potřebují ošetření jinou osobou nebo jinou osobní péči, kterou jim nemohou poskytnout rodinní příslušníci. Hlavním cílem pečovatelských služeb je zajistit zejména základní životní potřeby klientů, podporovat samostatný a nezávislý život v domácnostech, zachovat kontakt se sociálním prostředím a oddálit nutnost umístění do ústavní péče.²⁴⁸

Zákon o sociálních službách také vymezuje zařízení sociálních služeb. Autorka této disertační práce zde uvádí pouze ta zařízení, která se zaměřují na seniory. Jedná se především o **centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem**. V tomto zákoně jsou definovány také základní činnosti, které ke každé sociální službě náležejí.

Centra denních služeb poskytují různé druhy aktivizačních programů. Některá z těchto center jsou schopna zajistit dovoz i rozvoz uživatelů služby. Cílem další služby je umožnit fyzické osobě, která pečuje o seniora v jeho přirozeném sociálním prostředí, nezbytný odpočinek. Jedná se o tzv. **odlehčovací službu**, která může být terénní, ambulantní nebo pobytová.²⁴⁹

Ve své publikaci Matoušek²⁵⁰ uvádí, že v systému sociálních služeb pro seniory chybí depistáž, tj. cílené vyhledávání seniorů, kterým hrozí sociální vyloučení. Chybí také terénní služby zaměřené na problematiku týrání, zanedbávání a špatného zacházení se seniory.

V celém systému sociálních služeb má specifické postavení **sociální poradenství**. **Základní sociální poradenství** je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb. Poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit.²⁵¹ Jedná se o bezplatné předání informací o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení a na základní sociální poradenství má nárok

²⁴⁸ NEŠPOROVÁ, O., K. SVOBODOVÁ a L. VIDOVIČOVÁ. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha: VÚPSV, 2008. s. 20-22.

²⁴⁹ MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2007. s. 89-92.

²⁵⁰ tamtéž. s. 92

²⁵¹ *Sbírka zákonů*. [online]. [cit. 2010-12-26]. Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách. §37 Dostupné z WWW: <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?typ=r&zdroj=sb06108&cd=76>

každá osoba.²⁵²

Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob např. v občanských poradnách, poradnách pro seniory, pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí a zahrnuje také sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností.²⁵³

V systému sociálních služeb dochází k transformaci celé sociální oblasti a odpovědnost za sociální služby se přenáší z pozice státu na jednotlivce, obce/komunity, kraje, občanské společnosti a stát. Povinnosti a svůj díl odpovědnosti u všech uvedených účastníků, můžeme najít v tzv. Bílé knize sociálních služeb.²⁵⁴

16.3 Pobytová zařízení pro seniory

Kombinace pečovatelské služby a pobytového zařízení je zajišťována v **domech s pečovatelskou službou**. Jejich zřizováním se racionalizuje poskytování pečovatelské služby soustředěním příjemců v jednom místě a současně se řeší často nevyhovující bydlení seniorů či těžce zdravotně postižených osob. Výhodou tohoto soustředění příjemců péče v domech s pečovatelskou službou je přítomnost pečovatelky po celou její pracovní dobu, zpravidla v pracovních dnech.²⁵⁵

Typickým pobytovým zařízením pro seniory jsou **domovy pro seniory**. Zde se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Dalším zařízením pro seniory mohou být **domovy se zvláštním režimem**. V těchto domovech se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. **Domovy pro osoby se zdravotním**

²⁵² KRÁLOVÁ, J. a E. RÁŽOVÁ. *Sociální služby a příspěvek na péči 2009/2010*. 3. vyd. Ostrava: ANAG, 2009.

²⁵³ KOLEKTIV AUTORŮ. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: APSS, 2011. s. 247.

²⁵⁴ MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. s. 30-31.

²⁵⁵ KRÁLOVÁ, J. a E. RÁŽOVÁ. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. Olomouc: ANAG, 2005.

postížením poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.²⁵⁶ V rámci jednoho zařízení si může poskytovatel zaregistrovat více druhů sociálních služeb.

Další službu, která je zaměřena na seniory definuje zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v § 52, a to **Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče**. Ve zdravotnických zařízeních ústavní péče se poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb.²⁵⁷

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách nabyl účinnosti 1. ledna 2007 a vytváří právní rámec pro velké množství vztahů mezi institucemi poskytujícími sociální služby a lidmi, kteří potřebují podporu a pomoc a ocitli se v nepříznivé sociální situaci. Hlavním posláním tohoto zákona je chránit práva a oprávněné zájmy lidí, kteří jsou oslabeni v jejich prosazování, a to z různých důvodů jako je věk, zdravotní postižení, nedostatečně podnětné sociální prostředí, krizová životní situace a mnoho dalších příčin. V zákoně je také upravena oblast týkající se podmínek výkonu sociální práce, a to ve všech společenských systémech, kde působí sociální pracovníci. Můžeme zde také najít legislativní rámec pro příspěvek na péči (dále jen PnP). Jsou zde řešeny podmínky nároku na přiznání PnP, pravidla posuzování přiznání PnP, vznik nároku na PnP a jeho výplata, výše PnP apod.²⁵⁸

V konceptu legislativních změn, které přinesl zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, se mění i role sociálního pracovníka. V tomto zákoně můžeme najít předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka (§109, §110), odbornou způsobilost i podmínky pro další vzdělávání sociálních pracovníků (§111). Velký důraz je kladen **na individuální potřeby klienta a zachování lidských práv**. V konceptu

²⁵⁶ *Sbírka zákonů*. [online]. [cit. 2010-12-26]. Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách. § 50, §48, §49 Dostupné z WWW: <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?typ=r&zdroj=sb06108&cd=76>

²⁵⁷ *Sbírka zákonů*. [online]. [cit. 2010-12-26]. Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách. §52 Dostupné z WWW: <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?typ=r&zdroj=sb06108&cd=76>

²⁵⁸ *MPSV. Sociální služby*. [online]. [cit. 2010-12-26]. Otázky a odpovědi k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a k zákonu č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách. Dostupné z WWW: http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky_odpovedi_22-rev2.pdf

tohoto zákona se mění i role sociálního pracovníka a ten se stává pro klienta partnerem, průvodcem, učitelem či zprostředkovatelem. Klient přebírá odpovědnost sám za sebe a sociální pracovník již není hlavním aktérem, jak tomu často bylo u administrativního pojetí sociální práce.²⁵⁹

²⁵⁹ HOLLSTEIN-BRINKMANN, H. *Sociálna práca a systémové teórie*. Trnava: Slovak Academic Press, 2001.

17. Teorie a metody sociální práce jako způsob detekce bio-psycho-sociálních a spirituálních determinant ovlivňujících kvalitu života seniorů

Teoretické zázemí je jedním ze zdrojů profesionální identity sociálních pracovníků. Užívání teorie usnadňuje praxi, protože specifikuje, co se má dělat a proč. Navrátil²⁶⁰ uvádí, že profesionální výkon sociálního pracovníka lze chápat jako využití vědomostí a aplikaci teorie při dosahování požadovaných změn na straně klienta v jeho sociálním prostředí. V sociální práci se běžně setkáváme s využitím teorií z jiného oboru a v jejich přímé adaptaci pro řešení problémů klienta. V sociální práci dochází (jak na teoretické, tak i na praktické úrovni) k dotváření teorií, a to tak, aby umožňovaly vnímat člověka jako celistvou bytost v prostředí, ve kterém se nachází.

Mühlpachr²⁶¹ konstatuje, že za metodu v obecném významu lze považovat způsob, jak dosáhnout předem stanoveného cíle, a to prostřednictvím plánované činnosti. Metody sociální práce je možné klasifikovat z hlediska jejich zaměření, a to na **sociální práci s jednotlivcem** (případová sociální práce, individuální sociální práce), **sociální práce se skupinou** (např. rodina), **sociální práce s komunitou** (lokální společenství, ústavní péče apod.).

Smyslem následující kapitoly je seznámit čtenáře s obecnými principy sociálně ekologického přístupu. Tento model autorka vybrala z množství teorií používaných v sociální práci právě proto, že klade důraz na vzájemnou propojenost a provázanost člověka a prostředí, ve kterém žije. Zkoumání kvality života seniorů v domovech pro seniory umožňuje využití tohoto modelu v praktickém životě a je základem pro vyhodnocení dat této disertační práce.

17.1 Sociálně ekologický přístup

V 60. letech 20. století vzrůstá zájem o ekologické koncepty a jejich možnou aplikaci v pomáhajících profesích. Mezi významné práce, které ovlivnily rozvoj ekologické perspektivy v sociální práci, patří texty Bartlettové (1970) a Gorgona (1969). Tak jako se ekologie věnuje otázkám interakce organismů a jejich prostředí, Gordon soustředil svoji pozornost na sociální systémy a jejich interakci se sociálním prostředím. Vlastní ekologickou perspektivu jako model individuální sociální práce představil Carel

²⁶⁰ NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, 2001. s. 25.

²⁶¹ MÜHLPACHR, P. *Sociální práce jako životní pomoc*. Brno: Masarykova univerzita, 2006. s. 10-11.

Germain (1973). Vystoupil s kritikou dosavadního vývoje sociální práce a poukázal na skutečnost, že sociální práce ztratila ze zřetele širší sociální prostředí. Ekologické koncepty umožnily sociálním pracovníkům i jejich klientům držet souběžnou pozornost **na člověka, na prostředí a také na jejich vzájemný vztah**. Tuto tri-dimenzionální optiku ekologické perspektivy je možné i v současné době považovat za její velkou přednost.²⁶²

Dalším autorem, který rozpracoval sociálně ekologický model, je americký psycholog Urie Bronfenbrenner. Uvádí, že sociální systémy můžeme vidět jako soustředné kruhy, obklopující každého jedince a ovlivňují jeho život i sebe navzájem. Bronfenbrenner rozlišuje pět základních systémů.

Mikrosystém – tvoří nejbližší sociální okolí člověka, sociální skupiny, jejichž je člověk členem a jsou pro něj důležité, jeho rodina, přátelé.

Mezosystém – zahrnuje vztahy mezi jednotlivými mikrosystémy, např. vztahy mezi rodinou a vrstevníky apod.

Exosystém – je systém, ve kterém již není jedinec aktivním účastníkem, nicméně dění v něm a změny bezprostředně ovlivňují jeho život.

Makrosystém – tvoří rámec života člověka jako člena společnosti, zahrnuje etické, kulturní, náboženské a další normy dané společností.

Chronosystém – zachycuje změny probíhající v čase z pohledu jedince i jeho prostředí, případně zásadní momenty v životě člověka.²⁶³

V ekologické perspektivě se vychází z předpokladu, že pro přežití organismu (subsystému) i prostředí (makrosystému) je nezbytná interakce a jejich vzájemná provázanost. Jakákoliv změna v jednom z nich může mít jak pozitivní, tak negativní důsledky na druhý z nich. Jestliže pracuje sociální pracovník přímo s jednotlivcem nebo s institucí, musí si být vědom jejich vzájemného vlivu a závislosti, musí si všimnout klienta i jeho prostředí.²⁶⁴

Mezi základní přístupy ekologické teorie je možné řadit tzv. **Life Model** sociální práce, který popisují autorky Germaniová a Gittermanová. Uvádí, že každý člověk se musí nepřetržitě adaptovat na změny vyvolané jeho okolním prostředím. Současně prostředí sám pozměňuje. Tento proces se nazývá vzájemná přizpůsobivost (reciprocal

²⁶² NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, 2001. s. 151-152.

²⁶³ BRONFENBRENNER, U. *Ecological Theory – Sociocultural View of Development*. Emory University, Division of Educational Studies Atlanta. [online]. [cit. 2010-12-10]. Dostupné z: <http://www.des.emory.edu/mfp/302/202bron.pdf>

²⁶⁴ NAVRÁTIL, P. a kol. *Romové v české společnosti*. Praha: Portál, 2003. s. 40-43.

adaptation). Sociální problémy vznikají na základě následujících faktorů. Jde o **životní změny** (life transitions) – změny v rolích a statutu, změny struktury života, **napětí z okolního prostředí** (environmental pressures) – tvrdé a necitlivé podmínky prostředí, **mezilidské vztahy** (interpersonal processes) – protichůdná očekávání.²⁶⁵

Tento model je koncipován s ohledem na životní procesy a orientuje se na **silné stránky lidí** a jejich vrozenou touhu po zdraví. Dále pak na **modifikaci prostředí** s ohledem na lidské potřeby. V neposlední řadě pak na **zlepšování vztahu člověk a prostředí**. V tomto modelu je také věnována značná pozornost otázkám zmocňování klienta a otázkám vztahu sociálního pracovníka ke klientovi. Tento vztah má být budován na principu partnerství a klienti jsou považováni za experty na vlastní život.²⁶⁶

Hodnoty v ekologické perspektivě vycházejí z přesvědčení o hodnotě každé lidské bytosti a z uznání potřeby rozvoje ohleduplné společnosti. Tato dvě hodnotová východiska zdůrazňují člověka i jeho prostředí a jejich vzájemnou vazbu, jsou provázané a nemohou být vnímány nezávisle. Podle McMahanové²⁶⁷ by měli být sociální pracovníci uplatňující ekologickou perspektivu, trénováni v širokém množství dovedností. Z tabulky č. 6 vyplývá, že spektrum dovedností sociálních pracovníků odpovídá zaměření na systém klienta, prostředí a jejich vztah.

²⁶⁵ PAYNE, M. *Modern Social Work Theory*. New York: PALGRAVE, 1997, second edition. s. 143-146.

²⁶⁶ NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, 2001. s. 158.

²⁶⁷ McMAHON, M. O'NEIL. *General Method of Social Work Practice, The: A Generalist Perspective*. Boston: Allyn & Bacon, 1996.

Tabulka č. 6: Dovednosti v ekologické perspektivě

EKOLOGICKÁ PERSPEKTIVA		
ČLOVĚK	V	PROSTŘEDÍ
<p><i>Dovednosti pro práci s jednotlivcem:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • tvorba vztahu • naslouchání • vedení rozhovoru • parafrázování • vyjasňování • konfrontace • odkazování • zrcadlení pocitů 	<p><i>Všeobecné dovednosti:</i></p> <p>Řešení problémů:</p> <ul style="list-style-type: none"> • identifikace problému • sběr informací • analýza/reflexe • určení priorit • definice cílů, plánování • evaluace • zakončení <p><i>Profesionální dovednosti:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • vedení záznamů • časový management • profesionální projev • týmová spolupráce 	<p><i>Dovednosti pro práci na úrovni prostředí:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • poskytování důkazů • vyjednávání • organizování • publikování • iniciace legislativní změny
SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK		

Zpracováno dle: Navrátil, 2003.²⁶⁸

²⁶⁸ NAVRÁTIL, P. a kol. *Romové v české společnosti*. Praha: Portál, 2003. s. 48.

18. Role sociálního pracovníka v péči o seniory

Při práci se seniory je důležitá činnost multidisciplinárního týmu, který se může skládat z mnoha profesí, a to např. ze zdravotníků, pedagogických pracovníků, sociálních pracovníků, duchovních a dalších odborníků. V této kapitole se autorka zaměřuje na roli sociálního pracovníka a zdůrazňuje proměny, kterými tato profese v posledních letech prochází.

V souvislosti s přijetím zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách se změnila požadavky na vzdělání a změnila se i samotná náplň práce. Sociální pracovníci se v dobách nedávno minulých zabývali především finančními problémy uživatelů, např. výplatou důchodů, vyřizování příspěvku na péči, agendou depozitních účtů apod. Postupně se však úloha sociálních pracovníků rozšiřuje do oblasti individuální práce s uživateli, individuálního plánování a aplikace různých druhů terapií (např. reminiscence, trénování paměti, muzikoterapie, arteterapie atd.). Sociální pracovníci jsou více v kontaktu nejen se samotným uživatelem, ale i s jeho rodinnými příslušníky, koordinují práci dobrovolníků, metodicky vedou a proškolují pracovníky v přímé oblužné péči a mnohdy vedou i praxe studentů.²⁶⁹

Mühlpachr²⁷⁰ se domnívá, že v péči o seniory se uplatňuje sociální práce včasnou preventivní pomocí a dále pak ve specifických životních situacích, např. různé stupně sociální izolace. Sociální pracovník musí vycházet ze sociální situace seniora dané věkem. Tato situace může být charakterizována **postupně vznikající nesoběstačností**, která způsobuje závislost na pomoci druhé osoby. **Úbytkem fyzických a psychických sil**, který je příčinou zranitelnosti a trvalou **poruchou rovnováhy všech složek osobnosti**, což může způsobit vznik dezintegrace a maladaptace. Individuální práce se seniorem by měla být zaměřena na posilování samostatnosti a povzbuzování jeho aktivit. Sociální pracovník poskytuje základní či odborné sociální poradenství a pomáhá řešit generační rozpory plynoucí z neschopnosti členů rodiny vhodně komunikovat s měnící se osobností starého člověka.

Hrozenská²⁷¹ nám nabízí jiný pohled na sociální práci v pobytových zařízeních sociálních služeb. Uvádí, že ji můžeme chápat jako odbornou činnost, která je zaměřená

²⁶⁹ PAPEŽOVÁ, E. Odvrácená tvář sociální práce. Proměny práce sociálních pracovníků v pobytových sociálních službách pro seniory. *Sociální práce/Sociální práce*. Brno: ASVSP, 2/2010. s. 46.

²⁷⁰ MÜHLPACHR, P. *Sociální práce jako životní pomoc*. Brno: Masarykova univerzita, 2006. s. 12-13.

²⁷¹ HROZENSKÁ, M. *Sociální práce so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta, 2008. s. 74-75.

na psychosociální pomoc a sociálně výchovné působení zaměřené na staršího člověka. Mezi základní úkoly sociálního pracovníka působícího v domově pro seniory je možné řadit následující úkony: ulehčovat adaptaci seniora na nové institucionální prostředí, uskutečňovat sociálně-poradenskou práci, zabezpečovat seniorům sociálně právní ochranu a psychosociální oporu, zprostředkovávat seniorům kontakty s jeho rodinou i se společenským prostředím, zajišťovat sociálně terapeutické činnosti a pomáhat při uplatňování práv, oprávněných zájmů či při obstarávání osobních záležitostí.

Sociální práce se nedá redukovat pouze na administraci a sociálně právní kompetence. K profesní identitě sociálního pracovníka náleží práce zaměřená na vztahy a psychosociální kompetence. K této sociální práci patří i práce s životními ztrátami, které vyžadují odbornou sociální podporu. Je proto velmi důležité, aby k profesní výbavě sociálních pracovníků patřily i určité osobnostní předpoklady jako je vřelost, soucit, empatie, trpělivost a umění naslouchat.²⁷²

Sociální pracovník „pracuje“ s lidským vztahem jako s bazálním pojmem a je pro něj součástí profese. Slovo a rozhovor jsou jeho základní nástroje a můžeme je považovat za odborné výkony. Kredátus²⁷³ uvádí, že sociální pracovník by měl být veden ve vztahu ke klientům nejen k altruismu, ale i ke zdravému egoismu v zájmu ochrany svého zdraví a duševní i tělesné pohody. Domnívá se, že k základním biologickým, psychologickým a sociálním znakům kvality života patří fyzická a psychická nezávislost a výkonnost v každodenním životě. Mezi tyto znaky je možné zařadit také nepřítomnost závažnějších fyzických a psychických těžkostí, schopnost zvládat stavy nepohody, řešit zátěžové životní situace a radost ze života. Sociální pracovníci v pomáhajících profesích, často nepoznají zpětnou vazbu a tak neprožívají pocit úspěchu z výkonu, popř. nevidí efekt u klienta. Mnohým může chybět sebeuvědomění nebo je jeho úroveň nízká a nízká je pak i úroveň seberealizace. Může tak dojít k syndromu vyhoření. Tyto skutečnosti je nutné znát a předcházet jim účinnými a osvědčenými prostředky, které však mohou být u každého člověka jiné. Každý sociální pracovník by měl dbát o svoji duševní hygienu a chránit tak sám sebe, aby mohl být prospěšný druhým.

²⁷² DVOŘÁČKOVÁ, D. Role sociálního pracovníka v procesu doprovázení je nezastupitelná. *Sociální práce/Sociálna práca*. Brno: ASVSP, 2/2010. s. 16-17.

²⁷³ KREDÁTUS, J. Pomáhame iným. Dokážeme pomôcť sami sebe? In „Kvalita života a rovnosť príležitostí – z aspektu vzdelávania dospelých a sociálnej práce“ Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2005. s. 55-56.

VÝZKUMNÁ ČÁST

Samotnému výzkumu předcházelo dlouhodobé studium a zpracování rozsáhlé odborné literatury k tématu kvalita života se zaměřením na cílovou skupinu – senioři. Časový harmonogram výzkumného šetření je uveden v samostatné kapitole. Níže autorka uvádí cíle práce, hypotézy a výzkumné otázky.

19. Cíl práce

Hlavním cílem práce je zjistit úroveň kvality života seniorů žijících v domovech pro seniory, posoudit kvalitu života v různých životních doménách z hlediska jejich významu pro celkovou spokojenost s kvalitou života.

Dále si autorka stanovila tři dílčí cíle, a to zjistit, do jaké míry jsou senioři žijící v domovech pro seniory celkově spokojeni s kvalitou svého života, se svým zdravotním stavem a s kvalitou života v jednotlivých životních doménách.

Dalším dílčím cílem je provést analýzu bio-psycho-sociálních a spirituálních faktorů, ovlivňujících kvalitu života seniorů žijících v domovech pro seniory.

Posledním dílčím cílem je porovnat kvalitu života a její determinanty u seniorů v domovech pro seniory a u seniorů žijících v domácím prostředí.

20. Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka (HVO):

1. Jaká je úroveň kvality života seniorů žijících v domovech pro seniory?

Dílčí výzkumná otázka (DVO):

1. Které faktory významně ovlivňují kvalitu života seniorů v domovech pro seniory?
2. Které faktory významně ovlivňují jejich spokojenost se zdravím?
3. Existuje průkazný vztah mezi celkovým hodnocením kvality života a spokojeností se zdravím?
4. Liší se úroveň kvality života a spokojenosti se zdravím u seniorů žijících v domovech pro seniory a domácím prostředí?
5. Liší se determinanty kvality života a spokojenosti se zdravím u seniorů žijících v domovech pro seniory a domácím prostředí?

21. Hypotézy

H1. Mezi respondenty žijícími v domácím prostředí a v domově pro seniory existují průkazné rozdíly v hodnocení celkové úrovně kvality života a jejích jednotlivých aspektů.

H2. Mezi muži a ženami existují průkazné rozdíly v hodnocení celkové úrovně kvality života a jejích jednotlivých aspektů.

H3. Celkové hodnocení kvality života respondentů i hodnocení jejích jednotlivých aspektů se průkazně liší v závislosti na věku respondentů.

H4. Celkové hodnocení kvality života respondentů i hodnocení jejích jednotlivých aspektů se průkazně liší v závislosti na rodinném stavu respondentů.

H5. Celkové hodnocení kvality života respondentů i hodnocení jejích jednotlivých aspektů se průkazně liší v závislosti na dosaženém vzdělání.

H6. Celkové hodnocení kvality života respondentů i hodnocení jejích jednotlivých aspektů se průkazně liší v závislosti na délce pobytu v domově pro seniory.

H7. Celkové hodnocení kvality života respondentů i hodnocení jejích jednotlivých aspektů se průkazně liší v závislosti na stupni příspěvku na péči respondentů.

22. Metodika

22.1 Použitý výzkumný postup

K dosažení výzkumného záměru byla využita kvantitativní výzkumná strategie – dotazníkové šetření. Jako instrument pro získání potřebných dat byla zvolena kombinace dotazníků, vyvinutých Světovou zdravotnickou organizací (WHO) pro výzkum kvality života seniorů. Jedná se o standardizované české verze tří mezinárodně využívaných dotazníků: WHOQOL – OLD, WHOQOL – BREF a Dotazník postojů ke stáří a stárnutí – AAQ (viz příloha č. 3).

Součástí šetření bylo zjišťování základních demografických a identifikačních údajů. Jednalo se o věk, pohlaví, rodinný stav, zda mají respondenti děti, vzdělání, délka pobytu v domově pro seniory, přiznání a stupeň příspěvku na péči.

22.2 Použité výzkumné metody

V rámci výzkumného šetření byly použity následující metody sběru dat:

- metoda dotazování, technika standardizovaný dotazník WHO v české verzi **WHOQOL – OLD**
- metoda dotazování, technika standardizovaný dotazník WHO v české verzi **WHOQOL – BREF**
- metoda dotazování, technika standardizovaný dotazník WHO v české verzi **dotazník postojů ke stáří a stárnutí – AAQ**

22.2.1 Popis instrumentů pro měření kvality života WHOQOL – BREF, WHOQOL – OLD, AAQ

V této kapitole je uveden popis třech instrumentů pro měření kvality života, které jsou použity ve výzkumném projektu v souvislosti s touto disertační prací. Byla zvolena kombinace dotazníků, vyvinutých Světovou zdravotnickou organizací (WHO) pro výzkum kvality života seniorů. Jedná se o standardizované české verze tří mezinárodně využívaných dotazníků: WHOQOL – OLD, WHOQOL – BREF a Dotazník postojů ke stáří a stárnutí – AAQ.

Podnět k vytvoření nového mezinárodního dotazníku pro měření kvality života dala v roce 1991 Světová zdravotnická organizace. Instrument s názvem WHOQOL (World Health Organization Quality of Life Assessment) měl překonat a rozšířit dosavadní pojetí kvality života, jež bylo chápáno jako subjektivní hodnocení zdravotního stavu a každodenních činností, jak jej představuje např. SF-36. Tento nový nástroj měl naplnit čtyři principy, a to **komplexnost** vyplývající z definice zdraví WHO, **subjektivnost** ve smyslu podchycení vlastního pohledu respondenta, zahrnutí **subjektivní důležitosti** jednotlivých aspektů života pro respondenta a **kulturní relevanci** ve smyslu použitelnosti tohoto instrumentu v různém jazykovém a kulturním prostředí.²⁷⁴

Pracovní skupina WHOQOL tvořená zástupci 15 výzkumných center z celého světa vytvořila instrument, který se skládá ze šesti oblastí. **Fyzické zdraví, prožívání, nezávislost, mezilidské vztahy, prostředí a spiritualita.** Tyto oblasti se dále člení na 24 podoblastí. Dotazník má celkem 100 položek a označuje se zkratkou WHOQOL-100.²⁷⁵ Pro potřeby klinické praxe byla vytvořena zkrácená verze **WHOQOL-BREF**, která obsahuje 26 položek sdružených do 4 oblastí a je v současnosti k dispozici v 50 jazykových verzích.²⁷⁶

Českou verzi níže uvedených dotazníků vytvořil kolektiv pracovníků Psychiatrického centra v Praze, které je českým centrem odpovědným za vývoj českých verzí instrumentů WHOQOL, pod vedením Evy Dragomirecké. Zájemci o použití dotazníků WHOQOL by se měli zaregistrovat v českém WHOQOL centru. Po vyplnění registračního formuláře obdrží elektronickou verzi požadovaných dotazníků. Uživatelé těchto instrumentů nejsou oprávněni k tomu, aby v nich prováděli jakékoliv změny.²⁷⁷

²⁷⁴ DRAGOMIRECKÁ, E. a J. PRAJSOVÁ. 2009. *WHOQOL – OLD Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku.* Praha: Psychiatrické centrum, 2009. s. 11.

²⁷⁵ WHOQOL Group. *The Development of the WHO Quality of Life Assessment Instrument.* Orley J., Kuyken W. *Quality of Life Assessment: International Perspectives.* Berlin: Springer - Verlag, 1994. s. 41-60.

²⁷⁶ DRAGOMIRECKÁ, E. a J. PRAJSOVÁ. 2009. *WHOQOL – OLD, Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku.* Praha: Psychiatrické centrum, 2009. s. 11.

²⁷⁷ DRAGOMIRECKÁ, E. a J. PRAJSOVÁ. 2009. *WHOQOL – OLD, Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku.* Praha: Psychiatrické centrum, 2009.

Dotazník WHOQOL – BREF

Tento dotazník je zkrácenou verzí WHOQOL – 100. Při výběru položek pro zkrácenou verzi se vycházelo ze struktury se čtyřmi doménami – **fyziickým zdravím, prožíváním, sociálními vztahy a prostředím**. WHOQOL- BREF představuje výběr 26 položek, z nichž 24 zastupuje facety a dvě položky jsou samostatným hodnocením **celkové kvality života a celkového hodnocení zdravotního stavu**. Výsledky dotazníku WHOQOL –BREF se vyjadřují jako *doménové skóry* a představují průměrný hrubý skór spočtený z příslušných položek. Hodnocení položek, které se dotazují na *celkovou kvalitu života a celkový zdravotní stav*, se hodnotí samostatně. Hodnotí se na pětibodových Likertových škálách vyjadřujících jak moc (1 = vůbec ne, 5 = maximálně) respondenti prožívají určité věci, v jakém rozsahu (1 = vůbec ne, 5 = zcela) dělají určité činnosti, zda jsou šťastni nebo spokojeni s různými oblastmi života (1 = velmi nespokojen, 5 = velmi spokojen) a jak často (1 = nikdy, 5 = neustále) prožívají určité věci.²⁷⁸ Tabulka č. 7 představuje přehled domén a položek WHOQOL – BREF. Plné znění tohoto dotazníku je v příloze č. 3.

²⁷⁸ DRAGOMIRECKÁ, E. a J. BARTOŇOVÁ. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. s.17.

