

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

KATEDRA PSYCHOLOGIE

PERCEPCE KVALITY ŽIVOTA SENIORŮ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Hana Horová

Specializace v pedagogice, obor Výchova ke zdraví

Vedoucí práce: PhDr. Alexandra Aišmanová

Plzeň, 2013

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pouze s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

Plzeň, 15. dubna 2013

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce PhDr. Alexandře Aišmanové za její vstřícný přístup, připomínky, trpělivost a čas, který mi věnovala. Děkuji také svému příteli Liborovi za cenné rady a své mamince za trpělivost a podporu, kterou mi projevovala během celého mého studia. Děkuji.

Obsah

Úvod	7
<i>Teoretická část</i>	
1 Kvalita života	9
1.1 Vymezení pojmu kvalita života	10
1.2 Pojetí kvality života v historii a současnosti	11
1.3 Přístupy a dimenze kvality života	14
2 Stáří	17
2.1 Vymezení pojmu stáří	18
2.2 Fyzické aspekty stárnutí.	20
2.3 Psychické aspekty stárnutí	22
2.4 Sociální aspekty stárnutí	23
3 Senioři žijící v domově pro seniory	26
3.1 Odchod do domova pro seniory	26
3.2 Adaptace na život v domově pro seniory	28
3.3 Faktory ovlivňující kvalitu života seniorů v domově pro seniory	29
3.3.1 Zdravotní stav	29
3.3.2 Sociální oblast	30
3.3.3 Vnitřní realita	30
4 Senioři žijící ve vlastní domácnosti	32
4.1 Důvody pro setrvání ve vlastní domácnosti	32
4.2 Faktory ovlivňující kvalitu života seniorů žijících ve vlastní domácnosti ...	33
4.2.1 Zdravotní stav	34
4.2.2 Sociální oblast	34
4.2.3 Vnitřní realita	35
<i>Praktická část</i>	
5 Výzkum	36
5.1 Cíle výzkumu	36
5.2 Vstupní hypotézy	36
5.3 Užití metody výzkumu	37

5.4	Charakteristika zvoleného vzorku	38
5.5	Realizace a postup sběru dat	41
5.6	Interpretace výsledků výzkumu	42
5.7	Shrnutí výsledků výzkumu	52
6	Závěr	55
	Resumé	56
	Summary	57
	Seznam použité literatury a internetových zdrojů	59
	Seznam příloh	62

Úvod

„Rozhodujícím činitelem osobního života je smysl, který člověk ve svém životě hledá a uskutečňuje.“

Milan Nakonečný

Téma této práce, percepce kvality života seniorů, je velmi zajímavé a důležité pro zkoumání, jelikož stárnutí je komplexní celoživotní proces, který se týká každého z nás. Nelze také opomenout fakt stárnutí populace, jemuž je v naší společnosti věnována stále větší pozornost.

Důvodem volby tohoto tématu je mé aktivní působení v sociální sféře. V posledních pár měsících jsem totiž využila příležitosti spolupráce s několika organizacemi, které poskytují sociální služby, ať už se jedná o asistenční nebo pečovatelské, provozují denní stacionáře, terénní služby a organizují charitativní akce apod.

Problematikou kvality života se zabývá čím dál více výzkumů i odborných prací. Jejich značná část je věnována také tematice gerontů, některé dokonce přímo domovům pro seniory, i když většinou jen okrajově. Není však známa taková práce, jejímž předmětem by bylo srovnání percepce kvality života seniorů žijících v domově pro seniory a ve vlastní domácnosti. Navíc, dle mého názoru, je tato tematika zastoupena spíše v teoretické rovině a aplikace těchto znalostí do praxe není dostatečná. Chybí zde zpětná vazba. Není důležité pouze zaměřit se na to, jak aspekty stárnutí ovlivňují kvalitu života seniora, ale také na to, jak svou kvalitu života vnímá a hodnotí samotný jedinec, proto jsem se rozhodla zaměřit se právě na tuto problematiku.

