

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FILOZOFICKÁ FAKULTA
Katedra pedagogiky

Diplomová práce

Michaela Charyparová

Kvalita života seniorů ve městě Most
(z pohledu sociálně pedagogického)

Senior's quality of life in the town of Most
(aspect of social pedagogy)

Praha, 2010

vedoucí práce: **Doc. PhDr. Věra Poláčková, CSc.**

Poděkování

Děkuji doc. PhDr. Věře Poláčkové, CSc., za odborné vedení mé diplomové práce, cenné rady, připomínky a její laskavý přístup v průběhu jejího zpracování.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

V Praze dne 20. 6. 2010

.....

podpis

Anotace

Diplomová práce zpracovává problematiku kvality života seniorů ve městě Most z hlediska sociálně pedagogického. Jedná se o práci teoreticko-empirickou. První kapitola se věnuje fenoménu stárnutí a stáří, poukazuje na jeho různá pojetí a na jeho projevy. Z pohledu sociálně pedagogického lze považovat za nejpodstatnější podkapitolu „Adaptace na stáří“. Druhá kapitola zpracovává téma systému péče o seniory v České republice. Třetí kapitola se věnuje fenoménu kvality života z širšího úhlu pohledu. Čtvrtá kapitola je zaměřena na kvalitu života u konkrétní cílové skupiny, v tomto případě seniorské populace, se zaměřením na sociálně pedagogické aspekty dané problematiky. Seznamuje čtenáře s faktory, které ovlivňují kvalitu života ve stáří. Aspekt sociálně pedagogický reflektuje zejména determinanta „Aktivní stárnutí“. Empirická část práce začíná kapitolou pátou, která pojednává o systému péče o seniory v Mostě. Následující šestá kapitola představuje cíle empirické části, výchozí hypotézy a použitou techniku empirického šetření. Kapitola rovněž obsahuje popis základního souboru a výběru respondentů. Po analýze získaných dat následuje interpretace zjištěných výsledků. V závěru jsou ověřovány stanovené hypotézy a jsou formulována doporučení v rámci zjištěných problémových oblastí.

Klíčová slova

Senior, kvalita života, adaptace, město Most, pomáhající profese, sociální pedagogika, SQUALA, přirozené domácí prostředí, domov pro seniory.

Annotation

This theoretical-empirical thesis deals with the issue of the quality of life of seniors in the city of Most; this theme is investigated from social-pedagogic point of view. The first chapter is focused on the phenomenon of human senescence and its different concepts and symptoms. The sub-chapter “The adaptation on aging” is crucial from the social-pedagogic angle of view. The second chapter deals with the system of senior care in the Czech Republic. While the third chapter is aimed on the phenomenon of the quality of life assessed from a wide perspective, the following chapter is focused on the specific target group – senior population – with the emphasis on the social-pedagogic aspects of this issue. It illustrates the factors affecting the quality of life in old age. The social-pedagogical aspect is reflected especially by

the factor of “Active aging”. The empirical part of the thesis starts with the fifth chapter that concerns the system of senior care in Most. The following sixth chapter introduces the aims of the empirical part, explains the hypotheses and the methods of the empirical investigation. The chapter also contains the description of the target group and the methods of selection of the respondents. The analysis of the obtained data is followed by the interpretation of the findings. Finally, the hypotheses are verified and the recommendations for problematic areas are presented.

Keywords

Senior, quality of life, the town of Most, helping profession, social pedagogy, SQUALA, real home background, rest home.

OBSAH

Úvod	9
I. TEORETICKÁ ČÁST	
1. Stárnutí a stáří jako společenský fenomén	11
1.1 Stárnutí	12
1.1.1 Teorie stárnutí	12
1.2 Stáří a jeho různá pojetí	13
1.2.1 Kalendářní stáří	15
1.2.2 Biologické stáří	16
1.2.3 Sociální stáří	16
1.2.4 Dlouhověkost	17
1.3 Projevy stáří	18
1.3.1 Tělesné projevy stáří	18
1.3.2 Psychické projevy stáří	20
1.3.3 Projevy stáří v oblasti sociální	21
1.4 Adaptace na stáří	24
1.4.1 Psychologická adaptace na stáří	25
1.4.2 Sociální adaptace na stáří	26
1.4.3 Duševní životospráva	27
1.4.4 Sociální opora	29
1.5 Obory zabývající se stářím	31
2. Systém péče o seniory v České republice	33
2.1 Péče o seniora v rodině	33
2.2 Sociální péče o seniora v ambulantních a terénních podmínkách	35
2.3 Ústavní péče (pobytové služby)	37
2.3 Adaptace na ústavní zařízení	38
2.4 Zdravotnická zařízení	38

3. Kvalita života	40
3.1 Teoretická vymezení a přístupy ke kvalitě života	40
3.2 Rozsah pojetí kvality života	42
3.3 Dimenze kvality života	43
3.4 Měření kvality života	44
4. Kvalita života ve stáří	45
4.1 Aktivní stárnutí	45
4.1.1 Pracovní aktivita	46
4.1.2 Zdravotní stav	47
4.1.3 Individualita seniora	47
4.1.4 Nabídka možností volnočasových aktivit	47
4.1.5 Vzdělávání	48
4.1.6 Hmotné zabezpečení	49
4.2 Prostředí a komunita vstřícná ke stáří	49
4.2.1 Samospráva	50
4.2.2 Bydlení	50
4.2.3 Doprava	50
4.2.4 Sociální služby	50
4.2.5 Informovanost	51
4.2.6 Jednotný design	51
4.3 Zdraví a zdravé stárnutí	51
4.4 Rodina a péče	53
4.5 Participace a lidská práva	54

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5. Péče o seniory v Mostě	55
5.1 Sociální služby určené seniorům v Mostě	55
5.2 Zdravotnické služby pro seniory v Mostě	57
6. Kvalita života seniorů v Mostě	58
6.1 Cíle empirické části	58

6.2 Stanovení hypotéz	58
6.3 Použitá technika empirického šetření – dotazník kvality života SQUALA	59
6.3.1 Administrace a vyhodnocení	60
6.4 Popis základního souboru a výběru (vzorku) respondentů	61
6.5 Interpretace získaných dat	66
6.6 Interpretace výsledků a ověřování hypotéz	87
6.6.1 Problémové oblasti, které vyplynuly z empirického šetření	87
6.6.2 Ověřování hypotéz	90
Závěr	92
Seznam použité literatury a pramenů	95
Seznam příloh	98
Příloha č. 1	99

Úvod

Období stáří je životní etapou, která je stejně dlouhá a stejně významná jako etapa dětství, mládí a dospělosti. Toto životní období nabývá v soudobé společnosti velmi rychle na významu. S tím souvisí i rychlý vzrůst důležitosti (nejen) sociálně pedagogické intervence do této životní etapy jedince.

V České republice žije aktuálně jedna pětina populace starší 60 let. V roce 2030 to bude, podle odhadů odborníků, celá jedna třetina obyvatelstva. Vzhledem k tomu, že počet seniorů žijících v naší společnosti se neustále zvyšuje, je třeba hledat cesty k mezigeneračnímu porozumění, ke kterým by mohlo přispět mapování potřeb jednotlivých generací a poznatky týkající se kvality života jednotlivých skupin lidí.

Kvalita života je pojem, který stojí v popředí zájmu výzkumů odborníků z mnoha vědních oborů. Z hlediska diskusí odborníků jde o oblast dosti exponovanou. V posledních letech se stále častěji setkáváme se spojením pojmů kvality života a stáří, a to s ohledem na prodlužující se délku života v naší společnosti, jejímž důsledkem je skutečnost, že je stále více seniorů, kteří potřebují péči a podporu svých blízkých i pomáhajících profesionálů. A právě zkoumáním kvality života lze významně přispět ke zvyšování kvality péče, která je seniorské populaci nabízena či poskytována. Lze tedy konstatovat, že téma kvality života seniorů je vzhledem nárůstu počtu této skupiny obyvatelstva tématem vysoce aktuálním.

Tato diplomová práce se zabývá kvalitou života seniorů v konkrétním městě, a to ve městě Most. Diplomová práce usiluje o propojení teoretických poznatků s praktickým úhlem pohledu s ohledem na sociálně pedagogické aspekty práce se seniorskou populací.

K volbě tohoto tématu mne přiměla žádost sociální pracovnice Domova pro seniory Astra v Mostě, která měla zájem o zpracování problematiky kvality života seniorů v tomto zařízení za účelem zjištění aktuálního stavu a následného vytváření návrhů opatření ke zvyšování kvality života tamějších uživatelů. Problematika v diplomové práci je pojímána obecněji, a to z důvodu, aby byla případně přínosná pro širší okruh lidí. Zaměřuje se jak na seniory žijící v domově pro seniory, tak na ty, kteří žijí ve svém přirozeném domácím prostředí. Téma kvality života seniorů ve městě Most je v této práci reflektováno z pohledu sociálně pedagogického.

Cílem první části diplomové práce je teoreticky ukotvit témata související s kvalitou života ve stáří, v druhé části pak specifikovat a porovnat rozdíly v kvalitě života seniorů žijících v zařízení pro seniory a těch, kteří žijí ve svém přirozeném domácím prostředí. Na základě zjištěných dat se zaměřením na problémové oblasti vyplývající z empirického šetření

pak zformulovat doporučení, u kterých je možno předpokládat, že by mohla vést ke zlepšení aktuálního stavu.

Zvolenou metodologickou technikou v rámci empirického šetření je dotazníkové šetření pomocí dotazníku kvality života SQUALA. Získaná data jsou následně zpracována univariační analýzou. Po interpretaci získaných dat následuje seznámení s výsledky šetření, ověřování stanovených hypotéz a formulace doporučení v rámci zjištěných problémových oblastí.

Diplomová práce poukazuje na problémové oblasti kvality života seniorů v Mostě z pohledu sociálně pedagogického. Svými postřehy a doporučeními by mohla vést ke zvýšení kvality života seniorské populace v tomto městě.

1. Stárnutí a stáří jako společenský fenomén

Stárnutí není záležitost pouze moderní doby, nicméně běžnou zkušeností se stalo až v posledním století. Existují hypotézy, podle kterých se v prehistorických dobách nedožival stáří nikdo. Až do sedmnáctého století se dožilo 65. roku věku pravděpodobně pouhé jedno procento populace, v devatenáctém století to pak byly čtyři procenta lidí, kteří se dožili tohoto věku.

Poměr seniorů v naší společnosti se neustále zvyšuje. Sociální rozvoj, zlepšující se životní a pracovní podmínky, rozvoj medicíny a prosazování sociálních práv směřují k tomu, že méně lidí dnes umírá předčasně v dětství nebo během pracovního života. Větší počet lidí má možnost prožít delší život než v minulosti. Starší lidé tak tvoří mnohem významnější část populace než kdykoliv v minulosti.

Zajímavý pohled na věkové rozložení populace nabízí Stuart – Hamilton¹. Ten popisuje dnešní západní populaci jako obdélníkovou společnost. V každé věkové dekádě žijí zhruba stejné počty lidí (stejně počty lidí ve věku 0-9 let, ve věku 10-19 let atd.) Histogram věkových dekád se pak podobá, s určitou dávkou představitosti, obdélníku. Kdybychom se však vrátili do roku 1900, ukázal by nám graf pyramidální společnost, kde by mohutnou základnu tvořily mladší věkové dekády a mnohem nižší podíly by byly tvořeny příslušníky vyšších věkových kategorií.

V tradičních společnostech se starším lidem prokazovala značná úcta. Byli nositeli tehdejšího vědění, byli považováni za nejmoudřejší v rodině a měli často rozhodující slovo. Byli velmi vážení a bylo o ně dobře pečováno. Naproti tomu v průmyslových společnostech senioři obvykle ztrácejí autoritu jak v rodině, tak v širším společenském kontextu.

Dramatický demografický vývoj, který je ve 20. a 21. století charakteristický pro hospodářsky vyspělé státy, učinil relativním i absolutním stárnutím populace ze stáří dlouhou životní etapu, která má výrazný vliv na kvalitu a vyznění života každého jedince i rozvoj celé společnosti. Lze konstatovat, že problematika stáří překročila rámec osobní a rodinné události, stáří se stalo závažnou společenskou výzvou.

¹ Stuart – Hamilton (1999)

1.1 Stárnutí

Stárnutí bývá definováno jako souhrn nezvratných změn, ke kterým dochází v čase a které vedou ke smrti. Postihuje především tělesné funkce člověka, ovšem nesmíme zapomenout, že na tělesné změny se váží i změny psychické. Změny ve funkcích organismu podmiňují zvýšenou zranitelnost a pokles výkonnosti jedince a v terminálním stádiu kulminují ke smrti.

Proces stárnutí má určitou časovou dynamiku. Je geneticky naprogramován a podléhá formativním vlivům prostředí. Interakce genetických faktorů s faktory z okolního světa determinuje jedinečnost každého jednotlivce a tedy i jedinečnost toho, jak rychle nebo pomalu bude procházet procesem stárnutí. V některém období stárne rychleji, v jiném je proces jeho stárnutí pomalejší. Staří lidé v tomto ohledu netvoří homogenní skupinu. Jediné, co mají společné, je počet let.²

Stárnutí je závěrečná fáze lidského vývoje a je třeba posuzovat ho jako součást kontinuální proměny. Právě proto, že jde o kontinuální proměnu, není snadné získat definici okamžiku, ve kterém končí střední věk a začíná stáří. Jedná se o velmi individuální záležitost, kterou ovlivňují biologické, genetické, výchovné i sebevýchovné akcepty, nemenší váhu mají lidské vztahy v konkrétním sociálním prostředí.

1.1.1 Teorie stárnutí

Odborníci se vždy zajímali o otázku, proč vlastně lidé stárnou. V současnosti době existuje mnoho teorií a hypotéz o tom, co rozhoduje o změnách, které nastupují v okamžiku narození, pokračují vývojem a zráním jedince a končí projevy stárnutí.³ Vědecké poznatky z této oblasti jsou však rozdílné a izolované. Na základě této skutečnosti lze usoudit, že žádná z teorií plně nevyhovuje.

Za nejpřehlednější považuji výčet teorií stárnutí, které uvádějí ve svém díle Pacovský a Heřmanová⁴:

² Vymezení pojmu stárnutí najdeme v příslušné odborné literatuře. Srov. Gregor (1990), Hayflick (1997), Křívohlavý (2002), Langmeier (1991), Pacovský (1997)

³ viz např. Jedlička (1991), Mühlpachr (2004), Pacovský (1990)

⁴ Pacovský, Heřmanová (1981, s. 64-72)

1. Teorie o působení vnějších vlivů

Vnější vlivy prostředí značně působí na náš zdravotní stav. Řadíme mezi ně ekologické podmínky (např. znečištěné ovzduší, zakouřené prostory v restauracích apod.), vliv bakterií, virů, ale také psychosociální faktory (zejména přílišnou a dlouhotrvající psychickou zátěž).

2. Teorie o působení vnitřních vlivů

Tyto teorie vycházejí z předpokladu, že proces stárnutí je determinován především vnitřními vlivy. Teorií o působení vnitřních vlivů je několik. Například *teorie genetického programu* předpokládá, že proces stárnutí kontroluje program, který máme geneticky daný. *Teorie omylů* naproti tomu považují stáří za náhodné nahromadění omylů objevujících se při proteinové syntéze. Dalšími teoriemi jsou například *teorie příčinných vazeb*, *teorie metabolických změn* nebo *teorie stárnutí makromolekul*.

3. Teorie porušené integrace a organizace

Skupina teorií porušené integrace a organizace se sestává z několika dílčích teorií. Za všechny je možno zmínit zajímavou *teorii imunologickou*, která tvrdí, že nastávají chyby při dělení buněk a při vzniku nových buněčných populací. S věkem narůstá neschopnost tyto chyby rozpoznávat a odstraňovat. Důsledkem toho je nahromadění imunologicky vadného materiálu, který odborníci považují za podnět k nástupu autoimunního fenoménu.

1.2 Stáří a jeho různá pojetí

Stáří je poslední ontogenetickou vývojovou etapou lidského života. V této životní fázi dochází u člověka k mnoha změnám. Změny se týkají našeho fyzického vzhledu, energetického stavu, duševních schopností, ale také společenského života. Období stáří je spojeno s řadou významných sociálních změn, jako je osamostatnění dětí, penzionování a další změny sociálních rolí.

Existuje mnoho definic tohoto pojmu. Odborníci stáří shodně označují jako pozdní fázi ontogeneze, která je přirozenou součástí průběhu života. Stáří je důsledkem a projevem involučních procesů, které jsou geneticky podmíněné a jsou modifikované dalšími bio-

psycho-sociálními faktory. Involuční změny probíhají, dle druhu, specifickou rychlostí a s výraznou interindividuální variabilitou. Vedou k typickému obrazu označovanému jako stařecký fenotyp, který je modifikován vlivy prostředí, zdravotním stavem, životním způsobem, ale i sociálně ekonomickými a psychickými vlivy.⁵

Období stáří je etapou lidského života, která je stejně významná jako etapy předchozí. Seniorská populace si zaslouží klást stejný důraz na její rozvoj, stejně jako v době dětství, mládí či dospělosti. Vždyť období stáří je stejně dlouhé právě jako mládí a dospělost. Zaslouží si pozornost nejen ze strany seniora, ale i z pohledu pomáhajícího profesionála.

Odkdy tedy můžeme pokládat člověka za „starého“? Na tuto otázku se snaží odpovědět ve svém díle například Langmeier.⁶ Odpověď pokládá za nelehkou ze tří důvodů:

1. Vzhledem k výrazné individuální variabilitě. Výkonnost člověka v určité činnosti může být nižší, v jiné činnosti však může jeho výkon stoupat nebo být stabilně zachován.
2. Ve stáří jsou více než v předchozích etapách života evidentní rozdíly mezi jedinci. Zatímco někteří jsou psychicky i fyzicky svěží i ve vysokém věku, jiní mohou vykazovat známky stárnutí velmi brzy. Můžeme se tak setkat s „mladým starcem“, ale i se „starým mladíkem“.
3. Pozitivní změny ve zdravotním stavu lidí jsou spojovány s pokrokem v medicíně, kvalitní zdravotní péčí a celkovými společenskými změnami. Na druhou stranu se ovšem v dnešní době mění zátěž kladená na člověka, což posouvá hranici stáří jedním či druhým směrem. Konečný posun je potom dán sečtením pozitivních a negativních vlivů.

Příčiny a projevy stáří jsou velmi mnohočetné a individuální, jejich heterochronie (nástup v různém věku), vzájemná podmíněnost i rozpornost jsou důvodem, proč je tak obtížné vymezit a členit toto období do jednotlivých fází. Obecně lze však konstatovat, že z hlediska společenského je jedinec „starý“, když ho za starého pokládají ostatní členové z jeho sociálního okolí a když se on sám pokládá za „starého“.

⁵ Srov. Pacovský (1990), Kalvach (2004), Mühlpachr (2004), Tošnerová (2009)

⁶ Langmeier (1991, s. 177-178)

1.2.1 Kalendářní stáří

Kalendářní, neboli chronologické stáří, je jednoznačně vymezené. Je definováno dosažením určitého, arbitrárně stanoveného věku, od kterého se empiricky zpravidla nápadněji projevují involuční změny.⁷

Kalendářní věk, jednoduše řečeno údaj, jak je člověk starý, je nejběžnějším měřítkem stárnutí. Arbitrární věková hranice se však posouvá, neboť se prodlužuje očekávaná doba dožití. Zlepšuje se také zdravotní a funkční stav nově stárnoucích generací. Je nutno ovšem podotknout, že kalendářní stáří opomíjí interindividuální odlišnosti člověka.

Vymezení věku, který by mohl být považován za počátek stáří, je mezi odborníky nejednotný:

Světová zdravotnická organizace doporučila dohodu o tzv. „věkové kategorizaci“. Na půdě OSN byla přijata v roce 1980. V naší literatuře tuto kategorizaci uvádí Příhoda⁸:

- „15 – 29 let: postpubescence
- 30 – 44 let: adultium
- 45 – 59 let: interevium (střední věk)
- 60 – 74 let: senescence (časné stáří)
- 75 – 89 let: senium (vlastní stáří)
- 90 a více let: patriarchum (dlouhověkost).“

Jiní autoři za počátek stáří považují nástup 65. roku věku. O vlastním stáří hovoří od věku 75 let.⁹

V posledních letech se stále častěji setkáváme s následujícím členěním¹⁰:

- „65 – 74 let: **mladí senioři** (dominuje problematika adaptace na penzionování, volného času, aktivit, seberealizace)
- 75 – 84 let: **staří senioři** (změna funkční zdatnosti, specifická medicínská problematika, atypický průběh chorob)
- 85 a více let: **velmi staří senioři** (na významu nabývá sledování soběstačnosti a zabezpečení).“

⁷ Mühlpachr (2004, s. 20)

⁸ Příhoda (1974, s. 62)

⁹ Kalvach a kol. (2004)

¹⁰ Mühlpachr (2004, s. 21)

Všimněme si, že novější kategorizace považuje za počátek stáří 65. rok věku. Tuto skutečnost můžeme vysvětlit prodlužující se délkou života, neustálým zlepšováním životních podmínek, pokrokem medicíny atp.

1.2.2 Biologické stáří

Vliv na biologické stáří má celoživotní působení vnějšího prostředí, předcházející životní styl člověka a prodělané choroby v průběhu života. Změny způsobené stárnutím se projevují v různých obdobích a v různých částech těla jedince.

„Biologické stáří je hypotetické označení konkrétní míry změn involučních (atrofie, pokles funkční zdatnosti, změny regulačních a adaptačních mechanismů), obvykle těsně propojených se změnami způsobenými těmi chorobami, které se vyskytují s vysokou frekvencí převážně ve vyšším věku (např. arteroskleróza).“¹¹

Je třeba uvědomit si, že úpadek tělesných funkcí nezačíná ve stáří, ale již v rané dospělosti. Většina tělesných soustav po třicátém roce věku vykazuje pokles funkce zhruba až o jedno procento.

Rozdíl mezi biologickým a kalendářním stářím může být až 10 let. Zatímco kalendářní věk je nám daný, biologický můžeme ovlivnit svým vlastním životním stylem.

Tošnerová uvádí, že biologické stáří lidí v České republice je většinou daleko vyšší než jejich kalendářní věk.¹² Tento stav není příliš optimální a je proto třeba hledat efektivní cesty, jak ho zlepšit. Jednou z možností řešení by mohla být osvětová činnost o zodpovědné přípravě na stáří, jejíž součástí by měl být zdravý životní styl zahrnující vhodnou životosprávu, pohybovou aktivitu i dostatečnou psychohygienu.

1.2.3 Sociální stáří

Sociální stáří (sociální věk) je dáno očekáváním společnosti přiměřenému určitému biologickému věku. V západní společnosti se od lidí, kteří překročili šedesátý rok, očekává klidné a usedlé chování. Obvykle se proto za znak počátku stáří považuje ukončení pracovního poměru a odchod do důchodu. Z těchto skutečností vychází i definice sociálního

¹¹ Kalvach (1997, s. 18)

¹² Tošnerová (2009)

stáří: „Sociální stáří postihuje proměnu sociálních rolí a potřeb, životního stylu i ekonomického zajištění.“¹³

Stáří v tomto smyslu chápeme jako sociální událost. V tomto období jedinec čelí různým změnám a rizikům, se kterými se senioři obecně potýkají. Uvést můžeme například maladaptaci na penzionování, ztrátu společenské prestiže, osamělost, snížení životní úrovně, věkovou segregaci a diskriminaci, hrozbu ztráty soběstačnosti apod. Změny, které v tomto období přichází, jsou většinou lidí vnímány jako ztráty, protože je nutí vzdát se řady situací a přijmout nové role.