Tabulka č. 7: Přehled domén a položek WHOQOL – BREF

domény		položky	
doména I	fyzické zdraví	q3	bolest a nepříjemné pocity
		q4	závislost na lékařské péči
		q10	energie a únava
		q15	pohyblivost
		q16	spánek
		q17	každodenní činnosti
		q18	pracovní výkonnost
doména II	prožívání	q5	potěšení ze života
		q6	smysl života
		q7	soustředění
		q11	přijetí tělesného vzhledu
		q19	spokojenost se sebou
		q26	negativní pocity
doména III	sociální vztahy	q20	osobní vztahy
		q21	sexuální život
		q22	podpora přátel
		q8	osobní bezpečí
doména IV	prostředí	q9	životní prostředí
		q12	finanční situace
		q13	přístup k informacím
		q14	záliby
		q23	prostředí v okolí bydliště
		q24	dostupnost zdravotní péče
		q25	doprava
2 samostatné položky		q1	kvalita života
		q2	spokojenost se zdravím

Převzato z: Dragomirecká, 2006²⁷⁹

²⁷⁹ DRAGOMIRECKÁ, E. a J. BARTOŇOVÁ. WHOQOL-BREF, WHOQOL-100. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. s. 32.

Dotazník WHOQOL – OLD

Tento dotazník byl vytvořen v mezinárodním projektu WHO „Měření kvality života seniorů a její vztah ke zdravému stárnutí“. Projekt probíhal v letech 2001 – 2004 a zúčastnilo se jej 23 výzkumných center (včetně České republiky) čtyř kontinentů. Tento instrument byl vytvořen k měření kvality života ve stáří pro zdravou i nemocnou populaci a není určen pro samostatné použití, ale jako dodatkový modul k dotazníkům kvality života WHOQOL-100 nebo WHOQOL – BREF.²⁸⁰

Dragomirecká²⁸¹ uvádí, že dotazník pokrývá šest oblastí, které jsou důležité pro osoby vyššího věku, a to **fungování smyslů**, **nezávislost** (soběstačnost, rozhodovat o svém vlastním životě, postarat se sám o sebe), **naplnění** (ve smyslu dosažení cílů v minulosti, přínosu v přítomnosti a výhledu do budoucnosti), **sociální zapojení** (kontakty s lidmi, smysluplné činnosti), **postoj ke smrti a umírání** a **blízké vztahy** (intimita). Každá oblast (doména) obsahuje čtyři položky – celkem má dotazník 24 položek, které se hodnotí na pětibodových Likertových škálách vyjadřujících *intenzitu, kapacitu nebo spokojenost*. Tabulka č. 8 uvádí přehled domén a položek WHOQOL – OLD.²⁸² Plné znění tohoto dotazníku je v příloze č. 3.

²⁸⁰ DRAGOMIRECKÁ, E. a J. PRAJSOVÁ. 2009. *WHOQOL – OLD Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum, 2009. s. 11-15.

²⁸¹ tamtéž s. 15.

²⁸² tamtéž s. 15.

Tabulka č. 8: Přehled domén a položek WHOQOL-OLD

domény	položky		
doména I	fungování smyslů	old1	zhoršení smyslů a každodenní život
		old2	ztráta smyslů a zapojení se do činností
		old10	potíže se smysly a komunikace s lidmi
		old20	hodnocení fungování smyslů
doména II	nezávislost	old3	svobodné rozhodování
		old4	vliv na rozhodování o budoucnosti
		old5	respektování svobody rozhodování
		old11	oblíbené činnosti
doména III	naplnění	old12	spokojenost s možností nadále něčeho dosáhnout
		old13	zasloužené uznání
		old15	spokojenost s tím, čeho v životě dosáhl/a
		old19	spokojenost s věcmi, na které se lze těšit
doména IV	sociální zapojení	old14	dostatek činností
		old16	spokojenost s trávením volného času
		old17	spokojenost s množstvím aktivit
		old18	spokojenost se zapojením do společenského dění
doména V	smrt a umírání	old6	znepokojení ze způsobu smrti
		old7	ztráta kontroly nad sebou
		old8	strach z umírání
		old9	strach z bolesti při umírání
doména VI	blízké vztahy	old21	význam přátelství
		old22	láska v životě
		old23	příležitost milovat
		old24	příležitost být milován

Převzato z: Dragomirecká, 2009²⁸³

Dotazník WHO AAQ - postoje ke stárnutí a stáří

Tento dotazník zjišťuje, co si myslí respondent o stáří a je dalším dotazníkem, který vzniknul za spolupráce většiny výzkumných center, která se účastnila projektu WHOQOL-OLD. Obsahuje 24 položek, sdružených do tří domén. Doména

²⁸³ DRAGOMIRECKÁ, E. a J. PRAJSOVÁ. 2009. *WHOQOL – OLD Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum, 2009. s. 30.

psychosociální ztráty zahrnuje prožitky samoty, sociálního vyloučení, uzavření se a postupné ztráty fyzické soběstačnosti. Druhá doména, nazvaná *fyzické změny*, zahrnuje kondici, cvičení a celkovou reflexi tělesných projevů stárnutí. Poslední doména je označena jako *psychologický růst* a vyjadřuje kladné zkušenosti, které by se mohly vyjádřit jako moudrost nebo zralost. Položky v této doméně se týkají především pozitivního vztahu k sobě a okolnímu světu.²⁸⁴ Struktura dotazníku je uvedena v tabulce č. 9 a plné znění dotazníku je možné najít v příloze č. 3.

Tabulka č. 9: Přehled domén a položek dotazníku AAQ

domény		položky	
doména I	Psychosociální ztráty	AAQ3	Stáří je čas samoty
		AAQ6	Stáří je čas depresí
		AAQ9	Jak stárnu, zjišťuji, že je pro mne těžší mluvit o svých pocitech.
		AAQ12	Stáří vidím hlavně jako období ztrát
		AAQ15	Jak stárnu, stávám se fyzicky méně soběstačný/á
		AAQ17	Jak stárnu, zjišťuji, že je pro mne těžší uzavírat nová přátelství.
		AAQ20	Nyní, když jsem starší, necítím se dost začleněný/á do společnosti
		AAQ22	Cítím se kvůli svému věku z mnoha věcí vyřazený/á.
doména II	Fyzické změny	AAQ7	Cvičení je důležité v každém věku.
		AAQ8	Stárnutí je snazší, než jsem si myslel/a.
		AAQ11	Necítím se starý/á
		AAQ13	To, jak se uvnitř cítím, není dáno věkem.
		AAQ14	Mám více energie, než bych vzhledem ke svému věku očekával/a.
		AAQ16	Zdravotní problémy mně nebrání dělat to, co chci.
		AAQ23	Můj zdravotní stav je lepší, než jsem ve svém věku očekával/a.
		AAQ24	Cvičením se udržuji tak aktivní a v dobré kondici, jak je to možné.
doména III	Psychologický růst	AAQ1	Jak lidé stárnou, jsou schopni se lépe vyrovnávat se životem.
		AAQ2	Je výsadou dožít se vyššího věku.
		AAQ4	Moudrost přichází s věkem.
		AAQ5	Stáří s sebou přináší mnoho příjemných věcí.
		AAQ10	Jak stárnu, jsem vůči sobě tolerantnější.
		AAQ18	Je velmi důležité předat své zkušenosti mladým lidem.
		AAQ19	Věřím, že můj život má význam.
		AAQ21	Chci dávat dobrý příklad mladým lidem.

Převzato z: Dragomirecká, 2009²⁸⁵

²⁸⁴ DRAGOMIRECKÁ, E. a J. PRAJSOVÁ. 2009. *WHOQOL – OLD Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum, 2009. s. 16.

²⁸⁵ DRAGOMIRECKÁ, E. a J. PRAJSOVÁ. 2009. *WHOQOL – OLD Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum, 2009. s. 31.

22.3 Časový harmonogram výzkumného projektu

Výzkumné šetření autorka rozdělila do tří etap. **První fáze** by mohla být nazvána přípravnou a zde se autorka zaměřila na analýzu stavu dosavadního stupně poznání zkoumané problematiky, a to rozsáhlým studiem odborné vědecké literatury a zmapováním terénu, kde posléze výzkum probíhal. Miovský²⁸⁶ se domnívá, že pokud je dobře zmapován terén, lépe lze porozumět prostředí, v němž je prováděna výzkumná studie a lépe se identifikují i jednotlivé proměnné. Své představy konfrontujeme s reálným prostředím a na základě této konfrontace pak provádíme definitivní formulaci hypotéz i proměnných, které chceme v průběhu výzkumu sledovat.

Dalším krokem v této první fázi byla příprava techniky sběru empirických dat v souladu se záměrem výzkumu a povahou výzkumného problému. Před definitivním použitím zvolené techniky (byla použita kombinace tří standardizovaných mezinárodně využívaných dotazníků) autorka ověřila její použitelnost a adekvátnost v předvýzkumu. Cílem bylo ověření vhodnosti navrhované techniky sběru empirických dat, dále pak ověření organizační náročnosti terénních prací a upřesnění záměru celého výzkumu. V závěru této první přípravné fáze bylo vyhodnocení metodických poznatků předvýzkumu a definitivní vypracování projektu výzkumu.²⁸⁷

Ve druhé fázi probíhal sběr empirického materiálu. Tato fáze „terénních prací“ byla časově náročná, jelikož administrace dotazníků probíhala individuální formou, což však umožnilo zvýšit úroveň porozumění dotazníkům a zajistit jejich návratnost. Doba potřebná k vyplnění každého ze tří dotazníků se uvádí 10 minut.

Pro vyplnění dotazníků je vhodné zajistit klidné místo bez rušivých vlivů. Nelze měnit pořadí položek ani znění škál. V některých případech docházelo k administraci formou rozhovoru a tak se doba, potřebná k vyplnění prodloužila asi na 20 minut. Respondent měl možnost požádat o zopakování otázky a měl možnost sledovat kopii dotazníku. Tazatelé byli poučeni, aby neovlivňovali odpovědi jednotlivých respondentů a nevysvětlovali otázky jinými slovy, ani nereagovali na odpovědi neverbálně.

Třetí fáze výzkumu byla zaměřena na analýzu, zpracování a interpretaci získaného empirického materiálu. Časový harmonogram výzkumného projektu znázorňuje tabulka č. 10.

²⁸⁶ MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. s. 31.

²⁸⁷ ZICH, F. *Úvod do sociologického výzkumu*. Praha: Express, 2006. s. 15 – 17.

Tabulka č. 10: Časový harmonogram výzkumného projektu

	období realizace	činnosti
1. fáze výzkumu (přípravná)	červen – prosinec 2009	rešerše odborné literatury
	leden – únor 2010	zmapování terénu
	březen – duben 2010	předvýzkum zpracování projektu výzkumu
2. fáze výzkumu	květen – červen 2010	administrace a sběr dotazníků
3. fáze výzkumu	červenec – září 2010	kódování a příprava pro statistické zpracování zjištěných údajů
	říjen – prosinec 2010	statistické zpracování získaných dat
	leden – červenec 2011	interpretace získaných dat

22.4 Výzkumný soubor

Základní soubor tvořili obyvatelé Jihočeského kraje ve věku 60 a více let. Z tohoto základního souboru autorka zvolila 2 výběrové soubory. První soubor ($N_1 = 156$) byl záměrným výběrem sestaven **z obyvatel domovů pro seniory** v Jihočeském kraji, kde kritéria inkluze jsou věk nad 60 let, ochota spolupracovat a kognitivní funkce zachovalé alespoň natolik, aby byli schopni s asistencí věrohodně odpovídat na položky dotazníků. Pro zjednodušení je tento soubor označen zkratkou DpS. Pro jednotlivá zařízení bylo použito kódování a tabulka č. 11 znázorňuje počet jednotlivých respondentů z konkrétních zařízení. Druhý soubor ($N_2 = 74$) byl sestaven **ze seniorů, žijících ve vlastních domácnostech**, kteří byli do výzkumu zahrnuti podle stejných kritérií. Senioři z tohoto souboru byli absolventy Univerzity třetího věku Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Tento soubor je označen v tabulkách zkratkou U3V. U těchto seniorů lze oprávněně předpokládat vyšší míru aktivity a vitality, než je typické v prvním výzkumném základním souboru; k jejich výsledkům proto autorka přistupuje jako **ke kontrastním** vůči výsledkům seniorů z DpS.

Vzhledem k zaměření na situaci seniorů z domovů pro seniory autorka považuje postup při konstrukci výběrového souboru navzdory poměrně široce definovaným

kritériím inkluze za záměrný. Jako záměrný výběr výzkumného vzorku se označuje právě takový postup, kdy cíleně vyhledáváme účastníky podle určitých předem definovaných vlastností. Miovský²⁸⁸ uvádí, že kritériem výběru je vybraná vlastnost nebo stav a na základě tohoto kritéria jsou vyhledáváni ti jedinci, kteří jsou ochotni se do výzkumu zapojit. Disman²⁸⁹ konstatuje, že záměrný výběr je založen pouze na úsudku výzkumníka o tom, co by mělo být pozorováno. Tento autor také upozorňuje, že záměrný výběr téměř nikdy neumožní širokou generalizaci závěrů. To však neznamená, že tyto závěry nejsou užitečné.

Celkem bylo připraveno potřebné množství dotazníků pro 400 respondentů (v sadě pro každého respondenta vždy po jednom exempláři každé ze tří administrovaných metod, tedy 400 x 3 dotazníky). Správně vyplnilo a navrátilo všechny dotazníky zpět celkem 230 respondentů. Návratnost byla tedy 57 %.

Každý z respondentů obdržel rovněž doprovodný dopis, který vysvětloval účel výzkumu, návod, jak postupovat při vyplnění dotazníků, a ujištění o anonymitě dotazovaných.

Tabulka č. 11: Počet respondentů v jednotlivých zařízeních

zařízení	Počet respondentů - všechny vyplněné dotazníky
0	74
1	27
2	9
3	25
4	16
5	44
6	22
7	13
celkem	230

Zdroj: vlastní výzkum

Kódování zařízení:

0 = senioři žijící v domácím prostředí, absolventi U3V

1 = Domov důchodců Horní Planá

2 = Domov seniorů Mistra Křišťana, Prachatice

3 = Domov pro seniory Máj, České Budějovice

4 = Domov důchodců U Zlatého kohouta, Hluboká nad Vltavou

5 = Domov důchodců Dobrá Voda

²⁸⁸ MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. s. 135.

²⁸⁹ DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2007. s. 112.

6 = Domov pro seniory Hvízdal, České Budějovice

7 = Domov pro seniory Kaplice

22.4.1 Univariační analýza, sociodemografická charakteristika výzkumných souborů

Přehled obou výběrových souborů dle věku a pohlaví znázorňuje tabulka č. 12. Při srovnávání respondentů z obou souborů (DpS a U3V) autorka vycházela pouze z údajů od věkově vyrovnaných a dostatečně zastoupených kategorií tzn. od respondentů mladších osmdesáti let a počet respondentů se proto při srovnávacích analýzách redukuje na 92 (DpS), resp. 72 (U3V). Ostatní analýzy pocházejí od kompletního výzkumného vzorku. V tabulce č. 13 je uveden přehled průměrného věku respondentů v obou zkoumaných souborech.

Tabulka č. 12: Výběrový soubor DpS, U3V – pohlaví, věk

DpS	pohlaví	muži	méně než 70 let	70 – 79 let	80 – 85 let	86 a více let	celkem
			17	21	11	5	54
			31,5 %	38,9 %	20,4 %	9,3 %	100 %
	ženy		22	32	28	20	102
			21,6 %	31,4 %	27,5 %	19,6 %	100 %
celkem			39	53	39	25	156
			25 %	34 %	25 %	16 %	100 %
U3V	pohlaví	muži	9	10	2	0	21
			42,9 %	40,6 %	9,5 %	0	100 %
	ženy		37	16	0	0	53
			69,8 %	30,2 %	0	0	100 %
celkem			46	26	2	0	74
			62,2 %	35,1 %	2,7 %	0	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 13: Výběrový soubor DpS, U3V - průměrný věk respondentů

soubor	průměrný věk	median	počet celkem
DpS	76,9	77,5	156
U3V	68,8	68,0	74
celkem	74,3	73,0	230

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 14: Výběrový soubor DpS, U3V – pohlaví, rodinný stav

DpS	pohlaví	muži	svobodný/á	vdaná /ženatý nebo s druhem	rozvedený/á	vdovec/ vdova	celkem
			7	6	11	30	54
			13,0 %	11,1 %	20,4 %	55,6 %	100%
	ženy	6	5	9	82	102	
			5,9 %	4,9 %	8,8 %	80,4 %	100 %
celkem		13	11	20	112	156	
			8,3 %	7,1 %	12,8 %	71,8 %	100 %
U3V	pohlaví	muži	1	11	2	7	21
			4,8%	52,4 %	9,5 %	33,3 %	100 %
	ženy	1	23	5	24	53	
			1,9 %	43,4 %	9,4 %	45,3 %	100 %
celkem		2	34	7	31	74	
			2,7 %	45,9 %	9,5 %	41,9 %	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 15: Výběrový soubor DpS, U3V – příspěvek na péči

DpS		ne	I. stupeň	II. stupeň	III. – IV. stupeň	nevím	celkem
		30	44	51	27	4	156
		19,2	28,2	32,6	17,3	2,5	100%
U3V		59	11	4	0	0	74
		79,7 %	14,9 %	5,4 %	0	0	100 %
celkem		89	55	55	27	4	230

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 14 je prezentováno rozložení obou výběrových souborů vzhledem k rodinnému stavu, v tabulce č. 15 rozložení příspěvku na péči vzhledem k věku, a to u obou souborů. U výběrového souboru DpS jsou pro účely analýz sloučeny kategorie PnP III. a IV. stupně do jedné kategorie.

Další nezávislá proměnná je uvedena v tabulce č. 16, a to dosažené vzdělání obou sledovaných souborů. Tabulka č. 17 znázorňuje délku pobytu v DpS a u výběrového souboru U3V je uveden typ bydlení.²⁹⁰

Tabulka č. 16: Výběrový soubor DpS, U3V – dosažené vzdělání

DpS		základní	vyučen/a	úplné střední	vyšší odborné, VŠ	celkem
		64	42	40	10	156
		41,0 %	26,9 %	25,6 %	6,4 %	100 %
U3V		0	0	43	31	74
		0	0	58,1 %	41,9 %	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

²⁹⁰ U výběrového souboru U3V autorka zjišťovala, zda bydlí v rodinném domě – sám/ s partnerem, v bytě – sám s partnerem, s dětmi, jiné (např. příbuzní apod.)

Tabulka č. 17: Výběrový soubor DpS, U3V – délka pobytu, bydlení

DpS	Délka pobytu	Počet respondentů
	do 6 měsíců	12
	6 měsíců – 1 rok	36
	1 – 3 roky	47
	více než 3 roky	74
	nevím	7
U3V	Bydlení	Počet respondentů
	v bytě sám	12
	v bytě s partnerem	15
	v RD sám	2
	v RD s partnerem	13
	s dětmi	10
	jiné (příbuzní ...)	2
Celkem	230	

Zdroj: vlastní výzkum

23. Metody statistického zpracování dat, postup při prezentaci výsledků

Při vyhodnocení se autorka soustředila na posouzení a statistické vyjádření spokojenosti se zdravím a s kvalitou života a důležitosti determinant zdraví i kvality života v obou skupinách.

Vycházela z výsledků v životních doménách, transformovaných na škálu 0 – 100. Vzhledem k povaze rozdělení výsledků byly analýzy prováděny pomocí neparametrických metod. Pro testování hypotéz, které se vztahují k proměnným s více než dvěma kategoriemi (např. věk) byl použit Kruskal-Wallisův test – neparametrický ekvivalent ANOVY, test rozdílů více nezávislých výběrů. Testuje nulovou hypotézu, že několik nezávislých výběrů pochází ze stejné populace. Předpokládá pořadovou úroveň měření, je vhodný srovnáváme-li neparametricky rozdělená data nebo méně početné skupiny.

Ke srovnávání dvojic skupin (přírodně alternativní proměnné – např. pohlaví, proměnné, které nabývají jen dvou hodnot – např. přiznání příspěvku na péči) byl využit Mann-Whitneyův U test – neparametrický ekvivalent t-testu. Testuje rozdíl mezi dvěma nezávislými výběry, tedy nulovou hypotézu, zda dva nezávislé soubory pocházejí ze stejné populace. Vyžaduje pořadovou úroveň měření a uvádí podrobnější údaje o dílčích rozdílech. Tímto typem testu byly doplněny i všechny analýzy provedené s využitím Kruskal-Wallisova „pro omnibus“ testu (např. pro srovnání dvou krajních kategorií věku).

Pro zjišťování těsnosti vztahu mezi proměnnými (např. těsnost vztahu mezi celkovým posouzením kvality života a kvality života v každé ze sledovaných domén) byla využita korelační analýza, opět s využitím neparametrického postupu – je uveden Spearmanův korelační koeficient, jehož výpočet vyžaduje pouze pořadovou úroveň měření a je vhodný pro neparametricky rozdělená data. Tento koeficient může nabývat hodnot od -1 do 1, přičemž znaménko udává směr vztahu a absolutní hodnota jeho těsnost. V tabulkách, kde jsou uvedeny výsledky korelační analýzy, je označena statistická průkaznost výsledků takto: (**) odpovídá hladině významnosti alespoň 0,01, (*) hladině významnosti alespoň 0,05.

Ke zpracování dat byly využity programy SPSS pro Windows a Statistica (grafy).

Při srovnávání respondentů z obou souborů (DpS a U3V) autorka vycházela pouze z údajů od věkově vyrovnaných a dostatečně zastoupených kategorií (tzn. od

respondentů mladších osmdesáti let) – počet respondentů se zde proto redukuje na 92 (DpS), resp. 72 (U3V). Ostatní analýzy pocházejí od kompletního výzkumného vzorku.

Údaje o výsledcích statistických testů rozdílů jsou obsaženy v tabulkách spolu s údaji o centrálních tendencích (průměr, medián), grafické znázornění („box-plots“) vychází z údaje o mediánu a o kvartilovém rozdělení (tzn. bod uprostřed představuje medián, ohraničené pole rozsah 25 – 75 % respondentů, svorka zpravidla minimální a maximální výsledek, kroužky případné extrémní hodnoty, které přesahují 1,5 násobek kvartilu).

Výsledky výzkumu byly průběžně prezentovány, a to na mezinárodní konferenci INTERRA (2010), na VII. ročníku mezinárodní vědecké konference „PROBLEMATIKA GENERACE 50 plus“ (2010) a na mezinárodní vědecké konferenci „KVALITA ŽIVOTA III.“ v Prešově (2011). Výsledky výzkumu byly publikovány v recenzovaných odborných časopisech *Revue sociálních služeb* (2010) a *Journal of Nursing, Social Studies and Public Health* (2011).

Výstupem z vědecké konference v Prešově je monografie s názvem „Pohledy na sociálně služby“, kde autorka této disertační práce publikuje samostatnou kapitolu s názvem „Vybrané faktory ovlivňující kvalitu života seniorů v domovech pro seniory“. V srpnu 2012 vydá autorka v nakladatelství Grada odbornou vědeckou publikaci s názvem „Kvalita života seniorů v domovech pro seniory“. Publikace je určena pro odbornou veřejnost, především pro studenty a pedagogické pracovníky sociálních a zdravotně sociálních oborů na středních, vyšších odborných a vysokých školách zdravotně sociálního charakteru. Široké uplatnění najde u odborných pracovníků v sociálních službách, a to zejména u sociálních pracovníků, zdravotnických a pedagogických pracovníků. Tato publikace může sloužit vedoucím pracovníkům v domovech pro seniory (ale i v dalších organizacích poskytující zdravotně sociální služby seniorům) k lepšímu pochopení a vnímání seniora jako člověka a jako rovnocenného partnera, se všemi jeho přáními a potřebami.

24. Výsledky výzkumného šetření

V této kapitole autorka uvádí výsledky empirického výzkumu a uvedené tabulky a grafy doplňuje komentářem. Pro přehlednost jsou výsledky seřazeny do podkapitol, s ohledem na stanovené hypotézy. Do příloh jsou zařazeny pouze ty tabulky, které neuvádí statisticky významná data, avšak pro potřeby a kompletnost provedeného výzkumu jsou nezbytné. Pokud je v textu uveden termín „aspekty kvality života“, míní tím autorka jednotlivé domény dotazníků, které byly použity pro účely jejího výzkumu. V příloze č. 4 je uveden přehled jednotlivých domén všech tří dotazníků, včetně konkrétních otázek.

Zatímco celkovou spokojenost s kvalitou života i se zdravím respondenti posuzovali vždy jen prostřednictvím jedné položky, bohatší a validnější výsledky přináší analýza výsledků spokojenosti v jednotlivých životních doménách, sledovaných subškálami dotazníků WHOQOL. I tyto výsledky však s předchozí analýzou úzce korespondují – respondenti z obou částí souboru se ve všech sledovaných doménách – aspektech kvality života i subjektivně vnímaného zdraví průkazně odlišují.

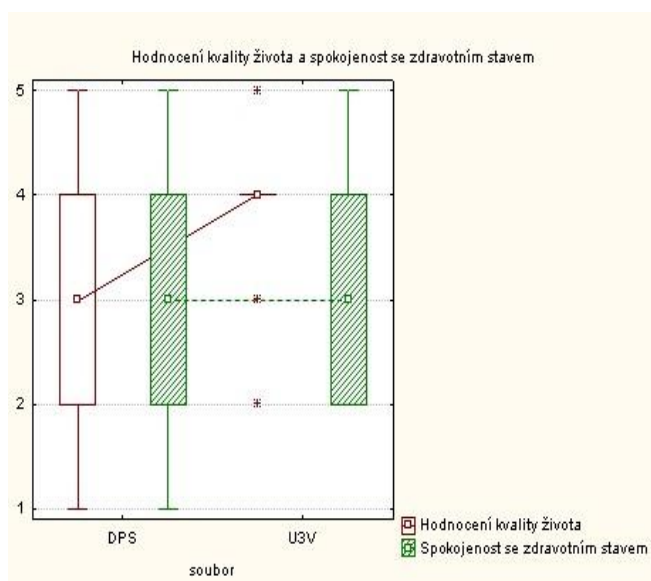
24.1 Hodnocení celkové úrovně kvality života seniorů a hodnocení sledovaných aspektů kvality života (u obou sledovaných souborů)

V této kapitole autorka uvádí výsledky vztahující se k hypotéze č. 1 a k hypotéze č. 2. Poukazuje na zjištění týkající se hodnocení celkové úrovně kvality života seniorů v domovech pro seniory a u seniorů žijících v domácím prostředí. Dále poukazuje na rozdíly v hodnocení kvality života mezi muži a ženami. Zabývá se také hodnocením jednotlivých aspektů kvality života u obou sledovaných souborů.

24.1.1 Vztah kvality života a spokojenosti se zdravím – DpS, U3V

Graf č. 1 znázorňuje rozdíly v posouzení kvality života a ve spokojenosti se zdravím u obou souborů.

Graf č. 1: Hodnocení kvality života a spokojenost se zdravotním stavem



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti z domovů pro seniory udávají v mediánu v obou případech neutrální hodnocení, avšak rozsah jejich odpovědí pokrývá celou škálu od výrazné nespokojenosti po výraznou spokojenost. Respondenti, žijící v domácím prostředí, na rozdíl od nich nejčastěji uvádějí, že s kvalitou svého života jsou spokojeni a žádný z nich nevedl, že by byl výrazně nespokojen se svým zdravím.

24.1.2 Vztah kvality života a spokojenosti se zdravím – ženy, muži

Podrobnější údaje v tabulce č.18 se týkají rozdílů ve výsledcích žen a mužů – zatímco u souboru z domovů pro seniory **není mezi výsledky žen a mužů** patrný žádný průkazný rozdíl, v kontrastní skupině (U3V) uvádějí **ženy vyšší spokojenost s kvalitou života** než muži.

Tabulka č. 18: Hodnocení kvality života a spokojenost se zdravím u obou sledovaných souborů seniorů

		N	kvalita života				spokojenost se zdravím					
			průměr	medián	průměrné pořadí	M-W U / chi-kvadrát	p	průměr	medián	průměrné pořadí	M-W U / chi-kvadrát	p
DpS		92	3,08	3	66,60	1849,5	0,000**	2,58	2	69,54	2120,0	0,000**
U3V		72	3,82	4	102,81			3,24	3	99,06		
DpS	ženy	54	3,11	3	47,81	955,0	0,554	2,52	2	45,27	959,5	0,578
	muži	38	3,03	3	44,63			2,66	2	48,25		
U3V	ženy	53	3,98	4	40,08	313,5	0,006**	3,26	4	37,25	463,5	0,585
	muži	19	3,37	4	26,50			3,16	3	34,39		
ženy	DpS	54	3,11	3	40,18	684,5	0,000**	2,52	2	43,47	862,5	0,000**
	U3V	53	3,98	4	68,08			3,26	4	64,73		
muži	DpS	38	3,03	3	27,00	285,0	0,177	2,66	2	26,20	254,5	0,059
	U3V	19	3,37	4	33,00			3,16	3	34,61		

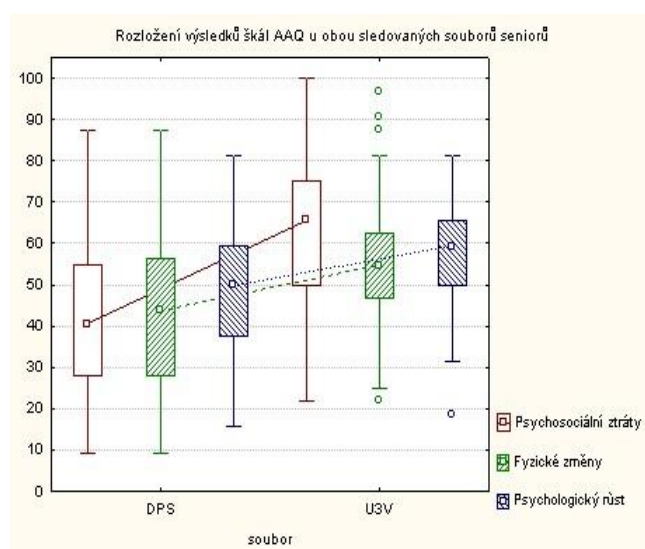
Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky č. 18 je dále zřejmé, že výsledky se v obou ukazatelích průkazně odlišují na hladině významnosti nižší než 1 %.