Práce je rozdělena na dva celky, a to na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část má čtyři kapitoly. První z nich, Kvalita života, obsahuje vymezení pojmu kvalita života, jinak také nazýváno Quality of life (QOL), dále pak pojetí kvality života v historii i současnosti stejně jako přístupy a dimenze kvality života. V kapitole druhé, která nese název Stáří, pojednávám o tom, co to vlastně stáří je a jaké jsou jeho fyzické, psychické a v neposlední řadě také sociální aspekty. V další kapitole, Senioři žijící v domově pro seniory, se zabývám odchodem starých lidí do domova pro seniory, jejich adaptací na život v domově a faktory, které ovlivňují jejich život. Obdobné je to s poslední částí teoretické části, Senioři žijící ve vlastní domácnosti. Zde se především snažím objasnit příčiny

jejich setrvání ve vlastní domácnosti a samozřejmě také faktory, které je ovlivňují, ať je to zdravotní stav, každodenní aktivity, sociální oblast nebo vnitřní realita.

V části praktické analyzuji a interpretuji realizovaný terénní výzkum, jehož cílem je na základě dotazníkového šetření zjistit, porovnat a zhodnotit rozdíly mezi percepcí kvality života seniorů žijících v domovech pro seniory a seniorů žijících ve svých vlastních domácnostech.

1 Kvalita života

V úvodu této kapitoly je třeba vymezit rozsah konceptu kvality života. „Slovo „kvalita“ je odvozeno od latinského *qualis* a to zase od kořene *qui* – *kdo*, ve významu „*kdo to je*“, případně „*jaké to je*“? V češtině kořen slova *Kdo* – „*k*“ nás vede ke slovům typu „*kéž*“ či „*kýžený*“, tj. *žádoucí stav*. To se ozývá i v českém termínu pro kvalitu „*jakost*“ - např. v souběhu s upřesněním typu *dobrá, prvotřídní až výtečná* či *naopak špatná jakost*. Vyjadřuje se tak charakteristický rys toho, o čem se hovoří, kterým se daný předmět odlišuje od jiného jedince (ve smyslu *lepší či horší než*), případně od skupiny jedinců obdobného druhu.“ (Křivohlavý In: Hnilicová, 2004, s. 9).

Kvalita života má multidimenzionální, kulturně podmíněný, dynamický a subjektivní charakter (Vaňurová, 2005). Dotýká se pochopení lidské existence, smyslu života a samotného bytí. Zahrnuje hledání klíčových faktorů bytí a sebepochopení. Zkoumá materiální, psychologické, sociální, duchovní a další podmínky pro zdravý a šťastný život člověka (Rapley, 2003). Vzhledem k tomuto faktu a rozmanitosti oborů, které se touto problematikou zabývají, je jasné, že vymezení kvality života nespočívá pouze na jednom teoretickém základě a zájem o výzkum stále roste. Přestože dosud nebyl vytvořen jednotný koncept kvality života, v posledních dvaceti letech se stal tento pojem nedílnou součástí mnoha vědních oborů. Z původního ekonomického a politologického zaměření se jeho působnost rozšířila i na pole lékařství a ošetrovatelství, dále pak pedagogiky a v neposlední řadě také společenských věd, a to především sociologie a psychologie.

Vzhledem k zaměření této práce je vhodné zmínit fakt, že v posledních desetiletích se stále diskutovanějším tématem stává stárnutí populace. Začaly se jím zabývat i mnohé organizace, univerzity a ministerstva různých zemí. Problém stárnutí z hlediska kvality života se stal také předmětem zájmu OSN. Přesvědčit se o tom můžeme například v projektech *Ageing for 21st century* nebo *Koncept aktivního stárnutí* (Vaňurová, 2005). Předmětem zkoumání se staly všechny aspekty života seniorů a jejich vliv na společnost a jedince samotného. Cílem je maximální zkvalitnění péče, zajištění důstojnosti života seniorů, jejich zapojení do veřejného života, ekonomická prospěšnost a v neposlední řadě také uznání ve společnosti.

Co se měření kvality života týče, výzkum se neomezuje pouze na jednotlivce, ale zaměřuje se na společnost jako na celek, přičemž kvalita života individua je pouze

její dílčí částí. Engel a Bergsma vytvořili hierarchicky odlišné sféry čili roviny kvality života – makro-rovinu, mezo-rovinu, personální rovinu a rovinu fyzické existence (Dvořáková, 2006).

Z hlediska makro-roviny se jedná o otázky kvality života velkých společenských celků, například dané země či kontinentu. Jde o nejhlubší zamyšlení se nad problematikou kvality života, která je součástí základních politických úvah, jako například problematika boje s terorismem, hladomor, epidemie, stanovení obsahu základní výuky apod.