Mühlpachr¹⁴ hovoří ve spojitosti se sociálním stářím o **sociální periodizaci života**, která dělí zjednodušeně život jedince do 3, eventuelně 4 velkých období, tzv. věků:

- **První věk** bývá označován jako předproduktivní, které zahrnuje období dětství a mládí, přípravu na budoucí profesi a získávání sociálních zkušeností.
- **Druhý věk** nazýváme produktivním. Jedná se o období dospělosti. Produktivitou míníme jak produktivitu biologickou, tak ekonomicko – sociální.
- **Třetí věk** je věkem postproduktivním, což v sobě zahrnuje představu stáří jako stádium poklesu zdatnosti a odpočinku, ale zejména představu „fáze za zenitem“ bez produktivního přínosu. To však znamená nebezpečné východisko vedoucí k podceňování, diskriminování, minimalizaci potřeb či pauperizaci člověka. Toto pojetí klade velký důraz na pracovní roli jedince a potlačuje aspekt osobnostního rozvoje jako celoživotního procesu, který trvá až do smrti.
- **Čtvrtý věk** bývá označován jako fáze závislosti. Toto pojmenování však není vhodné. Vzniká totiž dojem, jako by nesoběstačnost byla stejně zákonitá jako stádia předchozí, která jsou obecně přijímaná. To oponuje pojetí úspěšného stárnutí a představě, že zdravé stáří zůstává až do nejpokročilejšího věku samostatné.

1.2.4 Dlouhověkost

Délka života představuje zvláštní genetický znak. Existuje dispozice pro délku života, která je podmíněná geneticky. Biologická hranice lidského života leží zřejmě v období okolo 110 let. Pravděpodobnost dožití dalšího roku po 90 letech klesá rychle, po 100 letech klesá

¹³ Kalvach a kol. (2004, s. 47)

¹⁴ Mühlpachr (2004, s. 19-20)

ještě rychleji. Gregor¹⁵ upozorňuje na nezbytnost přihlížení tomu, že informace o dlouhověkých osobách pocházejí většinou z oblastí, kde nejsou spolehlivé matriky narozených a věk nejstarších lidí proto nelze prakticky potvrdit.

Je potvrzeno, že čím vyššího věku se dožijí rodiče, tím je pravděpodobnější, že se vyššího věku dožijí i jejich děti. Dlouhověkost jako taková není dědičnou záležitostí, dědí se jen dispozice pro vyšší věk.

Světová zdravotnická organizace považuje za dlouhověké osoby, které překročily hranici devadesátého roku věku.¹⁶

1.3 Projevy stáří

Stárnutí a stáří je přirozeným procesem. Zpočátku se projevuje nenápadně, s přibývajícímí léty se zrychluje. Jak bylo již uvedeno, projevy stárnutí a stáří se objevují a probíhají individuálně a různě. Je ovšem dobré, když o nich člověk ví předem, aby si uvědomil, že jsou normální, nikoli chorobné. Pokud člověk ví, jak vypadá stáří, má možnost se mu postupně přizpůsobovat.

Rozlišujeme tělesné, psychické a sociální projevy stáří.

1.3.1 Tělesné projevy stáří

Ve stáří dochází k fyziologickým změnám, se kterými je třeba počítat. Můžeme je však oddálit svým životním stylem. Změny, které postihují tělesné tkáně a orgány, neprobíhají u každého člověka stejně. Jsou podmíněny životním stylem a genetickými dispozicemi. Tělesné projevy a změny, kterými se staří lidé odlišují od mladých, označujeme jako fenotyp stáří.

Čím se tedy odlišuje starý člověk od jedince ve středním či mladém věku? Přehledný výčet odlišností najdeme např. u Jedličky a kol.¹⁷:

- **Kůže:** Kůže starého člověka se stává vrásčitou, ztrácí elasticitu, je suchá.
- **Vlasy:** Vlasy šediví, řidnou nebo vypadávají.

¹⁵ Gregor (1990)

¹⁶ Příhoda (1974, s. 62)

¹⁷ Jedlička a kol. (1991, s. 7-10)

- **Svalstvo:** Svalstvo zmenšuje svůj objem, ztrácí pružnost a sílu, typická je také snížená schopnost rychlé reakce.
- **Kosti a klouby:** Podléhají významným změnám. Kost se stává řidší, křehčí, a tím pádem i snadněji zranitelnou. Kloubní vazy ztrácejí délku a pružnost.
- **Výška:** V důsledku změn na lokomočním aparátu a zmenšením svalové hmoty se zmenšuje.
- **Hmotnost:** Ubývá v důsledku snížení svalové hmoty a úbytku podkožního tuku.
- **Nervový systém:** Se stárnutím ubývá mozkových buněk, ztrácí se pružnost mozkových cév a snižuje se celková váha mozku. To vede k postupnému poklesu kapacity paměti.
- **Smyslové orgány:**
 - Hmat: Pocit pohmatu a doteku se začíná oslabovat. Zvyšuje se práh citění pro bolest, takže bolest je pocíťována později a méně.
 - Zrak: Presbyopie je pravděpodobně nejrozšířenějším příznakem stárnutí. Snižuje se adaptace na tmou a ostrost vidění v noci. Projevují se změny akomodace. Tyto změny negativně ovlivňují pocit jistoty člověka, zvyšují jeho závislost na okolí, někdy mohou vést k úplné nesoběstačnosti.
 - Sluch: U starých lidí jsou poruchy sluchu velmi časté. Jsou příčinou omezení možností komunikace, což je další faktor, který přispívá k izolaci seniorů.
 - Chut': Ubývá chuťových pohárků, proto může být chuť u některých lidí výrazně změněna.
 - Čich: Ubývají vlákna čichového nervu.
- **Poruchy rovnováhy:** Jsou spojovány s degenerativními procesy vnitřního ucha, poruchami prokrvení mozku atd.
- **Kardiovaskulární systém:** Snižuje se výkonnost srdce, často dochází ke zvýšení krevního tlaku. Srdce starého člověka je zvláště citlivé na jakoukoli nepřiměřenou námahu a může dojít snadno k selhání.
- **Respirační systém:** Klesá vitální plicní kapacita.
- **Zažívací trakt:** Chrup je defektní, častá je paradentóza či zubní protézy. Dochází ke snížení motility žaludku a peristaltiky střev.
- **Játra:** Snižuje se funkční schopnost jater a jejich detoxikační činnost. To vede ke zhoršení možností kompenzace zátěžových situací.

- **Pankreas:** Dochází k poruchám regulace hladiny krevního cukru. Často se setkáváme s tzv. „stařeckým diabetem“.
- **Ledviny:** Snižuje se filtrační činnost ledvin.
- **Krevní systém:** Ve svých parametrech nevykazuje fyziologicky výrazné odchylky, i když krevní poruchy s postupujícím věkem samozřejmě narůstají.
- **Endokrinní systém:** Dochází ke změnám v produkci sexuálních hormonů, snižuje se produkce hormonů hypofýzy a štítné žlázy. Důsledkem jsou různé metabolické odchylky, které mohou souviset se vznikem a rozvojem chorob, jako jsou například obezita, diabetes, osteoporóza atd.

1.3.2 Psychické projevy stáří

Stárnutím z hlediska změn psychických funkcí v jednotě s funkcemi biologickými, interakcí stárnoucího jedince se sociálním prostředím a jeho postojem k vlastnímu stáří se zabývá věda, kterou nazýváme **gerontopsychologie**.

Změny psychiky starého člověka se projevují především v **poznávacích schopnostech** (vnímání, pozornost, paměť, představy, myšlení). Zhoršuje se krátkodobá paměť, tedy paměť pro nové události. Dávno minulé zážitky (například z dětství) mají senioři většinou v paměti dobře uchovány. Krom toho mohou být vzpomínky obsahově a emočně zkresleny. Senioři svou minulost většinou hodnotí spíše pozitivně. Změny paměti a učení mají negativní vliv na adaptaci seniorů v nových situacích. Často se také setkáváme s poruchou koncentrace pozornosti, která vede ke zvýšené únavnosti geronta.

S věkem obecně klesá **vitalita a energie**. Někteří senioři potřebují více času na **rozhodování** nebo pro přípravu různých obvyklých činností, jako je například odchod na nákup, běžné denní činnosti v domácnosti apod.

Psychomotorické tempo individua se zpomaluje, staří lidé jsou více nedůvěřiví a jejich sebedůvěra se snižuje. Tím automaticky klesá **sebehodnocení** člověka. Důsledkem je pak vzrůstající nejistota. Senioři bývají nejistí, někdy až úzkostní, v prostředí, které je jim cizí, nebo ocitají-li se ve skupině neznámých lidí. Klesá zásoba **psychické adaptační energie**. Projevuje se to například tím, že se staří lidé vyrovnávají hůře s různou zátěží, která přichází z vnějšího prostředí. Špatně se smířují s tím, když se z nějakého důvodu musejí vzdát svých starých zažitých návyků. Nové názory či nové postupy ve své profesi přijímají s nelibostí.

Haškovcová nazývá tento jev **stereotypii úsudku**.¹⁸ Jednoduše řečeno, stárnoucí člověk nemá rád změny a hůře si na ně zvyká, myslí a jedná ve známých a osvědčených schématech. Pomáhající profesionál pracující se seniory si tuto skutečnost musí uvědomovat, umět ji přijmout a pracovat s ní.

S přibývajícím věkem se zpomalují **reakce na podněty**. Zpomaluje se také rychlost slovní reakce. Pro starší lidi je obtížnější se vyjádřit. Potřebují více slov. Na to bychom měli pamatovat a nepospíchat na ně. Už vůbec bychom neměli dávat najevo netrpělivost či dokonce otrávenost.

Citové prožívání se ve stáří stává méně bezprostředním, intenzita emocí se snižuje. U seniorů se často setkáme s tím, že se nenadchnou pro věc. Je zapotřebí je mnohem více motivovat a povzbuzovat. Na druhé straně, staří lidé jsou citově zranitelnější. Potřebují více projevů náklonnosti, od svého okolí očekávají ohledy a porozumění.

Lidé se ve stáří stávají **uzavřenější (introvertní)**. Citový a intelektuální život se pro starého člověka stává důležitějším než kdykoli předtím. Pokud je vnitřní život seniora bohatý, mohou pak být pro něj hodnoty, které získá a nashromáždí v průběhu dospělosti, důležitým zdrojem spokojeného stáří.

Intelekt na úrovni, které člověk dosahuje v dospělosti, se ve stáří nemění. Pro seniory bývá typické, že mají větší zájem o všeobecnou informovanost a všeobecný rozhled.

Osobnostní rysy člověka zůstávají stejné po celý život. Typ osobnosti se vyhraňuje dávno před počátkem stáří, osobnost starého člověka je výsledkem celého předchozího vývoje i současného přizpůsobení se na obtíže přicházející s přibývajícím věkem. Ve struktuře osobnosti se však může měnit pořadí hodnot, potřeb a životních cílů s ohledem na aktuální životní situaci seniora a na změny v jeho sociálním prostředí.

Ve stáří přibývá **duševních onemocnění**. Narůstá zejména počet lidí s Alzheimerovou chorobou.

1.3.3 Projevy stáří v oblasti sociální

Každý člověk potřebuje někam patřit. Zaujímat určité pozice a role, a to jak v rodině, v práci, tak i ve společnosti. Sociální změny a ztráty, ke kterým dochází v období stáří, senioři

¹⁸ Haškovcová (1990)

mnohdy špatně snášejí. Změny a ztráty, ke kterým dochází v období stáří uvádí v přehledné tabulce Klevetová¹⁹:

<i>Změny</i>	<i>Ztráty</i>
pracovní role	ztráta pracovního kolektivu a navyklých pracovních činností v závislosti na čase
role otec – matka – prázdné hnízdo	odchod dětí
společenská role – odchod do důchodu	sociální izolace
rozvod – nemoc – smrt partnera	osamělost vs. samota
bydlení – odchod do nemocnice, domova důchodců	soukromí, vlastní domov
snížení fyzických sil	neschopnost sebepečce – závislost na druhých
změna fyzického vzhledu	ochota něco nového si koupit, zkrášlit svůj obličej i tělo, jít do společnosti
smyslové funkce	okamžitá orientace a jednání

Tabulka č. 1: Změny a ztráty, ke kterým dochází ve stáří.

Výše zmíněné změny lze vnímat jako psychosociální rizikové činitele, které mohou narušit normální průběh stáří.

Práci tráví většina dospělých více času než jakýmikoli jinými činnostmi. V moderní společnosti hraje zaměstnání v životě člověka důležitou úlohu. Zaměstnání má určující vliv na psychický stav člověka a jeho každodenní cyklus činností. Člověk, který odchází do důchodu a opouští své zaměstnání, nezřídka následně postrádá svou pracovní roli. Haškovcová považuje ztrátu této role za „tragické vykolejení“, kdy člověka děsí, kolik má najednou volného času, který leckdy nemá čím naplnit.²⁰ Více volného času však můžeme hodnotit i pozitivně. Jedinec má ve stáří čas pro další činnosti, organizované aktivity, může se více angažovat v rodině, a to především v roli prarodiče. Negativní změnou spojenou s věkem odchodu do důchodu v kontextu pracovním je nejen ztráta statusu, ale také redukování finančního příjmu.

Další změnou je **odchod dětí z domova**. Senioři jsou zaměřeni na sledování toho, jak se jejich dětem daří, radují se z jejich úspěchů a prožívají s nimi jejich starosti. Prarodiče se často snaží obnovit svou rodičovskou roli ve vztahu ke svým vnoučatům. Madarasová Gecková, Šimová a Dijk k tomuto konstatují, že emocionální prožívání vzájemné interakce a

¹⁹ Klevetová (2008, s. 69)

²⁰ Haškovcová (1990)

vzájemných vztahů prarodičů a jejich vnoučat má u seniorů vliv na prožívání jejich kvality života.²¹

Ve stáří mají na sebe manželé mnohem více času, což může být pozitivem, pokud ho spolu dovedou s radostí trávit, ale také negativem, pokud je už kromě dětí nic nespojuje. Krize nastává především v rodinách, jejichž jediným pojátkem byly právě děti. Manželské páry ve stáří někdy musí bojovat s tzv. „ponorkovou nemocí“.

U většiny seniorů se postupně zužuje okruh blízkých přátel a příbuzných. Může tak docházet k částečné, v některých případech i úplně **sociální izolaci**. Jednou z příčin sociální izolace je například změna bydlení a dosavadního životního stylu, v jehož důsledku dochází k narušení mezilidských vztahů člověka. Sociální izolace může vést k psychickému osamocení, které může vyústit ve změny v chování, které okolí starého izolovaného člověka mnohdy nechápe. Mohou se objevovat pocity smutku, strachu, ale i deprese. V konečné fázi může dojít k rezignaci člověka. Jsou známy studie, které potvrzují, že u lidí žijících v sociální izolaci je míra úmrtnosti mnohem vyšší než u těch, kteří mají dobrou sociální síť.

Osamělost ve stáří je nejčastěji spojena se ztrátou partnera/partnerky. Tato ztráta představuje významný rizikový faktor pro rozvoj deprese. Pozůstalí partneři mívají pocity opravdového roztržení, jako by se něco rozbíjelo, hovoří se dokonce o „amputaci“, kdy jedna část jejich osobnosti umírá. Pocity osamělosti však nezpůsobuje pouze ztráta životního partnera. Deprese se objevuje i u starších lidí, kteří jsou somaticky nemocní nebo fyzicky hendikepovaní. Topinková a Neuwirth uvádějí, že vysokou prevalenci deprese vykazují zejména klienti v institucích geriatrické a dlouhodobé péče.²²

Téměř každý senior chce zůstat ve své **vlastní domácnosti** co nejdéle. Výzkum, který provedla Geriatrická klinika v Praze v letech 2001-2004, se zabýval kromě jiného otázkou, zda by senioři změnit své bydliště. Ze 430 respondentů uvedlo téměř 72%, že chtějí zůstat doma, přestože nemají vyhovující podmínky.²³ Lidé, kteří ve stáří žijí ve svém přirozeném domácím prostředí, mívají více plánů do budoucna než ti, kteří žijí v domech pro seniory. Je evidentní, že bydlení je významným faktorem ovlivňujícím psychický stav člověka v seniorském věku. Opustit své obydlí znamená pro seniory rozloučit se s minulostí. Je velmi těžké opustit bydliště, ve kterém prožili desítky let, kde se narodily jejich děti atd. Situace je velmi složitá, pokud na tuto změnu člověk není dostatečně připraven. Markantní je to například u lidí, kteří odcházejí do sociálních zařízení dalece vzdálených od jejich obce, ve které bydleli celý život. Tato změna většinou gerontologických klientů otřese. Pro

²¹ Madarasová Gecková, Šimová a Dijk (2003)

²² Topinková, Neuwirth (1997)

²³ Klevetová (2008)

zaměstnanec institucí pro seniory je důležité uvědomit si, že tato změna je pro starého člověka velice náročná a měli by se jim s vysokým nasazením snažit pomáhat při překonávání tohoto těžkého období.

Ve stáří dochází ke **snížení fyzických sil** a člověk se může stát závislým na pomoci druhých. V bezmocnosti jsou senioři závislí na rodině, přátelích či na sociálních či zdravotních zařízeních a institucích. Snížená soběstačnost bývá prohlubována sociální izolací a osamělostí.

Dochází také ke **změnám ve fyzickém vzhledu**. Často se setkáváme s názorem „proč bych si měl/a kupovat něco nového na sebe, vždyť už jsem starý/á, na mně už nezáleží...“. Změny zevnějšku ovlivňují sebehodnocení jedince. Někteří senioři o sebe přestávají dbát, zhoršuje se úroveň hygieny.

Pokud člověk ještě není v seniorském věku a ví, s jakými úskalími se může ve stáří setkat, může se na ně připravit. Může včas vyhledávat a navazovat kontakty s lidmi, věnovat se volnočasovým aktivitám, které mu přinášejí radost, a při kterých se může seznamovat s lidmi, se kterými je spojuje společný koníček. Významnou roli hraje také zdravý životní styl člověka.

Svou úlohu při aktivní přípravě na stáří a vyrovnání se s jeho příchodem sehrává i sociální pedagogika, která se zaměřuje v kontextu práce s (nejen) seniorskou populací především na výchovu v mimoškolních institucích včetně rodiny, reflektuje roli lokálního prostředí, klade důraz na společenské potřeby a orientuje se na spolupráci a altruistické jednání. Jejím předmětem jsou pak sociální aspekty výchovy a rozvoje jedince a snaha o zlepšení společenských podmínek, ve kterých člověk žije. Tyto aspekty jsou zahrnuty i v problematice kvality života.

1.4 Adaptace na stáří

Otázce, jak se úspěšně vyrovnávat se změnami ve stáří, se věnují lékaři, psychologové, sociologové i pedagogové po celá desetiletí. Klíčovou roli zde hraje schopnost adaptace člověka na změny, k nimž vede stárnutí organismu a duševních funkcí. Pomáhající profesionálové (a nejen ti) by se měli naučit chápat změny stárnoucího člověka, dát mu dostatečný prostor pro přijetí jeho fyziologických i sociálních změn, nelpět na činnostech, na které již senior nestačí. Seniorům bychom měli být nápomocní v přijetí nových podmínek.

Velmi pozitivně působí, stavíme-li na tom, co senior umí, co dokáže, kam směřují jeho plány. Důležitá je také příprava na stáří, protože charakter jeho průběhu záleží v mnohém na nás samotných, a můžeme tak výraznou měrou ovlivnit kvalitu života ve vyšším věku.

Jedním z úkolů sociální pedagogiky při práci se seniory je zjišťovat, jakým způsobem poskytovat pomoc při adaptaci na neustále náročnější životní podmínky, jakým způsobem pomoci gerontologickým klientům při zvládnání náročných životních situací a v neposlední řadě jak napomáhat k vytváření zdravého životního stylu. V této souvislosti sociální pedagogika úzce souvisí a prolíná se s pedagogikou volného času, zejména zaměřením se na otázku významu volného času v kontextu formování zdravého životního stylu.

1.4.1 Psychologická adaptace na stáří

Krize související se stářím a jejich překonávání jsou u každého jedince rozdílné. Úlohu zde hraje interakce jedince s prostředím, vitalita, zdravotní stav, ekonomická jistota, v neposlední řadě normy a očekávání, které klade na seniory společnost. Psychologickou adaptaci na stáří se zabývá ve svém díle například Pacovský.²⁴ Je známo, že adaptace závisí na mnohých faktorech. Pacovský zdůrazňuje, že na průběh adaptace na stáří má významný vliv osobnost člověka v rozsahu celé jeho životní dráhy. Stárnutí a stáří nelze oddělovat od celého ontogenetického vývoje. Staří lidé nežijí jen v minulosti, mají svou perspektivu, která se vyznačuje řadou specifik a zvláštností. Někteří gerontologové se zabývají ontogenetickou otázkou, zda se o kvalitě stáří nerozhoduje vlastně již na počátku našeho života.

V souvislosti s krizí související se stářím považují za vhodné zastavit se u specifik jednotlivých etap vývoje člověka dle Erica Eriksona. Stárnutí a stáří je součástí životní cesty, kterou Erikson dělí do osmi etap. Vychází z předpokladu, že v na každém stupni vývoje musí člověk řešit určitý psychosociální konflikt. Po jeho vyřešení následuje postup do dalšího vývoje. Jednotlivé fáze musíme postupně prožít a zpracovat, abychom mohli ve svém vývoji pokročit dál. Vývojová krize je rozhodujícím obratem ve vývoji. Polaritou vrcholného stádia je dle Eriksona „integrované já“ versus „beznaděje“. Nejvyšší úroveň kvality života je dosažení integrity osobnosti ve vysokém věku. Teprve zápas s beznadějí vede ke skutečné zralé integritě. Integrita by měla být výsledkem celého předešlého života, měla by být jeho smysluplným dovršením. V případě, že člověk integrity nedosáhne, se mohou objevovat pocity zoufalství a beznaděje. Erikson komentuje tento fakt poznámkou, že velká část

²⁴ Pacovský (1994)

zoufalství je způsobená pocitem stagnace, který pramení z toho, že starý člověk věnuje minimum životnímu zaujetí.²⁵

Aby pomáhající profesionál dokázal seniora pro něco nadchnout, je třeba disponovat dovednostmi vytvořit empatický vztah, věnovat pozornost jeho prožívání, nekritizovat, neodsuzovat, vytvořit atmosféru přátelství, pochopení a důvěry a pomáhat mu nacházet smysl v jeho každodenním životě.

Na stáří se adaptují dobře lidé, kteří mají smysl pro humor, zauímají realistický postoj k vlastní osobnosti a k vlastnímu stárnutí. Jedná se o emočně stabilní jedince, kteří se mnohdy cítí „mladší“ než jejich vrstevníci.