24.1.3 Hodnocení aspektů kvality života - dotazník AAQ

V grafu č. 2 jsou znázorněny výsledky obou skupin v doménách dotazníku AAQ.

Graf č. 2: Rozložení výsledků škál AAQ u obou sledovaných souborů seniorů



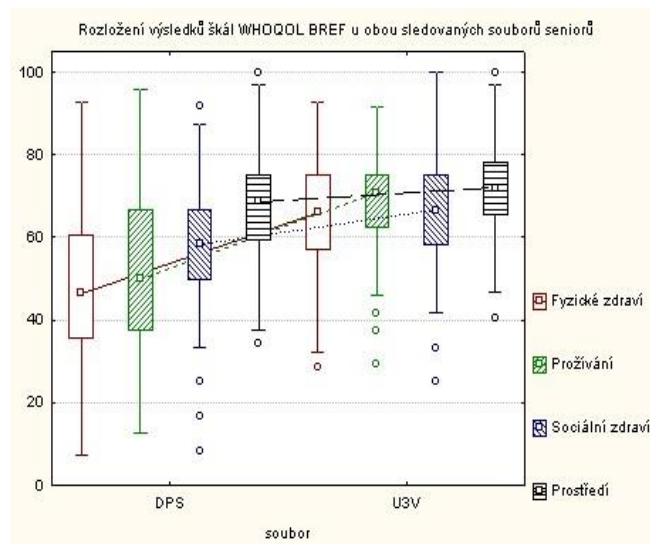
Zdroj: vlastní výzkum

Zatímco výsledky respondentů z U3V se pohybují převážně v pásmu **pozitivního hodnocení**, výsledky respondentů z DpS vypovídají o jejich převážně mírně **negativním** (*psychosociální ztráty, fyzické změny*) nebo **neutrálním** (*psychologický růst*) *prožívání*.

24.1.4 Hodnocení aspektů kvality života- dotazník WHOQOL-BREF

Obdobné jsou i rozdíly v posuzování domén dotazníku WHOQOL-BREF (graf č. 3).

Graf č. 3: Rozložení výsledků škál WHOQOL BREF u obou sledovaných souborů seniorů

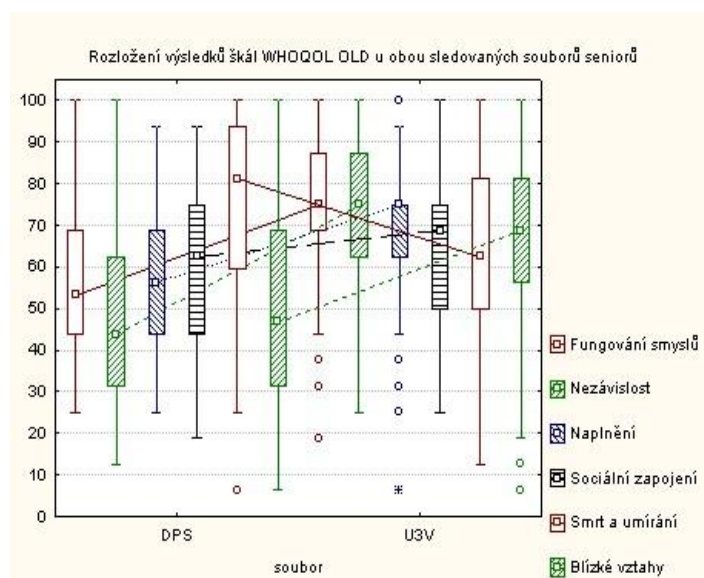


Zdroj: vlastní výzkum

Mírně pozitivní posouzení převažuje u respondentů z kontrastní skupiny ve všech doménách, zatímco u respondentů z domovů pro seniory pouze v **hodnocení sociálního zdraví a prostředí** – i zde je však průkazný celkově nižší výsledek.

24.1.5 Hodnocení aspektů kvality života – dotazník WHOQOL-OLD

Graf č. 4: Rozložení výsledků škál WHOQOL OLD u obou sledovaných souborů seniorů



Zdroj: vlastní výzkum

Výsledky dotazníku WHOQOL-OLD (graf č. 4) vypovídají o tom, že respondenti z domovů pro seniory se od svých protějšků z domácího prostředí **liši především v hodnocení vlastní nezávislosti, úrovně blízkých vztahů a ve výskytu negativních pocitů spojených se smrtí a umíráním**. Statisticky průkazné jsou však i zde také všechny ostatní rozdíly.

Tabulka č. 19: Podrobný přehled výsledků v jednotlivých doménách u všech třech dotazníků a u obou sledovaných souborů

Metoda	Doména	Soubor			
		DpS		U3V	
		Celková kvalita života	Spokojen. se zdravím	Celková kvalita života	Spokojenost se zdravím
Globální hodnocení – WHOQOL BREF	Celková kvalita života	1,000	,607**	1,000	,356**
	Spokojenost se zdravím	,607**	1,000	,356**	1,000
AAQ	Psychosociální ztráty	,528**	,498**	,391**	,267*
	Fyzické změny	,542**	,593**	,266*	,316**
	Psychologický růst	,528**	,418**	,165	,022
WHOQOL OLD	Fungování smyslů	,368**	,370**	,216	,381**
	Nezávislost	,539**	,446**	,472**	,397**
	Naplnění	,337**	,159*	,513**	,185
	Sociální zapojení	,269**	,173*	,560**	,486**
	Smrt a umírání	-,029	-,041	-,171	-,033
	Blízké vztahy	,411**	,285**	,310**	,119
WHOQOL BREF	Fyzické zdraví	,613**	,678**	,428**	,624**
	Prožívání	,621**	,524**	,537**	,321**
	Sociální vztahy	,307**	,174*	,448**	,236*
	Prostředí	,464**	,302**	,276*	,176

Zdroj: vlastní výzkum

U obou skupin se také v kvalitě života i ve spokojenosti se zdravím odrážejí i *psychosociální ztráty*, *fyzické změny*, *sociální zapojení* a *sociální vztahy*. Z výsledků výzkumů dále vyplývá, že zatímco v oblasti vztahů a sociálního fungování jsou u **seniorů z domovů významnější vztahy blízké**, u jejich protějšků z kontrastní skupiny jsou to extenzivněji definované *sociální vztahy* a *sociální zapojení*.

Tabulka č. 20: Aspekty kvality života – všechny domény (dotazníky AAQ, WHOQOL-OLD, WHOQOL-BREF)

Metoda	Doména	Soubor	průměr	medián	průměrné pořadí	M-W U	p
AAQ	Psychosociální ztráty	DpS U3V	42,12 61,50	39,06 65,63	62,85 107,61	1504	0,000**
	Fyzické změny	DpS U3V	38,41 54,64	34,38 53,13	63,08 107,32	1525	0,000**
	Psychologický růst	DpS U3V	47,01 57,60	46,88 59,38	67,46 101,72	1928	0,000**
WHOQOL OLD	Fungování smyslů	DpS U3V	58,70 73,87	56,25 75,00	66,25 103,26	1817	0,000**
	Nezávislost	DpS U3V	46,40 43,75	43,75 75,00	57,92 113,90	1051	0,000**
	Naplnění	DpS U3V	56,32 62,50	62,50 75,00	66,25 103,26	1817	0,000**
	Sociální zapojení	DpS U3V	60,46 62,50	62,50 68,75	75,15 91,89	2636	0,024*
	Smrt a umírání	DpS U3V	78,13 87,50	87,50 62,50	98,37 62,22	1852	0,000**
	Blízké vztahy	DpS U3V	45,52 40,63	40,63 65,63	66,92 102,41	1878,5	0,000**
WHOQOL BREF	Fyzické zdraví	DpS U3V	47,40 65,43	46,43 66,07	61,66 109,13	1395	0,000**
	Prožívání	DpS U3V	50,18 67,53	45,83 70,83	63,47 106,81	1561,5	0,000**
	Sociální vztahy	DpS U3V	54,03 68,06	58,33 70,83	65,67 104,01	1763,5	0,000**
	Prostředí	DpS U3V	66,44 71,05	65,63 71,88	75,26 91,75	2646	0,027*

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 20 je uvedené přehledné shrnutí výsledků všech tří dotazníků u obou souborů.

24.1.6 Hodnocení aspektů kvality života – shrnutí (dotazníky AAQ, WHOQOL-BREF, WHOQOL – OLD)

Odlišnosti v posuzování jednotlivých životních domén nejsou jediným typem rozdílů mezi oběma sledovanými soubory. Liší se i struktura vztahu jednotlivých životních domén k celkovému pocitu kvality života a spokojenosti se zdravím. Je sice zřejmé, že u obou souborů fungují některé domény z hlediska významu pro kvalitu života jako invarianta, „stálice“, u dalších je však patrné, že se oběma skupinám jeví jako odlišně významné či aktuální. Patrné je to již na odlišně těsném vztahu celkového hodnocení kvality života a spokojenosti se zdravím. Zatímco u souboru seniorů z domovů pro

seniory je tento vztah velmi těsný (Spearmanův korelační koeficient 0,607), u kontrastní skupiny je možné pozorovat vysoce průkaznou, avšak pouze středně silnou pozitivní korelaci (0,356) (tabulka č. 19). Užší propojení zdravotního stavu a vnímané kvality života u seniorů z domovů pro seniory je zřejmé i z množství významných korelací – jakoby se u této skupiny seniorů mohlo na fyzickém pocitu zdraví odrážet více skutečností, zatímco senioři z kontrastní skupiny se jeví jako společensky aktivnější a celkově „robustnější“.

Hypotézu H1 lze přijmout pro celkovou kvalitu života i pro všechny sledované aspekty (tzn. – spokojenost se zdravím, všechny domény všech dotazníků).

24.2 Hodnocení celkové úrovně kvality života seniorů a hodnocení sledovaných aspektů kvality života z pohledu mužů a žen (u obou sledovaných souborů)

Část dat, vyjadřující hodnocení celkové úrovně kvality života mužů a žen u obou sledovaných souborů, je uvedena v kapitole 24.1.2. Podrobnější údaje, týkající se aspektů kvality života ve vztahu k ženám a mužům v obou sledovaných souborech, lze nalézt v následujících kapitolách.

24.2.1 Hodnocení aspektů kvality života – dotazník AAQ – rozdíly mezi muži a ženami

Tabulka č. 21: Aspekty kvality života- dotazník AAQ (muži, ženy z DpS a U3V)

AAQ			N	průměr	medián	minimum	maximum	průměrné pořadí	M-W U /	p
psychosociální ztráty	DpS	ženy	102	43,17	40,63	12,5	87,5	79,24	2678,5	0,778
		muži	54	42,36	40,63	9,38	81,25	77,1		
	U3V	ženy	53	61,67	65,63	21,88	100	37,86	549	0,928
		muži	21	61,90	59,38	25	90,63	37,36		
ženy	DpS	102	43,17	40,63	12,5	87,5	63,52	1226,5	0,000**	
	U3V	53	61,67	65,63	21,88	100	105,86			
muži	DpS	54	42,36	40,63	9,38	81,25	31,98	242,0	0,000**	
	U3V	21	61,90	59,38	25	90,63	53,48			
fyzické změny	DpS	ženy	102	42,07	43,75	12,5	87,5	79,44	2658,5	0,722
		muži	54	40,56	42,19	9,38	75	76,73		
	U3V	ženy	53	55,84	56,25	21,88	96,88	35	504	0,527
		muži	21	52,83	53,13	21,88	75	38,49		
ženy	DpS	102	42,07	43,75	12,5	87,5	66,74	1554,5	0,000**	
	U3V	53	55,84	56,25	21,88	96,88	99,67			
muži	DpS	54	40,56	42,19	9,38	75	33,56	327,0	0,005**	
	U3V	21	52,83	53,13	21,88	75	49,43			
psychologický růst	DpS	ženy	102	48,87	50,00	15,63	81,25	78,71	2732,5	0,936
		muži	54	48,73	46,88	15,63	75	78,1		
	U3V	ženy	53	58,67	59,38	37,5	81,25	36,33	532	0,768
		muži	21	55,95	59,38	18,75	75	37,96		
ženy	DpS	102	48,87	50,00	15,63	81,25	68,2	1703,5	0,000**	
	U3V	53	58,67	59,38	37,5	81,25	96,86			
muži	DpS	54	48,73	46,88	15,63	75	34,59	383,0	0,030*	
	U3V	21	55,95	59,38	18,75	75	46,76			

Zdroj: vlastní výzkum

Hodnocení aspektů kvality života v tomto dotazníku poukazuje na významný vztah mezi ženami v obou sledovaných souborech, ale také mezi muži v obou souborech. Avšak v rámci každého souboru se statisticky významné rozdíly mezi oběma pohlavími neukazují (tabulka č. 21).

24.2.2 Hodnocení aspektů kvality života – dotazník WHOQOL- BREF– rozdíly mezi muži a ženami

Hodnocení aspektů kvality života v rámci dotazníku WHOQOL-BREF zaměřené na rozdíly mezi muži a ženami v obou sledovaných souborech je uvedeno v tabulce č. 22.

Tabulka č. 22: Aspekty kvality života- dotazník WHOQOL-BREF (muži, ženy z DpS a U3V)

WHOQOL-BREF			N	průměr	medián	minimum	maximum	průměrné pořadí	M-W U /	p
fyzické zdraví	DpS	ženy	102	47,55	46,43	7,14	92,86	77,93	2696	0,829
		muži	54	48,88	48,21	17,86	89,29	79,57		
	U3V	ženy	53	67,32	67,86	32,14	92,86	39,71	439,5	0,159
		muži	21	61,56	60,71	28,57	92,86	31,93		
prožívání	DpS	ženy	102	52,41	54,17	12,5	87,5	80,61	2539	0,422
		muži	54	50,69	47,92	16,67	95,83	74,52		
	U3V	ženy	53	68,32	70,83	37,5	91,67	37,92	534,5	0,791
		muži	21	66,87	66,67	29,17	87,5	36,45		
sociální vztahy	DpS	ženy	102	59,11	66,67	8,33	91,67	84,9	2101,5	0,013*
		muži	54	53,47	50,00	8,33	87,5	66,42		
	U3V	ženy	53	69,65	75,00	33,33	100	39,29	461,5	0,246
		muži	21	63,89	66,67	25	100	32,98		
prostředí	DpS	ženy	102	67,49	68,75	34,38	90,63	79,27	2675	0,768
		muži	54	67,01	68,75	37,5	100	77,04		
	U3V	ženy	53	71,52	71,88	46,88	100	37,2	540,5	0,847
		muži	21	70,98	71,88	40,63	87,5	38,26		
sociální vztahy	DpS	ženy	102	59,11	66,67	8,33	91,67	84,9	1590,5	0,000**
		muži	54	53,47	50,00	8,33	87,5	66,42		
	U3V	ženy	53	69,65	75,00	33,33	100	39,29	398,5	0,044*
		muži	21	63,89	66,67	25	100	32,98		
prostředí	DpS	ženy	102	67,49	68,75	34,38	90,63	79,27	2194	0,054
		muži	54	67,01	68,75	37,5	100	77,04		
	U3V	ženy	53	71,52	71,88	46,88	100	37,2	464	0,223
		muži	21	70,98	71,88	40,63	87,5	38,26		

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 22 uvádí v doméně *fyzické zdraví*, *sociální vztahy* a *prožívání* statisticky významné vztahy mezi ženami z DpS a ze souboru U3V, ale také mezi muži z obou sledovaných souborů. V doméně *sociální vztahy* se pak ukazuje statisticky významný v rámci souboru DpS mezi muži a ženami (Sig. 0,013*).

24.2.3 Hodnocení aspektů kvality života – dotazník WHOQOL- OLD – rozdíly mezi muži a ženami

Hodnocení aspektů kvality života u mužů a žen v obou sledovaných souborech je pro přehlednost rozděleno do dvou tabulek, a to v tabulce č. 23a a tabulce č. 23b. Níže jsou uvedeny statisticky významné rozdíly v jednotlivých doménách s ohledem na pohlaví respondentů.

Tabulka č. 23a: Aspekty kvality života- dotazník WHOQOL-OLD (muži, ženy z DpS a U3V)

WHOQOL-OLD (a)			N	průměr	medián	minimum	maximum	průměrné pořadí	M-W U /	p
fungování smyslů	DpS	ženy	102	56,80	56,25	25	100	80,57	2542,5	0,427
		muži	54	54,63	50,00	25	100	74,58		
	U3V	ženy	53	75,94	75,00	18,75	100	40,24	411,5	0,080
		muži	21	69,35	68,75	18,75	93,75	30,6		
nezávislost	DpS	ženy	102	56,80	56,25	25	100	33,06	300	0,002**
		muži	54	54,63	50,00	25	100	64,02		
	U3V	ženy	53	75,94	75,00	18,75	100	50,71	1277	0,000**
		muži	21	69,35	68,75	18,75	93,75	104,91		
naplnění	DpS	ženy	102	48,28	43,75	12,5	100	77,78	2681	0,785
		muži	54	49,19	43,75	18,75	100	79,85		
	U3V	ženy	53	76,77	75,00	50	100	41,73	332,5	0,007**
		muži	21	63,69	62,5	25	100	26,83		
naplnění	DpS	ženy	102	48,28	43,75	12,5	100	33,59	329	0,005**
		muži	54	49,19	43,75	18,75	100	58,87		
	U3V	ženy	53	76,77	75,00	50	100	49,33	751,5	0,000**
		muži	21	63,69	62,5	25	100	114,82		
naplnění	DpS	ženy	102	58,15	56,25	25	93,75	80,29	2571,5	0,493
		muži	54	56,02	59,38	25	93,75	75,12		
	U3V	ženy	53	70,17	75,00	25	100	38,66	495	0,452
		muži	21	63,99	75,00	6,25	93,75	34,57		
naplnění	DpS	ženy	102	58,15	56,25	25	93,75	34,97	403,5	0,052
		muži	54	56,02	59,38	25	93,75	65,65		
	U3V	ženy	53	70,17	75,00	25	100	45,79	1443,5	0,000**
		muži	21	63,99	75,00	6,25	93,75	101,76		

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 23a uvádí, že statisticky významný vztah je patrný mezi ženami z DpS a z U3V v následujících doménách: *fungování smyslů a nezávislost*. Mezi muži z DpS a U3V je statisticky významný vztah v doménách *fungování smyslů, nezávislost a naplnění*. V doméně *nezávislost* je také významný vztah mezi muži a ženami v kontrastním souboru U3V (Sig. 0, 007**).

Tabulka č. 23b: Aspekty kvality života- dotazník WHOQOL-OLD (muži, ženy z DpS a U3V)

WHOQOL-OLD (b)			N	průměr	medián	minimum	maximum	průměrné pořadí	M-W U /	p
sociální zapojení	DpS	ženy	102	60,78	62,50	18,75	93,75	81,48	2450	0,254
		muži	54	57,29	56,25	25	93,75	72,87		
	U3V	ženy	53	69,81	75,00	31,25	100	41,03	369,5	0,023*
		muži	21	58,93	62,50	25	81,25	28,6		
	ženy	DpS	102	60,78	62,50	18,75	93,75	37,39	534	0,695
	U3V	53	69,81	75,00	31,25	100	39,57			
	muži	DpS	54	57,29	56,25	25	93,75	69,83	1870	0,002**
	U3V	21	58,93	62,50	25	81,25	93,72			
smrt a umírání	DpS	ženy	102	73,90	81,25	6,25	100	72,87	2437	0,234
		muži	54	78,82	87,50	31,25	100	84,37		
	U3V	ženy	53	56,01	56,25	12,5	100	31,2	222,5	0,000**
		muži	21	77,68	81,25	37,5	93,75	53,4		
	ženy	DpS	102	73,90	81,25	6,25	100	39,47	487,5	0,343
	U3V	53	56,01	56,25	12,5	100	34,21			
	muži	DpS	54	78,82	87,50	31,25	100	89,84	1495,5	0,000**
	U3V	21	77,68	81,25	37,5	93,75	55,22			
blízké vztahy	DpS	ženy	102	50,31	50,00	6,25	100	81,96	2401,5	0,188
		muži	54	45,02	43,75	6,25	93,75	71,97		
	U3V	ženy	53	66,86	68,75	18,75	100	38,32	513	0,600
		muži	21	61,61	62,50	6,25	100	35,43		
	ženy	DpS	102	50,31	50,00	6,25	100	34,48	377	0,025*
	U3V	53	66,86	68,75	18,75	100	47,05			
	muži	DpS	54	45,02	43,75	6,25	93,75	67,53	1635,5	0,000**
	U3V	21	61,61	62,50	6,25	100	98,14			

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 23b uvádí, že statisticky významný vztah je patrný mezi muži z DpS a z U3V v následujících doménách: *sociální zapojení, smrt a umírání a blízké vztahy*. Ženy z těchto dvou souborů vykazují statisticky významný vztah v doméně *blízké*

vztahy. V kontrastním souboru U3V je statisticky významný vztah mezi muži a ženami v doménách *sociální zapojení a smrt a umírání*.

24.2.4 Hodnocení aspektů kvality života z pohledu mužů a žen – shrnutí (dotazníky AAQ, WHOQOL-BREF, WHOQOL – OLD)

Hypotézu H2 pro AAQ nelze přijmout, pro WHOQOL-BREF ji také nelze přijmout (v DpS se muži a ženy liší v sociálních vztazích - ženy mají lepší výsledek). Pro WHOQOL - OLD se potvrdila, a to pro rozdíl mezi ženami a muži v doménách *smrt a umírání, sociální zapojení a nezávislost*. V souboru DpS se to nepotvrdilo v žádné z domén.

24.3 Hodnocení celkové úrovně kvality života seniorů a hodnocení sledovaných aspektů kvality života v závislosti na věku respondentů

Kromě rozdílů v souvislosti s rodem respondentů autorka této disertační práce sledovala i rozdíly v souvislosti s věkem.

24.3.1 Hodnocení kvality života a spokojenost se zdravím s ohledem na věk respondentů (u obou sledovaných souborů)

Údaje o výsledcích posouzení kvality života obsahuje tabulka č. 24a, o spokojenosti se zdravím tabulka č. 24b.

Tabulka č. 24a: Posouzení kvality života (Kruskal-Wallisův test)

Věk	DpS						U3V					
	N	průměr	medián	průměrné pořadí	chi-kvadrát	p	N	průměr	medián	průměrné pořadí	M-W U	p
méně než 70 let	39	3,00	3	73,26	4,747	0,191	46	3,83	4	36,35	591,0	0,926

70 - 79 let	53	3,13	3	76,80		26	3,81	4	36,77		
80 - 85 let	39	3,08	3	75,23		-	-	-	-	-	-
86 a více let	25	3,52	4	95,38		-	-	-	-	-	-

Zdroj: vlastní výzkum

Oproti očekávání zde nelze najít statisticky průkazné rozdíly (posouzení *kvality života* obsahuje tabulka č. 24a). Mírný, neprůkazný pokles spokojenosti je patrný pouze ve *spokojenosti se zdravím* u kontrastní skupiny (tabulka č. 24b).

Tabulka č. 24b: Spokojenost se zdravím (Kruskal-Wallisův test)

Věk	DPS						U3V					
	N	průměr	medián	průměrné pořadí	chi-kvadrát	p	N	průměr	medián	průměrné pořadí	M-W U	p
méně než 70 let	39	2,46	2	69,05	4,747	0,191	46	3,33	3,5	38,36	512,5	0,284
70 - 79 let	53	2,66	2	76,29			26	3,08	3	33,21		
80 - 85 let	39	2,74	2	79,67			-	-	-	-	-	-
86 a více let	25	3,12	3	96,10			-	-	-	-	-	-

Zdroj: vlastní výzkum

Nejstarší podskupina respondentů z domovů pro seniory dokonce hodnotí svou kvalitu života i své zdraví lépe než ostatní tři podskupiny mladších (pozn. při posouzení zdraví jmenovitě u dvou krajních věkových skupin je tento rozdíl dokonce průkazný).

24.3.2 Spokojenost se zdravím s ohledem na věk respondentů - podrobné analýzy

Tabulka č. 25: Spokojenost se zdravím s ohledem na věk respondentů - podrobné analýzy

	Věk		průměrné pořadí		M-W U	p
	kategorie A	kategorie B	A	B		
Kvalita života	méně než 70 let	70 - 79 let	45,21	47,45	983	0,675
		80 - 85 let	38,92	40,08	738	0,813
		86 a více let	29,13	37,76	356	0,059
	70 – 79 let	80 - 85 let	46,92	45,92	1011	0,851
		86 a více let	36,42	46,02	499,5	0,066
	80 – 85 let	86 a více let	29,23	37,6	360	0,065
Spokojenost se zdravím	méně než 70 let	70 - 79 let	43,92	48,4	933	0,403
		80 - 85 let	36,87	42,13	658	0,285
		86 a více let	28,26	39,12	322	0,018*
	70 – 79 let	80 - 85 let	45,75	47,53	993,5	0,736
		86 a více let	36,15	46,6	485	0,045*
	80 – 85 let	86 a více let	30,01	36,38	390,5	0,163

Zdroj: vlastní výzkum

Při porovnání obecné spokojenosti se zdravím jsou patrné průkazné rozdíly u nejstarších seniorů (86 a více let) a skupinami seniorů ve věku do 79 let (tabulka č. 25).

24.3.3 Hodnocení aspektů kvality života- dotazník AAQ – s ohledem na věk respondentů

Tabulka č. 26: Aspekty kvality života - dotazník AAQ (věk respondentů - DpS a U3V)

Škály AAQ	věk	DpS						U3V					
		N	průměr	medián	průměrné pořadí	chi-kvadrát	p	N	průměr	medián	průměrné pořadí	chi-kvadrát	p
Psychosociální ztráty	méně než 70 let	39	39,02	31,25	65,69	4,510	0,211	46	60,60	64,06	35,29	0,425	0,514
	70 – 79 let	53	44,40	40,63	82,48			26	63,10	67,19	38,63		
	80 – 85 let	39	42,55	40,63	80,49								
	86 a více let	25	46,25	43,75	86,94								
Fyzické změny	méně než 70 let	39	35,74	31,25	63,42	10,123	0,018*	46	54,89	53,13	35,82	0,138	0,711
	70 – 79 let	53	40,38	43,75	76,23			26	54,21	56,25	37,71		
	80 – 85 let	39	44,39	43,75	83,56								
	86 a více let	25	46,25	43,75	98,94								
Psychologický růst	méně než 70 let	39	46,39	43,75	71,38	6,085	0,108	46	56,73	56,25	33,78	2,165	0,141
	70 – 79 let	53	47,46	46,88	73,56			26	59,13	62,50	41,31		
	80 – 85 let	39	47,46	46,88	80,18								
	86 a více let	25	54,75	56,25	97,46								

Zdroj: vlastní výzkum

Kruskal-Wallisův test prokázal statisticky významný rozdíl pouze v jedné ze škál dotazníku AAQ – fyzické změny (tabulka č. 26).

24.3.4 Hodnocení aspektů kvality života - dotazník AAQ – podrobné analýzy

Tabulka č. 27: Aspekty kvality života - dotazník AAQ – podrobné analýzy (věk respondentů - DpS a U3V)

Škály AAQ	Věk		průměrné pořadí		M-W U	p
	kategorie A	kategorie B	A	B		
Psychosociální ztráty	méně než 70 let	70 - 79 let	40,88	50,63	814,5	0,083
		80 - 85 let	35,44	43,56	602	0,112
		86 a více let	29,37	37,38	365,5	0,092
	70 – 79 let	80 - 85 let	47,13	45,64	365,5	0,092
		86 a více let	38,72	41,16	621	0,656
	80 – 85 let	86 a více let	31,28	34,4	440	0,512
Fyzické změny	méně než 70 let	70 - 79 let	41,78	49,97	849,5	0,145
		80 - 85 let	34,81	44,19	577,5	0,067
		86 a více let	26,83	41,34	266,5	0,002**
	70 – 79 let	80 - 85 let	44,7	48,95	266,5	0,045*
		86 a více let	35,56	47,86	453,5	0,025*
	80 – 85 let	86 a více let	30,42	35,74	406,5	0,264
Psychologický růst	méně než 70 let	70 - 79 let	45,41	47,3	991	0,736
		80 - 85 let	37,19	41,81	670,5	0,367
		86 a více let	28,78	38,3	342,5	0,045*
	70 – 79 let	80 - 85 let	44,85	48,74	946	0,488
		86 a více let	35,41	48,18	445,5	0,020*
	80 – 85 let	86 a více let	29,63	36,98	375,5	0,122

Zdroj: vlastní výzkum

Na rozdíl ve vnímání *fyzických změn* se nejvíce podílejí výsledky od nejstarších ze seniorů - liší se od obou kategorií seniorů do 79 let, rozdíly jsou i mezi seniory ve věku 70 až 79 let a 80 až 85 let. Navíc se ukazují i dílčí rozdíly v doméně *psychologický růst* - nejstarší udávají průkazně nižší hodnoty než sedmdesátníci a mladší (tabulka č. 27).