Z hlediska mezo-úrovně se jedná o měření kvality života v malých sociálních skupinách, jakými jsou například podnik, domov pro seniory nebo nemocnice. Zde je brán ohled na morální hodnotu života a také na otázky sociálního klimatu a vzájemných vztahů mezi lidmi, sdílení hodnot a uspokojování nebo neuspokojování základních potřeb každého člena dané skupiny. V praktické části této práce, předmětem jejíhož výzkumu je srovnání percepce kvality života dvou skupin populace seniorů, se budeme pohybovat především na mezo-úrovni a na úrovni personální.

Ve středu zájmu roviny osobní (personální) stojí život jednotlivce. Zvažuje se subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, nadějí, osobních hodnot, představ, očekávání, přesvědčení apod. V rovině fyzické existence se jedná o pozorovatelné chování druhých lidí, které je subjektivně měřitelné a srovnatelné.

1.1 Vymezení pojmu kvalita života

Existuje celá řada autorů, kteří si za předmět svého zájmu zvolili právě kvalitu života. Jsou jimi například: Nagpal, Cambell, Convers, Zannotii, Halečka, Kirby, Dickens, Skantze, Bluden, Hornquist, Ferrans atd. Pojem kvalita života má tedy logicky více možných vysvětlení. I přesto se však téměř všichni autoři ve svých myšlenkách shodují na zásadním významu subjektivity v percepci kvality vlastního života. Většina z nich pak staví kvalitu života na uspokojení potřeb, někdy také doplněné přáními či aktivitami, které jsou v některých definicích děleny nejčastěji na fyzické, psychické, sociální a materiální. Ve stručnosti lze tedy vymezit tento pojem tak, jak ho chápe například Ferrans, a to jako jedincův pocit spokojenosti, který pramení z pocitu uspokojení nebo neuspokojení v oblastech života, které jsou pro onoho jedince důležité (Vaňurová, 2005). Pouze pro zajímavost uvádíme jedno z obecnějších a od ostatních odlišné vysvětlení v pojetí T. Halečky, který tvrdí, že kvalita života jako taková neexistuje. Její význam vidí pouze v případě, je-li vymezeno konkrétní

prostředí, ve kterém je měřena. Dále musí být vyřešena otázka dimenze kvality a pro koho je určena. Teprve pak je možné určit funkci tohoto pojmu a aplikovat jej ve společenské praxi (Halečka, 2002).

Od výše zmíněných se příliš neliší ani pohled Světové zdravotnické organizace, která tuto problematiku řadí do roviny s pojmem zdraví. Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, nejen absence choroby nebo vady. Z toho vyplývá, že obsahem měření zdraví a kvality života nemůže být pouze frekvence a vážnost nemoci, ale také odhad celkové spokojenosti. Jedinová percepce kvality vlastního života závisí tedy na mnoha faktorech, jako například na jeho hodnotovém systému, cílech, očekávání, normách, obavách, fyzickém i psychickém zdraví, vyznání, sociálních vztazích, životním prostředí atd.

Na kvalitu života lze pohlížet také ze sociologického hlediska. V obecné rovině je kvalita života určena ekonomickým a společenským systémem. V rovině individuální pak překračuje rámec materiálních potřeb a spočívá i na bázi duchovní. Způsobem života je ze sociologického hlediska míněno hledání specifického vztahu mezi společností a jedincem a s tím souvisejícími podmínkami života (Maříková, 1996).

Pokud se podíváme na kvalitu života jako na odborný pojem, vyjadřuje kvalitativní stránky životních procesů a kritéria jejich hodnocení. Je posuzována podle ukazatelů životního prostředí, zdraví a nemoci, úrovně bydlení, mezilidských vztahů, volného času, možnosti podílet se na řízení společnosti, dále podle osobní i kolektivní bezpečnosti, sociálních jistot, občanských svobod apod. A právě takto je kvalita života chápána i v této práci.

Závěrem této kapitoly lze říci, že „v současné době panuje shoda odborníků v názoru, že kvalita života je především subjektivní prožitková kategorie. Pouze člověk sám může konstatovat, zda se cítí šťastný nebo alespoň spokojený. Vnější pohled může být nejen povrchní, ale především mylný.“ (Haškovcová 2010, s. 254).