Fakt, že stárneme, je možné přijmout, pokud si uvědomíme, že stárnutí je přirozený biologický proces a pokud podle toho budeme také jednat.

1.4.2 Sociální adaptace na stáří

Sociální adaptace ve stáří probíhá ve dvou rovinách:

- v rovině adaptace na věkové změny a naší schopnosti vyrovnat se s životními změnami, které přicházejí se zvyšujícím se věkem;
- v rovině změny způsobu života v důsledku změn v našem organismu.

V každém věku bychom měli věnovat pozornost drobným radostem. Zejména ve stáří je důležité nelpět na činnostech, na které už nemáme síly, přijmout svá omezení a zaměřit se případně na jiné činnosti, plánovat pro nás příjemné aktivity a naplno si je užít. V rámci aktivního životního stylu by měl senior vyhledávat a udržovat dobré osobní vztahy. Udržováním přátelství lze předcházet osamění.

Zajímavou studii, související s tématem zvládnání životních změn a problémů, provedli v roce 1977 J. Rodin a E. J. Langer. Rozdělili obyvatele určitého domova důchodců do dvou zhruba srovnatelných skupin. První skupina měla možnost zvolit si své aktivity podle vlastního uvážení. Mohli si podle svého uspořádat místnost, ve které bydleli, účastnit se nabízených kolektivních aktivit podle svého vlastního výběru. Druhá skupina měla možnosti stejné, ovšem s tím rozdílem, že o tom, co se má dělat, rozhodovalo vedení zařízení. Výsledky studie hovoří o 93% procentech obyvatel první skupiny, u kterých došlo k celkovému zlepšení psychického i fyzického stavu. Druhá skupina po třech nedělích experimentu vykazovala 73% účastníků, u kterých došlo ke zhoršení celkového psychického stavu. Po roce a půl se

²⁵ Erikson (1999)

v pokračování této práce ukázalo, že obyvatelé z první skupiny jsou zdravější, aktivnější a celkově sociálně čilejší. Úmrtnost v první skupině byla nižší.²⁶ Z výsledků této studie vyplývá, že míra svobody, odpovědnosti za svá rozhodnutí a kompetentnosti vůči sobě samému je přímo úměrná psychickému i fyzickému stavu člověka.

Hodnotit je nutné i sociální síť seniora: zda žije v prostředí závislém na rodině, kde je vysoká úroveň kontaktů s příbuznými (jako negativum v tomto případě lze považovat možnou izolaci od vrstevníků), nebo žije-li senior v prostředí, jehož sociální síť je orientována komunitně. V tomto případě můžeme pozitivně hodnotit dobrou emocionální podporu (například v klubových či spolkových aktivitách). Sociální sítě jsou protektivními faktory životní spokojenosti, které snižují pravděpodobnost, že prožívaný stres v průběhu adaptace na stáří a ve stáří povede ke zhoršení zdravotního stavu.

Otázkám, jak se co nejlépe přizpůsobit změnám, které ve stáří přichází, odpovídají různé teorie. Obecně se dělí do tří základních skupin:

- **Teorie aktivního stáří.** Základním předpokladem optimální adaptace ve vyšším věku je podřízení činností a kontaktů se světem.
- **Teorie postupného uvolňování z aktivit** spatřuje základní podmínku úspěšné adaptace v tom, že se jedinec z řady funkcí a činností naopak uvolní, vyváže.
- **Substituční teorie** klade důraz na to, aby činnosti, povinnosti a role, které starý člověk prožívá už jako zátěže, byly nahrazeny jinými vhodnými aktivitami.²⁷

Je nutno uvědomit si klady a zápory protichůdných koncepcí úspěšné adaptace starého člověka.

Z pohledu sociálně – pedagogického považuji za optimální substituční teorii. Je třeba však přihlížet k individualitě každého člověka, brát v potaz kontext zdravotní, profesní, rodinný, bytový, vztahový apod.

1.4.3 Duševní životospráva

V oblasti duševní hygieny se adaptací rozumí osobní zvládnání problémů, se kterými se jedinec potýká. Duševní hygiena s velkým zájmem sleduje otázky sebeovládání, tedy řízení a

²⁶ Křivohlavý (2003)

²⁷ Kalvach a kol. (2004, s. 106)

ovládání sebe samého, čelícího životním problémům. Věnuje se také studiu otázek maladaptace, selhání v boji člověka, který se ocitá tváří v tvář životním potížím.

V oblasti duševní hygieny se adaptace vztahuje i k přizpůsobování a úpravě prostředí, ve kterém člověk žije. Zde hraje sociální pedagogika svým zaměřením na prostředí důležitou úlohu, a to popisem a analýzou prostředí, ve kterém člověk žije, a hledáním cest, jak se na něj adaptovat.

Koncept základních předpokladů optimální adaptace sestavil Švancara.²⁸ Jsou vyjádřeny pomocí pěti „pé“: perspektiva, pružnost, prozíravost, porozumění a pochopení pro druhé, potěšení.

- **Životní perspektiva**

Časová a věková perspektiva je důležitá, zrovna tak jako prospektivní zaměření do budoucnosti. Starý člověk, který je dobře adaptovaný, má mnohá očekávání a plánuje si svou budoucnost.

- **Pružnost**

Adaptace na stáří vyžaduje přizpůsobení myšlení a jednání seniora vzhledem ke změnám v jeho prostředí. Pro udržování pružnosti lze doporučit studium, udržování sociálních kontaktů a s nimi spojených společenských aktivit, věnování se zájmům a zálibám apod.

- **Prozíravost**

Schopnost být prozíravým se opírá o životní zkušenosti člověka. Prozíraví senioři, právě díky bohatým celoživotním zkušenostem, dokáží využívat minimálního úsilí k maximálnímu výkonu.

- **Porozumění a pochopení pro druhé**

To, jakým způsobem vnímáme druhé lidi, jak se snažíme porozumět jejich potřebám či vcítit se do jejich prožívání, je v každém věku podstatným faktorem uspokojivého či neuspokojivého začlenění do rodinných, pracovních a jiných sociálních skupin.

- **Potěšení**

Je velmi důležité mít zdroj radosti a potěšení. Zdrojů potěšení je nespočet. Záleží na individuálních přáních seniorů, jejich možnostech a potřebách. Pomáhající profesionál by měl být gerontologickému klientovi oporou při udržování, nabídce či motivaci k aktivitám, které by mohly vést k potěšení jedince, rozvíjení jeho kreativity, nadání atd.

²⁸ Švancara, in Kalvach a kol. (2004, s. 110-114)

Výše uvedená „pé“ můžeme chápat jako vývojové úkoly vyššího věku či jako podněty pro autodeterminaci a autoregulaci. Mohou být také vodítkem pro sebevýchovu či sociálně pedagogické působení pomáhajících profesionálů na seniory.

1.4.4 Sociální opora

Významný vliv na úspěšnou adaptaci na stáří má sociální opora. Sociální opora má v životě člověka důležitý význam, zejména v období zvládání životních těžkostí. Je významným činitelem ovlivňujícím psychický i zdravotní stav člověka a jeho kvalitu života. O sociální opoře hovoříme v případě pomocného a podpůrného vztahu lidí, kteří jsou nejbližší člověku, který se ocitá v tísní. Sociální oporu lze vnímat jako protipól sociální izolace.

„Sociální oporou v širším slova smyslu se rozumí pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Obecně jde o činnost, která člověku v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje.“²⁹

Když hovoříme o sociální opoře, máme většinou na mysli pomoc v rámci dvojice osob. Sociální opora ovšem může být poskytována i v rámci širší sociální sítě člověka. Například významnou sociální oporou pro uživatele domova pro seniory může být personál tohoto zařízení: sociální pracovník, pedagogický personál, psycholog, zdravotní sestry nebo lékař, ale také ostatní uživatelé domova.

Rozlišujeme čtyři druhy sociální opory: instrumentální, informační, emocionální a hodnotící sociální oporu.

- **Instrumentální opora**

Jedná se o konkrétní formu pomoci, především materiální povahy. Příkladem může být nákup pro uživatele v domovech pro seniory.

- **Informační opora**

Člověku jsou poskytovány rady od lidí se zkušeností s daným problémem, se kterým se onen jedinec potýká. V případě seniorů lze uvést příklad naslouchání člověku, který se cítí osamělý a neví, s kým by mohl řešit své problémy. Pomáhající profesionál se zajímá o potřeby seniora a řeší s ním, co by pro něj bylo možné udělat, aby se cítil lépe.

²⁹ Křivohlavý (2003, s. 94)

- **Emocionální opora**

Významnou roli zde hraje především empatie, emocionální blízkost. Pro seniory je velmi důležité projevat jim náklonnost, jsou citliví na laskavé jednání. V rámci emocionální podpory dodáváme člověku naději, sdílíme s ním jeho starosti a trápení, uklidňujeme ho, zkrátka, jsme mu nablízku.

- **Hodnotící opora**

Posilujeme sebevědomí a sebehodnocení geronta, podporujeme ho v jeho rozhodování, v našem chování je znát respekt a úcta k jeho osobě a individualitě.

Sociální opora má nesporně pozitivní vliv na adaptaci člověka na stáří. Ve světovém písemnictví vyšla k tomuto tématu v posledních 30 letech řada studií, které dokumentovaly kladný vliv sociální opory na psychiku i somatické zdraví lidí. Vyšly ale také i studie, které poukazují na fakt, že v určitých případech může mít sociální opora i negativní důsledky.³⁰

Příkladem může být nadměrná pomoc člověku v tísní. Přílišná pomoc může adresáta připravit o možnost osobního vyrovnávání se se zátěžovou situací. V praxi se setkáváme často s příbuznými i pomáhajícími profesionály, kteří pečují o seniora a snaží se udělat vše pro to, aby senior nemusel udělat sám nic. Tím ho však připravují o možnost samoobslužnosti, což může mít negativní důsledky v jeho sebepojetí a sebehodnocení. Schopnost postarat se sám o sebe je přitom podstatným faktorem kvality života.

Nevhodnou formou sociální opory je i pomoc jiného druhu, než člověk v daný okamžik potřebuje. Mnoho lidí se zapomíná ptát na skutečné potřeby seniora a poskytují mu pomoc takového charakteru, kterou považují za nejlepší. Domnívají se, že jednají v nejlepším zájmu seniora. Jeho potřeby však mohou být jiné. Při práci se starým člověkem nesmíme zapomínat na význam vzájemné komunikace. Měli bychom mu dát příležitost, aby nám vyjasnil, co v daný moment skutečně potřebuje a o jakou pomoc stojí.

Vztah věku a sociální opory je z literatury poměrně dobře známý.³¹ Obecně lze konstatovat, že starší lidé mívají ve vyšším věku více problémů v sociálních vztazích a v sociální opoře než lidé mladší. Důvodem je zejména ubývání členů sociální sítě jedince a menší tendence seniorů k navazování nových vztahů.

³⁰ přehledově viz Šolcová, Kebza (1999), Křivohlavý (2003)

³¹ viz např. Kraus (1990), Granello (2001)

1.5 Obory zabývající se stářím

Stárnutím a stářím se z dílčích aspektů zabývá řada oborů a vědních disciplín. Obecná věda o stáří neexistuje vzhledem k metodologické nejednotnosti, širokému záběru a interdisciplinárnímu charakteru. Obecná věda o stáří by měla vytvářet podmínky pro týmovou komunikaci, sjednocovat terminologii, dílčí obory by si své poznatky měly navzájem zpřístupnit.

Přehledný náhled na disciplíny zabývající se stářím nabízí ve své publikaci Mühlpachr (2004):

Gerontologie

Nejedná se o samostatnou vědní disciplínu, nýbrž o multidisciplinární souhrn poznatků o stáří a stárnutí. Gerontologii rozdělujeme do tří hlavních proudů:

- **Gerontologie experimentální (biologická)** – zajímá ji, proč a jak stárnou živé organismy.
- **Gerontologie sociální** – zabývá se vzájemnou interakcí seniora a společnosti. Jedná se o širokou problematiku, která zahrnuje demografii, sociologii, psychologii, pedagogiku a další oblasti.
- **Gerontologie klinická** – zajímá se o zvláštnosti zdravotního stavu a nemocí ve stáří, o jejich průběh, léčbu a související sociální jevy.³²

V odborné literatuře se můžeme setkat také s termínem **teoretická gerontologie**.³³ Tato disciplína zkoumá mechanismy stárnutí, formuluje hypotézy a teorie stárnutí, přičemž není orientována pouze na biologickou podstatu stárnutí organismů. Zahrnuje i psychologické a sociální stránky a snaží se o odhalení jejich vzájemných souvislostí.

Geriatric

V širším slova smyslu se jedná o klinickou gerontologii. V užším slova smyslu se jedná o samostatný lékařský obor s interní problematikou, ale i rehabilitačními, neurologickými, psychiatrickými, ošetrovatelskými problémy a jejich propojení s primární péčí a sociálními službami. Geriatric se snaží o zachování a obnovu soběstačnosti seniorů.

³² Mühlpachr (2004, s. 10-12)

³³ např. Zavázalová a kol. (2001)

Gerontopedagogika

V užším slova smyslu se jedná o pedagogickou disciplínu, předmětem jejíhož zájmu je výchova a vzdělávání seniorů. Věnuje se vzdělávání ve stáří a ke stáří.

V širším slova smyslu je gerontopedagogika považována za teoreticko empirickou disciplínu, která zajišťuje komplexní péči, pomoc a podporu seniorům při uspokojování jejich potřeb.

2. Systém péče o seniory v České republice

V minulosti byla péče o seniory plně v kompetenci a zodpovědnosti rodin. Vývojem ovšem došlo ke strukturálním změnám, které měly dopad na rodinu a její vztah vůči státu. Dřívější několikagenerační soužití je dnes již výjimkou. Důsledkem zvyšující se mobility je, že širší rodina často nežije ve stejném městě či vesnici. Příbuzní se tak vídají méně často. Může dojít i k ochlazení vzájemných vztahů. Pomoc a podpora mladších starším není dnes už považována za samozřejmost a s ohledem na neustále se zrychlující životní tempo a životní styl je také obtížněji realizovatelná.

Výše uvedené skutečnosti ztěžují možnosti rodiny plně se o své starší příbuzné postarat. Dnešní rodina má možnost vybrat si, zda se o svého staršího člena postará sama nebo ho svěří do péče určité sociální instituce, případně zkombinuje-li obě tyto možnosti.

V České republice existuje poměrně široké spektrum forem sociálně zdravotní péče o seniorskou populaci od rodinné až po institucionální.

Sociální péči o seniory můžeme zjednodušeně rozdělit do tří úrovní:

- péče o seniora v rodině;
- sociální péče o starého občana v ambulantních a terénních podmínkách (ambulantní a terénní sociální služby);
- ústavní péče o starého člověka (pobytové sociální služby).

Je třeba podotknout, že od sebe nelze oddělovat sociální a zdravotní péči o staré občany. Zdravotní problémy jsou často doprovázeny problémy sociálními (a naopak).

2.1 Péče o seniora v rodině

Rodina představuje pro člověka (bez ohledu na věk) zázemí a jistotu. Ve stáří se pak, pokud je rodina dobře fungující, stává zárukou psychické, fyzické i hmotné pomoci v případě zhoršené či chybějící soběstačnosti seniora.

Z geografického a sociálního hlediska nemají všichni členové rodiny stejnou možnost bydlet se starými rodiči nebo je často navštěvovat. Také vztahy jednotlivých členů rodiny ke starému rodiči mohou být různé. Jsou příbuzní, kteří se vídají velmi často a rádi, ale jsou i tací, kteří mezi sebou kladné vztahy nemají. Důležitým faktorem pro péči o seniora v rodině jsou možnosti, motivace, vůle a snaha rodiny poskytnout mu pomoc.

Psychologickou analýzu, jak rodina může prožívat vztah ke starým rodičům, najdeme v příslušné odborné literatuře.³⁴ Autoři konstatují, že nejčastěji se směšují pocity pozitivní s negativními, což může často vést k ambivalentním postojům.

Z pozitivních pocitů můžeme jmenovat:

- lásku k rodičům, obohacení přítomností starého člověka v rodině;
- starost o uspokojení potřeb a přání seniora (např. účast na rodinných oslavách atd.);
- vůle k tomu, aby se zabránilo vstupu seniora do sociálního zařízení.

Z negativních pocitů lze uvést:

- strach z nesplnění svého úkolu, když k sobě nepřijmu starého rodiče;
- strach z toho, že se nebudu umět chovat, jak se po mně žádá, nebudu se umět o starého rodiče postarat;
- úzkost ze smrti, ze ztráty drahého člověka;
- strach z toho, že se sám ztratím v příliš silném vztahu, že obětují svou rodinu, svého partnera;
- nepochopení ze strany ostatních členů rodiny.

Kvalita společného života se seniorem a jeho spokojenost pak závisí na rovnováze mezi těmito pozitivními a negativními pocity.

Odborníci se shodují, že rodina je v péči o nesoběstačného seniora nezastupitelná. Výčet faktorů, které ovlivňují rodinnou péči, podává přehledně Zavázalová a kol.³⁵ Jedná se o:

1. Faktory celospolečenské (společnost, komunita)

- role a význam stáří, etické normy společnosti, společenský význam rodinné péče, morální, ekonomická a legislativní podpora společnosti, životní podmínky, ekonomické podmínky státu, rodiny a pečované osoby, zdravotní a sociální politika státu, dostatečné spektrum i kapacita sociálních služeb, společenské a rodinné tradice, společenská podpora rodiny a řada dalších faktorů.

2. Pečující rodina (poskytovatelé péče)

- složení rodiny, její možnosti, zvyky a tradice, morální hodnoty, výchova v rodině;
- způsob bydlení (společně či samostatně), vzdálenost bydliště;
- zaměstnanost ženy (potenciální pečovatelky);
- socioekonomická situace rodiny;
- zdravotní a psychický stav potenciálních pečovatelů;

³⁴ např. Pichaud, Thareauová (1998, s. 70)

³⁵ Zavázalová a kol. (2001, s. 56)

- vztahy v rodině, ochota pečovat, dovednost tolerovat negativní vlastnosti seniora;
- osobnostní rysy;
- co musí obětovat pečující, jak se změní dosavadní život rodiny, organizace denního režimu, volného času členů rodiny, apod., aby mohli poskytnout potřebnou péči.

3. Starý člověk (pečovaný, příjemce péče)

- zdravotní stav;
- soběstačnost;
- přání a postoje seniora, jeho představa o péči a způsobu jejího poskytování;
- přijetí role pečovaného, nesoběstačného a závislého na jiných osobách, finanční možnosti, osobnostní rysy atd.

Rodina by ovšem měla poskytovat jen takovou péči, kterou si geront nemůže obstarat sám, aby se nestal pro přílišnou péči svých blízkých nečinný.

Intenzivní péče o seniora v rodině se nezvyšuje s počtem dětí. Pečovatelkami se nejčastěji stávají nejbližší bydlící nebo spolubydlící dcery. Ostatní děti se spolupodílí na péči jen sporadicky. Pečovatelkami se tedy stávají nejčastěji ženy středního věku, které většinou mají své zaměstnání.

Tošnerová uvádí, že rodinní příslušníci, pečující o seniora, tvoří až čtvrtinový podíl naší společnosti.³⁶ Aby rodina mohla být se seniorem, dobře o něj pečovat a pomáhat mu, potřebuje často také ona sama pomoc, zvláště když péče o starého člena rodiny je náročná a trvá dlouho. Rodiny mají možnost využívat služeb **úlevové (respitní) péče**. Zákon o sociálních službách je definuje jako tzv. odlehčovací služby. Princip služby spočívá v tom, že do bytu, kde senior bydlí s rodinou, přichází asistent, který po určitou dobu o geronta pečuje, nebo je o seniora postaráno v určitém sociálním zařízení po část dne (př. denní stacionáře, centra denních služeb).

Začínají se také rozvíjet **svěpomocné skupiny** pro rodiny pečující o seniory. Tyto skupiny mohou účinně snižovat tzv. pečovatelskou zátěž členů rodiny.

2.2 Sociální péče o seniora v ambulantních a terénních podmínkách

Trendem poslední doby jsou služby, které přicházejí za seniorem do jeho přirozeného domácího prostředí a které mu umožňují v tomto prostředí i přes různá omezení setrvat co

³⁶ Tošnerová (2009)

nejdéle. Sociální péče o seniory v ambulantních a terénních podmínkách je realizována prostřednictvím ambulantních a terénních sociálních služeb.

Ambulantní služby jsou ty, za kterými uživatel dochází, nebo je doprovázen či dopravován do zařízení sociálních služeb, jejichž součástí není ubytování.

Terénní služby jsou takové, které jsou uživatelům poskytovány v jejich přirozeném sociálním prostředí.

Základní službou ambulantního typu pro seniory je v České republice, stejně jako jinde v Evropě, **pečovatelská služba**. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 40, odst. 1) ji definuje takto: „Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb vyjmenované úkony.“ Pečovatelská služba u nás je většinou zřizována obcemi, výjimečně nestátními neziskovými organizacemi. Běžně spočívá v dovážce stravy a v pomoci s obstaráváním domácnosti.

Po roce 1989 se rozšířila síť **denních center pro seniory**. Dříve byly nazývány „domovinkami“. Centra denních služeb poskytují různé druhy výchovných, vzdělávacích a aktivizačních programů, sociálně terapeutické činnosti, poskytují stravu či pomoc při zajištění stravy, zprostředkovávají kontakt se společenským prostředím atd. Některá z těchto center zajišťují dovoz a rozvoz uživatelů.

Dalšími typy ambulantních služeb pro seniory jsou například:

- denní stacionáře;
- průvodcovské a předčitatelské služby (mohou být službou terénní nebo ambulantní);
- odlehčovací služby (mohou být službou pobytovou, terénní i ambulantní);
- sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením (mohou mít formu ambulantní i terénní).

Základní službou terénního typu pro seniory je **osobní asistence**. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 39, odst. 1) ji definuje jako službu poskytovanou osobám, které „mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.“

Další terénní sociální službou je služba **tísňové péče**, která poskytuje seniorům možnost dovolat se jednoduše pomoci v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu či schopností.

2.3 Ústavní péče (pobytové služby)

Pobytové sociální služby jsou služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Zákon o sociálních službách definuje tato zařízení: týdenní stacionáře, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.

Týdenní stacionáře poskytují pobytové služby lidem, kteří mají z důvodu věku nebo zdravotního postižení sníženou soběstačnost, dále pak osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace si vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.

Domovy pro seniory jsou určeny pro jedince, jejichž zdravotní stav nevyžaduje odborné ošetřování a léčbu ve zdravotnickém zařízení, ale zároveň potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby. Domovy pro seniory zajišťují ubytování, potřebné sociální a zdravotní služby (jde především o primární lékařskou péči a rehabilitaci), zabezpečují sociální a kulturní potřeby uživatelů, nabízejí různé formy sociálně terapeutických a aktivizačních činností atd.

Domovy se zvláštním režimem poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění, závislosti na návykových látkách, a lidem se stařeckou demencí, Alzheimerovou chorobou a dalšími typy demencí, kteří mají sníženou soběstačnost pro tato onemocnění, a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiného člověka. Režim v těchto domovech se přizpůsobuje specifickým potřebám uživatelů.