24.3.5 Hodnocení aspektů kvality života- dotazník WHOQOL-BREF – s ohledem na věk respondentů

Tabulka č. 28: Aspekty kvality života - dotazník WHOQOL-BREF (věk respondentů - DpS a U3V)

Škály WHOQOL-BREF	věk	DpS					U3V						
		N	průměr	medián	průměrné pořadí	chi-kvadrát	p	N	průměr	medián	průměrné pořadí	chi-kvadrát	p
Fyzické zdraví	méně než 70 let	39	48,35	50,00	79,37	0,660	0,883	46	68,01	67,86	39,63	2,876	0,090
	70 – 79 let	53	46,70	46,43	75,33			26	60,85	64,29	30,96		
	80 – 85 let	39	48,26	46,43	78,36								
	86 a více let	25	49,86	50,00	84,08								
Prožívání	méně než 70 let	39	49,79	45,83	71,96	4,335	0,227	46	68,30	70,83	37,46	0,269	0,604
	70 – 79 let	53	50,47	45,83	75,00			26	66,19	68,75	34,81		
	80 – 85 let	39	52,03	50,00	79,50								
	86 a více let	25	57,50	58,33	94,56								
Sociální vztahy	méně než 70 let	39	52,99	58,33	66,99	8,303	0,040*	46	67,93	75,00	36,82	0,030	0,863
	70 – 79 let	53	66,75	68,75	72,87			26	68,27	66,67	35,94		
	80 – 85 let	39	66,75	68,75	87,55								
	86 a více let	25	67,07	68,75	94,28								
Prostředí	méně než 70 let	39	66,03	65,63	72,91	1,943	0,584	46	71,88	71,88	37,64	0,383	0,536
	70 – 79 let	53	66,75	68,75	78,62			26	69,59	71,88	34,48		
	80 – 85 let	39	67,07	68,75	77,31								
	86 a více let	25	71,00	71,88	88,82								

Zdroj: vlastní výzkum

Ze škál WHOQOL-BREF jsou průkazně odlišné pouze výsledky v doméně *sociální vztahy* (tabulka č. 28). Zde autorka porovnávala jednotlivé aspekty kvality života mezi seniory v domovech pro seniory a U3V s ohledem na věk respondentů. V domovech pro seniory se jako statisticky průkazná jeví oblast *sociálních vztahů* (*Sig. 0,040**), která

v použitém dotazníku zahrnuje otázky týkající se osobních vztahů, spokojenost se sexuálním životem a spokojenost s podporou přátel.

24.3.6 Hodnocení aspektů kvality života- dotazník WHOQOL-BREF – podrobné analýzy

Tabulka č. 29: Aspekty kvality života - dotazník WHOQOL-BREF- podrobné analýzy (věk respondentů - DpS a U3V)

Škály WHOQOL-BREF	Věk		průměrné pořadí		M-W U	p
	kategorie A	kategorie B	A	B		
Fyzické zdraví	méně než 70 let	70 - 79 let	47,92	45,45	978	0,66
		80 - 85 let	39,6	39,4	756,5	0,968
		86 a více let	31,85	33,52	462	0,725
	70 – 79 let	80 - 85 let	45,9	47,32	1001,5	0,8
		86 a více let	37,98	42,72	582	0,387
	80 – 85 let	86 a více let	31,64	33,84	454	0,644
Prožívání	méně než 70 let	70 - 79 let	45,03	47,58	976	0,649
		80 - 85 let	37,67	41,33	689	0,659
		86 a více let	29,27	37,54	361,5	0,082
	70 – 79 let	80 - 85 let	45,28	48,15	969	0,609
		86 a více let	36,13	46,64	484	0,055
	80 – 85 let	86 a více let	30,01	36,38	390,5	0,18
Sociální vztahy	méně než 70 let	70 - 79 let	44,51	47,96	956	0,533
		80 - 85 let	34,28	44,72	557	0,037*
		86 a více let	28,19	39,22	319,5	0,019*
	70 – 79 let	80 - 85 let	42,75	51,6	834,5	0,105
		86 a více let	36,16	46,58	485,5	0,054
	80 – 85 let	86 a více let	31,23	34,48	438	0,485
Prostředí	méně než 70 let	70 - 79 let	44,85	47,72	969	0,609
		80 - 85 let	38,37	40,63	716,5	0,659
		86 a více let	29,69	36,88	378	0,13
	70 – 79 let	80 - 85 let	46,74	46,18	1021	0,921
		86 a více let	38,17	42,32	592	0,448
	80 – 85 let	86 a více let	30,5	35,62	409,5	0,28

Zdroj: vlastní výzkum

Nejvíce se opět odlišují výsledky nejstarších seniorů od obou skupin ve věku do 80 let, a to v doméně *sociální vztahy* (tabulka č. 29).

24.3.7 Hodnocení aspektů kvality života- dotazník WHOQOL-OLD – s ohledem na věk respondentů

V doménách dotazníku WHOQOL-OLD se obecně **neprokázaly** žádné významné rozdíly (tabulka č. 30). Tato tabulka je proto uvedena v příloze č. 1.

24.3.8 Hodnocení aspektů kvality života- dotazník WHOQOL-OLD – podrobné analýzy

V tabulce č. 31 jsou jednotlivá věková rozmezí zařazena do kategorií A a B a jsou zkoumány vzájemné vztahy mezi nimi.

Tabulka č. 31: Aspekty kvality života - dotazník WHOQOL-OLD- podrobné analýzy (věk respondentů - DpS a U3V)

Škály WHOQOL-OLD	Věk		průměrné pořadí		M-W U	p
	kategorie A	kategorie B	A	B		
Fungování smyslů Nezávislost	méně než 70 let	70 - 79 let	48,51	45,02	955	0,532
		80 - 85 let	44,46	34,54	567	0,051
		86 a více let	35,04	28,54	388,5	0,17
	70 – 79 let	80 - 85 let	49,92	41,85	852	0,148
		86 a více let	41,09	36,12	578	0,363
	80 – 85 let	86 a více let	31,85	33,52	462	0,723
Nezávislost	méně než 70 let	70 - 79 let	43,40	48,78	912,5	0,336
		80 - 85 let	35,76	43,24	614,5	0,142
		86 a více let	29,46	37,24	369	0,101
	70 – 79 let	80 - 85 let	44,90	48,68	948,5	0,499
		86 a více let	37,43	43,88	553	0,238
	80 – 85 let	86 a více let	31,86	33,50	462,5	0,729
Naplnění	méně než 70 let	70 - 79 let	46,63	46,41	1028,5	0,968
		80 - 85 let	37,92	41,08	699	0,536
		86 a více let	31,50	34,06	448,5	0,589
	70 – 79 let	80 - 85 let	44,95	48,60	951,5	0,513
		86 a více let	38,92	40,72	632	0,74
	80 – 85 let	86 a více let	32,41	32,64	484	0,961
Sociální zapojení	méně než 70 let	70 - 79 let	47,45	45,80	996,5	0,768
		80 - 85 let	41,19	37,81	694,5	0,506
		86 a více let	33,81	30,46	436,5	0,48
	70 – 79 let	80 - 85 let	47,47	45,18	982	0,682
		86 a více let	40,54	37,30	607,5	0,552
	80 – 85 let	86 a více let	32,60	32,34	483,5	0,956
Smrt a umírání	méně než 70 let	70 - 79 let	50,38	43,64	882	0,227
		80 - 85 let	44,23	34,77	576	0,063
		86 a více let	34,22	29,82	420,5	0,351
	70 – 79 let	80 - 85 let	48,08	44,36	950	0,506
		86 a více let	39,20	40,14	646,5	0,863
	80 – 85 let	86 a více let	31,13	34,64	434	0,458
Blízké vztahy	méně než 70 let	70 - 79 let	41,50	50,18	838,5	0,122
		80 - 85 let	33,49	45,51	526	0,019*
		86 a více let	29,82	36,68	383	0,149
	70 – 79 let	80 - 85 let	44,01	49,88	901,5	0,295
		86 a více let	39,42	39,66	658,5	0,966
	80 – 85 let	86 a více let	33,78	30,50	437,5	0,49

Zdroj: vlastní výzkum

Jediný průkazný rozdíl je mezi seniory ve věku mezi 80-85 a pod 70 let v doméně *blízké vztahy* (tabulka č. 31, Sig. 0,019*).

24.3.9 Hodnocení celkové úrovně kvality života seniorů a hodnocení sledovaných aspektů kvality života v závislosti na věku respondentů – shrnutí (dotazníky AAQ, WHOQOL-BREF, WHOQOL – OLD)

Autorka se domnívá, že tento výzkum podporuje předpoklad, že samotný **věk nemá na kvalitu života průkazný vliv**. Nejstarší podskupina respondentů z domovů pro seniory dokonce hodnotí svou kvalitu života i své zdraví lépe než ostatní tři podskupiny mladších (pozn. při posouzení zdraví jmenovitě u dvou krajních věkových skupin je tento rozdíl dokonce průkazný).

Hypotézu H3 lze přijmout pouze ve vztahu k celkové spokojenosti se zdravím, nikoli k obecné spokojenosti s kvalitou života. Dále ji lze přijmout ve vztahu k doménám fyzické změny (AAQ) a sociální vztahy (WHOQOL-BREF).

24.4 Hodnocení celkové úrovně kvality života seniorů a hodnocení sledovaných aspektů kvality života v závislosti na rodinném stavu (DpS, U3V)

Pro účely této disertační práce byl zjišťován **rodinný stav** a skutečnost, **zda má respondent děti či nikoliv**. Autorka zjišťovala zda je respondent/ka ženatý/vdaná, vdovec/vdova, rozvedený/ná, svobodný/svobodná, a to v souvislosti s celkovou úrovní kvality života, spokojenosti se zdravím, ale také s jednotlivými aspekty kvality života. Některá zjištění, týkající se rodinného stavu a kvality života nevykazují průkazné rozdíly, a proto jsou zařazeny do příloh.

24.4.1 Vztah kvality života a spokojenosti se zdravím – s dětmi, bezdětní

Tabulka č. 32: Vztah kvality života a spokojenosti se zdravím – s dětmi, bezdětní

	děti	DpS						U3V					
		N	průměr	medián	průměrné pořadí	M-W U	p	N	průměr	medián	průměrné pořadí	M-W U	p
Kvalita života	ano	114	3,25	3	83,11	1868	0,027*	60	3,83	4	36,58	355,5	0,939
	ne	42	2,88	3	65,98			12	3,75	3,25	36,13		
Spokojenost se zdravím	ano	114	2,71	2,5	78,53	2391	0,988	60	3,23	4	36,29	347,5	0,840
	ne	42	2,69	3	78,42			12	3,25	4	37,54		

Zdroj: vlastní výzkum

U seniorů z domovů pro seniory průkazně souvisí s kvalitou života skutečnost, zda mají děti či nikoli. Senioři, kteří děti mají, uvádějí celkově vyšší spokojenost s kvalitou života (tabulka č. 32).

24.4.2 Hodnocení aspektů kvality života – dotazník AAQ – s dětmi, bezdětní

Tabulka č. 33: Hodnocení aspektů kvality života – dotazník AAQ – s dětmi, bezdětní

Škály AAQ	děti	DPS						U3V					
		N	průměr	medián	průměrné pořadí	M-WU	p	N	průměr	medián	průměrné pořadí	M-WU	p
Psycho-sociální ztráty	ano	114	43,91	40,63	81,25	2080	0,209	60	62,30	65,63	37,76	356	0,814
	ne	42	40,10	35,94	71,02			12	58,85	64,06	36,17		
Fyzické změny	ano	114	42,90	43,75	81,96	2000	0,114	60	55,80	56,25	38,41	315,5	0,405
	ne	42	37,87	31,25	69,11			12	50,78	51,56	32,79		
Psycho logický Růst	ano	114	50,41	53,13	83,68	1804	0,018*	60	59,38	59,38	39,94	220,5	0,026*
	ne	42	44,49	43,75	64,44			12	50,26	50,00	24,88		

Zdroj: vlastní výzkum

U obou sledovaných souborů uvádějí ti z respondentů, **kteří mají děti, průkazně vyšší hodnoty v doméně psychologický růst** (tabulka č. 33).

24.4.3 Hodnocení aspektů kvality života – dotazník WHOQOL- BREF– s dětmi, bezdětní

Tabulka č. 34: Hodnocení aspektů kvality života – dotazník WHOQOL- BREF– s dětmi, bezdětní

Škály WHO QOL-BREF	dětí	DpS						U3V					
		N	průměr	medián	průměrné pořadí	M-W U	p	N	průměr	medián	průměrné pořadí	M-W U	p
Fyzické zdraví	ano	114	47,71	46,43	77,76	2310	0,737	60	65,55	64,29	36,79	328	0,517
	ne	42	48,81	50,00	80,5			12	66,37	73,21	41,17		
Prožívání	ano	114	53,33	54,17	82,52	1936	0,066	60	68,95	70,83	38,49	310,5	0,364
	ne	42	47,72	45,83	67,58			12	62,50	66,67	32,38		
Sociální vztahy	ano	114	59,21	64,58	84,61	1697	0,004**	60	69,22	75,00	39,02	278	0,161
	ne	42	51,59	58,33	61,9			12	61,81	66,67	29,67		
Prostředí	ano	114	68,61	68,75	82,84	1900	0,047*	60	72,38	71,88	39,4	254,5	0,083
	ne	42	63,84	62,50	66,73			12	66,15	67,19	27,71		

Zdroj: vlastní výzkum

U seniorů z DpS je průkazný i rozdíl hodnocení domén *sociální vztahy* a *prostředí*. Doména *sociální vztahy* obsahuje otázky týkající se osobních vztahů, spokojenost s podporou přátel a spokojenost se sexuálním životem. Doména *prostředí* zahrnuje otázky týkající se prostředí, ve kterém člověk žije, otázky finančního zabezpečení, spokojenost s dostupností zdravotní péče a otázky každodenní bezpečnosti. Senioři z U3V uvádějí relativně největší rozdíly také v doméně *prostředí*, tento rozdíl však není statisticky průkazný (tabulka č. 34).

24.4.4 Hodnocení aspektů kvality života – dotazník WHOQOL-OLD – s dětmi, bezdětní

Tabulka č. 35: Hodnocení aspektů kvality života – dotazník WHOQOL-OLD – s dětmi, bezdětní

Škály WHOQOL-OLD	děti	DpS						U3V					
		N	průměr	medián	průměrné pořadí	M-W U	p	N	průměr	medián	průměrné pořadí	M-W U	p
Funkování smyslů	ano	114	55,70	50	77,7	2303	0,714	60	74,19	75	37,55	369	0,965
	ne	42	56,99	56,25	80,67			12	73,44	71,88	37,25		
Nezávislost	ano	114	50,05	46,88	82,18	1975	0,092	60	73,89	75	38,66	300	0,287
	ne	42	44,64	37,5	68,52			12	68,75	56,25	31,5		
Naplnění	ano	114	59,65	62,5	84,25	1739	0,008**	60	69,56	75	38,17	330,5	0,535
	ne	42	51,34	50	62,9			12	62,50	75	34,04		
Sociální zapojení	ano	114	60,86	62,5	81,79	2019	0,131	60	66,53	68,75	37,26	357	0,824
	ne	42	56,10	56,25	69,56			12	67,71	68,75	38,75		
Smrt a umírání	ano	114	74,23	81,25	77,32	2260	0,588	60	61,69	62,5	36,88	333,5	0,571
	ne	42	79,32	87,5	81,7			12	64,58	68,75	40,71		
Blízké vztahy	ano	114	52,96	50	87,01	1424	0,000**	60	68,85	68,75	39,97	219	0,024*
	ne	42	36,31	31,25	55,39			12	47,40	43,75	24,75		

Zdroj: vlastní výzkum

U obou sledovaných souborů je **průkazný rozdíl v hodnocení úrovně blízkých vztahů, u seniorů z DpS i v pocitu naplnění** (tabulka č. 35).

24.4.5 Hodnocení celkové úrovně kvality života seniorů a hodnocení sledovaných aspektů kvality života – rodinný stav

Posuzování celkové úrovně kvality života seniorů s ohledem na rodinný stav bylo obtížné, jelikož jsou ve zkoumaném vzorku v naprosté převaze vdovy a vdovci. Ostatní skupiny jsou zastoupeny málo. **Dílčí rozdíly jsou patrné** mezi vdovami/vdovci a svobodnými **v sociálních vztazích** (tabulka č. 37, viz příloha č. 2)

24.4.6 Hodnocení aspektů kvality života v závislosti na rodinném stavu respondentů – shrnutí (dotazníky AAQ, WHOQOL-BREF, WHOQOL – OLD)

Vzhledem k tomu, že ve výzkumných souborech byli v převaze vdovy a vdovci, je k dispozici i málo průkazných výsledků (tabulka č. 35, 38 viz příloha č.2). Pro orientaci jsou uvedeny tyto výsledky v přílohách.

Hypotézu H 4 lze přijmout ve vztahu k obecné spokojenosti s kvalitou života u seniorů z DpS a dále ohledně domén *psychologický růst, blízké vztahy* (u obou souborů seniorů) a *naplnění, sociální vztahy a prostředí* (u seniorů z DpS).

24.5 Hodnocení celkové úrovně kvality života seniorů a hodnocení sledovaných aspektů kvality života v závislosti na vzdělání respondentů (DpS, U3V)

U vzdělání je **hodně průkazných vztahů s kvalitou života**. Může to ale být efekt mnoha dílčích determinant, které však nebyly předmětem tohoto výzkumu. Autorka této disertační práce se domnívá, že jen základní vzdělání může fungovat jako celoživotní relativní handicap na trhu práce (těžší práce, více stresu, nižší příjem...), vyšší vzdělání může naopak souviset s lepší sociální pozicí, ale také s větší mírou mentální aktivity apod.

24.5.1 Vztah kvality života a spokojenosti se zdravím v souvislosti se vzděláním respondentů

Tabulka č. 39: Vztah kvality života a spokojenosti se zdravím v souvislosti se vzděláním respondentů

	Dosažené vzdělání		N	průměr	medián	průměrné pořadí	chi-kvadrát	p
	základní	vyučen/a						
Kvalita života	základní		64	2,94	3,00	64,73	6,549	0,038*
	vyučen/a		42	3,17	3,00	75,77		
	úplné střední a vyšší		50	3,40	4,00	85,14		
Spokojenost se zdravím	základní		64	2,61	2,00	68,94	1,938	0,379
	vyučen/a		42	2,90	3,00	80,05		
	úplné střední a vyšší		50	2,66	2,00	73,93		

Zdroj: vlastní výzkum

Vzdělání obecně souvisí s hodnocením kvality života. S vyšším stupněm vzdělání roste i hodnocení kvality života (tabulka č. 39)

24.5.2 Hodnocení aspektů kvality života – dotazník AAQ – vzdělání

Tabulka č. 40: Hodnocení aspektů kvality života – dotazník AAQ – vzdělání

Škály AAQ	Dosažené vzdělání		průměrné pořadí		M-W U	p
	kategorie A	kategorie B	A	B		
Psychosociální ztráty	základní	vyučen/a	51,52	56,52	1 217,0	0,411
		úplné střední a vyšší	53,35	62,81	1 334,5	0,129
	vyučen/a	úplné střední a vyšší	44,39	48,27	961,5	0,487
Fyzické změny	základní	vyučen/a	52,22	55,45	1 262,0	0,595
		úplné střední a vyšší	51,55	65,12	1 219,0	0,029*
	vyučen/a	úplné střední a vyšší	42,19	50,12	869,0	0,155
Psychologický růst	základní	vyučen/a	52,64	54,81	1 289,0	0,722
		úplné střední a vyšší	56,40	58,91	1 529,5	0,687
	vyučen/a	úplné střední a vyšší	46,29	46,68	1 041,0	0,944

Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti se **základním vzděláním udávají průkazně vyšší míru fyzických změn** než respondenti s úplným středním nebo vyšším vzděláním (tabulka č. 40).

24.5.3 Hodnocení aspektů kvality života – dotazník WHOQOL- BREF a WHOQOL-OLD – vzdělání

Dílčí výsledky v jednotlivých doménách dotazníku WHOQOL-BREF nevykazují průkazné rozdíly, a proto je tabulka č. 41 uvedena v přílohách.

Tabulka č. 42: Hodnocení aspektů kvality života – dotazník WHOQOL-OLD – vzdělání

Škály WHOQOL-OLD	Dosažené vzdělání	N	průměr	medián	průměrné pořadí	chi-kvadrát	p
Fungování smyslů	základní	64	56,15	53,13	78,64	0,001	0,999
	vyučen/a	42	55,95	56,25	78,40		
	úplné střední a vyšší	50	56,00	50,00	78,40		
Nezávislost	základní	64	47,66	43,75	75,38	2,303	0,316
	vyučen/a	42	45,98	43,75	73,86		
	úplné střední a vyšší	50	52,00	50,00	86,40		
Naplnění	základní	64	57,32	56,25	78,63	0,041	0,979
	vyučen/a	42	57,29	56,25	77,38		
	úplné střední a vyšší	50	57,63	62,50	79,27		
Sociální zapojení	základní	64	63,18	68,75	89,93	7,812	0,020*
	vyučen/a	42	59,08	62,50	75,01		
	úplné střední a vyšší	50	55,38	56,25	66,80		
Smrt a umírání	základní	64	76,86	81,25	79,77	0,105	0,949
	vyučen/a	42	75,15	87,50	78,29		
	úplné střední a vyšší	50	74,38	87,50	77,05		
Blízké vztahy	základní	64	45,61	40,63	73,70	1,626	0,444
	vyučen/a	42	51,93	50,00	85,05		
	úplné střední a vyšší	50	49,25	50,00	79,14		

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 42 je zřejmý průkazný rozdíl v doméně **sociální zapojení** (Sig. 0,020*) a **nejvýrazněji je tento rozdíl patrný mezi respondenty se základním vzděláním a se vzděláním středním a vyšším** (tabulka č. 43).

Tabulka č. 43: Aspekty kvality života – dotazník WHOQOL-OLD – vzdělání – podrobné analýzy

Škály WHOQOL-OLD	Dosažené vzdělání		průměrné pořadí		M-W U	p
	kategorie A	kategorie B	A	B		
Fungování smyslů	základní	vyučen/a	53,52	53,48	1 343,0	0,995
		úplné střední a vyšší	57,63	57,34	1 592,0	0,963
	vyučen/a	úplné střední a vyšší	46,43	46,56	1 047,0	0,981
Nezávislost	základní	vyučen/a	53,71	53,18	1 330,5	0,930
		úplné střední a vyšší	54,16	61,77	1 386,5	0,221
	vyučen/a	úplné střední a vyšší	42,18	50,13	868,5	0,152
Naplnění	základní	vyučen/a	53,89	52,90	1 319,0	0,871
		úplné střední a vyšší	57,24	57,83	1 583,5	0,924
	vyučen/a	úplné střední a vyšší	45,98	46,94	1 028,0	0,862
Sociální zapojení	základní	vyučen/a	57,95	46,71	1 059,0	0,063
		úplné střední a vyšší	64,48	48,57	1 153,5	0,010**
	vyučen/a	úplné střední a vyšší	49,80	43,73	911,5	0,274
Smrt a umírání	základní	vyučen/a	53,77	53,10	1 327,0	0,912
		úplné střední a vyšší	58,51	56,21	1 535,5	0,710
	vyučen/a	úplné střední a vyšší	46,69	46,34	1 042,0	0,950
Blízké vztahy	základní	vyučen/a	50,59	57,93	1 158,0	0,228
		úplné střední a vyšší	55,61	59,92	1 479,0	0,488
	vyučen/a	úplné střední a vyšší	48,62	44,72	961,0	0,484

Zdroj: vlastní výzkum

24.5.4 Hodnocení aspektů kvality života v závislosti na vzdělání respondentů – shrnutí (dotazníky AAQ, WHOQOL-BREF, WHOQOL – OLD)

V závislosti se vzděláním respondentů se **objevují průkazné vztahy s kvalitou života**. Může to být efekt mnoha dílčích determinant, které však nebyly předmětem tohoto výzkumu. Autorka se domnívá, že jen základní vzdělání může fungovat jako celoživotní relativní handicap na trhu práce (těžší práce, více stresu, nižší příjem...), vyšší vzdělání

může naopak souviset s lepší sociální pozicí, ale také s větší mírou mentální aktivity apod.

Hypotézu H5 lze přijmout ve vztahu k celkovému hodnocení kvality života a k doménám fyzické změny a sociální zapojení.

24.6 Hodnocení celkové úrovně kvality života seniorů a hodnocení sledovaných aspektů kvality života v závislosti na délce pobytu v DpS

Tato hypotéza byla testována pouze na respondentech žijících v domovech pro seniory. Byly zohledněny tři kategorie délky pobytu, a to méně než jeden rok, jeden rok až tři roky a více než tři roky. Tabulky č. 44 – 49 s podrobnými výsledky jsou součástí příloh.

Hypotézu H 6 je na základě získaných dat zamítnuta. Nejsou patrné žádné průkazné rozdíly. Autorka se těmto výsledkům věnuje podrobněji v diskusi.

24.7 Hodnocení celkové úrovně kvality života seniorů a hodnocení sledovaných aspektů kvality života v závislosti na stupni příspěvku na péči

V této kapitole autorka předkládá výsledky zaměřené na vztah celkové úrovně kvality života seniorů a sledovaných aspektů kvality života v závislosti na přiznaném stupni příspěvku na péči. Autorka zjišťovala, zda má respondent přiznaný příspěvek na péči a pokud ano, jaký stupeň. Pro potřeby statistického zpracování dat byly sloučeny kategorie se III. a IV. stupněm příspěvku na péči (PnP).

24.7.1 Vztah kvality života a spokojenosti se zdravím v souvislosti se stupněm příspěvku na péči

Tabulka č. 50: Vztah kvality života a spokojenosti se zdravím v souvislosti se stupněm příspěvku na péči

	příspěvek na péči		průměrné pořadí		M-W U	p
	kategorie A	kategorie B	A	B		
Kvalita života	ne	I. stupeň	42,80	33,89	501,0	0,062
		II. stupeň	49,87	35,78	499,0	0,006**
		III.-IV. stupeň	34,23	23,19	248,0	0,009**
	I. stupeň	II. stupeň	51,28	45,17	977,5	0,252
		III.-IV. stupeň	39,01	31,09	461,5	0,100
	II. stupeň	III.-IV. stupeň	40,93	36,80	615,5	0,422
Spokojenost se zdravím	ne	I. stupeň	40,58	35,40	567,5	0,286
		II. stupeň	46,82	37,58	590,5	0,071
		III.-IV. stupeň	33,82	23,65	260,5	0,017*
	I. stupeň	II. stupeň	49,45	46,75	1 058,0	0,613
		III.-IV. stupeň	38,77	31,48	472,0	0,134
	II. stupeň	III.-IV. stupeň	41,74	35,28	574,5	0,206

Zdroj: vlastní výzkum

Vztah kvality života a spokojenosti se zdravím v souvislosti se stupněm PnP se ukazuje několik průkazných vztahů (tabulka č. 50). Respondenti **bez příspěvku na péči udávají relativně nejlepší kvalitu života**, u ostatních respondentů s přiznaným stupněm jejich pocit kvality života klesá.

Tabulka č. 51: Vztah kvality života a spokojenosti se zdravím v souvislosti se stupněm příspěvku na péči – podrobné analýzy

		N	průměr	medián	průměrné pořadí	chi-kvadrát	p
Kvalita života	ne	30	3,60	4,00	95,90	10,671	0,014**
	I. stupeň	44	3,23	3,00	79,18		
	II. stupeň	51	3,00	3,00	69,88		
	III.-IV. stupeň	27	2,85	3,00	63,07		
Spokojenost se zdravím	ne	30	3,03	3,00	90,22	6,508	0,089
	I. stupeň	44	2,77	3,00	78,63		
	II. stupeň	51	2,67	2,00	74,06		
	III.-IV. stupeň	27	2,37	2,00	62,41		

Zdroj: vlastní výzkum

Dílní průkazné rozdíly jsou patrné mezi respondenty s druhým a vyšším stupněm příspěvku a bez příspěvku (tabulka č. 51).

24.7.2 Hodnocení aspektů kvality života – dotazník AAQ –příspěvek na péči

Tabulka č. 52: Hodnocení aspektů kvality života – dotazník AAQ –příspěvek na péči

Škály AAQ	příspěvek na péči	N	průměr	medián	průměrné pořadí	chi-kvadrát	p
Psychosociální ztráty	ne	30	47,71	42,19	88,77	4,120	0,249
	I. stupeň	44	43,32	40,63	78,60		
	II. stupeň	51	40,56	40,63	72,49		
	III.-IV. stupeň	27	40,16	34,38	67,02		
Fyzické změny	ne	30	49,58	51,56	95,40	8,561	0,036*
	I. stupeň	44	41,19	43,75	76,95		
	II. stupeň	51	39,15	43,75	72,04		
	III.-IV. stupeň	27	36,09	28,13	63,19		
Psychologický růst	ne	30	50,94	50,00	82,52	2,450	0,484
	I. stupeň	44	46,59	46,88	68,66		
	II. stupeň	51	49,94	50,00	80,61		
	III.-IV. stupeň	27	48,15	50,00	74,83		

Zdroj: vlastní výzkum

V dotazníku AAQ je průkazný rozdíl v doméně *fyzické změny* (tabulka č. 52).