1.2 Pojetí kvality života v historii a současnosti

Se zájmem o problematiku kvality života se setkáváme již v dávné historii, a to v dobách římské a řecké mytologie, kde bývá spojována s osobností Asclepia, Aesculapa atd. Skutečný vědecký přístup k této problematice můžeme pozorovat až koncem 30. let 20. století u E. I. Thorndika, který zavedl pojem kvalita života do psychologie (Vaňurová, 2005).

Samotný pojem kvalita života poprvé zmínil A. C. Pigou v roce 1920 ve své práci, zabývající se ekonomikou a sociálním zabezpečením. Předmětem byl dopad státní podpory pro sociálně slabší vrstvy, na jejich život a na státní rozpočet. Nesetkal se však s ohlasem a pojem byl znovu v odborných kruzích použit až po druhé světové válce. To mělo souvislost se dvěma událostmi. První bylo rozšíření definice zdraví WHO o fyzickou, duševní a sociální pohodu, což vedlo k diskuzím o měřitelnosti tohoto fenoménu. A druhou příčinou byla rostoucí sociální nerovnost mezi jednotlivými západními společnostmi, která se stala v 60. letech 20. století impulsem pro různá sociální hnutí a politické iniciativy (Vaďurová, 2005).

V této době byl pojem kvalita života uveden i do politiky, a to americkými prezidenty J. F. Kennedym a dále pak v programech L. B. Johnsona, které nesly název The Great Society a The Beautiful America. Zhruba ve stejné době Elkington uveřejnil v jednom nejmenovaném lékařském časopise komentář s názvem Lékařství a kvalita života, ve kterém se zaměřil na otázku zodpovědnosti v medicíně (Vaďurová, 2005).

Co se Evropy týče, pojem kvalita života se zde poprvé objevil v programu Římského klubu, nevládní organizace, která byla založena roku 1968 ve Švýcarsku. Pojem kvalita života byl původně používán v souvislosti se zhoršujícím se životním prostředím, byly kritizovány negativní tendence kapitalistické společnosti, odsuzováno zbrojení, vyzýváno k potlačení hrozby jaderné války a hledaly se prostředky a způsoby humanizace světa a člověka. Jednou z hlavních aktivit bylo programové zvyšování životní úrovně lidí a jejich kvality života. Některé názory Římského klubu mají odezvu i v současné společnosti (Vaďurová, 2005).

V 70. letech vyšlo množství publikací, jejichž společným tématem a cílem bylo definovat pojem kvality života. Snahou těchto publikací bylo stanovit indikátory kvality života. Tyto snahy vyústily v založení časopisu Social Indicators Research, který začal vycházet v roce 1947 v USA a Nizozemí (Vaďurová, 2005). Na základě těchto snah byl vypracován přehled základních náhledů na kvalitu života. Zde jsou jména některých jeho autorů: A. S. Todorov, P. Ugolini, D. Gabor, A. F. Toffler.

Výrazněji se problematika kvality života dostala do popředí ze dvou příčin. Jako první můžeme uvést ekonomický růst s rozvojem vědy a techniky, který vytváří pro občany možnost bezproblémově uspokojovat primární materiální potřeby. Druhou příčinou je fakt,

že se zároveň objevuje dopad tohoto ekonomického růstu, který s sebou nese ohrožení zdraví a lidské existence.

První faktory ovlivňující kvalitu života vymezil W. Forrester: zabezpečení potravinami, finance, zabezpečující životní standard, stav znečištění životního prostředí a hodnota růstu počtu obyvatel. Toto vymezení upřesnila a rozšířila OSN v roce 1961, kdy přijala 12 faktorů a označila je jako podmínky života: stav ochrany zdraví, životní prostředky, vzdělání, pracovní podmínky, stav zaměstnanosti, uspokojování potřeb a zásoby, doprava a komunikace, byty a jejich výstavba, odpočinek a zábava, oblékání, sociální jistoty, osobní svoboda. V roce 1974 pak Evropská komise OSN systematizovala sociální indikátory do osmi skupin (Vaňurová, 2005):

- zdraví
- kvalita pracovního prostředí
- nákup zboží a služeb
- možnosti trávení volného času
- pocit sociální jistoty
- možnosti rozvoje osobnosti
- fyzikální kvalita životního prostředí
- možnost účasti na společenském životě.

Společným znakem diskuzí o kvalitě života od 70. let 20. století až do současnosti je nejednotnost ve stanovení indikátorů pro měření kvality života, jejich důležitosti a volby nejvhodnějšího měřicího nástroje. V současnosti se odborníci shodují v názoru, že vymezení pojmu kvalita života a volba měřicího nástroje závisí na účelu měření, nejčastěji se aplikují dotazníky nebo strukturované rozhovory.