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče jsou určeny lidem, kteří už nevyžadují ústavní zdravotní péči, ovšem vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopni obejít se bez pomoci jiné osoby a nemohou být proto propuštěni ze zdravotnického zařízení, a to do doby, dokud jim nebude zabezpečena pomoc osobou blízkou či jinou fyzickou osobou, nebo pokud nebudou mít zajištěny terénní, ambulantní či pobytové sociální služby.

2.3.1 Adaptace na ústavní zařízení

Ústavní pobyt představuje vždy závažný zásah do života seniora. Odchod do ústavního zařízení je pro seniora velmi náročný krok. Opouští místo, na které byl zvyklý, je nucen přizpůsobit se změněným podmínkám a adaptovat se na nové prostředí. Adaptace je náročný proces.

Senioři potřebují pomoc a podporu již ve fázi, kdy se chystají k nástupu do ústavního zařízení, v době vstupu do něj, ale potřebují provázení i jako uživatelé sociální služby. Ve všech těchto procesech má sociální pedagogika prostor pro své uplatnění, a to analýzou a popisem prostředí, ve kterém jedinec žije či plánuje žít, pomocí v adaptaci na měnící se životní podmínky člověka a vypracováváním specifických forem sociálně pedagogického působení na cílovou skupinu, se kterou pomáhající profesionálové pracují.

Uživatel by měl vědět, že pomáhající je připraven ho v jeho těžkých chvílích a chvílích smutku či úzkosti podpořit. Pomáhající profesionál by se měl snažit o to, aby se uživatel cítil v zařízení bezpečně a měl by se snažit předcházet všemu, co by mohlo seniora znejistit. Pomáhající profesionál by měl budovat vztah důvěry mezi ním a uživatelem, naslouchat mu, poskytovat mu potřebné informace a podněty.

2.4 Zdravotnická zařízení

Specializovaná zdravotnická zařízení, která pečují o dlouhodobě nemocné, jsou **léčebny dlouhodobě nemocných**. Jsou určeny pro poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče pro osoby dlouhodobě nemocné. Praxe je ovšem taková, že v těchto zařízeních jsou pro nedostatečnou kapacitu návazných ústavních služeb hospitalizováni pacienti (většinou staří lidé), u kterých může převažovat sociální problematika nad problematikou zdravotní.

Počátkem devadesátých let minulého století se začalo v naší republice rozvíjet hospicové hnutí, které věří, že „život má svou hodnotu bez ohledu na to, kolik ho ještě zbývá.“³⁷ Cílem je vytváření podmínek pro udržení kvality života i na jeho konci. **Hospice** jsou v České republice nestátní zdravotnická zařízení, která fungují na principu paliativní medicíny. Soustřeďují se na potřeby umírajícího i na potřeby jeho rodiny. Nabízí systém služeb, který podporuje kvalitu života nevyléčitelně nemocných. Praktikuje holistický (celostní) přístup k

³⁷ Mühlpachr (2004, s. 106)

nemocnému, při kterém zajišťuje kompletní ošetrovatelský, psychologický, sociální a duchovní komfort. Nabízí podpůrný systém, umožňující žít plně až do konce.

3. Kvalita života

Termín kvalita života není zdaleka termínem novým. Má poměrně obsáhlou historii, nicméně předmětem zájmu vědy se stal až koncem dvacátého století. V současné době je kvalita života fenoménem mnoha vědních oborů (psychologie, sociologie, pedagogika, lékařství, sociální práce, politologie, ekonomie atd.) a oblastí lidského myšlení. Jedná se o interdisciplinární pojem. S jeho teoretickým vymezením jsou potíže vzhledem k jeho dynamickému, kulturně podmíněnému a subjektivnímu charakteru.

Obecně však lze kvalitou života chápat pojem, který vyjadřuje subjektivní pocit zdraví a životní spokojenosti. Tento subjektivní pocit se odvíjí od obvykle uznávaných hodnot.

Kvalita lidského života není otázkou pouze okamžitého stavu. Promítá se do ní minulost, současnost i budoucnost. Může se vyvíjet celé roky. Kvalitu života pak lze vnímat z hlediska:

- *statického*, kdy jde o vnímání stavu k určitému časovému údaji;
- *dynamického*, kdy kvalitu života určuje vývoj posledních let.³⁸

Kvalita života nachází uplatnění jako výzkumné kritérium v mnohých oblastech, například při mapování potřeb určitých skupin obyvatelstva, při sledování životní úrovně, při zjišťování kvality péče v ústavních zařízeních a podobně. Zmapováním úrovně kvality života v jednotlivých oblastech je možno poukázat na kritické body a nedostatky. Na základě zjištěných poznatků pak lze navrhnout různá opatření a pracovat na zlepšení stávajícího stavu v životě jednotlivců i skupin.

3.1 Teoretická vymezení a přístupy ke kvalitě života

Vymezení pojmu kvalita života je velmi obtížné. Každý obor jej vidí svým pohledem a s ohledem na akcenty reprezentující příslušnou vědní oblast. Už proto nemůže být definice tohoto fenoménu jednotná. „Kategorie kvality života spíše než na jednoznačném teoretickém základu leží v průsečíku mnoha soudobých tendencí a směrů, což má za následek velkou rozmanitost snah ji definičně vymežit.“³⁹

³⁸ Prokešová (2008, s. 17)

³⁹ Dragomirecká, Škoda (1997, č. 2, s. 103)

Obecně však můžeme konstatovat, že kvalita života zahrnuje v širším pojetí celkovou pohodu člověka. Různé koncepce kvality života jsou reflektovány v příslušné odborné literatuře.⁴⁰

Výstižnou definici nabízí ve svém díle např. Baštecká, která uvádí, že „kvalita života pro daného člověka může představovat cokoliv, čemu on sám přikládá důležitost“.⁴¹

Na fenomén kvality života lze nazírat z různých úhlů pohledu:

- **Kvalita života z pohledu filozofie**

Téma kvality života nalezneme v různých směrech filozofického a lidského myšlení. Z nejširšího úhlu pohledu můžeme připomenout filozofické otázky protikladu „dobrého“ a „špatného“ života počínaje Konfuciem, přes antický hédonismus, přes utilitarismus až po novověkou filosofii.

- **Kvalita života z pohledu psychologického**

Faktorům, které ovlivňují kvalitu života jedinců, se psychologové věnují již celá desetiletí. Většinou ji definují jako pocity životního štěstí a spokojenosti, mezi které patří činitele na úrovni jednotlivců (zdraví, osobnostní rysy), skupin a meziskupinových vztahů (koheze, stereotypy, předsudky, diskriminace apod.), společností (sociální kapitál, sociální sítě) a kultur (hodnoty, normy).

Psychologický přístup pracuje s termínem „well being“, pod kterým se rozumí subjektivní spokojenost jedince se svým životem. Psychologické pojetí kvality života se opírá především o subjektivitu člověka.

- **Kvalita života z pohledu sociologie**

V sociologii se pojem kvalita života užívá ve čtyřech rozdílných vymezeních:

- kvalita života *jako odborný pojem*, který reflektuje kvalitativní stránky životních procesů (posuzuje se dle ukazatelů životního prostředí, zdraví a nemoci, úrovně bydlení, interpersonálních vztahů, volného času atd.);
- kvalita života *jako sociální hnutí*, která vznikají z iniciativy ekologických, protikonzumentských a protirasových hnutí;

⁴⁰ viz např. Dragomirecká, Škoda (1997), Hogenová (2002), Jesenský (2002) Křivohlavý (2003), Mareš (2006), Payne, J. et al (2005) Vaňurová, Mühlpachr (2005)

⁴¹ Baštecká (2001, s. 329)

- kvalita života *jako programové politické heslo*, jehož cílem je obrátit pozornost široké veřejnosti k novým úkolům společnosti, které přesahují materiální úroveň a vojenskou sílu (do politiky ho zavedli v 60. letech 20. st. J. F. Kennedy a L. B. Johnson);
- kvalita života *jako reklamní, zcela bezobsažný slogan*, který nabízí nové oblasti konzumu (zejména volný čas, cestování, umění, bydlení) a který orientuje spotřebitele na oblast prestižní, demonstrativní spotřeby.⁴²

- **Kvalita života z pohledu medicíny**

Medicínské hledisko se opírá o definici zdraví Světové zdravotnické organizace, která definuje zdraví jako „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze absence choroby nebo vady.“⁴³

U nás se otázkou zdraví a kvality života zabývá například Křivohlavý.⁴⁴

- **Ekologický a environmentální pohled na kvalitu života**

Ekologické a environmentální podmínky mají na kvalitu života velký vliv, jelikož ovlivňují život člověka přímo. V současné době je tento pohled velmi aktuální, a to vzhledem ke značnému množství ekologických problémů.

- **Kvalita života v kontextu edukačním**

Vzdělání je součástí kvality života. V soudobé společnosti je vzdělání možno chápat za jednu z priorit pro úspěšný rozvoj společnosti, a to z hlediska uplatnění se na pracovním trhu, společenské a hospodářské úrovně země a v neposlední řadě z hlediska osobnostního rozvoje jedince. Prostřednictvím vzdělávání jsou lidé schopni lépe se přizpůsobovat požadavkům ekonomických a sociálních změn. Vše zmíněné ovlivňuje kvalitu jedincova života.

3.2 Rozsah pojetí kvality života

Kvalita života se nemusí týkat pouze jednotlivců, ale také určitých sociálních skupin nebo celého lidského společenství. Engel a Bergsma dělí kvalitu života do hierarchicky odlišných rovin:

⁴² Maříková a kol. (1996, s. 557)

⁴³ World health organisation. Frequently asked questions [online]. Dostupné na: <http://www.who.int/suggestions/faq/en/> [cit. 28. 05. 2010]

⁴⁴ viz např. Křivohlavý (2002), Křivohlavý (2003)

- *Makro-rovina*: týká se otázek kvality života velkých společenských celků (např. státu, kontinentu). Na kvalitu života v tomto pojetí má vliv typ politického zřízení a celkové společenské klima společnosti.
- *Mezo-rovina*: vztahuje se k otázkám kvality života v tzv. malých sociálních skupinách, například ve škole, nemocnici, ústavních zařízeních (př. v domovech pro seniory).
- *Osobní (personální) rovina*: týká se života jedinců, každého z nás jednotlivě. Jedná se o osobní a subjektivní hodnocení stavu a spokojenosti člověka, který sám hodnotí kvalitu svého života.
- *Fyzická (tělesná) rovina*: řeší otázku pozorovatelného chování druhých lidí, které lze objektivně měřit a porovnávat.⁴⁵

3.3 Dimenze kvality života

Aspekty a oblasti kvality života se rozlišují s ohledem na přístupy k jejich teoretickému vymezení a diagnostickým metodám jednotlivých vědních oborů. Definice jednotlivých vědních disciplín se různí a jednotlivé oblasti kvality života jsou definovány s ohledem na cíle a využití pro konkrétní oblast daného vědního oboru.

Obecně může být koncept kvality života zohledňován dvěma hledisky: subjektivním a objektivním.

Objektivní kvalitu života můžeme definovat jako interakci ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které mají vliv na život člověka (např. fyzické zdraví, sociální podmínky života, materiální zabezpečení).

Subjektivní kvalita života vystihuje spokojenost člověka se svým postavením ve společnosti s ohledem na kulturní a hodnotový systém a subjektivní osobní pohodu (duševní, tělesnou i sociální).

Odborníci se v současnosti přiklánějí k hodnocení subjektivnímu, které považují za zásadní a pro život člověka určující.

I v kontextu sociální pedagogiky považují subjektivní hodnocení kvality života za významnější. Z pohledu sociálně pedagogického je možno konstatovat, že člověk je aktivní bytost, která má svůj vnitřní individuální vztahový rámec a hledá smysl své existence a smysl života. Lidé si stanovují různé cíle ve snaze učinit svůj život smysluplným. Dosažení

⁴⁵ Engel, Bergsma. In: Křivohlavý (2002, s. 163-164)

stanovených cílů pak vede ke spokojenosti člověka, která souvisí s individuálním chápáním kvality života.

3.4 Měření kvality života

Přístupů k měření kvality života je mnoho. Existuje více pohledů na metody měření kvality života. Například Křivohlavý definuje tyto skupiny metod:

1. Metody, kde **hodnotitelem je druhá osoba**.
2. Metody, kde kvalitu života **hodnotí sám daný jedinec**, který sám určuje, které oblasti, aspekty, hodnoty a cíle v jeho životě jsou důležité a vyjadřuje svou spokojenost s nimi.
3. Metody **smíšené**, které kombinují dvě výše uvedené metody. Podstatou těchto metod je subjektivní hodnocení jedince s oblastmi života, které jsou předem určené. K vyjádření míry spokojenosti jsou v těchto případech využívány škály.⁴⁶

Kvalitu života lze měřit ze tří úhlů pohledu:

- jako objektivní měření sociálních ukazatelů;
- jako subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem;
- jako subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi.⁴⁷

První pohled se hodí pro účely měření kolektivní kvality života. Druhý je výsledkem osobních hodnot a životního stylu jedince. Nesouvisí s pouhým seznamem oblastí, se kterými je člověk spokojený, ale i se spokojeností v oblastech, které on sám považuje za důležité. Třetí úhel pohledu reflektuje rozmanité výčty životních oblastí.

K měření kvality života je nejčastěji využíváno metody dotazníku či strukturovaného rozhovoru. Dotazníky mohou být všeobecné nebo speciální. Všeobecné dotazníky jsou použitelné u širokého spektra populace, speciální dotazníky jsou určeny pro specifické případy a skupiny. Přehled dotazníků využívaných pro měření kvality života nabízí mezinárodní webová databáze dotazníků kvality života.⁴⁸

⁴⁶ Křivohlavý (2002)

⁴⁷ Dragomerická, Škoda (1997, č. 8, s. 425)

⁴⁸ PROQOLID. Patient-Reported Outcome and Quality of Life Instruments Database [online]. Dostupné na: <http://www.proqolid.org/>

4. Kvalita života ve stáří

V roce 2009 žilo v České republice 1,56 milionů osob starších 65 let. Podle demografické prognózy zpracované Českým statistickým úřadem vzroste podíl těchto osob v roce 2065 na 2,97-3,90 milionů. Relativní zastoupení těchto lidí v populaci stoupne z dnešních 14,9% na 31,5-32,8%. Počet osob starších 85 let věku vzroste ze současných 136,7 tisíc na 1,02 milionů. Každý desátý obyvatel České republiky dosáhne věku vyššího 85 let.⁴⁹

Počet osob v seniorském věku neustále přibývá. Stárnutí a stáří se stalo společenským fenoménem, který má výrazný vliv na kvalitu a vyznění života každého jedince i rozvoj společnosti. Problematika stáří překročila rámec osobní i rodinné události. Není proto divu, že jednou z reakcí na problematiku neustálého nárůstu počtu osob v postproduktivním věku je i zvyšující se zájem o kvalitu jejich života.

Zvýšená pozornost kvalitě života ve stáří je jednou z priorit Národního programu přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012, který vytvořila Vláda ČR.⁵⁰ Strategickými prioritami determinujícími kvalitu života seniorů jsou v tomto programu:

- aktivní stárnutí;
- prostředí a komunita vstřícná ke stáří;
- zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří;
- podpora rodiny a pečovatелů;
- podpora participace na životě společnosti a ochrana lidských práv.

Následující členění v textu bude vycházet právě z těchto priorit. Reflektovány budou aspekty, které mají, dle mého názoru, vliv na kvalitu života ve stáří v kontextu sociálně pedagogickém

4.1 Aktivní stárnutí

Pro prodloužení aktivního života a prevenci stárnutí je nejdůležitější zdravý životní styl. Důležitou úlohu hraje také aktivní využívání zkušeností, které člověk získal v průběhu celého života.

⁴⁹ Český statistický úřad: Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2065 [online]. Dostupné na: [http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/t/1D00355EB4/\\$File/400709a8.pdf](http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/t/1D00355EB4/$File/400709a8.pdf)

⁵⁰ Ministerstvo práce a sociálních věcí. Kvalita života ve stáří. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012 [online]. Dostupné na: http://www.mpsv.cz/files/clanky/5045/starnuti_cz_web.pdf

Aktivní stárnutí jedince je determinováno více činiteli:

- pracovní aktivitou;
- zdravotním stavem;
- individualitou seniora;
- nabídkou možností volnočasových aktivit;
- vzděláváním;
- hmotným zabezpečením atd.

Tyto faktory ovlivňují kvalitu života lidí v seniorském věku.

4.1.1 Pracovní aktivita

V životě člověka sehrává zaměstnání důležitou úlohu: pro člověka obvykle představuje hlavní zdroj obživy, umožňuje jedinci uplatnit své znalosti a schopnosti, což se promítá do jeho sebevědomí a sebeúcty. U pracujících osob se struktura dne řídí podle pracovní doby. Dodává tedy životu určitý řád. V zaměstnání lidé navazují často sociální kontakty, nacházejí přátele. V neposlední řadě má práce pozitivní vliv na osobní identitu jedince, a to z důvodu získání určité profesní role, sociálního postavení a pocitu, že jakožto pracující lidé máme pro společnost určitou hodnotu a jsme společnosti prospěšní.

Ekonomická aktivita osob v seniorském věku je přínosem nejen pro kvalitu jejich života, ale také pro jejich rodiny i pro celou společnost. Přispívá ke zvyšování životní úrovně v období stáří.

Aby byli lidé ochotni setrvávat v zaměstnání i ve vyšším věku, je nutné, aby byli také v zaměstnání spokojeni. Zde sehrává důležitou úlohu ochota zaměstnavatele ke zlepšování pracovních podmínek svých zaměstnanců. Tzv. „age management“, tedy řízení lidských zdrojů, které zohledňuje specifika vyššího věku a reflektuje potřeby starších pracovníků, má výrazný vliv na produktivitu pracovníka jeho spokojenost v zaměstnání. Zvyšuje motivaci pracovníků, pozitivně působí na vytváření dobrých vztahů na pracovišti atd. Je známo, že kolektiv, který je věkově heterogenní, vykazuje vyšší produktivitu a je stabilnější. Dalším důležitým faktorem, na kterém závisí ochota staršího člověka setrvat v pracovním procesu, je bezesporu jeho zdravotní stav.

4.1.2 Zdravotní stav

Aktivity, kterým se lidé v důchodovém věku věnují, závisí z velké části na zdravotním stavu daného člověka. Přibývajících léta a s nimi související zdravotní problémy mohou výrazně omezit mnohé oblíbené činnosti seniorů. Jako příklad můžeme uvést procházky, návštěvy kulturních zařízení (divadlo, knihovna, koncert atp.), cestování, výlety atd.

Pokud má člověk určité zdravotní omezení, je důležité pokusit se nabídnout mu možnost jiného vyžití a podporovat ho v jeho co největší možné soběstačnosti. Úlohou pomáhajících profesionálů by mělo být ujištění seniora, že jeho změněný zdravotní stav neznamena konec jeho aktivního života a poukázání na to, že má jiné možnosti, které může využívat, případně tyto možnosti a aktivity s ním vyzkoušet a ukázat mu, že i ve vyšším věku lze obohatit život novými zálibami a koníčky.

4.1.3 Individualita seniora

Každý člověk je individualitou. Tempo stárnutí je u každého jiné. Kvalita života ve stáří je i z tohoto důvodu značně individuální záležitostí. Do kvality života se promítají diferenciační atributy jako věk, pohlaví, zdravotní stav (zahrnující jak fyzickou, tak duševní stránku), životní úroveň, rodinný a vztahový kontext, socioprofesionální status atd. Pomáhající profesionálové by měli jedinečnost každého člověka zohledňovat a reflektovat a ke každému podle toho přistupovat. Zvláště u seniorů, kteří jsou zvýšeně citliví a vnímaví vůči stylu a způsobu jednání s nimi, je individuálně zaměřený přístup velmi důležitý.

4.1.4 Nabídka možností volnočasových aktivit

Aktivita ve stáří je ovlivněna samozřejmě také nabídkou možností rozvíjení aktivit a činností v daném regionu. V tomto ohledu zastávají nezastupitelnou roli sociální instituce a organizace, které nabízejí seniorům vzdělávací, zájmové a volnočasové aktivity.

Právě nabídka možností a zajištění aktivit pro volný čas seniorů je výraznou prevencí maladaptace seniorů na penzionování a změny přicházející se zvyšujícím se věkem. Nabídka možností by měla reflektovat zájmy a potřeby seniorů.

Smysluplné využití volného času mohou nabízet kulturní a společenské aktivity, které se pro seniory mohou stát zdrojem naplnění a sociálních kontaktů. Zároveň jsou prevencí sociální izolace či sociálního vyloučení. Kulturní a společenské akce se mnohdy stávají příležitostmi pro posilování mezigeneračního soužití.

V praxi se můžeme setkat se situací, kdy se senioři v prvních chvílích aktivit pro ně určených zúčastňovat nechtějí. V takových momentech je žádoucí motivovat seniora k zapojení se do těchto činností. Je také zapotřebí podpory jeho blízkých. Často se stává, že přestože se člověku do některé aktivity poprvé nechce, činnost ho nakonec osloví a on ji pak již sám vyhledává a těší se na ni.

4.1.5 Vzdělávání

Vzdělávání není záležitostí pouze období dětství a dospívání. Jedná se o celoživotní proces. Celoživotní formy vzdělávání nabývají v posledních letech na velkém významu. Odchod do důchodu znamená pro mnohé seniory ztrátu jejich socioprofesionální role, což často vede k pocitům snížení jejich vlastní hodnoty a životního uspokojení.

Mühlpachr a Staníček⁵¹ považují za kompenzační mechanismus tohoto stavu rozvíjení systému vzdělávání pro starší populaci. Z výzkumů vyplývá, že vzdělávání v seniorském věku přispívá k pocitům důstojnosti, životního uspokojení, k integraci do společnosti i k fyzickému a psychickému zdraví člověka, což se ve výsledku odráží i ve kvalitě jejich života.

Vzdělávání může seniorům nabídnout novou životní perspektivu. Senioři se nejen obohacují o nové poznatky a informace, ale v rámci vzdělávacích aktivit pracují také na svém osobnostním růstu. Nelze opomenout ani fakt, že v rámci studia podporují duševní činnost a aktivizují činnost mozkovou. Studium v postproduktivním věku působí preventivně a stimulačně a podporuje paměťové procesy, což se může pozitivně odrážet na zdravotním stavu. Vzdělávání zvyšuje také adaptabilitu seniora na sociální a společenské změny (jako příklad lze uvést seznamování se s novými komunikačními a informačními technologiemi). V neposlední řadě brání sociální izolaci či sociálnímu vyloučení.

Forem vzdělávání pro seniory je v současné době mnoho. Jsou to Univerzity třetího věku, Akademie třetího věku, Lidové univerzity či Kluby aktivního stáří, poznávací a vzdělávací zájezdy pro seniory, veřejné edukační aktivity knihoven (například výuka cizích jazyků, trénování paměti atd.) a další.

⁵¹ Mühlpachr, Staníček (2001, s. 28)

Mnozí senioři však o vzdělávacích možnostech ve svém okolí nevědí. Je proto zapotřebí zvyšovat informovanost o nejrůznějších formách a možnostech a podporovat seniory v jejich rozhodování o dalším vzdělávání. Vzdělávání je jedním z důležitých aspektů ovlivňujících kvalitu života v postproduktivním věku.