Tabulka č. 53: Hodnocení aspektů kvality života – dotazník AAQ –příspěvek na péči – podrobné analýzy

Škály AAQ	příspěvek na péči		průměrné pořadí		M-W U	p
	kategorie A	kategorie B	A	B		
Psychosociální ztráty	ne	I. stupeň	40,43	35,50	572,0	0,331
		II. stupeň	46,70	37,65	594,0	0,094
		III.-IV. stupeň	32,63	24,96	296,0	0,081
	I. stupeň	II. stupeň	50,10	46,19	1 029,5	0,489
		III.-IV. stupeň	38,00	32,74	506,0	0,296
	II. stupeň	III.-IV. stupeň	40,66	37,31	629,5	0,534
Fyzické změny	ne	I. stupeň	43,28	33,56	486,5	0,056
		II. stupeň	48,93	36,33	527,0	0,020*
		III.-IV. stupeň	34,18	23,24	249,5	0,013*
	I. stupeň	II. stupeň	49,97	46,30	1 035,5	0,517
		III.-IV. stupeň	38,43	32,04	487,0	0,204
	II. stupeň	III.-IV. stupeň	41,40	35,91	591,5	0,307
Psychologický růst	ne	I. stupeň	41,37	34,86	544,0	0,201
		II. stupeň	41,80	40,53	741,0	0,814
		III.-IV. stupeň	30,35	27,50	364,5	0,517
	I. stupeň	II. stupeň	43,90	51,54	941,5	0,177
		III.-IV. stupeň	34,90	37,80	545,5	0,564
	II. stupeň	III.-IV. stupeň	40,54	37,54	635,5	0,577

Zdroj: vlastní výzkum

Nejvýraznější jsou opět rozdíly mezi respondenty bez přiznaného příspěvku a s nárokem na II. a vyšší stupeň (tabulka č. 53), a to v doméně *fyzické změny*.

24.7.3 Hodnocení aspektů kvality života – dotazník – WHOQOL- BREF – příspěvek na péči

V dotazníku WHOQOL-BREF je opět v souladu s očekáváním průkazný rozdíl v hodnocení domény *fyzické zdraví* (tabulka č. 54). Tato doména v sobě zahrnuje otázky týkající se fyzického zdraví, kondice, cvičení a reflexe stárnutí.

Tabulka č. 54: Hodnocení aspektů kvality života – dotazník – WHOQOL- BREF – příspěvek na péči

Škály WHOQOL-BREF	příspěvek na péči	N	průměr	medián	průměrné pořadí	chi-kvadrát	p
Fyzické zdraví	ne	30	55,24	55,36	93,53	12,517	0,006**
	I. stupeň	44	50,16	50,00	81,08		
	II. stupeň	51	47,83	46,43	74,75		
	III.-IV. stupeň	27	38,49	32,14	53,43		
Prožívání	ne	30	56,67	60,42	86,85	3,009	0,390
	I. stupeň	44	50,66	50,00	72,97		
	II. stupeň	51	52,53	50,00	77,94		
	III.-IV. stupeň	27	47,69	45,83	68,04		
Sociální vztahy	ne	30	59,44	66,67	84,60	2,880	0,410
	I. stupeň	44	54,45	58,33	71,61		
	II. stupeň	51	55,88	58,33	72,17		
	III.-IV. stupeň	27	60,03	58,33	83,65		
Prostředí	ne	30	68,44	71,88	81,53	0,539	0,910
	I. stupeň	44	67,19	67,19	75,76		
	II. stupeň	51	66,61	68,75	74,27		
	III.-IV. stupeň	27	67,71	68,75	76,31		

Zdroj: vlastní výzkum

Vysoce průkazný je především rozdíl mezi respondenty bez přiznaného příspěvku a s III. nebo vyšším stupněm (tabulka č. 54).

Tabulka č. 55: Hodnocení aspektů kvality života – dotazník – WHOQOL- BREF – příspěvek na péči – podrobné analýzy

Škály WHOQOL-BREF	příspěvek na péči		průměrné pořadí		M-W U	p
	kategorie A	kategorie B	A	B		
Fyzické zdraví	ne	I. stupeň	41,68	34,65	534,5	0,166
		II. stupeň	47,57	37,14	568,0	0,053
		III.-IV. stupeň	35,28	22,02	216,5	0,003**
	I. stupeň	II. stupeň	50,36	45,96	1 018,0	0,436
		III.-IV. stupeň	41,07	27,74	371,0	0,008**
	II. stupeň	III.-IV. stupeň	43,65	31,67	477,0	0,026*
Prožívání	ne	I. stupeň	41,95	34,47	526,5	0,140
		II. stupeň	44,05	39,21	673,5	0,369
		III.-IV. stupeň	31,85	25,83	319,5	0,170
	I. stupeň	II. stupeň	46,19	49,56	1 042,5	0,552
		III.-IV. stupeň	37,31	33,87	536,5	0,495
	II. stupeň	III.-IV. stupeň	41,18	36,33	603,0	0,367
Sociální vztahy	ne	I. stupeň	41,12	35,03	551,5	0,225
		II. stupeň	45,15	38,56	640,5	0,212
		III.-IV. stupeň	29,33	28,63	395,0	0,870
	I. stupeň	II. stupeň	47,74	48,23	1 110,5	0,930
		III.-IV. stupeň	33,84	39,52	499,0	0,252
	II. stupeň	III.-IV. stupeň	37,38	43,50	580,5	0,244
Prostředí	ne	I. stupeň	39,33	36,25	605,0	0,543
		II. stupeň	43,43	39,57	692,0	0,473
		III.-IV. stupeň	29,77	28,15	382,0	0,712
	I. stupeň	II. stupeň	48,49	47,58	1 100,5	0,872
		III.-IV. stupeň	36,02	35,96	593,0	0,991
	II. stupeň	III.-IV. stupeň	39,13	40,20	669,5	0,841

Zdroj: vlastní výzkum

V doméně *fyzické zdraví* jsou významné také rozdíly mezi respondenty s nejvyššími stupni příspěvku a se stupněm I. a II. (tabulka č. 55).

24.7.4 Hodnocení aspektů kvality života – dotazník WHOQOL- OLD – příspěvek na péči

Tabulka č. 56: Hodnocení aspektů kvality života – dotazník WHOQOL- OLD– příspěvek na péči

Škály WHOQOL-OLD	příspěvek na péči	N	průměr	medián	průměrné pořadí	chi-kvadrát	p
Fungování smyslů	ne	30	57,71	56,25	81,32	1,751	0,626
	I. stupeň	44	58,66	56,25	81,26		
	II. stupeň	51	54,41	50,00	71,42		
	III.-IV. stupeň	27	54,86	50,00	72,98		
Nezávislost	ne	30	58,96	56,25	98,52	10,933	0,012**
	I. stupeň	44	43,04	43,75	67,14		
	II. stupeň	51	45,10	43,75	69,85		
	III.-IV. stupeň	27	51,39	43,75	79,85		
Naplnění	ne	30	60,83	62,50	83,20	1,180	0,758
	I. stupeň	44	56,11	56,25	72,56		
	II. stupeň	51	56,86	56,25	74,95		
	III.-IV. stupeň	27	57,64	62,50	78,41		
Sociální zapojení	ne	30	60,21	62,50	78,35	0,492	0,921
	I. stupeň	44	59,52	62,50	77,94		
	II. stupeň	51	59,68	62,50	76,93		
	III.-IV. stupeň	27	57,87	62,50	71,28		
Smrt a umírání	ne	30	70,21	75,00	68,63	3,016	0,389
	I. stupeň	44	74,86	81,25	72,38		
	II. stupeň	51	76,96	87,50	79,36		
	III.-IV. stupeň	27	79,86	87,50	86,56		
Blízké vztahy	ne	30	50,21	50,00	78,68	0,338	0,953
	I. stupeň	44	47,59	46,88	75,43		
	II. stupeň	51	47,43	43,75	74,51		
	III.-IV. stupeň	27	49,54	43,75	79,57		

Zdroj: vlastní výzkum

V dotazníku WHOQOL-OLD přiznání příspěvku na péči souvisí s hodnocením domény *nezávislost* (tabulka č. 56).

**Tabulka č. 57: Hodnocení aspektů kvality života – dotazník WHOQOL- OLD–
příspěvek na péči – podrobné analýzy**

Škály WHOQOL- OLD	Věk		průměrné pořadí		M-W U	P
	kategorie A	kategorie B	A	B		
Fungování smyslů	ne	I. stupeň	37,38	37,58	656,5	0,969
		II. stupeň	44,63	38,86	656,0	0,283
		III.-IV. stupeň	30,30	27,56	366,0	0,530
	I. stupeň	II. stupeň	51,31	45,15	976,5	0,273
		III.-IV. stupeň	37,38	33,76	533,5	0,470
	II. stupeň	III.-IV. stupeň	39,41	39,67	684,0	0,962
Nezávislost	ne	I. stupeň	47,07	30,98	373,0	0,001**
		II. stupeň	50,53	35,39	479,0	0,005**
		III.-IV. stupeň	31,92	25,76	317,5	0,160
	I. stupeň	II. stupeň	47,22	48,68	1 087,5	0,795
		III.-IV. stupeň	33,94	39,35	503,5	0,280
	II. stupeň	III.-IV. stupeň	37,78	42,74	601,0	0,355
Naplnění	ne	I. stupeň	40,60	35,39	567,0	0,301
		II. stupeň	43,80	39,35	681,0	0,408
		III.-IV. stupeň	29,80	28,11	381,0	0,700
	I. stupeň	II. stupeň	47,27	48,63	1 090,0	0,809
		III.-IV. stupeň	34,90	37,80	545,5	0,562
	II. stupeň	III.-IV. stupeň	38,97	40,50	661,5	0,775
Sociální zapojení	ne	I. stupeň	37,97	37,18	646,0	0,877
		II. stupeň	41,32	40,81	755,5	0,925
		III.-IV. stupeň	30,07	27,81	373,0	0,606
	I. stupeň	II. stupeň	48,59	47,49	1 096,0	0,845
		III.-IV. stupeň	37,17	34,09	542,5	0,538
	II. stupeň	III.-IV. stupeň	40,63	37,37	631,0	0,542
Smrt a umírání	ne	I. stupeň	36,02	38,51	615,5	0,622
		II. stupeň	37,63	42,98	664,0	0,319
		III.-IV. stupeň	25,98	32,35	314,5	0,144
	I. stupeň	II. stupeň	45,41	50,24	1 008,0	0,390
		III.-IV. stupeň	33,45	40,15	482,0	0,181
	II. stupeň	III.-IV. stupeň	38,15	42,06	619,5	0,464
Blízké vztahy	ne	I. stupeň	38,50	36,82	630,0	0,740
		II. stupeň	42,35	40,21	724,5	0,691
		III.-IV. stupeň	28,83	29,19	400,0	0,936
	I. stupeň	II. stupeň	48,34	47,71	1 107,0	0,910
		III.-IV. stupeň	35,27	37,19	562,0	0,703
	II. stupeň	III.-IV. stupeň	38,60	41,20	642,5	0,627

Zdroj: vlastní výzkum

V doméně *nezávislost* jsou průkazné dílčí rozdíly mezi respondenty **bez příspěvku a s příspěvkem ve stupni I. nebo II.** (tabulka č. 57). Tato doména zahrnuje otázky týkající se autonomie v oblasti svobody rozhodování o vlastních záležitostech a své budoucnosti.

24.7.5 Hodnocení aspektů kvality života v závislosti na stupni příspěvku na péči - shrnutí (dotazníky AAQ, WHOQOL-BREF, WHOQOL – OLD)

V rámci tohoto výzkumu se prokázalo, že skutečnost, zda byl seniorovi přiznán příspěvek na péči, souvisí u respondentů **z DpS průkazně jak s posouzením kvality života, tak se spokojeností se zdravím.** U souboru U3V je zřejmý pouze druhý ze vztahů. **Průkazný rozdíl lze nalézt v doméně fyzické změny,** kdy nejvýraznější rozdíly jsou mezi respondenty bez přiznaného příspěvku a s nárokem na II. a vyšší stupeň. V souladu s očekáváním se objevil průkazný rozdíl v hodnocení domény *fyzické zdraví*. **Vysoce průkazný je především rozdíl mezi respondenty bez přiznaného příspěvku a s III. nebo vyšším stupněm,** významné jsou ale i rozdíly mezi respondenty s nejvyššími stupni příspěvku a se stupněm I. a II. Přiznání příspěvku na péči souvisí s hodnocením domény *nezávislost*.

Hypotézu H 7 lze přijmout ve vztahu k hodnocení celkové kvality života a domén fyzické změny (AAQ), fyzické zdraví (WHOQOL-BREF) a nezávislost (WHOQOL-OLD).

25. Diskuze

V následujících kapitolách autorka předkládá diskuzi vztahující se k výzkumným otázkám. Zamýšlí se nad výsledky **celkové úrovně kvality života** seniorů žijících v domovech pro seniory a identifikuje **faktory**, které významně kvalitu života v pobytových zařízeních ovlivňují. Jednu kapitolu věnuje **rozdílnému vnímání faktorů** ovlivňujících kvalitu života seniorů v domovech pro seniory a seniorů, kteří žijí v domácím prostředí. Dále se zaměřuje na diskuzi zvolené metodiky a v závěru pak uvádí **doporučení pro praxi**, která vyplynula z výsledků šetření tohoto výzkumu a mohla by být přínosem pro zvýšení kvality života seniorů žijících v domovech pro seniory.

25.1 Diskuze k faktorům, které významně ovlivňují kvalitu života a spokojenost se zdravím seniorů v domovech pro seniory

Kvalitu života lze obtížně vyjádřit jako jediný individuální koeficient, který by shrnoval přesnou váhu všech dílčích aspektů, lze ji však zkoumat a srovnávat, lze se zabývat rolí faktorů, které se na úrovni kvality života podílejí, a jejich vzájemnými vazbami. Je úzce spjatá s **prostředím a zdravím**. Je ovlivňována také **faktorem času a prostoru i faktorem genetickým**. Ke klíčovým individuálním determinantám kvality života lze zařadit **vztahy**, přiměřené **zdraví** a **uspokojené potřeby**. Blahodárné účinky na kvalitu života má rovněž **tělesná aktivita**, která je těsně spjata se zdravím i s životní spokojeností.²⁹¹

Hrozenká²⁹² uvádí, že otázkami kvality svého života se člověk začíná zabývat zejména tehdy, když dojde ke snížení této kvality. Proto je v sociální práci vhodné využívat nejen mechanismy sloužící k nápravě snížené kvality života, ale vhodnými preventivními prostředky sociální politiky udržovat přiměřenou kvalitu života jednotlivců a zamezovat jejímu poklesu. Není jistě překvapivé, že kvalita života úzce souvisí s dalšími fenomény podobně komplexní povahy – se **způsobem života a životním stylem**.

²⁹¹ REJESKI, W.J. Physical Activity and Quality of Life in Older Adults. *The Journals of gerontology*. 2010. vol. 56, s. 23 – 35. [online]. [cit. 2011-07-23]. Dostupné z WWW: <http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/56/suppl_2/23>

²⁹² HROZENSKÁ, M. *Kvalita života starších lidí v priestore spoločenských vied*. Nitra: Effeta, 2011. s. 130.

Na způsobu života lidí se podílejí hodnoty ovlivněné rodinným zázemím, výchovou a individuální zkušeností. Je možné rozdělit je na individualistické (sebeurčení, úspěch, moc nebo touha po štěstí) a kolektivistické (spravedlnost či benevolence). Z jiného hlediska lze hovořit o hodnotách liberálních (svoboda, autonomie, nezávislost nebo touha po změně) a o hodnotách konzervativních (bezpečí, dodržování tradic, disciplinovanost). Jako na hodnoty lze pohlížet i na takové determinanty životního stylu a situace jednotlivce, jako je **povolání, zdravotní problémy** (či obecněji subjektivní zdraví), **věk, pohlaví, životní události, politická orientace, společenské změny.** ²⁹³

Van der Steen ²⁹⁴ uvádí jako důležitou determinantu kvality života vedle zřejmých a objektivních měřítek, jako je **schopnost sebeobsluhy, úroveň mobility a schopnost ovlivňovat vývoj vlastního života** rovněž **úroveň subjektivní osobní pohody** (well-being). Ten je současně provažován také za jednu z podstatných složek zdraví. V české terminologii se nejčastěji jako ekvivalent pojmu well-being kromě nejstručnější varianty „životní pohoda“ používá opis „životní spokojenost“, „pocit blaha“, „stav, kdy se člověk cítí dobře.“ ²⁹⁵ Dle Světové zdravotnické organizace je tento konstrukt zakotven jako důležitá charakteristika zdraví, přičemž se rozlišují tělesné, duševní a sociální dimenze tohoto prožitku osobní pohody. ²⁹⁶

Mezi další faktory, které ovlivňují kvalitu života jednotlivce patří **bezpečnost prostředí** ve kterém žije a aktuální **psychický stav**. Důležitý je také pocit, že má **přístup ke zdravotním a sociálním službám.** ²⁹⁷ Toto pojetí reprezentuje důraz na vnímání podstatných složek sociálního prostoru, tedy důraz psychosociální. Je zřejmé, že výčet psychosociálních determinant kvality života může být velmi dlouhý a u konkrétního člověka proměnlivý jak v závislosti na jeho životním stylu a situaci, ve které se nachází, tak na povaze sociálního kontextu.

²⁹³ PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. s. 205

²⁹⁴ VAN DER STEEN, J. et al. Kwaliteit van leven en dementi II. Selectie van een meetinstrument voor welbevinden op „modelmaat“. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 2001. 32.

²⁹⁵ KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2004.

²⁹⁶ KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005.

²⁹⁷ BONOMI, A.E. et al. VARIANCE AND DISSENT Presentation Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2000. vol. 53, s. 1–12. [online]. [cit. 2011-07-23]. Dostupné z WWW: <http://qolce.ntumc.org/pdf/99001237.pdf>

Dragomirecká ²⁹⁸ uvádí, že kvalita života se ve vyšších věkových skupinách snižuje. Ve výsledcích výzkumu však oproti očekávání v souvislosti s věkem **nelze najít statisticky průkazné rozdíly** - mírný, neprůkazný pokles spokojenosti je patrný pouze ve spokojenosti se zdravím u kontrastní skupiny. **Nejstarší podskupina respondentů z domovů pro seniory dokonce hodnotí svou kvalitu života i své zdraví lépe než ostatní tři podskupiny mladších.**

Další z faktorů, které autorka v tomto výzkumu sledovala bylo pohlaví. U souboru z domovů pro seniory **není mezi výsledky žen a mužů patrný žádný průkazný rozdíl**, v kontrastní skupině však uvádějí ženy vyšší spokojenost s kvalitou života než muži. Muži z kontrastní skupiny naopak udávají srovnatelnou spokojenost jako jejich protějšky z domovů pro seniory.

Kontext rodinného života se sice průkazně neprojevuje co se týče rodinného stavu, respondenti z **domovů pro seniory, kteří nemají děti, ale zpravidla hodnotí hůře svou kvalitu života než ti, kteří děti mají.** V podrobnějších výsledcích se jako průkazný jeví i rozdíl v posouzení kvality života mezi těmi z nich, **kteří žijí s partnerem, a osamocenými**, ať již svobodnými či vdovami a vdovci. Kalvach ²⁹⁹ uvádí, že častým důvodem k pobytu právě v ústavním zařízení bývá sociální postavení jedince a rodinný stav. Převažují zde lidé, kteří nežijí v partnerském vztahu, zvláště lidé ovdovělí. Tento předpoklad se potvrdil i v tomto výzkumu.

Oproti ostatním udávají **nižší kvalitu svého života** také respondenti, kteří dosáhli pouze **základního vzdělání**. To však může být efekt mnoha dílčích determinant, které nebyly předmětem tohoto výzkumu. Autorka této disertační práce se domnívá, že základní vzdělání může fungovat jako celoživotní relativní handicap na trhu práce (těžší práce, více stresu, nižší příjem...), vyšší vzdělání může naopak souviset s lepší sociální pozicí, ale také s větší mírou mentální aktivity apod. Také Kalvach ³⁰⁰ uvádí, že vyšší vzdělání a vyšší společenský status jsou spojeny s lepším zdravotním stavem a tím i s nižší potřebou dlouhodobé ústavní péče.

Odchodem do domova pro seniory opouští senior svůj dosavadní domov i navyklý způsob života. V novém prostředí se musí adaptovat a přizpůsobit se novým podmínkám, situacím a určitému režimu. Zvyká si na neznámé lidi a učí se nové věci.

²⁹⁸ DRAGOMIRECKÁ, E. a J. PRAJSOVÁ. *WHOQOL – OLD Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum, 2009. s.19.

²⁹⁹ KALVACH, Z. *Zdravotní a funkční stav ve stáří. Geriatrie a gerontologie*. Praha: Grada, 2004.

³⁰⁰ tamtéž s. 347

Často se stává, že senior sice s odchodem do domova pro seniory souhlasí, ale není s tímto faktem vnitřně ztotožněn.

O úspěšné adaptaci v novém prostředí rozhoduje komplex mnoha faktorů. Významným činitelem je osobnost jedince. Pacovský³⁰¹ uvádí, že jedinci, kteří dovedou „držet krok“, mají většinou schopnost vytěžit ze svého předcházejícího života co nejvíce. Naopak lidé, kteří se již v mládí obtížně přizpůsobovali jak ve společenském, tak v osobním a pracovním prostředí, se obtížně adaptují i ve stáří.

Ve výzkumném souboru z domovů pro seniory autorka zkoumala souvislosti s **délkou pobytu a hodnocením kvality života** i jejich jednotlivých aspektů. Zohledňovala tři kategorie délky pobytu, a to méně než jeden rok, jeden rok až tři roky a více než tři roky. Ve výsledcích však **nejsou patrné žádné průkazné rozdíly**. Tento fakt může být ovlivněn malým počtem respondentů ve skupině „délky pobytu do jednoho roku“.

Další vztah, na který se autorka zaměřila, byl **stupeň příspěvku na péči** v souvislosti s vnímáním kvality života a jejich jednotlivých aspektů. Při posuzování péče o vlastní osobu a míru soběstačnosti se stanoví stupně závislosti (tedy výše příspěvku na péči) a hodnotí se schopnost zvládat úkony péče o vlastní osobu. Seznam úkonů, které se posuzují, je dán zákonem č. 108/2006 Sb. § 9 o sociálních službách a způsob hodnocení stanoví prováděcí právní předpis.

Stupeň příspěvku na péči lze považovat za jeden z indikátorů zdravotního i sociálního stavu. Autorka zjišťovala, zda má respondent přiznaný příspěvek na péči a pokud ano, jaký stupeň. Pro potřeby statistického zpracování dat byly sloučeny kategorie se III. a IV. stupněm příspěvku na péči (PnP). Respondenti **bez příspěvku na péči udávají relativně nejlepší kvalitu života**, u ostatních respondentů s přiznaným stupněm jejich pocit kvality života klesá.

Topinková³⁰² zdůrazňuje, že pro potřeby sociálních služeb i péče je důležité nejen diagnostikovat a léčit určitou nemoc, ale i posoudit funkční schopnosti a soběstačnost seniora. Příčinou zhoršené soběstačnosti mohou být rizikové faktory zcela „nemedicínského“ charakteru.

Pro kvalitu každodenního života seniora však není rozhodující samotná přítomnost nějaké nemoci, ale stupeň specifického omezení, které nemoc přináší. Nejzávažnějším důsledkem nemocnosti ve vyšším věku je snížení soběstačnosti, které

³⁰¹ PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990. s. 65.

³⁰² TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005.

může vést až k bezmocnosti vyžadující soustavnou pomoc druhé osoby či dlouhodobou institucionalizaci.³⁰³ Také u respondentů v tomto výzkumu se ukazuje, že **snížení soběstačnosti podstatně snižuje kvalitu života seniorů.**

Jestliže stupeň příspěvku na péči určuje míru nezávislosti a soběstačnosti při péči o vlastní osobu, lze uvést jako **další faktor, ovlivňující kvalitu života také stupeň tohoto příspěvku.** Palčivou otázkou však zůstává objektivnost při posuzování a určování tohoto příspěvku a v neposlední řadě i subjektivní vnímání jednotlivých pracovníků, kteří zpracovávají podklady pro stanovení stupně tohoto příspěvku. Systém určování výše příspěvku na péči je stále tématem mnohých odborných diskuzí.

25.2 Diskuze k úrovni kvality života a k rozdílnému vnímání faktorů ovlivňujících kvalitu života u seniorů v domovech pro seniory a u seniorů žijících v domácím prostředí.

V předcházející kapitole autorka zmiňuje vybrané faktory ovlivňující kvalitu života seniorů, především v domovech pro seniory. V této kapitole předkládá diskuzi vztahující se k vnímání úrovně kvality života také u seniorů, žijících v domácím prostředí a také k rozdílnému vnímání faktorů, které kvalitu života ovlivňují.

Odlišnost v posuzování jednotlivých životních domén nejsou jediným typem rozdílů mezi oběma sledovanými soubory. **Liší se i struktura vztahu jednotlivých životních domén k celkovému pocitu kvality života a spokojenosti se zdravím.** Tento rozdíl je možné např. vidět v **odlišně těsném vztahu celkového hodnocení kvality života a spokojenosti se zdravím.** Zatímco u souboru seniorů z domovů pro seniory je tento vztah velmi těsný (Spearmanův korelační koeficient 0,607), kontrastní skupina vykazuje vysoce průkaznou, avšak pouze středně silnou pozitivní korelací (0,356). Užší propojení subjektivního vnímání zdravotního stavu a kvality života u seniorů z domovů pro seniory je zřejmé i z množství významných korelací. Autorka se domnívá, že u této skupiny seniorů by se mohlo na fyzickém pocitu zdraví odrážet více skutečností, které však nebyly předmětem tohoto výzkumu.

Jednotlivé domény, zaměřené na **psychosociální ztráty a fyzické změny** hodnotili respondenti z U3V převážně **pozitivně.** Výsledky respondentů z domovů pro seniory vypovídají o jejich mírně **negativním** nebo **neutrálním** prožívání, a to zejména

³⁰³ VOHRALÍKOVÁ, L. a L. RABUŠIC. *Čeští seniori včera, dnes a zítra.* Praha: VÚPSV, 2004. s. 30-32. Výzkumné zprávy.

v doméně **psychologický růst**. Doména psychologický růst v sobě zahrnuje otázky týkající se pozitivního vztahu k sobě samému a k okolnímu světu. Z tohoto výzkumu tedy vyplývá, že respondenti z domovů pro seniory vnímají neutrálně až negativně jednotlivé položky této domény. Jsou zde zahrnuty i otázky smyslu života a také názor na vnímání adaptace na stáří obecně.

Autorka této disertační práce se ztotožňuje s Dragomireckou,³⁰⁴ která považuje **pozitivní postoj ke stáří za důležitý indikátor úspěšného stárnutí** a předpokládá, že účastníci U3V se v skórování v doménách AAQ významně liší od běžné populace. Tento předpoklad se také v tomto výzkumu potvrdil, a to zejména u domény **psychosociální ztráty a fyzické změny**. Do těchto dvou domén jsou zahrnuty otázky týkající se **prožitků samoty, ztráty fyzické soběstačnosti, sociální vyloučení, fyzické zdraví a reflexe stárnutí**.

Sebehodnocení a sebeúcta se mění v průběhu našeho života. Záleží také na osobnostních charakteristikách jedince. Trzesniewski³⁰⁵ informuje o provedeném výzkumu, zaměřeném na míru sebeúcty v průběhu života, který byl uskutečněn na univerzitě v Carolině (N=74381, věk 50 -70 let). Byly zjištěny tři základní trendy: nízké sebehodnocení v dětství a v raném dospívání, vzrůstající v pokročilejší adolescenci a vysoké v mladším dospělém věku. Ve středním dospělém věku pomalu naše sebehodnocení klesá a v průběhu stárnutí se stále snižuje. Kromě osobnostních charakteristik mají na sebehodnocení vliv i konkrétní životní události. Bylo zjištěno, že nejvíce ovlivňuje sebeúctu zvyšující se závislost na druhých a redukce pocitu osobní akceschopnosti. V procesu stárnutí dochází k zpětnému přehodnocování vlastního života a v závislosti na typu osobnosti může vést ke snižování (ale také ke zvyšování) vlastního sebehodnocení.

Z výsledků tohoto výzkumu dále vyplývá, že zatímco v oblasti vztahů a sociálního fungování jsou u **seniorů z domovů pro seniory významnější vztahy blízké, u jejich protějšků z kontrastní skupiny jsou to extenzivněji definované sociální vztahy a sociální zapojení**.

Rodina má v životě seniora nezastupitelné místo. U seniorů v domovech pro seniory dochází v některých případech k přetrhání rodinných vazeb, ale i kontaktů

³⁰⁴ DRAGOMIRECKÁ, E. a J. PRAJSOVÁ. *WHOQOL – OLD Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum, 2009. s 22.

³⁰⁵ TRZESNIEWSKI K.H. et al. Stability of Self-Esteem Across the Life Span. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003. Vol.84. No. 1. s. 205-220.

s přáteli a známými. Důsledkem jsou nenaplněné sociální potřeby. Určité uspokojení může přinášet seniorům kontakt s vrstevníky, protože sdílejí podobné zážitky, zkušenosti a problémy. Důležité je také navazování kontaktů nových. Starší lidé však mají menší tendenci navazovat nové vztahy, a to zejména z důvodu zmenšující se sociální sítě.