V České republice je pojem kvalita života spojován zejména s Psychiatrickým centrem v Praze, konkrétně s E. Dragomireckou, dále s I. Lékařskou fakultou UK v Praze, centrem lékařské etiky a s J. Křivohlavým, který se touto problematikou zabývá zhruba od 80. let 20. století.

Ve světě se problematikou kvality života zabývají desítky organizací a institutů (viz příloha č. 1, Hlavní organizace a výzkumné skupiny).

1.3 Přístupy a dimenze kvality života

Přístupy ke kvalitě života jsou mnohé. H. Vaďurová a P. Múchlpacher ve své publikaci *Kvalita života – teoretická a metodologická východiska* uvádí toto dělení přístupů - fyziologický, psychologický, psychoterapeutický, sociologický, ekonomický, environmentální a pedagogický (Vaďurová, 2005).

Fyziologický (medicínský) přístup

Předmětem fyziologického přístupu je pojem zdraví. Rozlišujeme dvě dimenze zdraví, a to zdraví jako prostředek k realizaci cíle a zdraví jako cíl sám o sobě (Křivohlavý, 2001). Vztah kvality života a zdraví však nelze omezovat jen na problematiku zdravotního stavu. To je pouze jeden z faktorů, které ovlivňují kvalitu života člověka. Pozornost je tedy věnována nejen zkoumání kvality života osob postižených určitými chorobami, ale také například problematice podpory zdraví apod. (Dvořáková, 2006).

Psychologický přístup

Předmětem psychologického pohledu na kvalitu života je prožívání, myšlení, hodnocení člověka, jeho potřeby, přání, sebehodnocení, seberealizace, sebeaktualizace a negativní indikátory. Člověk považuje svůj život za kvalitní, jestliže jsou jeho očekávání ve shodě se subjektivně hodnocenou životní realitou.

J. Vymětal obohacuje tuto myšlenku o potřebu uplatnění se ve společnosti a prožívání pozitivní citové odezvy. Dostávají-li se jedinci tyto odezvy od blízkého okolí a osob, v nichž spatřují autoritu, roste jejich sebeúcta (Vaďurová, 2005). Řada autorů pak poukazuje na sílící význam sociálních dimenzí osobní pohody. Například Keyesová rozlišuje specifické sociální dimenze osobní pohody - sociální integraci, akceptaci, přínos, aktualizaci a koherenci (Dvořáková, 2006). Dalšími základními složkami jsou: autonomie, autenticita a kompetentnost.

Psychoterapeutický přístup

Abychom mohli vysvětlit podstatu psychoterapeutického přístupu, musíme nejdříve objasnit pojem psychoterapie. Psychoterapie se uplatňuje především při rehabilitaci pacientů

a jejím cílem je nejvyšší možná kvalita života. Častým pravidlem je její kombinace s dalšími rehabilitačními prostředky, jako jsou např. fyzioterapie, ergoterapie apod. Psychoterapie hraje důležitou roli především u chronicky nemocných a nevléčitelných pacientů, pro něž je kvalita života a to, jak ji hodnotí, rozhodujícím ukazatelem pro volbu léčby. Kvalitní život v tomto pojetí znamená, že jedinec rozvíjí a naplňuje své pozitivní možnosti, ačkoli může být nemocný nebo defektem omezený (Vaďurová, 2005).

Sociologický přístup

V pojetí sociologického přístupu se jedná o velmi komplexní oblast, ve které je kvalita života posuzována především podle indikátorů životního prostředí, úrovně bydlení a rekreace, mezilidských vztahů, volného času, možnosti podílet se na dění ve společnosti, podle bezpečnosti, sociálních jistot a občanských svobod. Dále lze hovořit také o politice, o řešení globálních problémů, zejména týkajících se ekologické stránky života apod. (Dvořáková, 2006).

V rámci tohoto přístupu nelze opomenout hodnocení subjektivní, tedy jedincovu spokojenost s vlastním životem, která zahrnuje například tyto faktory – finanční příjem, věk, kulturu, životní úroveň, způsob života, životní styl, potřeby a hodnoty apod.