4.1.6 Hmotné zabezpečení

Hmotné zabezpečení ve stáří je dalším faktorem ovlivňujícím kvalitu života. Obecně lze říci, že se zvyšujícím se věkem klesají materiální nároky seniorů. Lidé ve vyšším věku bývají skromnější než dříve. Zvyšují se ovšem nároky na zdravotní a sociální péči, je zapotřebí více financí na zajištění léků, zdravotních pomůcek, prostředků podporujících bezpečné bydlení atd.

V České republice jsou senioři zabezpečeni důchodovým pojištěním, státní sociální podporou, sociální pomocí a sociální péčí.

Důležité je, aby senioři byli dobře informováni o podmínkách nároku na starobní důchod, o podmínkách nároku na příspěvky, které jim náleží, a o smyslu doplňkových finančních rezerv na stáří. Součástí zodpovědné přípravy na stáří je právě i vytváření peněžních rezerv.

4.2 Prostředí a komunita vstřícná ke stáří

Prostředí a společnost, která má úctu ke stáří, je sociálně soudržná, která nabízí možnosti pro důstojný a aktivní život i ve starším věku, společnost podporující mezigenerační kontakty a participaci starších lidí na společenském dění, má významný vliv na kvalitu života seniorů.

Činitelů, které podporují nezávislý, aktivní a bezpečný život ve stáří, je mnoho. Zjednodušeně je můžeme rozdělit na **faktory fyzického prostředí** (obecně samospráva, bydlení, doprava, sociální služby, jednotný design a informovanost) a **faktory prostředí sociálního**, které zahrnuje sociální vztahy a kontakty.

4.2.1 Samospráva

Samospráva má významnou roli při vytváření a přijímání komplexních opatření při zabezpečování kvality bydlení, sociálních služeb, veřejné dopravy (dostupnost, přístupnost), zdravotní péče apod. Samospráva by zároveň měla reflektovat a zohledňovat specifika a potřeby seniorské populace, s čímž souvisí nutnost vzdělávání příslušných pracovníků v oblasti gerontologie a gerontopedagogiky.

4.2.2 Bydlení

Bydlení je důležitou komponentou kvality života seniorů. Se zvyšujícím se věkem a zdravotními omezeními se nároky na bydlení zvyšují. Vyhovující a bezpečné bydlení v přirozeném prostředí může oddálit nutnost člověka svěřit se do péče ústavního zařízení, což má ve většině případů nesporně pozitivní vliv na psychický stav starého člověka.

Senioři by měli být informováni o možnostech bezbariérových úprav bytu a mělo by jim být poskytováno poradenství týkající se této problematiky.

4.2.3 Doprava

Doprava je součástí každodenního života většiny lidí ve městech i na venkově. Na řadu míst a k řadě služeb bychom se bez využití dopravy nedostali.

Důležitá je pro seniory dostupnost a bezbariérovost veřejné dopravy, a to především z hlediska dostupnosti základních služeb (zdravotních, sociálních atd.) a účasti na kulturních a společenských akcích. V neposlední řadě umožňuje seniorům navštěvovat se navzájem a neztrácet tak sociální kontakty.

Místní samospráva by měla z výše uvedených důvodů zabezpečit dopravní obslužnost a bezpečnost dopravy a to s ohledem na dopravní potřeby a specifika seniorské populace.

4.2.4 Sociální služby

S ohledem na neustálé zvyšování počtu lidí v důchodovém věku a prodlužování délky života nabývají sociální služby na velkém významu. V posledních letech se velmi často

hovoří o kvalitě poskytovaných sociálních služeb, zejména standardech kvality, individuálním plánováním atd., které jsou motivovány a podmiňovány i legislativně (zákon č. 108/2006, o sociálních službách).

Pro poskytovatele služeb určených seniorům je nejpodstatnější vědět, jaké jsou možnosti, potřeby a omezení starších osob. Žádoucí je participace seniorů na plánování, tvorbě, ale i poskytování sociálních služeb. Nezastupitelnou úlohu zastává komunitní plánování sociálních služeb zaměřené na seniorskou populaci.

Cílem společnosti by měla být dostatečná a potřebám odpovídající nabídka komplexních služeb, které respektují individualitu a práva každého člověka.

4.2.5 Informovanost

Informovanost seniorů a jim blízkých osob (rodinných příslušníků, přátel) je zásadní pro dostupnost služeb a aktivit jim určených. Nezastupitelnou úlohu v tomto případě zaujímají poradenská centra, profesionální sociální pracovníci, jednorázové informační kampaně apod. Žádoucí je podporovat rozvoj komunitních center, která zvyšují povědomí lidí o potřebách seniorů a která se podílí na jejich začleňování do společenských aktivit a na jejich co možná největší nezávislosti.

4.2.6 Jednotný design

Tento pojem souvisí úzce s tzv. gerontotechnologií, která nabízí širokou škálu moderních technologií přispívajících k podpoře bezpečného, nezávislého života a dostupnosti služeb pro osoby s různými zdravotními problémy a omezeními v jejich přirozeném domácím prostředí. Jako příklad lze uvést například službu tísňové péče a její návaznost na služby krizové intervence.

4.3 Zdraví a zdravé stárnutí

Zdraví je pro každého z nás nepochybně velmi důležité. V žebříčku hodnot v životě člověka zaujímá jedno z předních míst. Je hodnotou individuální i sociální a je jedním

z determinant kvality života. Lze říci, že zdraví ovlivňuje kvalitu života a zároveň celková kvalita života ovlivňuje zdraví. Křivohlavý v této souvislosti uvádí, že „zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života.“⁵²

Zdraví neznamena pouze to, že není u člověka přítomna určitá nemoc. Podle Světové zdravotnické organizace je zdraví „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze absence choroby nebo vady“.⁵³ Zdraví tedy nespočívá pouze v nepřítomnosti choroby. Znamená také duševní a sociální pohodu, zkrátka „být celkově ve své kůži“ a být dobře adaptován na prostředí, ve kterém žijeme.

Na našem zdravotním stavu se výrazně promítá náš životní styl. Zdravý životní styl by nás měl provázet celým životem a zejména v rámci přípravy na stárnutí a stáří bychom mu měli věnovat náležitou pozornost, jelikož se výrazně promítá do kvality našeho života. Zdravým životním stylem zde míním zejména zdravou životosprávu, fyzickou i duševní aktivitu, udržování sociálních kontaktů, aktivní společenský život, aktivní využití volného času atd.

Neustále rostoucí střední délka života souvisí s výskytem nemocí spojených s vyšším věkem. Rostoucí počet osob v seniorském věku vyžaduje přizpůsobení zdravotních služeb tomuto stavu. Za podstatné považují zajistit dostupnost kvalitní geriatrické péče a péče o dlouhodobě a smrtelně nemocné odborně kvalifikovaným personálem, který respektuje individualitu každého jedince a individuálně k němu také přistupuje. Zároveň považují za žádoucí zvyšovat flexibilitu mezi domácí a institucionální péčí, zlepšovat a podporovat spolupráci a komunikaci mezi pečujícími odborníky a laickými pečovateli, kteří se o starého člověka se zdravotními potížemi starají. Nelze striktně oddělovat péči sociální a péči zdravotní. Sociální a zdravotní služby jak ambulantního, terénního či ústavního typu by měly být integrovány.

Náležitá pozornost musí být věnována nejen zdravotnímu stavu fyzickému, ale i psychickému. Vyrovnaný duševní stav a kvalitní sociální vztahy přispívají k celkové pohodě a adaptabilitě člověka. Změny, ke kterým ve stáří dochází, jako ztráta partnera a blízkých přátel, penzionování či snížená soběstačnost a s tím související narušená duševní pohoda, mohou vést k sociální izolaci a k depresím. Na kvalitu života ve stáří má vliv veškeré dění v průběhu celého našeho života. Ke zlepšení duševní pohody, která je pro zvýšení kvality

⁵² Křivohlavý (2003, s. 40)

⁵³ World health organisation. Frequently asked questions [online]. Dostupné na: <http://www.who.int/suggestions/faq/en/> [cit. 28. 05. 2010]

života ve stáří podstatná, je proto nutno přistupovat v rámci celoživotního a preventivního pojetí.

Prevence a celoživotní zodpovědný přístup ke zdraví má vliv na celkový zdravotní stav člověka ve stáří. Je proto žádoucí vytvářet podmínky pro aktivní a zdravé stárnutí. Prevence je v tomto ohledu zcela zásadní a určující pro kvalitu života stárnoucího člověka.

4.4 Rodina a péče

Téma rodinné péče o seniora je součástí druhé kapitoly této práce. Následující text se proto již nebude věnovat teoretickým východiskům tohoto tématu. Zaměří se na určitá doporučení s ohledem na současný stav problematiky.

Doporučení vycházejí z navrhovaných opatření Národního programu přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012, které pokládám za vysoce aktuální a předmětná. Vláda navrhuje v oblasti rodinné péče tato opatření:

- do rámcových vzdělávacích programů zahrnout problematiku mezigeneračních vztahů a výchovu ke kladným mezilidským vztahům v rodině;
- podporovat spolupráci žáků základních a studentů středních škol se seniory (např. formou setkávání s pamětníky či uměleckými vystoupeními pořádanými jednou skupinou pro druhou);
- podporovat rozvoj a dostupnost respitních sociálních a zdravotnických služeb, které poskytují rodinným pečovatelům odbornou podporu, informace a pomoc;
- navrhnout opatření na podporu zaměstnanců, kteří pečují o osoby se sníženou soběstačností, zvýšit možnost využívání flexibilní pracovní doby atp.

Tato doporučení hodnotím jako vysoce aktuální s ohledem na současný pohled mladé generace na generaci starší. Je důležité uvědomit si, že stáří není nemoc, že se lidí ve vyšším věku nemusíme bát, naopak, že nám mohou být rovnocennými partnery i zkušenými rádci, od kterých se můžeme mnohému naučit. Výchovou ke kladným mezilidským a mezigeneračním vztahům v rodině lze dovést mladou generaci k uvědomění si toho, jak přínosná může být péče rodiny o příbuzné v seniorském věku, a to jak z hlediska přínosů a pozitiv pro seniora, tak z pohledu kladů a přínosů pro „pečovatele“. Mezigenerační soužití s sebou může přinášet samozřejmě mnohé problémy, nicméně může být i obohacením života všech členů rodiny.

4.5 Participace a lidská práva

Integrace seniorů do života komunity a společnosti je důležitá nejen jako prevence sociální izolace a sociálního vyloučení, ale také jako podpora k vytvoření pocitu užitečnosti a uznání jejich celoživotních zkušeností a možností, kterými mohou být společnosti prospěšní. Ocenění jejich potenciálu, smysluplné vyžití ve volném čase, sociální začlenění a s tím související zachování sociálních kontaktů, to vše jsou faktory, které se podílejí na spokojenosti seniorské populace a kvalitě jejich života.

Za významné považuji podpořit účast seniorů na společenských, kulturních či vzdělávacích akcích a aktivitách.

Senioři by měli být součinní při rozhodování o otázkách, které se jich bezprostředně dotýkají. Podstatný význam přikládám možnosti seniorů zúčastňovat se komunitního plánování zaměřeného právě na tuto cílovou skupinu.

Senioři jsou skupinou, která často musí čelit diskriminaci v různých oblastech života. Seniorská populace je také ve větší míře ohrožena majetkovou a násilnou trestnou činností. Staří lidé bývají oběťmi domácího násilí, stávají se oběťmi různých finančních podvodníků apod. Zejména lidé závislí na péči druhé osoby, senioři znevýhodnění či zranitelní jsou vystavováni riziku nedobrovolného zbavení majetku či dokonce bytu, může dojít k nedobrovolnému umístění seniora do institucionálního zařízení. V tomto ohledu je nezbytná prevence zaměřená na snižování rizikových faktorů, zvyšování bezpečnosti, aktivní depistáž a poradenství pro seniory samotné i pro pečující rodinu.

Intenzivnější dohled zaslouží také zacházení s uživateli v sociálních a zdravotních zařízeních. Veřejná kontrola těchto institucí a zařízení je v tomto případě vysoce žádoucí. Společnost by měla dbát ochrany lidských práv a důstojnosti bez ohledu na věk. Právě důstojnost je podstatným předpokladem pro rozvoj služeb a péče o seniorskou populaci. Zaopatření důstojnosti je záležitost náročná na řadu praktických a konkrétních opatření, zejména u osob se sníženou soběstačností či u osob duševně nemocných. Pro zajištění důstojnosti je zapotřebí komplexní a trvalé pozornosti, vzdělávání a výcviku pečujících, výchovy k pozitivním mezilidským vztahům a v neposlední řadě rozvíjení podmínek pro profesionální poskytování péče.

5. Péče o seniory v Mostě

Seniorská populace v Mostě tvoří významný podíl v celkovém počtu obyvatel (66 956 obyvatel). K trvalému pobytu v tomto městě v měsíci květnu letošního roku bylo hlášeno 9359 osob ve věku 65 let a více.⁵⁴

Město Most se v roce 2009 zúčastnilo celostátní soutěže Obec přátelská rodině, kterou vyhlásilo Ministerstvo práce a sociálních věcí, Stálá komise pro rodinu Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR a další spolupracující organizace. V kategorii měst nad 50 tisíc obyvatel obsadil Most druhé místo. Toto ocenění svědčí o aktivním postoji vedení města, školských a kulturních zařízení, neziskových a dalších organizací k prosazování prorodinné politiky s návazností na sociální a bytovou problematiku, dopravu, prevenci sociálně-patologických jevů atd.

V Mostě existuje poměrně široká škála nabízených sociálních služeb pro seniory. Nechybí ani příslušná zdravotnická zařízení.

5.1 Sociální služby určené seniorům v Mostě

Rozvojem a koncepcí sociálních služeb v Mostě se zabývá **Oddělení koncepce a rozvoje sociálních služeb** Odboru sociálních věcí Magistrátu města Mostu, které:

- provádí koncepční a metodickou činnost v oblasti nestátních sociálních služeb;
- podporuje projekty realizované nestátními neziskovými organizacemi z oblasti sociálních služeb;
- vytváří a průběžně aktualizuje síť poskytovatelů sociálních služeb a volnočasových aktivit;
- podporuje a realizuje činnosti zaměřené na rozvoj systému sociálních služeb;
- realizuje vlastní projekty.

Oddělení péče o seniory a handicapované občany Odboru sociálních věcí Magistrátu města Mostu zajišťuje výkon státní správy a samosprávy na úseku péče o občany v územním obvodu města a v přilehlých obcích. Zajišťuje dávky sociální péče pro seniory, umístování do

⁵⁴ Údaj zjištěn osobně na Magistrátu města Mostu, Odboru správních činností, oddělení matriky a evidence obyvatel dne 28. 05. 2010.

domovů pro seniory na základě pořadníku čekatelů, rozhoduje o přiznání příspěvku na péči a o jeho výši a provádí jeho výplatu dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách atd.

Největší organizací poskytující terénní, ambulantní i pobytové služby (nejen) seniorům je **Městská správa sociálních služeb v Mostě, p. o.**

- **Pobytové služby** poskytuje ve třech domovech pro seniory, domově pro osoby se zdravotním postižením, domově se zvláštním režimem a třech penzionech pro seniory.
- **Ambulantní službou** je denní stacionář pro seniory.
- **Terénní služby** nabízí pak ve formě pečovatelské služby.

Pomoc při řešení životních krizí a nepříznivých životních situací nabízí **Občanská poradna**, která poskytuje rady, informace a pomoc všem lidem, kteří se na ni obrátí.

Partnerské, rodinné a mezigenerační vztahy řeší **Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy** při Městské správě sociálních služeb v Mostě, p. o. Službami, které v ní mohou senioři využít, je například poradenská péče v oblasti mezigeneračních vztahů v rodině, pomoc osobám ohroženým domácím násilím, pomoc rodinám, partnerům i jednotlivcům, kteří se dostali do nepříznivé sociální nebo životní situace, pomoc a podporu seniorům osaměle žijícím, kurzy jógy a duševní hygieny či vzdělávací a osvětová činnost.

Středisko asistenčních služeb Oblastní charity Most zajišťuje terénní pečovatelskou službu pro seniory a odborné sociální poradenství pro občany, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci, a služby péče a osobní asistence.

Centrum pro zdravotně postižené Ústeckého kraje, o. s., poskytuje sociální služby občanům se zdravotním postižením. Její součástí je **poradna pro zdravotně postižené a seniory**, poskytující odborné sociální poradenství, jehož součástí je i zapůjčení kompenzačních pomůcek. Centrum zajišťuje také **služby péče a osobní asistence** v přirozeném sociálním prostředí a při činnostech, které osoba potřebuje.

Aktivizační programy pro seniory nabízí **Sociálně terapeutický úsek** při zařízeních Městské správy sociálních služeb, p. o. Programy jsou velmi různorodé, například ve formě výletů, návštěv kin, divadel, koncertů či výstav. Největší akcí pořádanou pro seniory je

každoroční „Letní setkání seniorů“, dále pak „Seniorská šlápota“. Nabízejí se také týdenní rekondiční pobyty. Sociálně terapeutický úsek vede skupinu senierek, které rády tančí: soubor „Babči mažoretky“ a hudebně taneční soubor „Komořanky“.

Městská knihovna v Mostě zřídila v prosinci roku 2009 **Senior klub**. Klub nabízí kurzy a přednášky z různých oblastí, například jazykové kurzy, výtvarnou dílnu, počítačové kurzy, kurzy trénování paměti apod.

5.2 Zdravotnické služby pro seniory v Mostě

Hlavní úlohu v zajišťování zdravotní péče sehrává **Nemocnice Most**. Dalším zdravotnickým zařízením, ve kterém jsou klientelou nejčastěji lidé důchodového věku, je **Nemocnice následné péče v Mostě, p. o.**, dříve nazývána Léčebnou dlouhodobě nemocných, která kromě zajištění následné lůžkové zdravotní péče poskytuje rovněž pobytové sociální služby. Domácí zdravotní péči zajišťovanou kvalifikovaným zdravotnickým personálem ve spolupráci s ošetřujícím lékařem poskytuje **Agentura zdravotních sester**. Služby nevyčísitelně nemocným a jejich rodinám nabízí **Hospic v Mostě**.

6. Kvalita života seniorů v Mostě

Tato diplomová práce zpracovává téma zabývající se otázkami kvality života seniorů. V teoretické části jsou vymezeny pojmy stárnutí, stáří i kvalita života seniorů. Empirická část je zaměřena na seniorskou populaci v již konkrétním městě, a to ve městě Most.

Jsem si naprosto vědoma skutečnosti, že je v rámci empirického šetření věnována pozornost pouze určitým specifikům a oblastem kvality života seniorů. Problematika kvality života je zpracovávána jen z určitého pohledu, a to z pohledu sociálně pedagogického, na základě kterého byly stanoveny i hypotézy, které byly v rámci empirického šetření ověřovány.

6.1 Cíle empirické části

Cílem empirické části této diplomové práce je specifikovat a porovnat rozdíly kvality života seniorů žijících v zařízeních pro seniory a těch, kteří žijí samostatně ve svém přirozeném domácím prostředí. Dílčím cílem je zaměřit se na problémové oblasti, vyplývající z empirického šetření, a navrhnout možná doporučení, která by mohla směřovat ke zvýšení kvality života seniorů v Mostě.

6.2 Stanovení hypotéz

S ohledem na vymezené cíle diplomové práce jsou stanoveny hypotézy, které jsou následně empirickým šetřením a vyhodnocením získaných dat ověřovány. Hypotézy mají následující znění:

H1: *Kvalita života seniorů žijících v přirozeném domácím prostředí je vyšší než kvalita života seniorů žijících v domově pro seniory.*

Hypotéza je stanovena na základě studia příslušné odborné literatury, na kterou je odkazováno v teoretické části textu.⁵⁵

⁵⁵ např. Klevelandová (2008), Topinková, Neuwirth (1997)

H2: *Senioři žijící v domově pro seniory jsou spokojenější v oblasti koníčků než senioři žijící ve svém vlastním domácím prostředí.*

Tato hypotéza vychází z velkého množství nabízených aktivit pro uživatele domovů pro seniory. Domov pro seniory Astra v Mostě, kde je empirické šetření realizováno, nabízí svým uživatelům řadu aktivit a možností trávení volného času. Domnívám se, že senioři žijící samostatně nejsou často dostatečně o možnostech vyžití v Mostě informováni, a tak jejich participace na aktivitách pro ně určených není taková jako u uživatelů domova pro seniory.

H3: *V oblasti vztahů s ostatními lidmi vykazují větší spokojenost samostatně žijící senioři.*

Tato hypotéza vychází z vlastní praxe, kdy jsem působila v Domově pro seniory Astra jako dobrovolník a často s uživateli hovořila. Uživatelé často uváděli, že již nemají takovou sociální síť jako dříve, před příchodem do zařízení, že se stýkají pouze s lidmi z Domova a často tak dochází, vzhledem k tomu, že obývají jeden dům a vidají se téměř každý den, k tzv. „ponorkové nemoci“. Nevídají se již tolik s rodinou ani s přáteli z předchozích let.

6.3 Použitá technika empirického šetření – dotazník kvality života SQUALA

Empirické šetření bylo prováděno pomocí dotazníku kvality života SQUALA (Subjective QUALity of Life Analysis), který byl vytvořen v roce 1992 a jehož autorem je M. Zannotti. SQUALA je sebesposuzovací dotazník, který filosoficky vychází z třístupňové teorie potřeb A. Maslowa.⁵⁶ Proto jsou mezi hodnocenými oblastmi života v dotazníku zařazeny i vnitřní hodnoty, např. svoboda, pravda, spravedlnost. Dotazník vychází z měření kvality života jako zjišťování rozdílu mezi přáním a očekáváním jedince v konfrontaci s jeho reálnou situací.⁵⁷

Dotazník kvality života SQUALA se využívá v oborech lékařských, psychologických, sociálních i pedagogických, zejména se záměrem diagnostikovat či zkvalitnit poskytovanou péči a služby. Z tohoto důvodu byl zvolen jako metoda mého empirického šetření, jelikož jedním z cílů práce je navrhnout možná doporučení, která by přispěla ke zvýšení kvality života seniorů v Mostě.

SQUALA obsahuje 21 oblastí života, kterým respondent přiřazuje subjektivní důležitost a také určuje, jak je s danou oblastí spokojen. Subjektivní důležitost je respondentem

⁵⁶ Maslowovu pyramidu potřeb popisuje např. Hill (2004)

⁵⁷ Dragomirecká et al (2006, s. 10)

zaznamenávána na pětibodové škále na stupnici 0-4 (0 = bezvýznamné, 1= málo důležité, 2= středně důležité, 3= velmi důležité, 4= nezbytné). Na konci části „hodnocení důležitosti“ je přiložena otevřená otázka, která zní: „Je ještě něco jiného, co považujete v životě za důležité?“ Tento dotaz umožňuje respondentovi doplnit oblasti, které jsou pro jeho život důležité a které nejsou v dotazníku zahrnuty. Subjektivní spokojenost s jednotlivými oblastmi je hodnocena na pětibodové škále na stupnici 1-5 (1= velmi zklamán/a, 2= nespokojen/a, 3= spíše spokojen/a, 4= velmi spokojen/a, 5= zcela spokojen/a). Dotazník tedy zjišťuje spokojenost s jednotlivými oblastmi života se zřetelem na důležitost, kterou jim dotazovaný přikládá.