V doméně blízké vztahy byly zahrnuty otázky týkající se významu přátelství, lásky, příležitosti někoho milovat či být milován. V domovech pro seniory převažuje počet žen nad muži. Ve výzkumném vzorku, který se vztahuje k této disertační práci, je v domovech pro seniory počet žen 102, mužů 54. Navazování intimních vztahů u seniorů je ve společnosti stále tabu a také v tomto výzkumu se ukázalo, že **potřeba někoho milovat či být milován, byla směřována spíše k dětem a vnoučatům.** V běžném životě jakoby se vůbec nepočítalo, že v procesu stárnutí mohou **být intimní vztahy důležitými faktory, ovlivňující kvalitu života seniorů.**

Při hodnocení kvality života v závislosti na rodinné situaci (kdy autorka zjišťovala, zda má respondent děti či nikoliv), **senioři z domovů pro seniory, kteří děti mají, uvádějí celkově vyšší spokojenost s kvalitou života.** U obou sledovaných souborů pak ti z respondentů, kteří mají děti, uvádějí vyšší hodnoty v doméně psychologický růst. Tato doména zahrnuje otázky pozitivního vztahu k sobě sama a k okolnímu světu. U obou sledovaných souborů je průkazný rozdíl v hodnocení úrovně blízkých vztahů, u seniorů z domovů pro seniory i v pocitu naplnění. Doména „naplnění“ v sobě zahrnuje otázky týkající se spokojenosti s možností něčeho v životě dosáhnout a s hodnocením toho, čeho jsme v životě dosáhli. Respondenti byli dotazováni, zda si myslí, že se jim v životě dostává uznání, které si zaslouží.

V závislosti se **vzděláním** respondentů se **objevují průkazné vztahy s kvalitou života.** Jak autorka již výše uvedla, základní vzdělání může fungovat jako celoživotní handicap na trhu práce, vyšší vzdělání může naopak souviset s lepší sociální pozicí, ale také s větší mírou mentální aktivity. S vyšším stupněm vzdělání roste i hodnocení kvality života. Šolcová a Kebza³⁰⁶ se shodují, že vzdělání ulehčuje přístup k sociálním zdrojům. Prostřednictvím vzdělání získává člověk schopnost stát se aktivní činitelem ve vlastním životě.

Jako prostředek prevence sociální izolace a pocitu osamělosti doporučují gerontologové různé aktivity, které oddalují stárnutí a přispívají ke spokojenosti seniorů

³⁰⁶ ŠOLCOVÁ, I. a V. KEBZA. Prediktory sociální opory u české populace. *Československá psychologie*. Praha: Psychologický ústav AV České Republiky, 2003. XLVII. 3. s. 220 -229.

i ke zvýšené kvalitě jejich života. K vhodným aktivitám patří také celoživotní vzdělávání, mezi které lze řadit i vzdělávání na Univerzitě třetího věku. Účast na tomto vzdělávání umožňuje seniorům rozvíjet nejen vědomosti a znalosti, ale i možnost setkávat se s vrstevníky a navazovat kontakty s novými lidmi.

Ve výsledcích tohoto výzkumného šetření lze vidět nejvýraznější průkazný rozdíl **mezi respondenty se základním vzděláním a se vzděláním středním a vyšším** (tabulka č. 43), a to v doméně **sociální zapojení**. Tato oblast zahrnuje otázky týkající se dostatku každodenních činností, spokojenosti s trávením volného času, spokojenosti se zapojením do společenského života a spokojenosti s osobní aktivitou.

Klevelandová³⁰⁷ zdůrazňuje, že v každém věku je důležité udržovat sociální vazby a získávat si nová přátelství. Umožní nám to především láska k sobě samému, kdy se naučíme přijímat sebe sama. Důležité je také udržovat přátelské vztahy a mít někoho, kdo nám projeví lásku, kdo nás vyslechne a kdo nám dává najevo, jak mu na nás záleží.

Podobný názor má Zavázalová,³⁰⁸ která uvádí, že sociální izolace představuje ztrátu kontaktů s prostředím, ve kterém člověk žije a odhaduje, že v naší seniorské populaci žije v této sociální izolaci asi 20% osob. Jedná se o osaměle žijící jedince a seniory, kteří nemají rodinu nebo ji mají vzdálenou a nemají ani kontakty s přáteli, sousedy a okolím.

V souladu s očekáváním při hodnocení domény **fyzické zdraví v souvislosti s přiznaným stupněm PnP** (tabulka č. 54) je možné vidět **vysoce průkazný rozdíl mezi respondenty bez přiznaného příspěvku na péči a s III. nebo vyšším stupněm**. Tato oblast zahrnuje otázky související s nutností lékařské péče, možností se samostatně pohybovat a vykonávat každodenní činnosti, spokojenosti se spánkem a s pracovním výkonem, ale také otázku „do jaké míry vám brání bolest v tom, co potřebujete dělat.“

V Příručce pro sestry – Vše o léčbě bolesti³⁰⁹ se lze dočíst, že léčba bolesti seniorů má vždy zahrnovat nejen medicínské prostředky, ale i aspekty psychosociální a kulturní. Pro vypracování individuálního léčebného plánu je důležité mít komplexní informace o pacientovi - seniorovi, jelikož neléčená bolest může mít velký vliv na kvalitu jeho života. Nedoléčená či podceňovaná bolest může způsobit deprese, úzkost, problémy se spánkem, poruchy kognitivních funkcí a mobility, ale také omezení

³⁰⁷ KLEVEDOVÁ, D. a I. DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. s. 28 – 35.

³⁰⁸ ZAVÁZALOVÁ et al. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001. s. 45.

³⁰⁹ KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti. Příručka pro sestry*. Praha: Grada, 2006. s. 275-276.

sociálních interakcí. Měli bychom si uvědomit, že stáří nemůžeme automaticky spojovat s výskytem bolesti a že bolest není vždy součástí procesu stárnutí.

Přiznání příspěvku na péči také významně souvisí s hodnocením domény **nezávislost** (tabulka č. 56). Do této domény jsou zahrnuty otázky týkající se svobodného rozhodování o vlastních záležitostech, rozhodování o vlastní budoucnosti, zda okolí respektuje svobodu rozhodování seniora a do jaké míry se může věnovat věcem, které by rád dělal. Tato oblast se týká autonomie, ve smyslu nejen soběstačnosti fyzické a finanční, ale také volnosti a svobody rozhodování a prosazování vlastní, svobodné vůle.

Sýkorová³¹⁰ konstatuje, že autonomie ve stáří je zřetelně spojována především se svobodou rozhodování, s fyzickou a finanční soběstačností. Z pohledu seniorů je ztotožňována autonomie s pocitem zdraví a fyzické soběstačnosti a považují ji za důležitou ve vztahu k sobě samotným.

Sociální gerontologové zahrnují do definice kvality života ve stáří fyzické kapacity, mentální zdraví, absenci bolesti, sociální aktivity v oblasti rodiny, práce, volného času, finanční nezávislost, sociální sítě a kvalitu sociální interakce, bydlení, sociální podporu, učení, obecnou životní spokojenost, vztah s prostředím a pozici seniorů ve společnosti. Je nesporné, že všechny dimenze osobní autonomie seniorů kvalitu jejich života ovlivňují.³¹¹

25.3 Diskuze k použitému metodickému postupu

Před definitivním použitím zvolené techniky (autorka použila kombinaci tří standardizovaných mezinárodně využívaných dotazníků) byl zvolený metodický postup ověřen v reálném prostředí. Samotný výzkum probíhal v jednotlivých domovech pro seniory, kde byl určen pracovník, který osobně distribuoval sadu všech tří dotazníků k respondentům. Ve většině případů se jednalo o sociálního pracovníka. Byl zvolen velmi individuální přístup, protože někteří senioři byli v okamžiku oslovení např. unaveni či jinak indisponováni. Všichni však byli velmi rádi za osobní kontakt a zájem o jejich osobu. Doba k vyplnění dotazníků je uváděna 10 minut, ale ve skutečnosti se tato doba často prodloužila až na 20 minut na jeden dotazník. Tak docházelo k tomu, že tazatel se

³¹⁰ SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie*. Praha: SLON, 2007. s. 90-93.

³¹¹ tamtéž s. 93.

k jednomu respondentovi opakovaně vracel, z důvodu udržení pozornosti při vyplňování dotazníků.

Otázky byly respondentům srozumitelné a pokud některé záměrně vynechali, tak to byly otázky spojené s intimním životem. Naopak velmi se zajímali o otázky spojené se smrtí a umíráním, což bylo pro mnohé tazatele, kteří tyto dotazníky distribuovali, překvapující. Tazatelé se prý domnívali, že otázky spojené se smrtí a umíráním, budou pro seniory nevhodné. V některých případech uváděli, že zastoupení těchto otázek v dotaznících považují za neetické. Respondenti naopak tyto otázky přivítali a měli potřebu se k těmto otázkám vyjádřit i podrobněji (nad rámec otázek v dotazníku).

Zvolené dotazníky jsou určeny pro cílovou skupinu – senior nad 60 let. Autorka však poukazuje na skutečnost, že pokud se přihlédne ke struktuře obyvatel domovů pro seniory, nebylo možné zajistit větší množství respondentů, kteří by byli ochotni a schopni jejího výzkumu se zúčastnit. Přesto by chtěla vyzdvihnout důležitost zjištěných výsledků a jejich využití v praxi. Může totiž výrazně přispět ke zvýšení kvality života nejen seniorů, kteří se výzkumu účastnili.

Papanová³¹² uvádí, že počínaje rokem 2007 se podstatně zvýšil počet uživatelů v domovech pro seniory ve věkovém pásmu nad 85 let. Uvedený trend odpovídá vývoji počtu příjemců příspěvku na péči. Příjemci těchto dávek v jejich nejvyšších stupních jsou ve většině případů starší 85 let. Nejvyšší nárůst počtu uživatelů v domovech pro seniory byl u příjemců příspěvku IV. stupně. Papanová se domnívá, že další příčina tohoto vývoje je také fakt, že příspěvek na péči se stává od roku 2007 významným zdrojem financování organizací poskytujících sociální služby.

Lze se domnívat, že domovy pro seniory budou mít v následujících letech nejspíše tendenci ke změně skladby obyvatel těchto zařízení. Budou zde uživatelé s vyššími stupni příspěvku na péči a s větší potřebou celodenní péče. Jak vyplynulo z provedeného výzkumu, tento trend již nastává a autorka této disertační práce se domníváme, že v budoucnosti bude mít zvyšující se tendenci.

Součástí výzkumného šetření bylo zjišťování demografických a identifikačních údajů respondentů. Tyto údaje sloužily jako nezávislé proměnné a autorka je využila k sestavení hypotéz.

³¹² PAPANOVÁ, A. *Změna struktury klientů v domově pro seniory po implementaci zákona o sociálních službách*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta, 2010. Diplomová práce. Vedoucí diplomové práce Lucie Kozlová.

25.4 Využití výsledků výzkumu v praxi

Při poskytování sociálních služeb je v současné době kladen velký důraz na kvalitu těchto služeb. Jako nástroj měření a hodnocení kvality poskytovaných sociálních služeb slouží inspekce kvality a právně ji ukotvuje zákon č. 108/2006Sb. o sociálních službách. Kromě jiného věnuje inspekce kvality sociálních služeb zásadní pozornost povinnostem poskytovatele spojeným s plánováním služby a se standardem č. 5 „Individuální plánování průběhu sociální služby.“³¹³

Povinností poskytovatele je mít písemně stanovená pravidla pro plánování služby. **Výsledky tohoto výzkumu mohou být podkladem pro tvorbu metodické příručky, určené klíčovými pracovníky a také jako pomůcka k zjišťování a naplňování potřeb seniorů. Měl by být kladen důraz na individuální přístup ke klientovi a na partnerský vztah.**

Autorka disertační práce níže uvádí v několika bodech doporučení pro praxi, která vyplynula jak ze studia odborné literatury, tak ze samotného výzkumného šetření. Tato doporučení lze shrnout do čtyřech okruhů, a to **praktické uplatnění při individuálním plánování, výzkum, vzdělávání, osvěta.**

1) Sestavení metodické příručky pro tvorbu individuálních plánů s důrazem na subjektivní vnímání kvality života seniorů

Pro tvorbu této příručky je v bodech uvedeno několik oblastí. Vždy je však nutné pracovat s uživatelem samotným a znát jeho osobnostní profil. Poté je možné zaměřit se na analýzu jeho potřeb a na plán jeho podpory.

Jako osnovu pro tvorbu této příručky při zjišťování individuálních potřeb uživatelů v domovech pro seniory je vhodné použít následující oblasti zaměřené na:

- fyzické zdraví, míru soběstačnosti
- způsob života, životní styl, životní události, vzdělání, zaměstnání
- sociální vztahy (včetně rodinných), sociální zapojení
- bezpečnost prostředí
- psychosociální naplnění, možnost dalšího osobnostního růstu
- osobní autonomii (fyzická, psychická, finanční apod.)

³¹³ HAICL, M. Inspekce a plánování služby. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: APSS, 2011. s. 197-202.

- blízké vztahy, intimitu
- smrt a umírání (poslední vůle, urovnání rodinných vztahů apod.)

Při identifikaci potřeb uživatele by mělo být vyjasněno s čím potřebuje senior pomoci a co dokáže sám.

Autorka disertační práce byla oslovena třemi domovy pro seniory, ve kterých byl prováděn výzkum a podílí se na tvorbě metodické příručky, která bude sloužit klíčovým pracovníkům jako metodický materiál při tvorbě individuálních plánů.

2) Výzkumy na téma *Kvalita života seniorů.*

Prostřednictvím dotačních programů zmapovat aktuální situaci v domovech pro seniory v ČR se zaměřením na kvalitu života seniorů. Propojit kvantitativní a kvalitativní výzkumné strategie. Vytvořit modifikovanou verzi dotazníku pro zjišťování kvality života seniorů v domovech pro seniory.

V rámci projektu uplatnit další složky uvedených návrhů – např. odborné publikace, vzdělávání, osvěta aj.

3) *Vzdělávání pro pracovníky v sociálních službách – tematicky zaměřené na:*

- individuální plánování
- zjišťování potřeb seniorů
- komunikaci (včetně alternativních způsobů komunikace s nekomunikujícími či obtížně komunikujícími seniory)
- znalost a respekt k lidským právům apod.
- specifické přístupy k seniorům žijícím v domácím prostředí

Dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách je zaměstnavatel povinen zabezpečit pracovníku v sociálních službách další vzdělávání, a to v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok. Toto vzdělávání by mohlo být zaměřeno na výše uvedená témata. Účast na dalším vzdělávání pomáhá klíčovým pracovníkům odbourat obavy z individuálního plánování a rozšiřuje jim jejich profesionální kompetence. Získávají tak nové znalosti, které jim mohou usnadnit přímou práci s uživatelem sociální služby.

4) *Vzdělávání budoucích sociálních pracovníků zaměřené na kvalitu života seniorů*

- v rámci výuky předmětů zaměřených na přímou sociální práci s jednotlivcem, se skupinou i s komunitou zařadit koncept preferující individuální přístup, orientující se na zvyšování kvality života seniorů
- zadávání témat pro zpracování diplomových, bakalářských prací zaměřených na problematiku „kvalita života seniorů v domovech pro seniory“

5) *Vzdělávání seniorů v domovech pro seniory*

- pokud se senioři v domovech pro seniory nemohou (např. ze zdravotních důvodů) účastnit vzdělávání na U3V, zajistit vzdělávání přímo v domovech pro seniory
- spolupráce mezi jednotlivými domovy pro seniory
- cílem by bylo nejen rozšíření vědomostí, ale také smysluplná náplň volného času, posílení sebevědomí, navazování nových kontaktů za „hranicemi domovského zařízení“

6) *Osvěta*

- zvýšit obecné povědomí o významu aktivního stárnutí a jeho různých aspektů
- s ohledem na **Evropský rok aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity 2012** podporovat činnosti, které pomohou bojovat proti diskriminaci na základě věku, překonávat stereotypy související s věkem
- besedy s cílovou skupinou 50+ zaměřené na přípravu na stáří a aktivní stárnutí
- tvorba informačních letáků distribuovaných v čekárnách praktických i odborných lékařů
- prezentace problematiky na téma „kvalita života seniorů v domovech pro seniory“ na odborných konferencích
- publikace v odborných časopisech
- využití dalších hromadných sdělovacích prostředků – tisk, rozhlas, TV

7) Vytvoření webových stránek zabývajících se problematikou „kvalita života seniorů v domovech pro seniory“

- v rámci některého dotačního programu zařadit do projektu zprovoznění webových stránek s výše uvedeným tématem
- cílem je oslovení široké veřejnosti (např. odborníci, rodinní příslušníci, senioři), poradenství, ankety, osvěta

8) Vydání odborné vědecké publikace s názvem *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*

Autorka disertační práce vydá v srpnu 2012 v nakladatelství Grada odbornou vědeckou publikaci s výše uvedeným názvem. Publikace je určena pro odbornou veřejnost, především pro studenty a pedagogické pracovníky sociálních a zdravotně sociálních oborů na středních, vyšších odborných a vysokých školách zdravotně sociálního charakteru. Široké uplatnění najde u odborných pracovníků v sociálních službách, a to zejména u sociálních pracovníků, zdravotnických a pedagogických pracovníků. Tato publikace může sloužit vedoucím pracovníkům v domovech pro seniory (ale i v dalších organizacích poskytující zdravotně sociální služby seniorům) k lepšímu pochopení a vnímání seniora jako člověka a jako rovnocenného partnera, se všemi jeho přáními a potřebami.

26. Závěr

Kvalita života seniorů v domovech pro seniory je determinována mnoha objektivními i subjektivními faktory. Úzce souvisí s osobností člověka, životním stylem, prožitými životními událostmi, zdravotním stavem, schopností zvládat zátěžové životní situace apod. Můžeme ji měřit mnoha metodami a uvažovat o ní v rozličných rovinách.

V současné době je kladen velký důraz kvalitu poskytovaných služeb. Z propagačních materiálů Ministerstva práce a sociálních věcí vyplývá, že kvalitní služba vychází z požadavků, očekávání a osobních cílů klienta. Je poskytována tak, aby nebyla porušována lidská práva, zohledňuje individuální potřeby klientů a zvyšuje kvalitu jejich života.³¹⁴

Hlavním cílem této disertační práce bylo zjistit úroveň kvality života seniorů žijících v domovech pro seniory a posoudit kvalitu života v různých životních doménách. V první části této práce jsou uvedena teoretická východiska související s problematikou stárnutí a stáří a s kvalitou života. Jsou zde uvedeny také metody i popis konkrétních nástrojů pro měření kvality života.

Po teoretickém vymezení této problematiky autorka přistupuje k vlastnímu výzkumnému šetření a předkládá zjištěné poznatky. V kapitole „Diskuze“ uvádí faktory, které významně ovlivňují kvalitu života a spokojenost se zdravím seniorů v domovech pro seniory a zmiňuje rozdílné vnímání faktorů ovlivňujících kvalitu života u seniorů v domovech pro seniory a u seniorů žijících v domácím prostředí.

Autorka si stanovila sedm hypotéz, kdy některé z nich se potvrdily zcela, některé pouze pro určité oblasti, jiné se nepotvrdily. Vzhledem k tomu, že respondenti vyplňovali tři dotazníky, bylo nutné zohlednit všechny zjištěné výsledky vzhledem ke stanoveným hypotézám. Níže je uveden stručný přehled:

- *Hypotézu H1* lze přijmout pro celkovou kvalitu života i pro všechny sledované aspekty.

- *Hypotézu H2* pro AAQ nelze přijmout, pro WHOQOL-BREF ji také nelze přijmout. Pro WHOQOL - OLD se potvrdila, a to pro rozdíl mezi ženami a muži v doménách *smrt a umírání, sociální zapojení a nezávislost*. V souboru z domovů pro seniory nebyla potvrzena v žádné z domén.

³¹⁴ MPSV. [online]. [cit. 2011-10-28]. Inspekce poskytování sociálních služeb. Dostupné z WWW: http://www.mpsv.cz/files/clanky/5782/inspekce_verejnost_final.pdf

- *Hypotézu H3 lze přijmout pouze ve vztahu k celkové spokojenosti se zdravím, nikoli k obecné spokojenosti s kvalitou života. Dále ji lze přijmout ve vztahu k doménám fyzické změny (AAQ) a sociální vztahy (WHOQOL-BREF).*
- *Hypotézu H 4 lze přijmout ve vztahu k obecné spokojenosti s kvalitou života u seniorů z domovů pro seniory a dále ohledně domén psychologický růst, blízké vztahy (u obou souborů seniorů), naplnění, sociální vztahy a prostředí (u seniorů z domovů pro seniory).*
- *Hypotézu H5 lze přijmout ve vztahu k celkovému hodnocení kvality života a k doménám fyzické změny a sociální zapojení.*
- *Hypotézu H 6 je na základě získaných dat zamítnuta. Nejsou patrné žádné průkazné rozdíly.*
- *Hypotézu H 7 lze přijmout ve vztahu k hodnocení celkové kvality života a domén fyzické změny (AAQ), fyzické zdraví (WHOQOL-BREF) a nezávislost (WHOQOL-OLD).*

Praktický přínos této práce autorka vidí v tom, že se jí podařilo upoutat pozornost na vnímání kvality života seniorů v domovech pro seniory nejen u samotných seniorů, ale i vedoucích pracovníků těchto organizací. Také sociální pracovníci, kteří vystupovali v roli tazatelů, byli seznámeni s průběhem a s výsledky tohoto výzkumu. V několika domovech pro seniory projeví zájem o spolupráci při tvorbě příruček pro klíčové pracovníky. Tyto příručky budou sloužit jako metodický materiál pro tvorbu individuálních plánů pro seniory v domovech pro seniory.

Další přínos této práce spatřuje autorka v identifikaci faktorů ovlivňujících kvalitu života seniorů v domovech pro seniory. Poukazuje na nutnost individuálního přístupu při zjišťování potřeb seniorů, ale také na vzdělávání a zvyšování kompetencí klíčových pracovníků. Znalost, uvědomění si a práce s těmito faktory, mohou pomoci jasněji vymezit potřeby seniorů v domovech pro seniory a tím i usnadnit plánování cílů poskytovaných služeb.

Osobnost člověka je utvářena celým jeho předchozím vývojem. Na významu nabývá jeho primární rodina, kde se učil vytvářet vztahy k lidem a způsob života, ale

také životní zkušenosti a schopnost adaptace na zátěžové situace. S rostoucí závislostí na péči druhé osoby je méně aktuální širší okruh vztahů a aktivit a důležitějšími se stávají blízké vztahy.³¹⁵

V této práci se autorka zabývá problematikou, která je sice aktuální, ale výzkumy zabývající se kvalitou života seniorů právě v domovech pro seniory, nejsou obvyklé. Proto autorka doporučuje věnovat intenzivní pozornost koncepci kvality života seniorů v domovech pro seniory, a to na bio-psycho-sociálních a spirituálních úrovních.

V zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách jsou uvedeny kvalifikační požadavky na pracovníky v sociálních službách. Toto vzdělávání by však mělo být plánované tak, aby monitorovalo potřeby organizace ve vazbě na potřeby jednotlivých uživatelů sociální služby. Mělo by také zohledňovat schopnosti a možnosti pracovníků a jejich profesní směřování. Precizně vypracovaný plán vzdělávání pracovníků celé organizace pak zpětně odráží i kvalitu poskytovaných služeb.

Pokud se domovy pro seniory vydají cestou „učících se organizací“, půjdou cestou, která nikdy nekončí. Důležitým bodem je vtažení lidí do děje, plánování rozvoje organizace, vzdělávání, motivace. Stálé vzdělávání by mělo být integrováno do každodenní činnosti. Za kulturu organizace lze považovat soustavu hodnot a norem, které sice nikde nejsou zaznamenány, ale tato pravidla a vzorce chování ovlivňují jednání a způsob práce všech zaměstnanců. Další vzdělávání zaměstnanců v domovech pro seniory by mělo pozitivně ovlivňovat kulturu organizace a mělo by pomáhat při zvyšování kvality života seniorů.

Téma stárnutí populace a kvality života ve stáří se týká nás všech. Měli bychom si všichni společně položit otázku, jaké chceme stáří pro sebe a pro své rodiče a co je nezbytné k naplnění této naší představy učinit.

³¹⁵ KLEVETOVÁ, D. a I. DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. s.31.

27. Klíčová slova

Domov pro seniory, kvalita života, potřeby, senior, stáří, zdraví.

28. Použité zdroje

AARONSON, N. K. *Quality of life: What is it? How should it be measured?* [online]. [cit. 2010-11-15]. Dostupné z WWW: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3079329>

ABBATE, R., O. GIAMBALVO a A.M. MILITO. Service and Life Quality: The Case of Palermo. In *Social Indicators Research*. Springer, 2001. vol. 54, no. 3. ISSN 0303-8300.

ADLER, A. *Porozumění životu. Úvod do individuální psychologie*. Praha: Aurora, 1999. ISBN 80-85974-76-2.

BALCAR, K. Životní smysluplnost, duševní pohoda a zdraví. *Československá psychologie*. Praha: Psychologický ústav Akademie věd ČR, 1994. č. 1. ISSN 0009-062X.

BALCAR, K. Životní smysl a kvalita života. In *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

BAUMESITER, R., M.R. LEARY. *The need to Beliny: desire for interpersonal attachments as a fundamentals human motivation*. Psychological Bulletin, No. 117, 497– 529.

BAYEROVÁ, M. Kvalita života seniorov v ústavnom zariadení - kvalitou sociálnej práce. In „*Kvalita života a rovnosť príležitostí – z aspektu vzdelávania dospelých a sociálnej práce*“ Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2005. ISBN 80-8068-425-1.

BERGSMA, J. a GL. ENGEL. *Quality of life: Does measurement help?* [online]. [cit. 2011-01-15]. Dostupné z WWW: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10291118>

BILASOVÁ, V. a L. ROMANOVÁ. Etické aspekty rozhodnutia na konci života. *Revue sociálnych služieb*. Trnava: Oliva, roč. II. č. 2, 2010. ISSN 1338-1075.

BONOMI, A.E. et al. VARIANCE AND DISSENT Presentation Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2000. vol. 53. [online]. [cit. 2011-07-23]. Dostupné z WWW: <http://qolce.ntumc.org/pdf/99001237.pdf>

BRONFENBRENNER, U. *Ecological Theory – Socialcultural View of Development*. Emory University, Division of Educational Studies Atlanta. [online]. [cit. 2010.12.10]. Dostupné z WWW: <http://www.des.emory.edu/mfp/302/202bron.pdf>

BURCIN, B. a T. KUČERA. *Perspektivy populačního vývoje České republiky na období 2003 – 2065*. Praha: Demo - Art, 2003. s. 50. ISBN neuvedeno.

BURCIN, B. a T. KUČERA. Jak stárneme. *Bydlení pro seniory*. Brno: Era, 2006. s. 179. ISBN 80-7366-057-1.

BURIÁNEK, J. *Sociologie*. Praha: Fortuna, 2001. ISBN 80-7168-754-5.

BYOCK, I. *Dobré umírání*. Praha: Vyšehrad, Cesta domů, 2005. ISBN 80-7021-797-9.

CALMAN, K. C. Quality of life in cancer patients-an hypothesis. *Journal of Medical Ethics*. 1984, 10. ISSN 1473-4257.

ČERNÁ, T. *Spokojenost seniorů s vybranými vzdělávacími aktivitami na Univerzitě Pardubice*. Diplomová práce, Masarykova univerzita v Brně, Filozofická fakulta, 2009.

Český statistický úřad. [online]. [cit. 2009-12-20]. Věkové složení obyvatelstva. Dostupné z WWW:

http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelstva_v_roce_2008

http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/stromy_zivota_do_roku_2050

Český statistický úřad. [online]. [cit. 2010-01-29]. Projekce obyvatelstva ČR do roku 2050. Dostupné z WWW:

[http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/t/FF004C6DAA/\\$File/4020rru.pdf](http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/t/FF004C6DAA/$File/4020rru.pdf)

DIENER, E. et al. The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*. Oxon: Routledge, 1984. vol. 49. ISSN 1532-7752.

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-0139-7.

DRAGOMIRECKÁ, E. a C. ŠKODA. Měření kvality života v sociální psychiatrii. *Česká a slovenská psychiatrie*. Vydává ČLS J. E. Purkyně, 1997. č. 8. ISSN 1212-0383.

DRAGOMIRECKÁ, E. a J. BARTOŇOVÁ. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-82-4.

DRAGOMIRECKÁ, E. a J. PRAJSOVÁ. *WHOQOL – OLD Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum, 2009. ISBN 978-80-87142-05-9.

DVOŘÁČKOVÁ, D. Úspěšné stárnutí – užitečné rady na cestě ke stáří. In *Sborník V. mezinárodní konference Problematika – generace 50 plus*. České Budějovice: JU v Č.Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008. ISBN 978-80-7394-100-0.

DVOŘÁČKOVÁ, D. Společenské uplatnění seniorů aneb aktivní stáří. *Sociální péče*. Brno: Ikaria, 2009. č. 4. ISSN 1213-2330.

DVOŘÁČKOVÁ, D. Role sociálního pracovníka v procesu doprovázení je nezastupitelná. *Sociální práce/Sociálna práca*. Brno: ASVSP, 2/2010. ISSN 1213-6204.