Ekologický a environmentální přístup

Ekologicko-environmentální podmínky přímo ovlivňují kvalitu života každého člověka a v souvislosti s narůstající hrozbou globální ekologické krize je zde nutnost zvyšující se aktuálnosti v této sféře. Působení člověka na životní prostředí moderními průmyslovými technologiemi má i výrazné sociální dopady. Z toho vyplývá, že pro zlepšení životního prostředí, tedy i kvality života, jsou zapotřebí nejen změny technologické, ale především sociální. Ekologové zdůrazňují, že ekologické krizi lze zabránit pouze návratem ke skromnějšímu životnímu stylu a postavením se konzumní orientaci (Vaďurová, 2005).

Pedagogický přístup

Vzdělávání je jednou z nejdůležitějších součástí kvality života každého člověka¹. V posledních letech se do popředí dostalo nejen vzdělávání v rámci povinné školní docházky, ale i v dospělosti, tzv. celoživotní vzdělávání. To zahrnuje i vzdělávání seniorů, kteří se stále více zapojují do vzdělávacího procesu například v rámci tzv. univerzity třetího věku. Cílem je zlepšit schopnost adaptace na změny, sociální požadavky, umožnit získání nových znalostí a zapojení se do sociálního života, což úzce ovlivňuje kvalitu jejich života. Další důležitou složkou je rozvoj sociálních dovedností, a to sebedůvěry, sebeusměrňování, zodpovědnosti za vlastní konání, autonomie apod. (Vaňurová, 2005).

Dimenze kvality života

Dimenze kvality života má dvě hlediska – objektivní a subjektivní. Objektivní dimenze kvality života sleduje materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. Lze ji vymezit jako souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních, environmentálních podmínek, které ovlivňují život člověka. J. Vymětal ji vymezuje jako míru, v níž jedinec využívá možnosti svého života.

Na druhé straně subjektivní dimenze kvality života se týká jedincova vnímání svého postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému. Výsledná spokojenost je závislá na jeho osobních cílech, očekávání a zájmech (Vaňurová, 2005). V současné době se odborníci přiklání k subjektivnímu hodnocení kvality života jako zásadnímu a určujícímu pro život člověka.

¹ U námi zkoumané vzorku nebyla tato teze potvrzena, jelikož dostupnost vzdělání patřila mezi nejméně preferované faktory (viz kapitola 5.6).

2 Stáří

„Stáří je dobou životní moudrosti, smíření a úvah o smyslu života.“
(Novotná, Hříchová, Miňhová, 1998, s. 67)

Interdisciplinární věda o stárnutí a stáří nese název gerontologie a zaměřuje se na zkoumání biologických, fyzických, psychických i sociálních aspektů stárnoucího člověka, a to zdravého i nemocného.

Stárnutí je komplexní celoživotní proces podmíněný vnitřními i vnějšími faktory. Jeho vývoj lze spatřovat hned od narození, přes dětství, pubertu, adolescenci až po smrt. Po šedesátém roku života hovoříme o stáří jako takovém, jelikož se tento proces stále zrychluje. Rozlišujeme dva způsoby stárnutí – normální a předčasné. S předčasným stárnutím se setkáváme zřídkakdy. Jeho důsledkem jsou nejen patologické procesy doprovázející stáří, jako například šedivění, ztráta vlasů, kornatění cév, řídnutí kostí apod., ale především rychle přicházející smrt. Tento stav může nastat vlivem nepřiměřené a dlouhodobé zátěže na organismus. Příkladem může být drogová závislost, alkoholismus, silné kuřáctví, přeceňování fyzických a psychických sil apod.

Normální stárnutí se týká zdravých lidí a je počítáno v souvislosti s kalendářním, biologickým a funkčním věkem daného jedince. Funkční změny jsou vyvolávány genetickými, biologickými, psychickými a sociálními změnami, které udávají tempo stárnutí. Dalšími faktory jsou způsob života, prodělané choroby, stresové situace, kvalifikace, vzdělání, tělesná i psychická aktivita a další (Šimíčková-Čížková a spol. 2008).

Stárnutí se v posledních sto letech stalo běžnou zkušeností. Do sedmnáctého století se stáří, tedy věku vyššího nežli 65 let, dožívalo v průměru pouze jedno procento populace. Toto číslo se postupně začalo zvyšovat a v devatenáctém století pojímalo již čtyři procenta a dnes staří lidé tvoří asi dvanáct procent západní populace. Z toho tedy vyplývá, že lze očekávat nárůst tohoto procenta a k datu 2030 by procento populace starých lidí mělo tvořit až dvacet procent. Z tohoto odhadu vyplývá, že přibližně sedmdesát procent západní populace se dožije věku vyššího než 65 let a třicet až čtyřicet procent pak věku vyššího než 80 let (Stuart-Hamilton, 1999).