6.3.1 Administrace a vyhodnocení

Dotazník kvality života SQUALA je možno respondentům předkládat jednotlivě či skupinově, ovšem je určen k samostatnému vyplnění. Jeho vyplňování obvykle nepřesáhne dobu více jak 20 minut.

Dotazovaný musí být seznámen s účelem šetření a s tím, jak se má v dotazníku orientovat. Pod názvem dotazníku, který má stručně vystihovat smysl celého šetření, je žádoucí uvést informaci, kdo a za jakým účelem dotazování provádí. Následují instrukce pro vlastní vyplňování a poděkování za spolupráci.

Výsledky dotazníku se vyjadřují parciálními skóry a celkovým skórem kvality života. Parciální skór je součin skórů důležitosti (hodnocena na pětibodové škále 0-4) a spokojenosti (hodnocena na pětibodové škále 1-5) v dané oblasti života. Parciální skór může nabývat hodnot od 0 do 20. Celkový skór je součtem všech parciálních skórů.

6.4 Popis základního souboru a výběru (vzorku) respondentů

S ohledem na cíle a zaměření diplomové práce je základním souborem skupina seniorů žijících v Mostě. V Mostě bylo k trvalému pobytu v měsíci květnu letošního roku hlášeno 9359 osob ve věku 65 let a více.⁵⁸ Základní soubor je velmi rozsáhlý, z tohoto důvodu byl pořizován výběr (někdy je též nazýván vzorkem).⁵⁹ Již při určování základního výběru je nezbytné jeho přesné vymezení. Je tedy nutné stanovit, koho považujeme za „seniora“. Věkových kategorizací existuje několik. Na tuto skutečnost bylo poukázáno v první kapitole teoretické části diplomové práce. Pro potřeby empirického šetření je použito členění, které ve svém díle uvádí např. Mühlpachr.⁶⁰ Ten za seniora považuje osobu starší 65. roku věku včetně.

U skupiny respondentů žijících ve vlastní domácnosti byl pořizován vzorek **záměrným výběrem** a tzv. **metodou sněhové koule**.⁶¹ Tato metoda spočívá v tom, že respondenty, se kterými již bylo hovořeno, žádáme o kontakty na další lidi, které znají a kteří by mohli odpovídat kritériím našeho empirického šetření. Tito nově získaní respondenti nás poté odkazují na další. Seniors žijící ve vlastních domácnostech jsem takto oslovovala přímo nebo prostřednictvím jich samotných se žádostí, aby předali dotazníky dalším lidem. Osloveno bylo celkem 60 respondentů. **Návratnost dotazníků** byla 80% (z 60 oslovených osob dotazník vyplnilo a odevzdalo 48 respondentů).

Seniors žijící v domově pro seniors jsem oslovila přímo, a to v Domově pro seniors Astra v Mostě. Uživatelé této sociální služby mne znali, jelikož jsem v tomto zařízení dříve působila jako dobrovolník. Nebyla jsem tedy vnímána jako „cizinec“, který do jejich prostředí jednorázově přišel a odešel, ale zastávala jsem roli „návštěvníka“, který se s lidmi stýkal i mimo rámec empirického šetření.⁶² Vzorek byl pořizován **záměrným výběrem** s ohledem na požadavek, aby se vzorek co nejvíce blížil vzorku respondentů z domácího prostředí. Byl osloven stejný počet respondentů jako počet získaných dotazníků od dotazovaných osob, které žijí ve vlastních domácnostech.

⁵⁸ Údaj zjištěn osobně na Magistrátu města Mostu, Odboru správních činností, oddělení matriky a evidence obyvatel dne 28. 05. 2010.

⁵⁹ Definice pojmů základní soubor a výběr a metody jejich pořizování přehledně prezentuje např. Pelikán (1998)

⁶⁰ Mühlpachr (2004, s. 21)

⁶¹ S popisem metody se lze seznámit například v díle Miovského (2006)

⁶² Vedle role „cizince“ a „výzkumníka“ rozlišujeme dále roli „návštěvníka“ a roli „domorodce“. Jejich přehlednou charakteristiku nabízí ve svém díle např. Švaříček, Šed'ová a kol. (2007)

Pohlaví respondentů

	Žijící samostatně		Žijící v domově pro seniory	
	Četnost (n)	%	Četnost	%
MUŽI	24	25 %	24	25 %
ŽENY	24	25 %	24	25 %
Celkem	48	50 %	48	50 %

Tabulka č. 2: Pohlaví respondentů.

Celkový počet respondentů je 96, z toho ve vlastní domácnosti žije 24 mužů (25%) a 24 žen (25%). V domově pro seniory žije 24 mužů (25%) a 24 žen (25%).

Věk respondentů žijících samostatně

	nejmladší	nejstarší	věkový průměr
MUŽI	68	88	75,3
ŽENY	67	89	76,9

Tabulka č. 3a: Věk respondentů žijících samostatně.

Věkový průměr mužů žijících samostatně je 75,3 let. Nejmladší muž má 68 roků, nejstarší 88. Věkový průměr samostatně žijících žen je 76,9 let. Nejmladší žena v této skupině má 67 let, nejstarší 89 let.

Věk respondentů žijících v domově pro seniory

	nejmladší	nejstarší	věkový průměr
MUŽI	66	96	79,5
ŽENY	65	93	78,1

Tabulka č. 3b: Věk respondentů žijících v domově pro seniory.

Věkový průměr mužů žijících v domově pro seniory je 79,5 let. Nejmladší muž v této skupině má 66 let, nejstarší 96 let. Věkový průměr žen je 78,1 roků. Nejmladší má 65 let, nejstarší 93 let.

Bydliště respondentů

obec, město - počet obyvatel	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
do 10 000				
nad 10 000 – 50 000	0	0%	0	0%
nad 50 000 – 100 000	48	100%	48	100
nad 100 000	0	0 %	0	0%
Celkem	48	100%	48	100%

Tabulka č. 4: Bydliště respondentů.

Všichni respondenti (100%) jsou z města Mostu, tedy z města nad 50 000 do 100 000 obyvatel.

Vzdělání respondentů

	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Neukončené základní	1	2,1 %	0	0 %
Základní	15	31,2 %	18	37,5 %
Středoškolské bez maturity	18	37,5 %	18	37,5 %
Středoškolské s maturitou	14	29,2 %	12	25,0 %
Vysokoškolské	0	0 %	0	0 %
Celkem	48	100%	48	100%

Tabulka č. 5: Vzdělání respondentů.

Ve skupině samostatně žijících seniorů má nejvíce osob středoškolské vzdělání bez maturity (18 respondentů, tj. 37,5% z celkového počtu). Nikdo nemá vzdělání vysokoškolské.

Ve skupině seniorů žijících v domově pro seniory je rovnoměrné zastoupení v počtu základního vzdělání a vzdělání středoškolského bez maturity. Obě tyto skupiny jsou reprezentovány 18 osobami, což činí celkově 75% z celkového počtu respondentů. Nikdo nemá neukončené základní vzdělání a nikdo nemá vzdělání vysokoškolské.

Zaměstnání respondentů

	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Soukromník	0	0 %	0	0 %
Zaměstnanec	0	0 %	0	0 %
Studující	0	0 %	0	0 %
Mateřská dovolená	0	0 %	0	0 %
V domácnosti	0	0%	0	0%
Důchodce (nepracující)	48	100%	48	100%
V invalidním důchodu	0	0 %	0	0 %
Nezaměstnaný/nezaměstnaná	0	0 %	0	0 %
Voják základní služby	0	0 %	0	0 %
Jiné	0	0 %	0	0 %
Celkem	48	100%	48	100%

Tabulka č. 6: Zaměstnání respondentů.

Skupina respondentů z obou skupin (z vlastní domácnosti i z domova pro seniory) se sestává pouze z osob, které jsou ve starobním důchodu. Celkový počet těchto osob je 96.

Hmotné zabezpečení respondentů

	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Výrazný podprůměr	2	4,2 %	10	20,8 %
Mírný podprůměr	8	16,6 %	17	35,4 %
Průměr	24	50,0 %	17	35,4 %
Mírný nadprůměr	14	29,2 %	2	4,2 %
Výrazný nadprůměr	0	0 %	2	4,2%
Celkem	48	100%	48	100%

Tabulka č. 7: Hmotné zabezpečení respondentů.

Senioři žijící samostatně hodnotí své hmotné zabezpečení nejčastěji jako průměrné. Tuto hodnotu označilo 24 respondentů (tj. 50% z celkového počtu). Nikdo nepovažuje své hmotné zabezpečení za výrazně nadprůměrné.

Skupina respondentů z domova pro seniory nejčastěji uvádí průměrné (17 dotazovaných, tj. 35,4% z celkového počtu) mírně podprůměrné hmotné zabezpečení (17 respondentů, tj. 35,4% z celkového počtu).

Rodinný stav respondentů

	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Svobodný/svobodná	0	0 %	0	0 %
Ženatý/vdaná/s druhem	30	62,5 %	0	0 %
Rozvedený/rozvedená	6	12,5 %	12	25,0 %
Vdovec/vdova	12	25,0 %	36	75,0 %
Celkem	48	100%	48	100%

Tabulka č. 8: Rodinný stav respondentů.

Nejpočetněji zastoupená skupina osob samostatně žijících představuje seniory, kteří žijí v manželství nebo v nesezdaném svazku s druhem či družkou. Představuje 62,5 % z celkového počtu (30 osob). Nikdo z této skupiny není svobodný.

V domově pro seniory je nejvíce osob ovdovělých, a to 36 (75% z celkového počtu). Zbylých 12 (25% z celkového počtu) osob je rozvedených.

Členění respondentů podle toho, zda mají či nemají děti

	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Mají děti	41	85,4 %	46	95,8 %
Nemají děti	7	14,6 %	2	4,2 %
Celkem	48	100%	48	100%

Tabulka č. 9: Členění respondentů podle rodičovství.

41 respondentů, kteří žijí ve vlastní domácnosti, mají děti (85,4% z celkového počtu). Zbylých 7 osob je bezdětných (14,6 %).

Že mají děti uvedlo v domově pro seniory 46 respondentů (95,8% z celkového počtu), 2 dotazovaní jsou bezdětní (4,2%).

6.5 Interpretace získaných dat

Oblast zdraví

Důležitost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	28	58,4 %	28	58,4 %
Velmi důležité	20	41,6 %	20	41,6 %
Středně důležité	0	0 %	0	0 %
Málo důležité	0	0 %	0	0 %
Bezvýznamné	0	0 %	0	0 %
CELKEM	48	100%	48	100%

Tabulka č. 10a: Hodnocení důležitosti v oblasti zdraví.

Spokojenost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Zcela spokojen	10	20,8 %	8	16,6 %
Velmi spokojen	6	12,5%	2	4,2 %
Spíše spokojen	22	45,9%	16	33,4 %
Nespokojen	10	20,8%	20	41,6 %
Velmi zklamán	0	0%	2	4,2 %
CELKEM	48	100%	48	100 %

Tabulka č. 10b: Hodnocení spokojenosti v oblasti zdraví.

V nejčastějším hodnocení důležitosti položky zdraví se shodují obě skupiny respondentů. Tuto oblast považují za nezbytnou v každé skupině ve 28 případech (58,4% v každé skupině).

V hodnocení spokojenosti se výsledky nepatrně liší. Samostatně žijící senioři jsou nejčastěji se zdravím „spíše spokojeni“ (takto hodnoceno 22 dotazovanými, tj. 45,9%). Uživatelé domova pro seniory uvedli nejčastěji nespokojenost se zdravím, a to ve 20 případech, což představuje 41,6%.

Oblast fyzické soběstačnosti

Důležitost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	12	25,0 %	15	31,2 %
Velmi důležité	32	66,6 %	29	60,4 %
Středně důležité	4	8,4 %	4	8,4 %
Málo důležité	0	0 %	0	0 %
Bezvýznamné	0	0 %	0	0 %
CELKEM	48	100%	48	100%

Tabulka č. 11a: Hodnocení důležitosti v oblasti fyzické soběstačnosti.

Spokojenost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Zcela spokojen	16	33,4 %	4	8,4 %
Velmi spokojen	9	18,75%	4	8,4 %
Spíše spokojen	20	41,6%	20	41,6 %
Nespokojen	3	6,25%	19	39,5 %
Velmi zklamán	0	0%	1	2,1 %
CELKEM	48	100%	48	100 %

Tabulka č. 11b: Hodnocení spokojenosti v oblasti fyzické soběstačnosti.

Oblast fyzické soběstačnosti z hlediska důležitosti byla nejčastěji hodnocena odpovědí „velmi důležité“, a to v obou sledovaných skupinách. Tuto odpověď uvedlo 32 samostatně žijících osob, což činí 66,6% z jejich celkového počtu, a 29 osob z domova pro seniory, což představuje 60,4% z této skupiny.

V hodnocení spokojenosti se obě skupiny naprosto shodují. Nejčastější odpovědí byla „spíše spokojen“, a to ve 20 případech ve skupině samostatně žijících (41,6%) i ve 20 případech u osob žijících v domově pro seniory (41,6%).

Oblast psychické pohody

Důležitost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	12	25,0 %	12	25,0 %
Velmi důležité	32	66,6 %	36	75,0 %
Středně důležité	4	8,4 %	0	0 %
Málo důležité	0	0 %	0	0 %
Bezvýznamné	0	0 %	0	0 %
CELKEM	48	100%	48	100%

Tabulka č. 12a: Hodnocení důležitosti v oblasti psychické pohody.

Spokojenost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Zcela spokojen	10	20,8 %	4	8,4 %
Velmi spokojen	6	12,5%	0	0 %
Spíše spokojen	26	54,2%	29	60,4 %
Nespokojen	6	12,5%	15	31,2 %
Velmi zklamán	0	0%	0	0 %
CELKEM	48	100%	48	100 %

Tabulka č. 12b: Hodnocení spokojenosti v oblasti psychické pohody.

Psychická pohoda je nejčastěji uváděna jako velmi důležitá v obou skupinách dotazovaných. Odpověď „velmi důležité“ označilo 32 osob samostatně žijících (66,6%) a 36 osob žijících v domově pro seniory (75%).

V otázce, jak jsou s danou životní oblastí spokojeni, uvedly obě skupiny nejčastěji odpověď „spíše spokojen“: u samostatně žijících seniorů tuto odpověď označilo 26 respondentů (54,2%), u uživatelů domova pro seniory 29 respondentů (60,4%).

Oblast příjemného prostředí a bydlení

Důležitost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	6	12,5 %	9	18,75 %
Velmi důležité	25	52,1 %	30	62,5 %
Středně důležité	15	31,2 %	9	18,75 %
Málo důležité	2	4,2%	0	0 %
Bezvýznamné	0	0 %	0	0 %
CELKEM	48	100%	48	100%

Tabulka č. 13a: Hodnocení důležitosti v oblasti příjemného prostředí a bydlení.

Spokojenost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Hodnocení spokojenosti				
Zcela spokojen	14	29,2 %	0	0 %
Velmi spokojen	14	29,2%	10	20,8 %
Spíše spokojen	20	41,6%	32	66,7 %
Nespokojen	0	0%	6	12,5 %
Velmi zklamán	0	0%	0	0 %
CELKEM	48	100%	48	100 %

Tabulka č. 13b: Hodnocení spokojenosti v oblasti příjemného prostředí a bydlení.

Jako velmi důležitou oblast příjemného prostředí a bydlení ohodnotilo nejvíce dotazovaných v obou skupinách: 25 respondentů žijících ve vlastní domácnosti (52,1%) a 30 osob žijících v domově pro seniory (62,5%).

Na otázku, jak jsou s danou oblastí spokojeni, uvedli dotazovaní nejčastěji „spíše spokojen“, a to ve 20 případech u samostatně žijících (41,6%) a ve 32 případech u uživatelů domova pro seniory (necelých 66,7%).

Oblast spánku

Důležitost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	3	6,2 %	16	33,4 %
Velmi důležité	41	85,4 %	20	41,6 %
Středně důležité	4	8,4 %	12	25 %
Málo důležité	0	0 %	0	0 %
Bezvýznamné	0	0 %	0	0 %
CELKEM	48	100%	48	100%

Tabulka č. 14a: Hodnocení důležitosti v oblasti spánku.

Spokojenost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Hodnocení spokojenosti				
Zcela spokojen	8	16,6 %	1	2,1 %
Velmi spokojen	3	6,25%	1	2,1 %
Spíše spokojen	33	68,75%	29	60,4 %
Nespokojen	2	4,2%	15	31,2 %
Velmi zklamán	2	4,2%	2	4,2 %
CELKEM	48	100%	48	100 %

Tabulka č. 14b: Hodnocení spokojenosti v oblasti spánku.

Obě skupiny dotazovaných shodně hodnotí oblast spánku nejčastěji jako velmi důležitou. Přesto jsou zde patrné výrazné rozdíly i v této odpovědi: spánek je velmi důležitý pro 41 samostatně žijících dotazovaných (85,4%), u seniorů z domova pro seniory je tomu tak ve 20 případech (41,6%). Druhou nejčastější odpovědí u této skupiny je hodnocení důležitosti spánku jako nezbytné oblasti jejich života (uvedlo 16 dotazovaných, tedy zhruba 33%).

Se spánkem jsou nejčastěji dotazovaní spíše spokojeni. Samostatně žijících uvedlo tuto odpověď 33x (zhruba 68,75%), uživatelů domova pro seniory 29x (60,4%).

Oblast rodinných vztahů

Hodnocení důležitosti

Důležitost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	8	16,6%	11	22,9 %
Velmi důležité	38	79,2 %	29	60,5 %
Středně důležité	2	4,2 %	8	16,6 %
Málo důležité	0	0%	0	0 %
Bezvýznamné	0	0 %	0	0 %
CELKEM	48	100%	48	100%

Tabulka č. 15a: Hodnocení důležitosti v oblasti rodinných vztahů.

Spokojenost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Zcela spokojen	10	20,8 %	2	4,2 %
Velmi spokojen	18	37,5%	12	25,0 %
Spíše spokojen	18	37,5%	25	52,0 %
Nespokojen	2	4,2%	7	14,6 %
Velmi zklamán	0	0%	2	4,2 %
CELKEM	48	100%	48	100 %

Tabulka č. 15b: Hodnocení spokojenosti v oblasti rodinných vztahů.

Rodinné vztahy jsou v nejvíce případech oběma skupinami hodnoceny jako velmi důležité. Tuto odpověď zvolilo 38 dotazovaných žijících samostatně (79,2%) a 29 dotazovaných žijících v domově pro seniory (60,5%).

Samostatně žijící jsou s rodinnými vztahy velmi (18 dotazovaných) či spíše spokojeni (18 dotazovaných), což představuje 75%. Nejčastější odpovědí u seniorů žijících v domově pro seniory byla „spíše spokojen“, a to u 25 respondentů (52%).

Oblast vztahů s ostatními lidmi

Důležitost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	2	4,2 %	4	8,4 %
Velmi důležité	12	25,0 %	31	64,6 %
Středně důležité	31	64,6 %	13	27,0 %
Málo důležité	3	6,2%	0	0 %
Bezvýznamné	0	0 %	0	0 %
CELKEM	48	100%	48	100%

Tabulka č. 16a: Hodnocení důležitosti v oblasti vztahů s ostatními lidmi.

Spokojenost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Zcela spokojen	8	16,6 %	0	0 %
Velmi spokojen	14	29,2 %	8	16,6 %
Spíše spokojen	26	54,2 %	32	66,7 %
Nespokojen	0	0%	6	12,5 %
Velmi zklamán	0	0%	2	4,2 %
CELKEM	48	100%	48	100%

Tabulka č. 16b: Hodnocení spokojenosti v oblasti vztahů s ostatními lidmi.

Vztahy s ostatními lidmi hodnotí samostatně žijící respondenti nejčastěji jako středně důležité (31 dotazovaných, tj. 64,6%). Senioři žijící v domově pro seniory považují vztahy s ostatními za velmi důležité, taktéž v počtu 31 respondentů (64,6%).

Obě skupiny dotazovaných nejčastěji uvedly, že jsou se vztahy s ostatními lidmi spíše spokojeni. Tuto odpověď zvolilo 26 respondentů žijících samostatně (54,2%) a 32 osob žijících v domově pro seniory (necelých 66,7%).

Oblast rodičovství a výchovy dětí

Důležitost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	6	12,5 %	18	37,5 %
Velmi důležité	34	70,8%	16	33,3 %
Středně důležité	4	8,4 %	14	29,2 %
Málo důležité	1	2,1 %	0	0 %
Bezvýznamné	3	6,2 %	0	0 %
CELKEM	48	100%	48	100%

Tabulka č. 17a: Hodnocení důležitosti v oblasti rodičovství a výchovy dětí.

Hodnocení spokojenosti	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Zcela spokojen	12	25,0%	6	12,5 %
Velmi spokojen	12	25,0 %	18	37,5 %
Spíše spokojen	18	37,5%	18	37,5 %
Nespokojen	3	6,25%	5	10,4 %
Velmi zklamán	3	6,25%	1	2,1 %
CELKEM	48	100%	48	100 %

Tabulka č. 17b: Hodnocení spokojenosti v oblasti rodičovství a výchovy dětí.

Mít a vychovávat děti pokládá nejvíce dotazovaných z vlastních domácího prostředí (34, tj. 70,8%) za velmi důležité. V domově pro seniory hodnotili dotazovaní tuto oblast nejčastěji jako nezbytnou, a to v 18 případech (37,5%).

Spokojenost s rodičovstvím a výchovou dětí vyjádřilo nejvíce samostatně žijících odpovědí „spíše spokojen“, a to v 18 případech, což činí 37,5% z této skupiny. Osoby žijící v domově pro seniory jsou v této oblasti nejčastěji velmi (18 dotazovaných, tj. 37,5%) nebo spíše spokojeni (18 respondentů, tj. 37,5%).

Oblast péče o sebe sama

Důležitost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	12	25 %	9	18,8 %
Velmi důležité	34	70,8 %	31	64,6 %
Středně důležité	2	31,2 %	8	16,6 %
Málo důležité	0	0 %	0	0 %
Bezvýznamné	0	0 %	0	0 %
CELKEM	48	100%	48	100%

Tabulka č. 18a: Hodnocení důležitosti v oblasti péče o sebe sama.

Spokojenost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Hodnocení spokojenosti				
Zcela spokojen	12	25,0 %	0	0 %
Velmi spokojen	10	20,8 %	9	18,75 %
Spíše spokojen	26	54,2 %	21	43,75 %
Nespokojen	0	0%	18	37,5 %
Velmi zklamán	0	0%	0	0 %
CELKEM	48	100%	48	100%

Tabulka č. 18b: Hodnocení spokojenosti v oblasti péče o sebe sama.

Samostatně žijící senioři i uživatelé domova pro seniory pokládají péči o sebe sama nejčastěji za velmi důležitou. Tuto odpověď zvolilo 34 osob samostatně žijících, tj. 70,8% z této skupiny. Dotazovaní v domově pro seniory uvedli tuto odpověď 31x, což činí 64,6% z této skupiny.

Spokojenost s touto oblastí vyjádřili dotazovaní nejčastěji odpovědí „spíše spokojen“. Samostatně žijící zvolili tuto odpověď 26x (54,2%), osoby žijící v domově pro seniory 21x (43,75%).