ERIKSON, E. *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Praha: Nakl. Lidové noviny, 1999. ISBN 80-7106-291-X.

FAHEY, T., C. WHELAN a B. NOLAN. *Monitoring quality of life in Europe*. Luxembourg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2006. ISBN 92-897-0210-9.

FERRY, M. *Regionální strategie a demografické stárnutí Age Proofing Toolkit – Příručka ke strategii pro demografické stárnutí*. [online]. [cit. 2009-12-20]. Dostupné z WWW: http://www.mpsv.cz/files/clanky/4276/ageing_toolkit_czech.pdf

FISHER, K. n.d. *Max-Neef on Human Needs and Human-scale Development*. [online]. [cit. 2010-07-27]. Dostupné z WWW: <http://www.celebrateempathy.com/Max-Neef.pdf>.

GALVAS, Z. *K problematice kvality života TZP seniorů*. [online]. [cit. 2010-01-15]. Dostupné z WWW: <http://www.brailnet.cz/sons/docs/tl99/01.htm>

GERSON, E. M. On „Quality of Life“. *American Sociological Review*. 1976, vol. 41. ISSN 0003-1224. [online]. [cit. 2010-11-20]. Dostupné z WWW: <http://www.jstor.org/pss/2094727>

GROFFEN, D. A. I. et al. Material deprivation and health-related dysfunction in older Dutch people: findings from the SMILE study. *European Journal of Public Health*. OXFORD UNIVERSITY PRESS, 2001. ISSN 1464-360x.

GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. České Budějovice: JU v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 1999. ISBN 80-7040-364-0.

GUARDINI, R. *Životní období*. Praha: Zvon, 1997. ISBN 80-08-01427-X.

HAICL, M. *Inspekce a plánování služby. Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: APSS, 2011. ISBN 978-80-904668-1-4.

HÁJEK, M. *Motivace lidí*. [online]. [cit. 2010-07-16]. Dostupné z WWW: http://www.vedeme.cz/images/stories/kapitoly/maslow_hierarchy.gif

HALEČKA, T. Kvalita života ako pojem a problém sociálnej politiky a sociálnej práce. *Práca a sociálna politika*. 2001, roč. 9, č. 12. ISSN 1210-5643.

HALEČKA, T. Kvalita života a jej ekologicko- environmentálny rozmer. In *Kvalita života a ľudské práva v kontextech sociálnom práce a vzdelávania dospelých*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2002. ISBN 80-8068-088-4.

HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004, ISBN 80-7178-803-1.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Rub života, líc smrti*. Praha: Orbis, 1975.

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

HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.

HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetřovatelství 10. Manuálek sociální gerontologie*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. ISBN 80-7013-363-5.

HAYFLICK, L. The cellular basis for biological aging. *Handbook of the Biology of Aging*. New York: Academic Press, 1977.

HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

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

HOJDA, Z. et al. *Věché stáří, nebo zralý věk moudrosti?* Praha: Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1691-1.

HOLLSTEIN-BRINKMANN, H. *Sociálna práca a systémové teórie*. Trnava: Slovak Academic Press, 2001. ISBN 80-88908-78-7.

HOLMEROVÁ, I., B. JURÁŠKOVÁ a K. ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2003. ISBN80-86541-12-6.

HOLMEROVÁ, I. et al. Aktivní stárnutí. *Čes. Geriatrická revue*. Brno: Ambit Media, 2006. č. 4. ISSN 1801-8661.

HORECKÝ, J. Scénáře vývoje sociálních služeb v ČR z pohledu jejich financování. *FÓRUM sociální politiky* č. 5/2009. ISSN 1802-5854.

HORECKÝ, J. *Analýza inspekcí poskytování sociálních služeb* [online]. [cit. 2010-12-28]. Dostupné z WWW: http://www.horecky.cz/down/spa/analyza_inspekci.pdf

HROZENSKÁ, M. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-282-3.

HROZENSKÁ, M. *Kvalita života starších ľudí v priestore spoločenských vied*. Nitra: Effeta, 2011. ISBN 978-80-89245-24-6.

JANDÁSKOVÁ, Z. *Kvalita života žen po menopauze: Osteoporóza, osteopenie a low back pain*. Brno: Filosofická fakulta Masarykovy univerzity, 2009. Disertační práce. Vedoucí disertační práce Mojmír Svoboda.

JANEČKOVÁ, H. Sociální práce se starými lidmi. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-02-X.

JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006. ISBN 80-7368-110-2.

JEDLIČKA, V. et al.. *Praktická gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. ISBN 80-7013-109-8.

KALVACH, Z. et al. *Úvod do gerontologie a geriatricie*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-366-0

KALVACH, Z. et al. Demografie stáří. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Z. Zdravotní a funkční stav ve stáří. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Z. a A. ONDERKOVÁ. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. 2006. ISBN 80-7262-455-5.

KALVACH, Z., Z. ZADÁK, R. JIRÁK et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.

KARSTEN, H. *Ženy – muži: generové role, jejich původ a vývoj*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-145-X.

KAUFMANOVÁ, P. Pohled seniorů na pečovatelskou službu. *Sociální práce/sociální práce*. Brno: ASVSP. 2/2004. ISSN 1213-624.

KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.

KIRBY, P. C., C. BROOKS a J. OESCHER. Using quality of life studies to improve local mental health service. *National Conference on Mental Health Statistics*, Washington, 2003.

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

KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti. Příručka pro sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1720-4.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: APSS, 2011. ISBN 978-80-904668-1-4.

KOPECKÝ, J. Manipulovaný a manipulující starý hudebník. In *Vetché stáří, nebo zralý věk moudrosti?* Praha: Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1691-1.

KOVÁČ, D. Kvalita života - naliehavá výzva pre vedu nového storočia. *Československá psychologie*. Praha: Psychologický ústav Akademie věd České republiky, 2001. č. 1. ISSN 0009-062X.

KOVÁČ, D. *(Dis-)integration of personality – a source of (non)quality of life*. *Studia psychologica*. 2007. 43, 3. ISSN 0039-3320.

KOZIEROVÁ, B., G. ERBOVÁ a R. OLIVIEROVÁ. *Ošetrovatel'stvo I., II*. Martin: Osveta, 1996. ISBN 80-217-0528-0.

KRÁLOVÁ, J. a E. RÁŽOVÁ. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. Olomouc: ANAG, 2005. ISBN 80-7263-275-2.

KRÁLOVÁ, J. a E. RÁŽOVÁ. *Sociální služby a příspěvek na péči 2009/2010*. 3. vyd. Ostrava: ANAG, 2009. ISBN 978-80-7263-559-7.

KREDÁTUS, J. Pomáhame iným. Dokážeme pomôcť sami sebe? In „*Kvalita života a rovnosť príležitostí – z aspektu vzdelávania dospelých a sociálnej práce*“ Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2005. ISBN 80-8068-425-1.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2002. ISBN 978-80-7367-568-4.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-835-X.

KŘÍŽOVÁ, E. Sociologické podmínky kvality života. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

KUBALČÍKOVÁ, K. *Expertíza pro cílovou skupinu „senioři“*. Brno: VÚPSV, 2006. Podkladový materiál pro proces komunitního plánování sociálních služeb ve městě Brně.

KUČERA, Z. Podpora zdraví a kvalita života. In *Kvalita života. Sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. ISBN 80-86625-20-6.

KUCHAŘOVÁ, V., L. RABUŠIC a L. EHRENBERGEROVÁ. *Život ve stáří. Zpráva o výsledcích empirického šetření*. Praha: MPSV, 2002. s. 89.

LANGMEIER, J. a D. KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998. ISBN- 80-7169-195-X.

LECHLER, P. Which Health Outcomes Should Be Measured in Health Related Environmental Quality of Life Studies ? *Landscape and Urban Planning*, 2003. vol. 63, no.1. ISSN 0169-2046.

LIBIGEROVÁ, E. a H. MÜLLEROVÁ. Posuzování kvalita života v medicíně. *Česká a slovenská psychiatrie*. Vydává ČLS J. E. Purkyně, 2001. č. 4. ISSN 1212-0383.

LUKASOVÁ, E. *Logo-test. Zkouška k měření prožívané smysluplnosti a existenciální frustrace*. Chrudim: Mach, 1992.

MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

MAPI INSTITUTE. [online]. [cit. 2011-01-22]. Dostupné z WWW: <http://www.mapi-institute.com/>

MAREŠ, J. Problémy s pojetím pojmu kvalita života a s jeho definováním. In *Kvalita života u dětí a dospívajících*. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-65-9.

MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: SLON, 1997. ISBN 80-85850-24-9.

MATOUŠEK, O. a K. KOLDINSKÁ. *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce (Social Work Dictionary)*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7376-368-0.

McMAHON, M. O'NEIL. *General Method of Social Work Practice, The: A Generalist Perspective*. Boston: Allyn & Bacon, 1996. ISBN 9780130632807.

MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

MOODY, H.R. *Aging. Concepts and controversies*. Thousand Oaks: Pine Forge Press, 2002. ISBN 1412969662.

MOTLOVÁ, L. Autonomie, nezávislost a uspokojování potřeb osob vyššího věku. *Kontakt*. České Budějovice: JU v Č.Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2007, r. 9, č. 2. ISSN 1212-4117.

MPSV. [online]. [cit. 2010-11-16]. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří). Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/5045>

MPSV. [online]. [cit. 2009-12-20]. Příprava na stárnutí v České republice. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/2856>

MPSV. *Sociální služby*. [online]. [cit. 2010-12-26]. Otázky a odpovědi k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a k zákonu č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách. Dostupné z WWW: http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky_odpovedi_22-rev2.pdf

MPSV. [online]. [cit. 2010-09-20]. Sociální služby. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/9>

MPSV. [online]. [cit. 2011-10-28]. Inspekce poskytování sociálních služeb. Dostupné z WWW: http://www.mpsv.cz/files/clanky/5782/inspekce_verejnost_final.pdf

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

MÜHLPACHR, P. Měření kvality života jako metodologická kategorie. In *Kvalita života a rovnost příležitostí – z aspektu vzdělávání dospělých a sociální práce*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2005. ISBN 80-8068-425-1.

MÜHLPACHR, P. *Sociální práce jako životní pomoc*. Brno: Masarykova univerzita, 2006. ISBN 80-86633-62-4.

MUNZAROVÁ, M. *Úvod do studia lékařské etiky a biotiky*. Brno: Masarykova univerzita, 2002. ISBN 80-210-3018-6.

MUSSCHENGA, A. W. The Relation Between Concepts of Quality-of-Life, Health and Happiness. *The Journal of Medicine and Philosophy*. Dordrecht-London-Boston: Kluwer Academic Publisher, vol 22. ISSN 1744-5019.

NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia, 1995. ISBN 80-200-0525-0.

NAKONEČNÝ, M. *Motivace lidského chování*. Praha: Academia, 2004. ISBN 978-80-200-0592-2.

NAVRÁTIL, P. a L. MUSIL. Sociální práce s příslušníky menšinových skupin. In: *Sociální studia*. Sborník prací Fakulty sociálních studií MU č.5. Brno: MU, 2000.

NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, 2001. ISBN 80-903070-0-0.

NAVRÁTIL, P. a kol. *Romové v české společnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-741-8.

NEŠPOROVÁ, O., K. SVOBODOVÁ a L. VIDOVIČOVÁ. Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru. Praha: VÚPSV, 2008. ISBN 978-80-87007-96-9.

Obce, města, regiony a sociální služby: Sešity pro sociální politiku. Praha: Socioklub, 1997. ISBN 80-902260-1-9.

O'CONNOR, M. a S. ARANDA. *Paliativní péče*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1295-4.

ONDRUŠOVÁ, J. 2009. Měření kvality života u seniorů. *Česká geriatrická revue*. Brno: Ambit Media, č.1, 2009. ISSN 1214-0732.

PACOVSKÝ, V. a H. HEŘMANOVÁ. *Gerontologie*. Praha: Avicenum, 1981. ISBN 08-044-81.

PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0076-8.

PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. Praha: Scientia medica. 1994. ISBN 80-85526-32-8.

PAPANOVÁ, A. *Změna struktury klientů v domově pro seniory po implementaci zákona o sociálních službách*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta, 2010. Diplomová práce. Vedoucí diplomové práce Lucie Kozlová.

PAPEŽOVÁ, E. Odvrácená tvář sociální práce. Proměny práce sociálních pracovníků v pobytových sociálních službách pro seniory. *Sociální práce/Sociálna práca*. Brno: ASVSP, 2/2010. ISSN 1213-6204.

PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

- PAYNE, J. *Smrt – jediná jistota*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-046-1.
- PAYNE, M. *Modern Social Work Theory*. New York: PALGRAVE, 1997, second edition. ISBN 0-333-67654-8.
- PICHAUD, C. a I. THAREAUOVÁ. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.
- PONDĚLNÍČEK, I. *Stárnutí, osobnost a sexualita*. Praha: Avicenum, 1987. ISBN 08-070-87.
- PROQOLID*. [online]. [cit. 2011-01-22]. The Patient Reported Outcome and Quality of Life Instruments Database. Dostupné z WWW: <http://www.proqolid.org/>
- PRŮCHA, J. et al. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-579-2.
- PRŮŠA, L. *Poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2009. ISBN 978-80-7416-030-1.
- PRŮŠA, L. Je nový systém financování sociálních služeb pro staré občany efektivní? *Národohospodářský prostor* č. 3/2009. ISSN 1213-2446.
- PRŮŠA, L. Příspěvek na péči - černá díra reformy sociálního systému. *FÓRUM sociální politiky* č. 3/2009. ISSN 1802-5854.
- PRŮŠA, L. a kol. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2010. ISBN 978-80-7416-048-6.
- Public Health*. [online]. [cit. 2010-01-15]. Ageing and health. Dostupné z WWW: http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/diseases/age_en.htm

Quality of Life. [online]. [cit. 2010-11-15]. The Quality of Life Model. Dostupné z WWW: <http://www.utoronto.ca/qol/concepts.htm>

RAM DASS, *Stále tady. Přijímání stárnutí, změn a smrti*. Praha: Pragma, 2000. ISBN 80-7205-882-7.

RAPLEY, M. *Quality of Life Research a critical introduction*. London: SAGE Publications, 2003. ISBN 0-7619-5457-0.

REJESKI, W.J. 2010. Physical Activity and Quality of Life in Older Adults. *The Journals of gerontology*. 2010. vol. 56. [online]. [cit. 2011-07-23]. Dostupné z WWW: http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/56/suppl_2/23>. ISSN 1758-535X.

ROBERTS, J. Jak staří lidé vnímají konec života? *Sociální práce/Sociálna práca*. Brno: ASVSP, 2/2010. ISSN 1213-6204.

ŘÍČAN, P. *Cesta životem: vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7367-124-7.

ŘÍČAN, P. *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-312-3.

Sbírka zákonů. [online]. [cit. 2010-12-26]. Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách. Dostupné z WWW: <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?typ=r&zdroj=sb06108&cd=76>

SILVERSTEIN, M. In defense of happiness: A response to the experience machine. *Social Theory and Practice*, Florida State University, Department of Philosophy, 2000. vol. 26, n. 2. ISSN 0037-802X.

SKOPALOVÁ, J. O smrti a umírání. *Sociální práce/Sociálna práca*. Brno: ASVSP, 2/2010. ISSN 1213-6204.

SNOEK, F. J. Quality of life: A Closer Look at Measuring Patients' Well-Being. In *Diabetes Spektrum*. Washington: American Diabetes Association, 2000. vol. 13. ISSN 1040-9165.

STÖRIG, H. J. *Malé dějiny filosofie*. 8. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-7195-206-0.

STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.

STUDENT, J. a U. STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Překl. Zikmund, M. Praha: H&H Vyšehradská, 2006. ISBN 80-7319-059-1.

SVOBODOVÁ, K. *Genderové aspekty stárnutí: rodina a péče o seniory*. [online]. [cit. 2010-08-10]. Dostupné z WWW:
http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=340&PHPSESSID=f3c05ed07d6861ce57ba669833218285

SÝKOROVÁ D. a O. CHYTIL. *Autonomie ve stáří*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta, 2004. ISBN 80-7326-026-3.

SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie*. Praha: SLON, 2007. ISBN 978-80-86429-62-5.

ŠIMÁK, M. CZECH SYSTEM OF PENSION INSURANCE AND ITS CURRENT PROBLEMS. České Budějovice: University of South Bohemia, Faculty of Health and Social Studies, 2010. *Journal of Nursing, Social Studies and Public Health*, Vol. 1, No. 1–2. ISSN 1804-1868.

ŠIMEK, J. a V. ŠPAČEK. *Filozofické základy lékařské etiky*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0440-4.

ŠOLCOVÁ, I. – KEBZA, V. Prediktory sociální opory u české populace. *Československá psychologie*. Praha: Psychologický ústav AV České Republiky, 2003. XLVII. 3. ISSN 0009-062X.

THOMASMA, D.C. a T. KUSHNEROVÁ. *Od narození do smrti. Etické problémy lékařství*. Praha: Mladá fronta, 2000. ISBN 80- 204- 0883-5.

TOKÁROVÁ, A. K metodologickým otázkám výskumu a hodnotenia kvality života. In *Kvalita života v kontextech globalizácie a výkonovém spoločnosti*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2002. ISBN 80-8068-087-6.

TOMEŠ, I. *Sociální politika, teorie a mezinárodní zkušenost*. Praha: Socioklub, 2001. ISBN 80-86484-00-9.

TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.

TOŠNEROVÁ, T. *Sexualita ve stáří*. [online]. [cit. 2010-08-05].

Dostupné z WWW:

http://aa.ecn.cz/img_upload/07bc9d1453b4bc61934a7ebb36075df2/SEXSTAR2.doc

TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesy*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-324-8.

TRUHLÁŘOVÁ, Z. a D. MARKOVÁ. *Společenské mýty o sexualitě seniorů*. In Sborník referátů 15. celostátního kongresu k sexuální výchově v České republice, Pardubice, 2007. Praha: Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu v Praze a Nová tiskárna Pelhřimov, 2007. ISBN 978-80-86559-80-3.

TRZESNIEWSKI K.H. et al. Stability of Self-Esteem Across the Life Span. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003. Vol. 84. No. 1. ISSN 0022-3514.

URBAN, D. Charitativní práce se seniory. In *Teorie a praxe charitativní práce*. České Budějovice: JU v Č. Budějovicích, Teologická fakulta, 2010. ISBN 978-80-7394-214-4.

- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 807178-308-0.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 97-8802-4613-185.
- VAN DER STEEN, J. et al. Kwaliteit van leven en dementi II. Selectie van een meetinstrument voor welbevinden op „modelmaat“. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*. 2001. ISSN 0167-9228.
- VEENHOVEN, R. The Four Qualities of Life. *Journal of Happiness Studies*. 2000, vol. 1. ISSN 1389-4978. [online]. [cit. 2010-11-20]. Dostupné z: <http://www2.eur.nl/fsw/research/veenhoven/Pub2000s/2000c-full.pdf>
- VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.
- VIDOVIČOVÁ, L. a L. RABUŠIC. *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí z pohledu české veřejnosti. Zpráva z empirického výzkumu*. Praha: VÚPSV, 2003.
- VOHRALÍKOVÁ, L. a L. RABUŠIC. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Praha: VÚPSV, 2004. Výzkumné zprávy.
- VOJTOVIČ, S. Sociologické dimenzie štýlu života. In „*Kvalita života a ľudské práva v kontextech sociálnej práce a vzdelávania dospelých*“ Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2002. ISBN 80-8068-088-4.
- VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.
- WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*. Springer Netherlands, 1993. n. 2. ISSN 0962-9343.

WHOQOL Group. The Development of the WHO Quality of Life Assessment Instrument. In Orley J., Kuyken W., Quality of Life Assessment: International Perspectives. Berlin: Springer - Verlag, 1994.

WOLF, J. et al. *Umění žít a stárnout*. Praha: Svoboda 1982. ISBN 25-12-482.

World Health Organization. [online]. [cit. 2010-02-16]. What is "active ageing"? Dostupné z WWW: http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/index.html

ZAVÁZALOVÁ et al. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8.

ZAVÁZALOVÁ, H., K. ZIKMUNDOVÁ a V. ZAREMBA. Terénní zdravotnické a sociální služby pro seniory. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

ZICH, F. *Úvod do sociologického výzkumu*. Praha: Express, 2006. ISBN 80-86754-19-7.

ZIMMELOVÁ, P. a D. DVOŘÁČKOVÁ. Faktory ovlivňující adaptaci klientů v Domově pro seniory Máj, p.o. *Kontakt*. České Budějovice: JU v Č. Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2007. r. 9, č. 2. ISSN 1212-4117.

ŽUMÁROVÁ, M. a J. TESKOVÁ. Pohled sociálního pedagoga na kvalitu života seniorů. In *Posuzování životní situace v sociální práci*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2008. ISBN 978-80-7041-419-4.

29. Přílohy

29.1 Příloha č. 1: Seznam použitých tabulek, grafů a obrázků

Tabulka č. 1: Konceptní model definující QOL

Tabulka č. 2: Čtyři typy kvality života podle Veenhoven

Tabulka č. 3: Podíl osob ve věku 60 a více let na území ČR (%)

Tabulka č. 4: Základní lidské potřeby - dělení dle Max-Neef

Tabulka č. 5: Změny a ztráty u seniorů

Tabulka č. 6: Dovednosti v ekologické perspektivě

Tabulka č. 7: Přehled domén a položek WHOQOL – BREF

Tabulka č. 8: Přehled domén a položek WHOQOL-OLD

Tabulka č. 9: Přehled domén a položek dotazníku AAQ

Tabulka č. 10: Časový harmonogram výzkumného projektu

Tabulka č. 11: Počet respondentů v jednotlivých zařízeních

Tabulka č. 12: Výběrový soubor DpS, U3V – pohlaví, věk

Tabulka č. 13: Výběrový soubor DpS, U3V - průměrný věk respondentů

Tabulka č. 14: Výběrový soubor DpS, U3V – pohlaví, rodinný stav

Tabulka č. 15: Výběrový soubor DpS, U3V – příspěvek na péči

Tabulka č. 16: Výběrový soubor DpS, U3V – dosažené vzdělání

Tabulka č. 17: Výběrový soubor DpS, U3V – délka pobytu, bydlení

Tabulka č. 18: Hodnocení kvality života a spokojenost se zdravím u obou sledovaných souborů seniorů

Tabulka č. 19: Podrobný přehled výsledků v jednotlivých doménách u všech třech dotazníků a u obou sledovaných souborů.

Tabulka č. 20: Aspekty kvality života – všechny domény (dotazníky AAQ, WHOQOL-OLD, WHOQOL-BREF)

Tabulka č. 21: Aspekty kvality života- dotazník AAQ (muži, ženy z DpS a U3V)

Tabulka č. 22: Aspekty kvality života- dotazník WHOQOL-BREF (muži, ženy z DpS a U3V)

Tabulka č. 23 a: Aspekty kvality života- dotazník WHOQOL-OLD (muži, ženy z DpS a U3V)

Tabulka č. 23 b: Aspekty kvality života- dotazník WHOQOL-OLD (muži, ženy z DpS a U3V)

Tabulka č. 24a: Posouzení kvality života (Kruskal-Wallisův test)

Tabulka č. 24b: Spokojenost se zdravím (Kruskal-Wallisův test)

Tabulka č. 25: Spokojenost se zdravím s ohledem na věk respondentů - podrobné analýzy

Tabulka č. 26: Aspekty kvality života - dotazník AAQ (věk respondentů - DpS a U3V)

Tabulka č. 27: Aspekty kvality života - dotazník AAQ – podrobné analýzy (věk respondentů - DpS a U3V)

Tabulka č. 28: Aspekty kvality života - dotazník WHOQOL-BREF (věk respondentů - DpS a U3V)

Tabulka č. 29: Aspekty kvality života - dotazník WHOQOL-BREF- podrobné analýzy (věk respondentů - DpS a U3V)

Tabulka č. 30: Aspekty kvality života - dotazník WHOQOL-OLD (věk respondentů - DpS a U3V)

Tabulka č. 31: Aspekty kvality života - dotazník WHOQOL-OLD- podrobné analýzy (věk respondentů - DpS a U3V)

Tabulka č. 32: Vztah kvality života a spokojenosti se zdravím – s dětmi x bezdětní

Tabulka č. 33: Hodnocení aspektů kvality života – dotazník AAQ – s dětmi x bezdětní

Tabulka č. 34: Hodnocení aspektů kvality života – dotazník WHOQOL- BREF– s dětmi x bezdětní

Tabulka č. 35: Hodnocení aspektů kvality života – dotazník WHOQOL-OLD – s dětmi x bezdětní

Tabulka č. 36: Hodnocení celkové úrovně kvality života seniorů – rodinný stav

Tabulka č. 37: Hodnocení celkové úrovně kvality života seniorů a hodnocení sledovaných aspektů kvality života – rodinný stav

Tabulka č. 38: Hodnocení aspektů kvality života – dotazník WHOQOL-OLD – rodinný stav

Tabulka č. 39: Vztah kvality života a spokojenosti se zdravím v souvislosti se vzděláním respondentů

Tabulka č. 40: Hodnocení aspektů kvality života – dotazník AAQ – vzdělání

Tabulka č. 41: Hodnocení aspektů kvality života – dotazník WHOQOL-BREF – vzdělání

Tabulka č. 42: Hodnocení aspektů kvality života – dotazník WHOQOL-OLD – vzdělání

Tabulka č. 43: Aspekty kvality života – dotazník WHOQOL-OLD – vzdělání – podrobné analýzy

Tabulka č. 44: Hodnocení celkové úrovně kvality života seniorů v DpS v souvislosti s délkou pobytu

Tabulka č. 45: Hodnocení aspektů kvality života – dotazník AAQ – délka pobytu v DpS

Tabulka č. 46: Hodnocení aspektů kvality života – dotazník AAQ – délka pobytu v DpS- podrobné analýzy

Tabulka č. 47: Hodnocení aspektů kvality života – dotazník WHOQOL-BREF – délka pobytu v DpS

Tabulka č. 48: Hodnocení aspektů kvality života – dotazník WHOQOL-OLD délka pobytu v DpS

Tabulka č. 49: Hodnocení aspektů kvality života – dotazník WHOQOL-OLD – délka pobytu v DpS – podrobné analýzy

Tabulka č. 50: Vztah kvality života a spokojenosti se zdravím v souvislosti se stupněm příspěvku na péči

Tabulka č. 51: Vztah kvality života a spokojenosti se zdravím v souvislosti se stupněm příspěvku na péči – podrobné analýzy

Tabulka č. 52: Hodnocení aspektů kvality života – dotazník AAQ –příspěvek na péči

Tabulka č. 53: Hodnocení aspektů kvality života – dotazník AAQ –příspěvek na péči – podrobné analýzy

Tabulka č. 54: Hodnocení aspektů kvality života – dotazník – WHOQOL- BREF – příspěvek na péči

Tabulka č. 55: Hodnocení aspektů kvality života – dotazník – WHOQOL- BREF – příspěvek na péči – podrobné analýzy

Tabulka č. 56: Hodnocení aspektů kvality života – dotazník WHOQOL- OLD– příspěvek na péči

Tabulka č. 57: Hodnocení aspektů kvality života – dotazník WHOQOL- OLD– příspěvek na péči – podrobné analýzy

Graf č. 1: Hodnocení kvality života a spokojenost se zdravotním stavem

Graf č. 2: Rozložení výsledků škál AAQ u obou sledovaných souborů seniorů

Graf č. 3: Rozložení výsledků škál WHOQOL BREF u obou sledovaných souborů seniorů

Graf č. 4: Rozložení výsledků škál WHOQOL OLD u obou sledovaných souborů seniorů

Obrázek č. 1: Věková pyramida obyvatelstva ČR v roce 1950

Obrázek č. 2: Věková pyramida obyvatelstva ČR v roce 2008

Obrázek č. 3: Věková pyramida obyvatelstva ČR v roce 2050

Obrázek č. 4: Hierarchie lidských potřeb

29.2 Příloha č. 2: Přehled tabulek nevykazujících statisticky významné výsledky

Tabulka č. 30: Aspekty kvality života - dotazník WHOQOL-OLD (věk respondentů - DpS a U3V)

Škály WHOQOL-OLD	věk	DPS						U3V					
		N	průměr	medián	Průměr.p. pořadí	chi-kvadrát	p	N	průměr	medián	Průměr. pořadí	chi-kvadrát	p
Fungování smyslů	méně než 70 let	39	60,10	56,25	88,0	4,627	0,201	46	76,90	75,00	40,35	4,379	0,036*
	70 – 79 let	53	57,67	56,25	82,0			26	68,51	68,75	29,69		
	80 – 85 let	39	51,60	50,00	68,2								
	86 a více let	25	53,25	50,00	72,2								
Nezávislost	méně než 70 let	39	44,87	37,50	68,6	3,744	0,290	46	74,59	75,00	39,03	1,898	0,168
	70 – 79 let	53	47,52	43,75	77,1			26	69,71	68,75	32,02		
	80 – 85 let	39	51,12	50,00	83,8								
	86 a více let	25	59,25	56,25	88,6								
Naplnění	méně než 70 let	39	56,09	56,25	76,1	0,602	0,896	46	66,71	75,00	35,64	0,223	0,637
	70 – 79 let	53	56,49	62,50	76,3			26	70,43	75,00	38,02		
	80 – 85 let	39	58,81	56,25	82,1								
	86 a více let	25	59,25	56,25	81,4								
Sociální zapojení	méně než 70 let	39	60,58	62,50	82,4	0,752	0,861	46	67,93	71,88	37,72	0,442	0,506
	70 – 79 let	53	60,38	62,50	79,8			26	64,18	65,63	34,35		
	80 – 85 let	39	58,17	56,25	75,6								
	86 a více let	25	58,50	62,50	74,1								
Smrt a umírání	méně než 70 let	39	83,33	87,50	88,8	3,462	0,326	46	60,05	62,50	35,17	0,516	0,473
	70 – 79 let	53	74,29	81,25	76,9			26	64,42	62,50	38,85		
	80 – 85 let	39	70,19	75,00	70,3								
	86 a více let	25	74,75	81,25	78,6								
Blízké vztahy	méně než 70 let	39	40,87	37,50	64,8	5,905	0,116	46	64,95	62,50	36,15	0,036	0,850
	70 – 79 let	53	48,94	50,00	79,6			26	65,38	68,75	37,12		
	80 – 85 let	39	54,01	56,25	89,2								
	86 a více let	25	50,75	50,00	80,8								

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 36: Hodnocení celkové úrovně kvality života seniorů – rodinný stav

	rodinný stav		průměrné pořadí		M-W U	p
	kategorie A	kategorie B	A	B		
Kvalita života	svobodná/ý	vdaná/ženatý nebo s druhem	10,50	14,86	45,5	0,134
		rozvedená/ý	13,92	19,00	90,0	0,147
		vdova/vdovec	50,85	64,41	570,0	0,180
	vdaná/ženatý nebo s druhem	rozvedená/ý	16,45	15,75	105,0	0,822
		vdova/vdovec	68,27	61,38	547,0	0,521
	rozvedená/ý	vdova/vdovec	70,25	65,83	1 045,0	0,617
Spokojenost se zdravím	svobodná/ý	vdaná/ženatý nebo s druhem	12,27	159,50	68,5	0,865
		rozvedená/ý	16,46	17,35	123,0	0,813
		vdova/vdovec	58,00	63,58	663,0	0,581
	vdaná/ženatý nebo s druhem	rozvedená/ý	15,95	16,03	109,5	0,983
		vdova/vdovec	59,86	62,21	592,5	0,826
	rozvedená/ý	vdova/vdovec	64,25	66,90	1 075,0	0,764

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 37: Hodnocení celkové úrovně kvality života seniorů a hodnocení sledovaných aspektů kvality života – rodinný stav

Škály W-BREF	rodinný stav		průměrné pořadí		M-W U	p
	kategorie A	kategorie B	A	B		
Fyzické zdraví	svobodná/ý	vdaná/ženatý nebo s druhem	13,58	11,23	57,5	0,415
		rozvedená/ý	16,23	17,50	120,0	0,711
		vdova/vdovec	66,27	62,62	685,5	0,731
	vdaná/ženatý nebo s druhem	rozvedená/ý	13,05	17,63	77,5	0,175
		vdova/vdovec	56,95	62,50	560,5	0,622
	rozvedená/ý	vdova/vdovec	74,48	65,08	960,5	0,310
Prožívání	svobodná/ý	vdaná/ženatý nebo s druhem	12,65	12,32	69,5	0,907
		rozvedená/ý	17,77	16,50	120,0	0,712
		vdova/vdovec	63,42	62,95	722,5	0,964
	vdaná/ženatý nebo s druhem	rozvedená/ý	16,86	15,53	100,5	0,694
		vdova/vdovec	63,27	61,88	602,0	0,901
	rozvedená/ý	vdova/vdovec	61,15	67,46	1 013,0	0,496
Sociální vztahy	svobodná/ý	vdaná/ženatý nebo s druhem	11,58	13,59	59,5	0,481
		rozvedená/ý	13,81	19,08	88,5	0,121
		vdova/vdovec	37,58	65,95	397,5	0,006**
	vdaná/ženatý nebo s druhem	rozvedená/ý	14,64	16,75	95,0	0,528
		vdova/vdovec	54,18	62,77	530,0	0,434
	rozvedená/ý	vdova/vdovec	64,75	66,81	1 085,0	0,820
Prostředí	svobodná/ý	vdaná/ženatý nebo s druhem	13,19	11,68	62,5	0,599
		rozvedená/ý	15,65	17,88	112,5	0,517
		vdova/vdovec	56,38	63,77	642,0	0,485
	vdaná/ženatý nebo s druhem	rozvedená/ý	13,05	17,63	77,5	0,178
		vdova/vdovec	45,55	63,62	435,0	0,107
	rozvedená/ý	vdova/vdovec	67,05	66,40	1 109,0	0,944

**Tabulka č. 38: Hodnocení aspektů kvality života – dotazník WHOQOL-OLD –
rodinný stav**

Škály W-OLD	rodinný stav		průměrné pořadí		M-W U	p
	kategorie A	kategorie B	A	B		
Funkování smyslů	svobodná/ý	vdaná/ženatý nebo s druhem	15,46	9	33,0	0,024
		rozvedená/ý	19,42	15,43	98,5	0,242
		vdova/vdovec	80,46	60,97	501,0	0,065
	vdaná/ženatý nebo s druhem	rozvedená/ý	11,36	18,55	59,0	0,033
		vdova/vdovec	50,45	63,13	489,0	0,257
	rozvedená/ý	vdova/vdovec	73,88	65,18	972,5	0,346
Nezávislost	svobodná/ý	vdaná/ženatý nebo s druhem	13,69	11,09	56,0	0,366
		rozvedená/ý	15,12	18,23	105,5	0,365
		vdova/vdovec	56,58	63,75	644,5	0,497
	vdaná/ženatý nebo s druhem	rozvedená/ý	12,23	18,08	68,5	0,085
		vdova/vdovec	43,5	63,82	412,5	0,07
	rozvedená/ý	vdova/vdovec	71,43	65,62	1021,5	0,53
Naplnění	svobodná/ý	vdaná/ženatý nebo s druhem	12,62	12,36	70,0	0,93
		rozvedená/ý	15,31	18,1	108,0	0,414
		vdova/vdovec	45,58	65,02	501,5	0,065
	vdaná/ženatý nebo s druhem	rozvedená/ý	14,32	16,93	91,5	0,44
		vdova/vdovec	44,73	63,7	426,0	0,089
	rozvedená/ý	vdova/vdovec	63,33	67,07	1056,5	0,685
Sociální zapojení	svobodná/ý	vdaná/ženatý nebo s druhem	13,96	10,77	52,5	0,266
		rozvedená/ý	18,23	16,2	114,0	0,553
		vdova/vdovec	64,73	62,80	705,5	0,855
	vdaná/ženatý nebo s druhem	rozvedená/ý	14,59	16,78	94,5	0,519
		vdova/vdovec	49,23	63,25	475,5	0,21
	rozvedená/ý	vdova/vdovec	62,68	67,18	1043,5	0,625
Smrt a umírání	svobodná/ý	vdaná/ženatý nebo s druhem	14,85	9,73	41,0	0,073

		rozvedená/ý	19,77	15,2	94,0	0,177
		vdova/vdovec	79,00	61,14	520,0	0,090
	vdaná/ženatý nebo s druhem	rozvedená/ý	13,64	17,3	84,0	0,275
		vdova/vdovec	56,82	62,51	559,0	0,611
	rozvedená/ý	vdova/vdovec	73,63	65,23	977,5	0,362
Blízké vztahy	svobodná/ý	vdaná/ženatý nebo s druhem	9,04	16,59	26,5	0,009
		rozvedená/ý	14,42	18,68	96,5	0,214
		vdova/vdovec	40,58	65,6	436,5	0,018
	vdaná/ženatý nebo s druhem	rozvedená/ý	20,59	13,48	59,5	0,036
		vdova/vdovec	80,32	60,2	414,5	0,073
	rozvedená/ý	vdova/vdovec	58,18	67,99	953,5	0,289

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 41: Hodnocení aspektů kvality života – dotazník WHOQOL-BREF – vzdělání

Škály WHOQOL-BREF	Dosažené vzdělání	N	průměr	medián	průměrné pořadí	chi-kvadrát	p
Fyzické zdraví	základní	64	46,48	46,43	74,85	1,231	0,540
	vyučen/a	42	50,43	48,21	84,74		
	úplné střední a vyšší	50	47,93	50,00	77,93		
Prožívání	základní	64	50,78	47,92	76,07	0,348	0,840
	vyučen/a	42	52,08	58,33	79,26		
	úplné střední a vyšší	50	52,92	54,17	80,97		
Sociální vztahy	základní	64	57,62	64,58	81,59	3,787	0,151
	vyučen/a	42	53,97	58,33	67,26		
	úplné střední a vyšší	50	59,25	58,33	83,99		
Prostředí	základní	64	66,36	68,75	77,47	2,769	0,250
	vyučen/a	42	65,25	65,63	70,79		
	úplné střední a vyšší	50	70,31	68,75	86,30		

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 44: Hodnocení celkové úrovně kvality života seniorů v DpS v souvislosti s délkou pobytu

	Délka pobytu v DpS	N	průměr	medián	průměrné pořadí	chi-kvadrát	P
Kvalita života	méně než 1 rok	36	3,22	3	81,72	2,221	0,329
	1 až 3 roky	46	3,26	3	82,68		
	3 roky a více	72	3,04	3	72,08		
Spokojenost se zdravím	méně než 1 rok	36	2,67	3	76,97	0,013	0,994
	1 až 3 roky	46	2,72	2,5	78,03		
	3 roky a více	72	2,71	2	77,42		

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 45: Hodnocení aspektů kvality života – dotazník AAQ – délka pobytu v DpS

Škály AAQ	Délka pobytu v DpS	N	průměr	medián	průměrné pořadí	chi-kvadrát	P
Psychosociální ztráty	méně než 1 rok	36	44,18	40,63	79,46	3,739	0,154
	1 až 3 roky	46	46,54	42,19	86,7		
	3 roky a více	72	40,41	37,50	70,65		
Fyzické změny	méně než 1 rok	36	40,19	40,63	72,33	1,289	0,525
	1 až 3 roky	46	43,41	43,75	83,23		
	3 roky a více	72	40,71	40,63	76,42		
Psychologický růst	méně než 1 rok	36	46,53	46,88	69,4	2,004	0,367
	1 až 3 roky	46	50,34	53,13	83,4		
	3 roky a více	72	48,52	46,88	77,78		

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 46: Hodnocení aspektů kvality života – dotazník AAQ – délka pobytu v DpS- podrobné analýzy

Škály AAQ	Délka pobytu v DpS		průměrné pořadí		M-W U	p
	kategorie A	kategorie B	A	B		
Psychosociální ztráty	méně než 1 rok	1 až 3 roky	39,51	43,05	756,5	0,503
		3 roky a více	58,44	52,53	1154	0,354
	1 až 3 roky	3 roky a více	67,14	54,62	1304,5	0,052
Fyzické změny	méně než 1 rok	1 až 3 roky	38,1	44,16	705,5	0,251
		3 roky a více	52,74	55,38	1 232,50	0,678
	1 až 3 roky	3 roky a více	62,57	57,54	1515	0,436
Psychologický růst	méně než 1 rok	1 až 3 roky	36,97	45,04	665	0,127
		3 roky a více	50,93	56,28	1 167,50	0,401
	1 až 3 roky	3 roky a více	61,86	57,99	1547,5	0,548

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 47: Hodnocení aspektů kvality života – dotazník WHOQOL-BREF – délka pobytu v DpS

Škály WHOQOL-BREF	Délka pobytu v DpS	N	průměr	medián	průměrné pořadí	chi-kvadrát	p
Fyzické zdraví	méně než 1 rok	36	46,23	46,43	72,31	2,087	0,352
	1 až 3 roky	46	50,93	50,00	85,25		
	3 roky a více	72	47,12	46,43	75,15		
Prožívání	méně než 1 rok	36	51,16	50,00	74,14	3,004	0,223
	1 až 3 roky	46	55,71	54,17	87,00		
	3 roky a více	72	49,94	50,00	73,11		
Sociální vztahy	méně než 1 rok	36	53,59	58,33	70,15	1,408	0,495
	1 až 3 roky	46	58,97	58,33	81,17		
	3 roky a více	72	57,64	58,33	78,83		
Prostředí	méně než 1 rok	36	65,54	65,63	68,94	2,452	0,293
	1 až 3 roky	46	69,09	70,31	84,42		
	3 roky a více	72	67,19	68,75	77,35		

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 48: Hodnocení aspektů kvality života – dotazník WHOQOL-OLD délka pobytu v DpS

Škály WHOQOL-OLD	Délka pobytu v DpS	N	průměr	medián	průměrné pořadí	chi-kvadrát	p
Fungování smyslu	méně než 1 rok	36	55,90	50,00	76,58	1,843	0,398
	1 až 3 roky	46	59,92	56,25	84,66		
	3 roky a více	72	54,51	53,13	73,38		
Nezávislost	méně než 1 rok	36	47,40	43,75	74,99	1,280	0,527
	1 až 3 roky	46	50,54	50,00	83,70		
	3 roky a více	72	47,57	43,75	74,80		
Naplnění	méně než 1 rok	36	58,85	62,50	78,90	1,280	0,188
	1 až 3 roky	46	60,73	62,50	86,33		
	3 roky a více	72	54,77	56,25	71,16		
Sociální zapojení	méně než 1 rok	36	60,94	62,50	81,78	1,350	0,509
	1 až 3 roky	46	61,01	62,50	81,07		
	3 roky a více	72	57,99	59,38	73,08		
Smrt a umírání	méně než 1 rok	36	75,35	84,38	76,79	4,893	0,087
	1 až 3 roky	46	81,52	87,50	88,97		
	3 roky a více	72	72,57	78,13	70,53		
Blízké vztahy	méně než 1 rok	36	47,22	37,50	74,69	1,272	0,530
	1 až 3 roky	46	52,31	56,25	83,68		
	3 roky a více	72	47,40	43,75	74,95		

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 49: Hodnocení aspektů kvality života – dotazník WHOQOL-OLD – délka pobytu v DpS – podrobné analýzy

Škály WHOQOL-OLD	Délka pobytu v DpS		průměrné pořadí		M-W U	p
	kategorie A	kategorie B	A	B		
Fungování smyslů	méně než 1 rok	1 až 3 roky	38,99	43,47	737,5	0,393
		3 roky a více	56,10	53,70	1 238,5	0,705
	1 až 3 roky	3 roky a více	64,70	56,18	1 417,0	0,184
Nezávislost	méně než 1 rok	1 až 3 roky	38,82	43,60	731,5	0,364
		3 roky a více	54,67	54,42	1 290,0	0,969
	1 až 3 roky	3 roky a více	63,60	56,88	1 467,5	0,295
Naplnění	méně než 1 rok	1 až 3 roky	39,14	43,35	743,0	0,423
		3 roky a více	58,26	52,62	1 160,5	0,374
	1 až 3 roky	3 roky a více	66,48	55,04	1 335,0	0,074
Sociální zapojení	méně než 1 rok	1 až 3 roky	41,65	41,38	822,5	0,959
		3 roky a více	58,63	52,44	1 147,5	0,330
	1 až 3 roky	3 roky a více	63,18	57,15	1 486,5	0,346
Smrt a umírání	méně než 1 rok	1 až 3 roky	37,85	44,36	696,5	0,213
		3 roky a více	57,44	53,03	1 190,0	0,487
	1 až 3 roky	3 roky a více	68,11	54,00	1 260,0	0,028
Blízké vztahy	méně než 1 rok	1 až 3 roky	38,81	43,61	731,0	0,363
		3 roky a více	54,39	54,56	1 292,0	0,979
	1 až 3 roky	3 roky a více	63,58	56,90	1 468,5	0,299

Zdroj: vlastní výzkum

29.3 Příloha č. 3: Přehled použitých dotazníků

KVALITA ŽIVOTA

DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

WHOQOL-BREF

INSTRUKCE

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. **Odpovězte laskavě na všechny otázky.** Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte prosím odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na Váš život za **poslední dva týdny**. Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maxi málně
	1	2	3	④	5

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, kolik pomoci se Vám od ostatních dostávalo během posledních dvou týdnů. Pokud se Vám dostávalo od ostatních hodně podpory, zakroužkoval/a byste tedy číslo 4.

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maxi málně
	①	2	3	4	5

Pokud se Vám v posledních dvou týdnech nedostávalo od ostatních žádné pomoci, kterou potřebujete, zakroužkoval/a byste číslo 1.

Přečtěte si laskavě každou otázku, **zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.**

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	1	2	3	4	5

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **v jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13..Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5

	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á nebo spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5

19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26. Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

Kvalita života

dotazník Světové zdravotnické organizace

Dotazník AAQ – Postoj ke stáří a stárnutí

Instrukce

Tento dotazník zjišťuje, co si myslíte o stárnutí.

Odpovězte prosím na všechny otázky. Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, vyberte odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte prosím v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Rádi bychom, abyste vycházeli ze svých celkových životních zkušeností.

Ptáme se tedy na Váš celkový pocit a otázka může znít např. takto:

Bojím se stárnutí.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

Měl/a byste zakroužkovat číslo, které nejlépe vystihuje, nakolik pro Vás daný výrok platí. Proto byste měl/a zakroužkovat číslo 4, pokud se stárnutí “hodně” bojíte, nebo zakroužkovat číslo 1, pokud se stárnutí „vůbec“ nebojíte. Přečtěte si laskavě každou otázku; zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

Děkujeme Vám za spolupráci

Následující otázky zjišťují, nakolik souhlasíte s níže uvedenými výroky. Pokud souhlasíte s výrokem v maximální míře, zakroužkujte číslo pod slovy „výrazně souhlasím“. Pokud s výrokem vůbec nesouhlasíte, zakroužkujte číslo pod slovem „výrazně nesouhlasím“. Pokud chcete vyjádřit, že Vaše odpověď leží někde mezi „výrazně nesouhlasím“ a „výrazně souhlasím“, zakroužkujte jedno z čísel ležících mezi nimi.

1. Jak lidé stárnou, jsou schopni se lépe vyrovnávat se životem.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

2. Je výhodou dožít se vyššího věku.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

3. Stáří je čas samoty.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

4. Moudrost přichází s věkem.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

5. Stáří s sebou přináší mnoho příjemných věcí.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

6. Stáří je čas depresí.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

7. Cvičení je důležité v každém věku.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, nakolik pro Vás níže uvedené výroky platí. Pokud pro Vás výrok platí v maximální míře, zakroužkujte číslo pod slovem „maximálně platí“. Pokud pro Vás výrok vůbec neplatí, zakroužkujte číslo pod „vůbec neplatí“. Pokud chcete vyjádřit, že Vaše odpověď leží někde mezi „vůbec neplatí“ a „maximálně platí“, zakroužkujte jedno z čísel ležících mezi nimi.

8. Stárnutí je snazší, než jsem si myslel/a.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

9. Jak stárnu, zjišťuji, že je pro mne těžší mluvit o svých pocitech.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

10. Jak stárnu, jsem vůči sobě tolerantnější.

vůbec se nehodí	trochu se hodí	středně se hodí	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

11. Necítím se starý/á.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

12. Stáří vidím hlavně jako období ztrát.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

13. To, jak se uvnitř cítím, není dáno věkem.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

14. Mám více energie, než bych vzhledem ke svému věku očekával/a.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

15. Jak stárnu, stávám se fyzicky méně soběstačný/á.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

16. Zdravotní problémy mně nebrání dělat to, co chci.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

17. Jak stárnu, zjišťuji, že je pro mne těžší uzavírat nová přátelství.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

18. Je velmi důležité předat své zkušenosti mladým lidem.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

19. Věřím, že můj život má význam.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

20. Nyní, když jsem starší, necítím se dost začleněný/á do společnosti.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

21. Chci dávat dobrý příklad mladým lidem.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

22. Cítím se kvůli svému věku z mnoha věcí vyřazený/á.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

23. Můj zdravotní stav je lepší, než jsem ve svém věku očekával/a.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

24. Cvičením se udržuji tak aktivní a v dobré kondici, jak je to možné.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

DĚKUJEME VÁM ZA SPOLUPRÁCI

Kvalita života
dotazník Světové zdravotnické organizace

WHOQOL-OLD

Instrukce

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte různé stránky kvality svého života a zaměřuje se na oblasti, které mohou být pro Vás, jako staršího člověka, důležité.

Odpovězte prosím na všechny otázky. Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, vyberte prosím tu odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se na Váš život za poslední dva týdny.

Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

Obáváte se toho, co přinese budoucnost?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, do jaké míry jste si během posledních dvou týdnů dělal/a starosti s budoucností. Pokud jste se „hodně“ obával/a budoucnosti, zakroužkoval/a byste číslo 4; pokud jste se „vůbec“ neobával/a budoucnosti, zakroužkoval/a byste číslo 1. Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

Děkujeme Vám za spolupráci

Následující otázky zjišťují, jak moc jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci, jako např. svobodu rozhodovat o svých záležitostech a o svém životě. Pokud jste měl/a tyto pocity v maximální míře, zakroužkujte číslo vedle slova „maximálně“. Pokud jste tyto pocity vůbec neměl/a, zakroužkujete číslo vedle výrazu „vůbec ne“. Pokud chcete vyjádřit, že Vaše odpověď leží někde mezi „vůbec ne“ a „maximálně“, měl/a byste zakroužkovat jedno z čísel ležících mezi nimi. Otázky se týkají posledních dvou týdnů.

1. (F25.1) Do jaké míry ovlivňuje zhoršení Vašich smyslů (např. sluch, chuť, hmat, zrak nebo čich) Váš každodenní život?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

2. (F25.3) Do jaké míry ovlivňuje ztráta, například sluchu, zraku, chuti, čichu nebo hmatu, Vaši schopnost zapojit se do různých činností?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

3. (F26.1) Do jaké míry můžete svobodně rozhodovat o svých záležitostech?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

4. (F26.2) Do jaké míry můžete rozhodovat o své budoucnosti?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

5. (F26.4) Máte pocit, že lidé okolo Vás respektují Vaši svobodu rozhodování?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

6. (F29.2) Znepokojujete se tím, jak zemřete?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

7. (F29.3) Nakolik se obáváte ztráty kontroly v souvislosti se smrtí?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

8. (F29.4) Jak moc se bojíte umírání?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

9. (F29.5) Jak moc se bojíte bolesti při umírání?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, v jakém rozsahu jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech, např. chodit ven tak, jak byste rád/a. Pokud jste mohl/a provádět tyto činnosti v plném rozsahu, zakroužkujte číslo u slova „zcela“. Pokud jste je vůbec nemohl/a provádět, zakroužkujte číslo u výrazu „vůbec ne“. Pokud chcete naznačit, že Vaše odpověď leží někde mezi „vůbec ne“ a „zcela“, zakroužkujete jedno z čísel, které leží mezi nimi. Otázky se vztahují k posledním dvěma týdnům.

10. (F25.4) Do jaké míry ovlivňují potíže se smysly (např. sluch, chuť, hmat, zrak, čich) Vaši komunikaci s ostatními lidmi?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

11. (F26.3) Do jaké míry se můžete věnovat věcem, které byste rád/a dělal/a?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

12. (F27.3) Jste spokojen/a se svými možnostmi nadále v životě něčeho dosáhnout?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

13. (F27.4) Myslíte si, že se Vám v životě dostává uznání, které si zasloužíte?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

14. (F28.4) Myslíte si, že máte každý den dostatek činností?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a šťastný/á nebo spokojený/á s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech. Např. se svou účastí ve společenském životě nebo s tím, co jste v životě dosáhl/a. Rozhodněte se, jak jste spokojený/á nebo nespokojený/á s každou oblastí svého života a

zakroužkujte číslo, které nejlépe odpovídá tomu, jak se cítíte. Otázky se vztahují k posledním dvěma týdnům.

15. (F27.5) Jste spokojen/a s tím, čeho jste v životě dosáhl/a?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

16. (F28.1) Jste spokojen/a s tím, jak trávíte svůj čas?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

17. (F28.2) Jste spokojen/a s tím, nakolik jste aktivní?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

18. (F28.7) Jak jste spokojen/a s možnostmi svého zapojení do společenského (místního) dění?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

19. (F27.1) Jak jste spokojen/a s věcmi, na které se můžete těšit?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

20. (F25.2) Jak byste hodnotil/a to, jak vám slouží smysly (například sluch, zrak, chuť, čich, hmat)?

velmi špatně	špatně	ani dobře ani špatně	dobře	velmi dobře
1	2	3	4	5

Následující otázky se týkají Vašich velmi blízkých (intimních) vztahů, které máte. Uvažujte, prosím, o těchto otázkách ve vztahu ke svému partnerovi nebo jinému blízkému člověku, se kterým sdílíte blízkost více než s kýmkoliv jiným ve svém životě.

21. (F30.2) Jak velký význam má ve Vašem životě přátelství?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

22. (F30.3) Kolik je ve Vašem životě lásky?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

23. (F30.4) Máte příležitost někoho milovat?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

24. (F30.7) Máte příležitost být někým milován/a?

vůbec ne	málo	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

Chcete k dotazníku něco dodat?

DĚKUJEME VÁM ZA SPOLUPRÁCI

29.4. Příloha č. 4: Přehled domén - Dotazník WHOQOL-OLD, BREF, AAQ

Domény	Fungování smyslů	Nezávislost	Naplnění	Sociální zapojení	Postoj ke smrti a umírání	Blízké vztahy
WHOQOL – OLD	- Do jaké míry ovlivňuje zhoršení Vašich smyslů (např. sluch, chuť, hmat, zrak nebo čich) Vaš každodenní život?	- Do jaké míry můžete svobodně rozhodovat o svých záležitostech?	- Jste spokojen/a se svými možnostmi nadále v životě něčeho dosáhnout?	- Myslíte si, že máte každý den dostatek činnosti?	- Znepokojujete se tím, jak zemřete?	- Jak velký význam má ve Vašem životě přátelství?
	- Do jaké míry ovlivňuje ztráta, například sluchu, zraku, chuti, čichu nebo hmatu, Vaši schopnost zapojit se do různých činností?	- Do jaké míry můžete rozhodovat o své budoucnosti?	- Myslíte si, že se Vám v životě dostává uznání, které si zasloužíte?	- Jste spokojen/a s tím, jak trávíte svůj čas?	- Nakolik se obáváte ztráty kontroly v souvislosti se smrtí?	- Kolik je ve Vašem životě lásky?
	- Do jaké míry ovlivňují potíže se smysly (např. sluch, chuť, hmat, zrak, čich) Vaši komunikaci s ostatními lidmi?	- Máte pocit, že lidé okolo Vás respektují Vaši svobodu rozhodování?	- Jste spokojen/a s tím, čeho jste v životě dosáhl/a?	- Jste spokojen/a s tím, nakolik jste aktivní?	- Jak moc se bojíte umírání?	- Máte příležitost někoho milovat?
	- Jak byste hodnotil/a to, jak vám slouží smysly (například sluch, zrak, chuť, čich, hmat)?	- Do jaké míry se můžete věnovat věcem, které byste rád/a dělal/a?	- Jak jste spokojen/a s věcmi, na které se můžete těšit?	- Jak jste spokojen/a s možnostmi svého zapojení do společenského (místního) dění?	- Jak moc se bojíte bolesti při umírání?	- Máte příležitost být někým milován/a?

Domény	Psychosociální ztráty	Fyzické změny	Psychologický růst
Dotazník postojů ke stárnutí a stáří - AAQ	<i>Prožitky samoty, sociální vyloučení, uzavření se, ztráta fyzické soběstačnosti.</i>	<i>Fyzické zdraví, kondice, cvičení, reflexe stárnutí.</i>	<i>Moudrost, zralost, pozitivní vztah k sobě a k okolnímu světu</i>
	- Stáří je čas samoty.	- Cvičení je důležité v každém věku.	- Jak lidé stárnou, jsou schopni se lépe vyrovnávat se životem.
	- Stáří je čas depresí.	- Stárnutí je snazší, než jsem si myslel/a.	- Je výsadou dožít se vyššího věku.
	- Jak stárnu, zjišťuji, že je pro mne těžší mluvit o svých pocitech.	- Necítím se starý/á	- Moudrost přichází s věkem.
	- Stáří vidím hlavně jako období ztrát	- To, jak se uvnitř cítím, není dáno věkem.	- Stáří s sebou přináší mnoho příjemných věcí.
	- Jak stárnu, stávám se fyzicky méně soběstačný/á	- Mám více energie, než bych vzhledem ke svému věku očekával/a.	- Jak stárnu, jsem vůči sobě tolerantnější.
	- Jak stárnu, zjišťuji, že je pro mne těžší uzavírat nová přátelství.	- Zdravotní problémy mně nebrání dělat to, co chci.	- Je velmi důležité předat své zkušenosti mladým lidem.
	- Nyní, když jsem starší, necítím se dost začleněný/á do společnosti	- Můj zdravotní stav je lepší, než jsem ve svém věku očekával/a.	- Věřím, že můj život má význam.
- Cítím se kvůli svému věku z mnoha věcí vyřazený/á.	- Cvičením se udržuji tak aktivní a v dobré kondici, jak je to možné.	- Chci dávat dobrý příklad mladým lidem.	

Domény	Fyzické zdraví	Prožívání	Sociální vztahy	Prostředí
WHOQOL – BREF	- Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	- Jak moc Vás těší život?	- Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	- Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?
	- Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	- Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	- Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	- Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?
	- Máte dost energie pro každodenní život?	- Jak se dokážete soustředit?	- Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	- Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?
	- Jak se dokážete pohybovat?	- Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?		- Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?
	- Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	- Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?		- Máte možnost věnovat se svým zálibám?
	- Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	- Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?		- Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?
	- Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?			- Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?
				- Jak jste spokojen/a s dopravou?