Oblast lásky

Důležitost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	3	6,25 %	15	31,25 %
Velmi důležité	31	64,6 %	30	62,5 %
Středně důležité	11	22,9 %	3	6,25 %
Málo důležité	3	6,25 %	0	0 %
Bezvýznamné	0	0 %	0	0 %
CELKEM	48	100%	48	100%

Tabulka č. 19a: Hodnocení důležitosti v oblasti lásky.

Spokojenost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Zcela spokojen	12	25,0%	6	12,5 %
Velmi spokojen	20	41,6 %	10	20,8 %
Spíše spokojen	16	33,4%	26	54,2 %
Nespokojen	0	0%	6	12,5
Velmi zklamán	0	0%	0	0 %
CELKEM	48	100%	48	100%

Tabulka č. 19b: Hodnocení spokojenosti v oblasti lásky.

Jak samostatně žijící (31 osob, tj. 64,6%), tak senioři žijící v domově pro seniory (30 dotazovaných, tj. 64,6%) nejčastěji lásku hodnotí jako velmi důležitou.

Jako spokojenější v lásce se jeví samostatně žijící. Ti tuto položku ohodnotili nejčastěji odpovědí „velmi spokojen“, a to ve 20 případech (41,6%). Dotazovaní v domově pro seniory jsou nejčastěji spíše spokojeni, a to ve 26 případech (54,2%).

Oblast sexuálního života

Důležitost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	1	2,1 %	11	22,9 %
Velmi důležité	9	18,7 %	21	43,7 %
Středně důležité	17	35,4 %	14	29,2 %
Málo důležité	4	8,4 %	2	4,2 %
Bezvýznamné	17	35,4 %	0	0 %
CELKEM	48	100%	48	100%

Tabulka č. 20a: Hodnocení důležitosti v oblasti sexuálního života.

Spokojenost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Zcela spokojen	6	12,5 %	6	12,5 %
Velmi spokojen	7	14,6 %	8	16,6 %
Spíše spokojen	24	50,0 %	16	33,4 %
Nespokojen	6	12,5 %	18	37,5 %
Velmi zklamán	5	10,4 %	0	0 %
CELKEM	48	100%	48	100 %

Tabulka č. 20b: Hodnocení spokojenosti v oblasti sexuálního života.

Sexuální život se jeví jako důležitější pro osoby žijící v domově pro seniory. Ti ho nejčastěji hodnotili jako velmi důležitou životní oblast: 21 dotazovaných, tj. 43,7%, což je více než dvounásobek samostatně žijících respondentů. Ti tuto odpověď zvolili v 9 případech, což činí 18,7% z jejich skupiny. Samostatně žijící hodnotili nejčastěji důležitost v této oblasti jako středně důležitou (17 osob, tj. 35,4%) nebo bezvýznamnou (17 osob, tj. 35,4%)

Spokojenější se sexuálním životem se jeví samostatně žijící dotazovaní. Nejčastější odpovědí byla odpověď „spíše spokojen“, a to u 24 osob, což činí 50% z jejich skupiny. Nejčastější odpovědí u dotazovaných v domově pro seniory byla odpověď „nespokojen“, a to v 18 případech (37,5%).

Oblast odpočinku ve volném čase

Důležitost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	12	25 %	0	0 %
Velmi důležité	34	70,8 %	19	39,6 %
Středně důležité	2	31,2 %	19	39,6 %
Málo důležité	0	0 %	10	20,8 %
Bezvýznamné	0	0 %	0	0 %
CELKEM	48	100%	48	100%

Tabulka č. 21a: Hodnocení důležitosti v oblasti odpočinku ve volném čase.

Spokojenost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Zcela spokojen	10	20,8 %	0	0 %
Velmi spokojen	10	20,8 %	6	12,5 %
Spíše spokojen	28	58,4 %	36	75,0 %
Nespokojen	0	0%	6	12,5 %
Velmi zklamán	0	0%	0	0 %
CELKEM	48	100%	48	100 %

Tabulka č. 21b: Hodnocení spokojenosti v oblasti odpočinku ve volném čase.

Odpočinek ve volném čase je u samostatně žijících nejčastěji hodnocen jako velmi důležitý, a to ve 34 případech (70,8%). Uživatelé domova pro seniory hodnotí tuto oblast nejčastěji jako velmi důležitou (19 osob, tj. 39,6%) a středně důležitou (19 osob, tj. 39,6%).

Samostatně žijící jsou s oblastí odpočinku nejčastěji spíše spokojeni, takto se vyjádřilo 28 respondentů (58,4%). Tato odpověď byla nejčastější i u osob žijících v domově pro seniory, a to ve 36 případech (75%).

Oblast koníčků

Důležitost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	0	0%	1	2,1 %
Velmi důležité	20	41,6 %	18	39,6 %
Středně důležité	14	29,2 %	28	58,3 %
Málo důležité	9	18,8 %	0	0 %
Bezvýznamné	5	10,4 %	0	0 %
CELKEM	48	100%	48	100%

Tabulka č. 22a: Hodnocení důležitosti v oblasti koníčků.

Spokojenost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Zcela spokojen	9	18,75 %	0	0 %
Velmi spokojen	12	25,0 %	10	20,8 %
Spíše spokojen	27	56,25 %	34	70,8 %
Nespokojen	0	0%	4	8,4 %
Velmi zklamán	0	0%	0	0 %
CELKEM	48	100%	48	100 %

Tabulka č. 22b: Hodnocení spokojenosti v oblasti koníčků.

Koníčky ve volném čase hodnotili samostatně žijící nejčastěji jako velmi důležité (ve 20 případech, tj. 41,6%). Pro uživatele domu pro seniory jsou nejčastěji středně důležité. Tuto odpověď zvolilo 28 dotazovaných, tj. 58,3% z jejich celkového počtu.

Oblast bezpečí

Důležitost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	6	12,5 %	3	6,25 %
Velmi důležité	36	75,0 %	30	62,5 %
Středně důležité	5	10,4 %	15	31,25 %
Málo důležité	0	0 %	0	0 %
Bezvýznamné	1	2,1 %	0	0 %
CELKEM	48	100%	48	100%

Tabulka č. 23a: Hodnocení důležitosti v oblasti bezpečí.

Spokojenost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Zcela spokojen	4	8,35 %	0	0 %
Velmi spokojen	10	20,8 %	10	20,8 %
Spíše spokojen	30	62,5 %	34	70,8 %
Nespokojen	4	8,35%	4	8,4 %
Velmi zklamán	0	0%	0	0 %
CELKEM	48	100%	48	100 %

Tabulka č. 23 b: Hodnocení spokojenosti v oblasti bezpečí.

Pro obě skupiny dotazovaných je oblast bezpečí velmi důležitá. Tuto odpověď zvolilo 36 samostatně žijících respondentů (75%) a 30 uživatelů domova pro seniory (62,5%).

Obě skupiny se shodly i v nejčastější odpovědi „spíše spokojen“ v hodnocení spokojenosti v této oblasti. Spíše spokojených je 30 osob z přirozeného domácího prostředí (62,5%) a 34 osob z domova pro seniory (70,8%).

Oblast práce

Důležitost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	14	29,2 %	6	12,5 %
Velmi důležité	20	41,6 %	32	66,7 %
Středně důležité	8	16,6 %	10	20,8 %
Málo důležité	4	8,4 %	0	0 %
Bezvýznamné	2	4,2 %	0	0 %
CELKEM	48	100%	48	100%

Tabulka č. 24a: Hodnocení důležitosti v oblasti práce.

Spokojenost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Zcela spokojen	12	25,0 %	0	0 %
Velmi spokojen	6	12,5 %	12	25,0 %
Spíše spokojen	22	45,9 %	24	50,0 %
Nespokojen	8	16,6%	8	16,6 %
Velmi zklamán	0	0%	4	8,4 %
CELKEM	48	100%	48	100%

Tabulka č. 24b: Hodnocení spokojenosti v oblasti práce.

Práce je oběma skupinami vnímána nejčastěji jako velmi důležitá, a to ve 20 případech u samostatně žijících (41,6%) a ve 32 případech uživatelů domova pro seniory (66,7%).

S touto oblastí vyznačily obě skupiny nejčastěji odpověď „spíše spokojen“, a to ve 22 případech u samostatně žijících (45,9%) a 24 případech u osob žijících v domově pro seniory (50%).

Oblast spravedlnosti

Důležitost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	10	20,8 %	5	10,4 %
Velmi důležité	31	64,6 %	26	54,2 %
Středně důležité	7	14,6 %	14	29,2 %
Málo důležité	0	0 %	3	6,2 %
Bezvýznamné	0	0 %	0	0 %
CELKEM	48	100%	48	100%

Tabulka č. 25a: Hodnocení důležitosti v oblasti spravedlnosti.

Spokojenost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Zcela spokojen	2	4,2%	0	0 %
Velmi spokojen	5	10,4 %	3	6,25 %
Spíše spokojen	12	25,0 %	18	37,5 %
Nespokojen	25	52,1%	24	50,0 %
Velmi zklamán	4	8,3 %	3	6,25 %
CELKEM	48	100%	48	100 %

Tabulka č. 25b: Hodnocení spokojenosti v oblasti spravedlnosti.

Oblast spravedlnosti uvedly obě skupiny nejčastěji jako velmi důležitou, a to v 31 případech u samostatně žijících (64,6%) a v 26 případech v domově pro seniory (54,2%).

Respondenti v obou skupinách vyjádřili s touto životní oblastí nejčastěji nespokojenost. Nespokojených samostatně žijících je 25 (52,1%), uživatelů domova pro seniory 24 (50%).

Oblast svobody

Důležitost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	10	20,8 %	3	6,25 %
Velmi důležité	34	70,8 %	22	45,8 %
Středně důležité	4	8,4 %	18	37,5 %
Málo důležité	0	0 %	3	6,25 %
Bezvýznamné	0	0 %	2	4,2 %
CELKEM	48	100%	48	100%

Tabulka č. 26a: Hodnocení důležitosti v oblasti svobody.

Hodnocení spokojenosti

Spokojenost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Zcela spokojen	6	12,5 %	0	0 %
Velmi spokojen	6	12,5 %	9	18,8 %
Spíše spokojen	30	62,5 %	19	39,6 %
Nespokojen	6	12,5 %	20	41,6 %
Velmi zklamán	0	0 %	0	0 %
CELKEM	48	100%	48	100 %

Tabulka č. 26b: Hodnocení spokojenosti v oblasti svobody.

Obě skupiny respondentů se shodly v nejčastějším hodnocení svobody jako velmi důležité oblasti jejich života. Toto hodnocení zvolilo 34 osob z přirozeného domácího prostředí (70,8%) a 22 osob žijících v domově pro seniory (45,8%).

Samostatně žijící senioři vykazují větší spokojenost než uživatelé domova pro seniory. Nejčastěji uváděli samostatně žijící, že jsou se svobodou spíše spokojeni (30 osob, tj. 62,5%). Respondenti v domově pro seniory nejčastěji uvedli nespokojenost v této oblasti (20 osob, tj. 41,6%).

Oblast krásy a umění

Důležitost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	0	0 %	0	0 %
Velmi důležité	12	25,0 %	12	25 %
Středně důležité	15	31,25 %	24	50 %
Málo důležité	9	18,75 %	10	20,8 %
Bezvýznamné	12	25 %	2	4,2 %
CELKEM	48	100%	48	100%

Tabulka č. 27a: Hodnocení důležitosti v oblasti krásy a umění.

Spokojenost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Zcela spokojen	2	4,2 %	0	0 %
Velmi spokojen	6	12,5 %	2	4,2 %
Spíše spokojen	34	70,8 %	33	68,7 %
Nespokojen	3	6,25 %	13	27,1 %
Velmi zklamán	3	6,25 %	0	0 %
CELKEM	48	100 %	48	100 %

Tabulka č. 27b: Hodnocení spokojenosti v oblasti krásy a umění.

Krásu a umění považují samostatně žijící dotazovaní za středně důležitou (15 osob, tj. 31,25%), zrovna tak senioři v domově pro seniory (24 osob, tj. 50%).

V oblasti spokojenosti nejčastěji obě skupiny volily hodnocení „spíše spokojen“, a to ve 34 případech u samostatně žijících (70,8%) a ve 33 případech v domově pro seniory (68,7%).

Oblast pravdy

Důležitost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	6	12,5 %	24	50,0 %
Velmi důležité	30	62,5 %	20	41,6 %
Středně důležité	9	18,75 %	4	8,4 %
Málo důležité	3	6,25 %	0	0 %
Bezvýznamné	0	0 %	0	0 %
CELKEM	48	100%	48	100%

Tabulka č. 28a: Hodnocení důležitosti v oblasti pravdy.

Spokojenost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Zcela spokojen	3	6,2 %	5	10,4 %
Velmi spokojen	8	16,6 %	8	16,6 %
Spíše spokojen	28	58,4 %	16	33,4 %
Nespokojen	9	18,8 %	16	33,4 %
Velmi zklamán	0	0 %	3	6,2 %
CELKEM	48	100%	48	100 %

Tabulka č. 28b: Hodnocení spokojenosti v oblasti pravdy.

Samostatně žijící senioři hodnotí nejčastěji pravdu jako velmi důležitou (30 dotazovaných, tj. 62,5%). Pro uživatele domova pro seniory je pravda v nejvíce případech nezbytná (24 osob, tj. 50%).

Více spokojenosti vykazují samostatně žijící respondenti. Ti nejčastěji uvádí, že jsou s touto oblastí spíše spokojeni (28 osob, tj. 58,4%). U uživatelů domova pro seniory byla nejčastější odpověď spíše spokojen (16 osob, tj. 33,4%) a nespokojen (16 osob, tj. 33,4%).

Oblast financí

Důležitost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	12	25,0 %	17	35,4 %
Velmi důležité	24	50,0 %	25	52,1 %
Středně důležité	10	20,8 %	3	6,2 %
Málo důležité	2	4,2 %	1	2,1 %
Bezvýznamné	0	0 %	2	4,2 %
CELKEM	48	100%	48	100%

Tabulka č. 29a: Hodnocení důležitosti v oblasti financí.

Spokojenost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Zcela spokojen	10	20,8 %	6	12,5 %
Velmi spokojen	10	20,8 %	12	25,0 %
Spíše spokojen	24	50,0 %	12	25,0 %
Nespokojen	4	8,4 %	6	12,5 %
Velmi zklamán	0	0 %	12	25,0 %
CELKEM	48	100%	48	100 %

Tabulka č. 29b: Hodnocení spokojenosti v oblasti financí.

Pro obě skupiny jsou peníze v životě nejčastěji velmi důležité, a to ve 24 případech u samostatně žijících (50%) a ve 25 případech u uživatelů domova pro seniory (52,1%).

Samostatně žijící nejčastěji hodnotí spokojenost v této oblasti odpovědí „spíše spokojen“ (24 osob, tj. 50%). Dotazovaní v domově pro seniory nejčastěji uvádí odpověď „velmi spokojen“ (12 osob, tj. 25%), „spíše spokojen“ (12 osob, tj. 25%) a „velmi zklamán“ (12 osob, tj. 25%).

Poměrně velká část uživatelů domova pro seniory je s oblastí financí velmi zklamána (12 osob, tj. 25%). U samostatně žijících respondentů toto hodnocení ne zvolil nikdo.

Oblast jídla

Důležitost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	0	0 %	1	2,1 %
Velmi důležité	20	41,6 %	18	37,5 %
Sřadně důležité	28	58,4 %	18	37,5 %
Málo důležité	0	0 %	5	10,4 %
Bezvýznamné	0	0 %	6	12,5 %
CELKEM	48	100%	48	100%

Tabulka č. 30a: Hodnocení důležitosti v oblasti jídla.

Spokojenost	Samostatně žijící		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Hodnocení spokojenosti				
Zcela spokojen	2	4,2 %	5	10,4 %
Velmi spokojen	26	54,2 %	10	20,8 %
Spíše spokojen	20	41,6 %	14	29,2 %
Nespokojen	0	0 %	14	29,2 %
Velmi zklamán	0	0 %	5	10,4%
CELKEM	48	100%	48	100 %

Tabulka č. 30b: Hodnocení spokojenosti v oblasti jídla.

Pro samostatně žijící respondenty je nejčastěji uváděná střední důležitost v v oblasti jídla, a to ve 28 případech (58,4%). Uživatelé domova pro seniory nejčastěji hodnotili tuto oblast jako velmi důležitou (18 osob, tj. 37,5%) a středně důležitou (18 osob, tj. 37,5%).

Vyšší spokojenost s touto oblastí vykazuje skupina samostatně žijících. Ti nejčastěji uvádí, že jsou s jídlem velmi spokojeni (26 osob, tj. 54,2%). Respondenti v domově pro seniory nejčastěji uvádí hodnocení „spíše spokojen“ (14 osob, tj. 29,2%) a „nespokojen“ (14 osob, tj. 29,2%).

6.6 Interpretace výsledků a ověřování hypotéz

Jelikož cílem empirické části bylo specifikovat a porovnat rozdíly kvality života seniorů žijících v zařízeních pro seniory a těch, kteří žijí samostatně ve svém přirozeném domácím prostředí, a zaměřit se na problémové oblasti, které vyplynou z šetření, je nutné interpretovat výsledky empirického šetření a ověřit hypotézy, které byly stanoveny na jeho počátku.

U jednotlivých zjištěných diferencí a problémových oblastí je vždy uvedeno doporučení, které by mohlo vést ke zlepšení stávajícího stavu.

6.6.1 Problémové oblasti, které vyplynuly z empirického šetření

V oblasti **fyzické soběstačnosti** sledujeme výraznou diferenci mezi úplnou spokojeností u samostatně žijících dotazovaných, kteří hodnocení „zcela spokojen“ zvolili 16x (což činí 33,4% z celkového počtu této skupiny), a u osob žijících v domově pro seniory, kteří toto hodnocení uvedli ve 4 případech (tj. 8,4%), což je čtyřikrát méně než u skupiny první.

V hodnocení nespokojenosti s fyzickou soběstačností je rozdílnost odpovědí obdobná. Samostatně žijící senioři jsou nespokojeni v této oblasti pouze ve 3 případech (zhruba 6%), u uživatelů domova pro seniory však nespokojenost vyjádřilo 19 dotazovaných (39,5%). Tyto výsledky vykazuje tabulka č. 11b.

Tento stav lze odůvodnit tak, že jedním z důvodů, proč senioři vyhledávají pobytovou službu v domovech pro seniory, je právě snížená fyzická soběstačnost, a proto uživatelé domova pro seniory jsou s touto životní oblastí méně spokojeni než lidé žijící ve vlastní domácnosti.

Doporučení pro zlepšení stávajícího stavu: podporovat soběstačnost uživatelů v co nejvyšší možné míře. Pomáhající profesionál (a nejen ten!) by měl být vybaven trpělivostí a ochotou klienta doprovázet, ale nedělat úkony, které zvládne sám, za něj (z důvodu jeho „pohodlí“ z hlediska času i trpělivosti).

Výrazné rozdíly zaznamenáváme v oblasti nespokojenosti s **psychickou pohodou** (viz tabulka č. 12b). Samostatně žijící senioři označili nespokojenost s touto oblastí v 6 případech (12,5%), uživatelé domova pro seniory v 15 případech (31,2%).

Jednou z příčin tohoto zjištění může být zhoršená adaptace seniorů na pobyt v zařízení pro seniory nebo sociální izolace vyvolaná změnou bydlení a dosavadního životního stylu,

v jehož důsledku dochází k narušení mezilidských vztahů. Další možnou příčinou může být snížení četnosti styků s rodinou a dětmi a již zmíněná zhoršená fyzická soběstačnost.

Doporučení pro zlepšení stávajícího stavu: vzdělávat zaměstnance domova pro seniory v oblasti gerontopsychologie, zaměřit se zejména na oblast adaptace seniora na změněné prostředí a na celkovou adaptaci seniorů na stáří. Dalším doporučením je rozvoj aktivit pro uživatele služby, které jsou určené pro „tmelení kolektivu“, jsou zaměřené na rozvoj sociálních dovedností, kooperace, na formování dobrých vztahů ve skupině. Za významné považují zaměřit se na spolupráci s rodinou, informovat je a podporovat komunikaci mezi seniory a jeho rodinnými příslušníky. Důležité je být oporou nejen pro seniora v zařízení, ale také pro jeho rodinu, která často také potřebuje podporu a povzbuzení.

V oblasti **rodinných vztahů** z výsledků vyplynulo, že více spokojeni jsou senioři žijící ve svém přirozeném domácím prostředí (viz tabulka č. 15b). 10 dotazovaných, tj. 20,8%, uvedlo, že jsou v této oblasti zcela spokojeni. Uživateli domova pro seniory je v této oblasti zcela spokojeno pětkrát méně (2 respondenti, tj. 4,2%).

Doporučení pro zlepšení stávajícího stavu: již výše zmíněná spolupráce rodinných příslušníků uživatelů domovů pro seniory, podporovat nejen uživatele, ale i jeho rodinu, naslouchat jí, informovat o změnách, ke kterým u jejich příbuzného došlo a jak se k nim lze postavit atd.

Poměrně výraznou diferencí vykazuje nespokojenost v oblasti **péče o sebe sama**. Zatímco ze samostatně žijících nevyjádřil nespokojenost s touto oblastí nikdo, v domově pro seniory je nespokojených 18 dotazovaných, tj. 37,5% z celkového počtu této skupiny (viz tabulka č. 18b).

Tento fakt může souviset se zhoršenou fyzickou soběstačností, ale také s výše uvedenou neoptimální psychickou pohodou uživatelů.

Doporučení pro zlepšení stávajícího stavu: podporovat soběstačnost uživatelů v co nejvyšší možné míře, zprostředkovat možnost využití služeb kadeřníka, kosmetiky, manikúry, pedikúry atp.

V oblasti **lásky** (viz tabulka č. 19b) je rozdíl v nespokojenosti dotazovaných. Ze samostatně žijících není s láskou nespokojen žádný respondent. V domově pro seniory vyjádřilo svou nespokojenost s touto oblastí 6 osob, tj. 12,5%. Odpověď „zcela spokojen“ je u

samostatně žijících (12 osob, tj. 25%) dvakrát vyšší než u osob z domova pro seniory (6, tj. 12,5%).

Tento stav přisuzují rodinnému stavu respondentů. Zatímco samostatně žijících žije v manželství či v nesezdaném partnerském soužití 62,5% dotazovaných (viz tabulka č. 8), v domově pro seniory je nejvíce osob (75%) ovdovělých a nikdo nežije v partnerském vztahu.

Se **sexuálním životem** se jeví spokojenější samostatně žijící dotazovaní (viz tabulka č. 20b). Nejčastějším hodnocením bylo „spíše spokojen“, a to u 24 osob, což činí 50% z jejich skupiny. Nejčastější odpovědí u dotazovaných v domově pro seniory byla odpověď „nespokojen“, a to v 18 případech (37,5%).

Tento stav lze přisuzovat opět rodinnému stavu respondentů, kdy samostatně žijící senioři mají partnera, a tak jsou jejich sexuální potřeby uspokojovány, na rozdíl od uživatelů domova pro seniory, kteří nemají příliš příležitostí k nalezení sexuálního partnera.

Výrazný rozdíl mezi samostatně žijícími a uživateli domova pro seniory zaznamenáváme u celkové spokojenosti v oblasti **práce**. Zcela spokojených s prací je 12 osob z vlastních domácností (25%), ovšem z dotazovaných v domově pro seniory není s touto oblastí života zcela spokojen nikdo (viz tabulka č. 24b).

Toto může být dáno skutečností, že senioři žijící ve svých vlastních domácnostech jsou více zaměstnáni v oblasti péče o domácnost, přípravy stravy, úklidu a celkové údržby bytu či domu. Uživatelům domova pro seniory mohou tyto domácí práce chybět, zejména pak ženám, které byly na tuto činnost celý život zvyklé.

Doporučení pro zlepšení stávajícího stavu: možnost zapojit uživatele domova pro seniory do péče o svou bytovou jednotku, podporovat možnost výzdoby a dekorace společných prostor atp.

Výrazný rozdíl lze pozorovat v nespokojenosti s oblastí **svobody** (viz tabulka č. 26b). Zatímco u samostatně žijících vyjádřilo svou nespokojenost 6 osob (12,5%), u osob žijících v domově pro seniory ji zvolilo 20 dotazovaných (41,6%).

Toto zjištění může vyplývat z pravidel, která jsou v domově pro seniory jasně a striktně daná, ovšem nemusí každému vyhovovat. Jako příklad lze uvést jednotnou dobu stravování, nemožnost vybavit si bytovou jednotku pouze svým nábytkem a doplňky či nemožnost vyjádřit se k výzdobě společných prostor.

Doporučení pro zlepšení stávajícího stavu: umožnit uživatelům služby větší autonomii v rozhodování v záležitostech, které se jich týkají, nezasahování do jejich režimu, na který jsou zvyklí, vést s uživateli otevřené diskuse zabývající se tématy, která je zajímají či tíží a která by rádi řešili.

Výrazného rozdílu je možno si povšimnout u nespokojenosti s oblastí **krásy a umění** (viz tabulka č. 27b). Ze samostatně žijících vyjádřili nespokojenost 3 dotazovaní (6,25%), což je více než čtyřikrát méně než u uživatelů domova pro seniory. Ti svou nespokojenost s touto oblastí vyjádřili celkem ve 13 případech (tj. 27,1%).

Opět můžeme poukázat na to, že obyvatelé domova pro seniory nemají možnost podílet se na vybavení nejen svých bytových jednotek, ale také společných prostor.

Doporučení pro zlepšení stávajícího stavu: umožnit uživatelům služby podílet se na „image“ společných prostor, umožnění vybavení si své prostory podle svého. Zprostředkovat uživatelům možnost návštěv výstav, koncertů, divadel apod.

Výrazný rozdíl reflektuje hodnocení nespokojenosti s oblastí **jídla** (viz tabulka č. 30b). Zatímco ve vlastních domácnostech nevykazuje nespokojenost žádný respondent, v domově pro seniory nespokojenost vyjádřilo 14 osob (tj. 29,2%).

Toto zjištění lze vysvětlit tím, že senioři žijící ve svých vlastních domácnostech si ve většině případů připravují stravu sami a podle své chuti. V domově pro seniory je možnost výběru ze dvou jídel, která ovšem uživatelům nemusí vyhovovat. Často jsem se také jakožto dobrovolník setkala se stížnostmi uživatelů na chuť pokrmů.

6.6.2 Ověřování hypotéz

H1: *Kvalita života seniorů žijících v přirozeném domácím prostředí je vyšší než kvalita života seniorů žijících v domově pro seniory.*

Tato hypotéza byla ověřována výpočtem celkového skóru kvality života seniorů samostatně žijících a seniorů žijících v domově pro seniory.

Celkový skór kvality života u seniorů žijících ve svých vlastních domácnostech nabyl průměrné hodnoty 201,4.

Celkový skóre kvality života seniorů žijících v domově pro seniory dosáhl průměrné hodnoty 180,4.

Vyšší skóre kvality života vykazuje skupina samostatně žijících seniorů. **První hypotéza** je vzhledem k výše uvedeným výsledkům **potvrzena**.

H2: *Senioři žijící v domově pro seniory jsou spokojenější v oblasti koníčků než senioři žijící ve svém vlastním domácím prostředí.*

Při ověřování této hypotézy je vycházeno z tabulky č. 22b. Diferenci je možno zaznamenat u úplné spokojenosti v této oblasti. Zatímco zcela spokojených samostatně žijících seniorů je 9 (18,75%), v domově pro seniory není zcela spokojen žádný dotazovaný. Hodnocení „velmi spokojený“ zvolilo 12 respondentů žijících ve vlastní domácnosti (25%) a 10 respondentů z domova pro seniory (20,8). Spíše spokojených samostatně žijících dotazovaných v této oblasti je 27 (56,25), uživatelů domova pro seniory 34 (70,8%).

Celkově spokojenější se v oblasti koníčků jeví osoby žijící v domově pro seniory. S ohledem na toto zjištění **nelze druhou hypotézu potvrdit**.

H3: *V oblasti vztahů s ostatními lidmi vykazují větší spokojenost samostatně žijící senioři.*

Při ověřování této hypotézy je vycházeno z tabulky č. 16b. Obě skupiny dotazovaných nejčastěji uvedly, že jsou se vztahy s ostatními lidmi spíše spokojeni. Tuto odpověď zvolilo 26 respondentů žijících samostatně (54,2%) a 32 osob žijících v domově pro seniory (necelých 66,7%). Zcela spokojených samostatně žijících je 8 (16,6%), z uživatelů domova pro seniory není zcela spokojen s touto oblastí nikdo. I hodnocení „velmi spokojen“ volili častěji dotazovaní žijící ve vlastní domácnosti (14 osob, tj. 29,2%). Z respondentů v domově pro seniory je velmi spokojených 8 (16,6%). Ze samostatně žijících dotazovaných nevyjádřil nespokojenost nikdo, v domově pro seniory je nespokojených 6 respondentů (12,5%).

Tyto výsledky mohou vycházet například z větší sociální izolace, kterou jsou uživatelé domovů pro seniory ohroženi vzhledem k časté ztrátě blízkých přátel a příbuzných, změně bydlení a dosavadního životního stylu, v jehož důsledku dochází k narušení mezilidských vztahů. To může vyplývat z „psychického osamocení“, které může vyústit ve změny v chování, které okolí seniora mnohdy nechápe.

Větší spokojenost v oblasti vztahů s ostatními lidmi vykazují skutečně osoby samostatně žijící. **Třetí hypotéza** je tímto **potvrzena**.

Závěr

Problematika stárnutí, stáří a kvality života v tomto období jsou v posledních letech často diskutovanými tématy odborníků z mnoha vědních oborů a oblastí, včetně sociální pedagogiky. Tato diplomová práce usilovala o propojení teoretických poznatků s praktickým úhlem pohledu s ohledem na sociálně pedagogické aspekty práce se seniorskou populací.

Cílem první, teoretické části, bylo teoretické ukotvení témat, která souvisejí s kvalitou života v období stáří. Cílem druhé, empirické části diplomové práce, bylo specifikovat a porovnat rozdíly v kvalitě života seniorů žijících v domově pro seniory a samostatně žijících v přirozeném domácím prostředí, zaměřit se na problémové oblasti vyplývající z empirického šetření a následně navrhnout možná doporučení, která by mohla směřovat ke zvýšení kvality života seniorů v Mostě.

Použitou metodou empirického šetření v rámci diplomové práce bylo dotazníkové šetření pomocí dotazníku kvality života SQUALA. Úroveň kvality života seniorů v Mostě je možno vyčíst z interpretace získaných dat v tabulkách, které byly doplněny komentářem. Tyto tabulky byly rozděleny podle všech 21 oblastí života, se kterými dotazník SQUALA operuje.

V rámci empirického šetření bylo zjištěno několik výrazných oblastí, se kterými by se, dle mého názoru, mělo pracovat s cílem zlepšení aktuálního stavu.

V oblasti fyzické soběstačnosti bylo zjištěno, že 6x více uživatelů domova pro seniory vykazuje nespokojenost v porovnání se seniory žijícími ve svých domácnostech. Doporučením pro zlepšení stávající situace pro pomáhající profesionály bylo podporovat soběstačnost uživatelů domova pro seniory v co nejvyšší možné míře a neusnadňovat si práci tím, že za seniory raději udělají práci sami.

Výrazné diference byly zaznamenány v oblasti psychické pohody. Zatímco samostatně žijících vyjádřilo svou nespokojenost v této oblasti v 6 případech (z celkového počtu 48 dotazovaných), uživatelů domova pro seniory v případech 15 (taktéž z celkového počtu 48 dotazovaných). Pracováno bylo s předpokladem, že jednou z příčin tohoto zjištění může být maladaptace seniorů na ústavní pobytové služby nebo sociální izolace uživatelů domova pro seniory, změna dosavadního životního stylu apod. Pro zlepšení stávajícího stavu bylo doporučeno klást důraz na vzdělávání pomáhajících profesionálů zaměstnaných v domovech pro seniory v oblasti gerontopsychologie, využívání technik skupinové práce, které jsou zaměřené na rozvoj sociálních dovedností, kooperace a formování dobrých vztahů ve skupině.

Bylo také zmíněno, že za významné je považováno zaměření se na spolupráci s rodinou, její informování a podpora komunikace mezi seniory a jejich rodinnými příslušníky.

Poměrně velký rozdíl byl zaznamenán v nespokojenosti v oblasti péče o sebe sama. Samostatně žijící senioři nevyjadřují v žádném případě nespokojenost, ovšem v domově pro seniory ji vyjádřilo 18 z celkového počtu 48 dotazovaných. Pro tuto oblast bylo doporučeno podporovat soběstačnost uživatelů v co nejvyšší možné míře, informovat o možnosti zprostředkování služeb, které jsou určeny právě pro tuto péči (kadeřník, kosmetika, manikúra, pedikúra atd.).

Výrazná diference mezi samostatně žijícími a uživateli domova pro seniory byla zaznamenána v celkové spokojenosti s prací. Zcela spokojených s prací je 12 osob žijících samostatně, ze seniorů žijících v domově pro seniory ovšem nikdo. Předpokládanou příčinou tohoto stavu byla větší zaměstnanost samostatně žijících v oblasti péče o domácnost, přípravy stravy, úklidu a celkové údržby obydlí. V oblasti práce bylo proto doporučeno větší zapojování uživatelů domova pro seniory do péče o svou bytovou jednotku, podpora možnosti výzdoby a dekorace společných prostor atp.

Jasný rozdíl byl vyzorován v nespokojenosti v oblasti svobody. Zatímco u samostatně žijících vyjádřilo svou nespokojenost 6 respondentů z celkového počtu 48 dotazovaných, uživatelů domova pro seniory ji vyjádřilo více než 3x více. Předpokládanou příčinou tohoto zjištění byla pravidla, která jsou v domově pro seniory jasně a striktně daná a nemusí každému uživateli vyhovovat. Doporučením pro zlepšení stávající situace byla podpora větší autonomie uživatelů domova pro seniory v rozhodování ve věcech, které se jich týkají, nezasahování do jejich režimu, na který jsou zvyklí, a vedení otevřených diskuzí zaměřených na témata, která uživatelé považují za potřebné řešit.

Výrazného rozdílu bylo možno povšimnout si u nespokojenosti s oblastí krásy a umění. Zatímco ze samostatně žijících vyjádřili nespokojenost 3 dotazovaní (z celkového počtu 48 samostatně žijících respondentů), v domově pro seniory bylo nespokojených 13 respondentů (taktéž z celkového počtu 48 dotazovaných). Tato skutečnost může souviset také s nemožností podílu uživatelů na vybavení svých bytových jednotek a společných prostor zařízení. Doporučeno proto bylo umožnění uživatelům služby podílet se na designu společných prostor a umožnění vybavit si svých prostor podle svého vkusu a potřeb. Dalším doporučením bylo zprostředkování možností návštěv kulturních akcí, jako jsou výstavy, koncerty, divadelní představení apod.

V empirické části diplomové práce byly stanoveny tři hypotézy, které byly v rámci empirického šetření ověřovány.

Obecně lze shrnout, že v rámci empirického šetření bylo zjištěno, že vyšší úroveň kvality života v Mostě vykazují senioři, kteří žijí ve svém přirozeném domácím prostředí. Za nejproblémovější zjištěnou oblast je považován nedostatek autonomie uživatelů domova pro seniory, která se odráží zejména v jejich psychické pohodě a v nespokojenosti v oblasti svobody. Situace v tomto směru není optimální a je třeba hledat efektivní cesty, jak ji zlepšit. Pro zlepšení stávající situace by mohla mít dostatečné uplatnění svými metodami a přístupy právě i sociální pedagogika.

Seznam použité literatury a pramenů

1. BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P. Základy klinické psychologie. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-550-4.
2. ERIKSON, E. H. Životní cyklus rozšířený a dokončený. Praha: NLN, 1999. ISBN 80-7106-291-X.
3. DRAGOMIRECKÁ, E., ŠKODA, C. Kvalita života. Vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii. Česká a slovenská psychiatrie, 93, 1997, č. 2, s. 102-108. ISSN 0069-2336.
4. DRAGOMERICKÁ, E., ŠKODA, C. Měření kvality života v sociální psychiatrii. Česká a slovenská psychiatrie, 93, 1997, č. 8, s. 423 – 432. ISSN 0069-2336.
5. DRAGOMIRECKÁ, E. ET AL SQUALA. Příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. ISBN 80-85121-82-4.
6. GREGOR, O. Stárnout, to je kumšt. Praha: Olympia 1990, ISBN 80-7033-040-6
7. HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. Praha: Panorama, 1990, ISBN 601-22-825
8. HILL, G. Moderní psychologie. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-641-1.
9. HOGENOVÁ, A. Kvalita života a tělesnost. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0457-4.
10. HAYFLICK, L. Jak a proč stárneme. Praha: Columbus, 1997, ISBN 80-85928-97-3
11. JEDLIČKA, V. A KOL. Praktická gerontologie. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991, ISBN 57-881-91.
12. JESENSKÝ, J. Andragogika a gerontagogika handicapovaných. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-7184-823-9.
13. KALVACH, Z. A KOL. Gerontologie obecná a aplikovaná. Praha: Karolinum, 1997, ISBN 80-7184-366-0
14. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, J., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. A KOL. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada Publishing, 2004, ISBN 80-247-0548-6
15. KLEVETOVÁ, D. Motivační prvky při práci se seniory. Praha: Grada Publishing, 2008, ISBN 978-80-247-2169-9
16. KRAUSS, N. Personality, social support and psychological distress in later life. Psychology and Aging, 1990; 5 (3), s. 315-26.
17. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. Praha: Portál, 2002, ISBN 80-247-0179-0.
18. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví. Praha: Portál, 2003, ISBN 80-7178-774-4

19. LANGMEIER, J. Vývojová psychologie pro dětské lékaře. Praha: Avicenum, 1991, ISBN 80-201-0098-7
20. MADRASOVÁ GECKOVÁ, A., ŠIMOVÁ, E., JITSE P. VAN DIJK Starí rodičia jako zdroj sociálnej opory. Československá psychologie 2003, 1, ISSN 0009-062x
21. MAREŠ, J. Kvalita života u dětí a dospívajících. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-65-9.
22. MAŘÍKOVÁ, H., PETRUSEK, M., VODÁKOVÁ, A. A KOL. Velký sociologický slovník I., II. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-164-1.
23. MIOVSKÝ, M. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada, 2006. ISBN 8024713624.
24. MÜHLPACHR, P. Gerontopedagogika. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004, ISBN 80-210-3345-2.
25. MÜHLPACHR, P., STANÍČEK, P. Geragogika pro speciální pedagogy. Brno: Masarykova univerzita, 2001. ISBN 80-210-2510-7.
26. PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H. Gerontologie. Praha: Avicenum, 1981.
27. PACOVSKÝ, V. O stárnutí a stáří. Praha: Avicenum, 1990, ISBN 80-201-8076-8
28. PACOVSKÝ, V. Geriatrická diagnostika. Praha : Scientia Medica, 1994, ISBN 80-85526-32-8
29. PACOVSKY, V. Proti věku není léku. Praha: Karolinum 1997, ISBN 80-7184-486-1
30. PAYNE, J. A KOL. Kvalita života a zdraví. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
31. PELIKÁN, J. Základy empirického výzkumu pedagogických jevů. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-569-8.
32. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. Soužití se staršími lidmi. Praha. Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3
33. PROKEŠOVÁ, M. Volný čas z hlediska kvality života. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008. ISBN 978-7368-555- 3.
34. PŘIHODA, V. Ontogeneze lidské psychiky. IV. díl. Praha: SPN 1974.
35. STUART – HAMILTON, I. Psychologie stárnutí. Praha: Portál, 1999, ISBN 80-7178-274-2
36. ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. Sociální opoora jako významný protektivní faktor. Československá psychologie 43, 1999, s. 19-38.
37. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. A KOL. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: pravidla hry. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

38. TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. Depresivní syndrom u geriatrických pacientů v ústavní péči. Česká a slovenská psychiatrie, 1997, č. 4, s. 181 – 187.
39. TOŠNEROVÁ, T. Jak si vychutnat seniorská léta. Brno: Computer Press, 2009, ISBN 978-80-251-2104-7
40. VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. Kvalita života. Brno: Masarykova Univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7.
41. ZAVÁZALOVÁ A KOL. Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8.

Elektronické zdroje

1. PROQOLID. Patient-Reported Outcome and Quality of Life Instruments Database [online]. Dostupné na: [«http://www.proqolid.org/»](http://www.proqolid.org/) [cit. 20. 05. 2010]
2. GRANELLO, P., F. A comparison of wellness and social support networks in different age groups. Adultspan Journal 3, 2001 [online]. Dostupné na: [«http://www.accessmylibrary.com/article-1G1-91305353/comparison-wellness-and-social.html»](http://www.accessmylibrary.com/article-1G1-91305353/comparison-wellness-and-social.html) [cit. 20. 03. 2010]
3. Český statistický úřad: Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2065 [online]. Dostupné na: [«http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/t/1D00355EB4/\\$File/400709a8.pdf»](http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/t/1D00355EB4/$File/400709a8.pdf) [cit. 22. 05. 2010]
4. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Kvalita života ve stáří. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012 [online]. Dostupné na: [«http://www.mpsv.cz/files/clanky/5045/starnuti_cz_web.pdf»](http://www.mpsv.cz/files/clanky/5045/starnuti_cz_web.pdf) [cit. 22. 05. 2010]
5. World health organisation. Frequently asked questions [online]. Dostupné na: [«http://www.who.int/suggestions/faq/en/»](http://www.who.int/suggestions/faq/en/) [cit. 28. 05. 2010]

Seznam příloh

Příloha č.1: Dotazník kvality života SQUALA

Příloha č.1: Dotazník kvality života SQUALA

Dotazník kvality života (SQUALA)

Pořadové číslo ____

Id. Číslo ____

Vážený pane, vážená paní,

obdržel/a jste dotazník kvality života SQUALA. Jsem studentkou Filozofické fakulty Univerzity Karlovy v Praze a v rámci zpracovávání diplomové práce se věnuji kvalitě života seniorů ve městě Most.

Na prvních stranách Vás žádám o vyplnění **demografických údajů**, po kterých následuje vlastní hodnocení kvality Vašeho života.

V části **hodnocení důležitosti** se Vás ptám, jak jsou pro Vás důležité uvedené oblasti života. K výročkům v řádcích (být zdravý, být fyzicky soběstačný atd.) vyberte, prosím, ve sloupcích odpověď, která vystihuje, nakolik je pro Vás tato oblast **důležitá**.

Ve druhé části zjišťuji, jak jste s uvedenými oblastmi života **spokojen/a**. Jednotlivé oblasti jsou uvedené v řádcích a Vy k nim, prosím, vyberte odpověď, která vystihuje, nakolik jste s touto oblastí **spokojen/a**.

Děkuji Vám za spolupráci při mém šetření.

DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Zaškrtněte, prosím, odpovídající položky:

1) POHLAVÍ

muž.....1

žena.....2

2) VĚK ____

3) BYDLÍTE V:

- obci do 10 000 obyvatel1
městě nad 10 000 do 50 000 obyvatel.....2
městě nad 50 000 do 100 000 obyvatel.....3
velkoměstě nad 100 000 obyvatel.....4

4) UKONČENÉ VZDĚLÁNÍ

- neukončené základní..... 1
základní.....2
střední bez maturity.....3
střední s maturitou.....4
vysokoškolské..... 5

5) ZAMĚSTNÁNÍ

- a) Jste soukromník?.....ano – ne
b) Zaměstnáváte další osoby?...ano – ne
c) Pokud pracujete, uveďte své hlavní zaměstnání:

d) Pokud nepracujete, uveďte jeden z důvodů:

- studující.....1
mateřská dovolená..... 2
v domácnosti.....3
důchodce (neprac.).....4
v invalidním důchodu..... 5
t.č. nezaměstnaný/á
hledající práci..... 6
voják zákl. služby..... 7
jiné..... 8

6) HMOTNÉ ZABEZPEČENÍ

Jak byste v porovnání s ostatními rodinami (popř. jednotlivci v případě, že žijete sám/sama) hodnotil/a svou finanční situaci a hmotné zabezpečení:

výrazně podprůměrné	mírně podprůměrné	průměrné	mírně nadprůměrné	výrazně nadprůměrné
------------------------	----------------------	----------	----------------------	------------------------

7) RODINNÝ STAV

svobodný/á.....	1
ženatý/vdaná, s druhem.....	2
rozvedený/á.....	3
vdovec/vdova.....	4

HODNOCENÍ DŮLEŽITOSTI

V této tabulce zaznamenejte důležitost, kterou ve svém životě přisuzujete zde uvedeným oblastem.

	Nezbytné	Velmi důležité	Středně důležité	Málo důležité	Bezvýznamné
1) být zdravý					
2) být fyzicky soběstačný					
3) cítit se psychicky dobře					
4) příjemné prostředí a bydlení					
5) dobře spát					
6) rodinné vztahy					
7) vztahy s ostatními lidmi					
8) mít a vychovávat děti					
9) postarat se o sebe					
10) milovat a být milován					
11) mít sexuální život					
12) zajímat se o politiku					
13) mít víru (např.náboženství)					
14) odpočívat ve volném čase					
15) mít koníčky ve volném čase					
16) být v bezpečí					
17) práce					
18) spravedlnost					
19) svoboda					
20) krása a umění					
21) pravda					
22) peníze					
23) dobré jídlo					

Je ještě něco jiného, co považujete v životě za důležité?

HODNOCENÍ SPOKOJENOSTI

Posuďte, do jaké míry se cítíte v uvedených oblastech svého života spokojen/a a zaškrtněte příslušné okénko.

	Zcela spokojen	Velmi spokojen	Spíše spokojen	Ne- spokojen	Velmi zklamán
24) zdraví					
25) fyzická soběstačnost					
26) psychická pohoda					
27) prostředí bydlení					
28) spánek					
29) rodinné vztahy					
30) vztahy s ostatními					
31) děti					
32) péče o sebe sama					
33) láska					
34) sexuální život					
35) účast v politice					
36) víra					
37) odpočinek					
38) koníčky					
39) pocit bezpečnosti					
40) práce					
41) spravedlnost					
42) svoboda					
43) krása a umění					
44) pravda					
45) peníze					
46) jídlo					