Dalším důležitým faktem je, že stáří se týká v první řadě ženské části populace. Ženy i muži tvoří do svých 45 let zhruba stejný podíl populace. Po 45. roce je zaznamenána vyšší

úmrtí mužů než žen, což má za důsledek změnu poměru k věku sedmdesáti let na šest žen ku pěti mužům a ve věku osmdesáti let je změna poměru ještě rapidnější, a to přibližně na čtyři ženy ku jednomu muži (Stuart-Hamilton, 1999).

2.1 Vymezení pojmu stáří

Existuje celá řada způsobů, jak definovat pojem stárnutí. P. Hartl ho například definuje jako proces, který: „... se projevuje změnami v průběhu času.“ (Hartl, 2000, s. 561). I. Stuart-Hamilton se při vysvětlení tohoto pojmu zaměřuje na charakteristiky, které lze u starého člověka vyzorovat. Dělí je na vzdálené (distální) efekty – tj. znaky, které jsou důsledkem relativně dávne události. Efekty časově blízké (proximální) – tj. znaky, jež lze přičíst událostem aktuálnějšími. Znaky, které jsou společné celé staré populaci označuje jako znaky univerzální, naopak znaky probabilistické jsou sice pravděpodobné, ale nemusí k nim nutně u každého starého člověka dojít (Stuart-Hamilton, 1999).

Stárnutí je proces deteriorace a řady změn, dochází k narušení činnosti organismu, snížení adaptačních schopností a odolnosti vůči nepříznivým vlivům. Je to všeobecný biologický jev, který probíhá zhruba $\frac{3}{4}$ života. Je také důležité poznamenat, že stárnutí je jevem přirozeným. Člověk začíná stárnout již přibližně od 25. roku svého života, kdy klesá hmotnost mozku. Dalším faktem je, že naše kosti a chrupavky začínají stárnout zhruba od 30. roku našeho života (Novotná, Hříchová, Miňhová, 1998).

V této kapitole je přinejmenším nutné uvést periodizaci období stáří. Jeden z nejstarších názorů nepatří nikomu jinému než J. A. Komenskému, který poslední dvě kategorie lidského věku označuje termíny starý muž a kmet, z latinského comes – kdo se mnou jest (Šimíčková-Čížková a spol., 2008).

Za nejnámější a nejpoužívanější je označována Příhodova periodizace období stáří, která je, mimo Příhodova díla Ontogeneze lidské psychiky, uváděna v mnoha dalších publikacích. V. Příhoda poslední fázi své periodizace nazývá senium a dělí jej do třech kategorií následovně:

1. senescence (60-74 let)
2. kmetství (75-89 let)
3. patriarchium (od 90 let až po smrt).

Dle tohoto autora má chátrání lidského organismu několik fází, které se liší tempem a intenzitou involučních pochodů. Vysvětluje je takto – senescence, tedy první období, je typické především odolností a zdatností organismu a stárnutí se zde projevuje v míře určené kvalitou zárodečné buňky, působením vnějších vlivů a životním stylem. V období druhém – kmetství, je již odolnost organismu podstatně nižší a u involučních procesů zaznamenáváme rychlejší postup. Za základní psychologický znak této etapy autor považuje odklon od materiálních hodnot k hodnotám duchovním, od extroverze k introverzi, od extrospekce k introspekci a od altruismu k egocentrismu. Věk nazývaný patriarchium je typický osamělostí, zapříčiněnou jednak odchodem vrstevníků i přerušením styku s přáteli a rodinnými členy. Od devadesáti let se začíná objevovat rezignace a očekávání blízkého konce života (Šimíčková-Čížková a spol., 2008).

Dalším významným autorem, který se zabývá gerontologií, je K. H. Erikson. Ve své koncepci psychosexuálního vývoje, kterou nazývá „osm věků člověka“, vychází z předpokladu, že člověk v každé životní fázi musí vyřešit určitý psychosociální konflikt. Starého člověka pojímá od 65 let a pro toto stádium používá název pozdní věk. Člověk v této vývojové etapě musí dosáhnout osobní integrity, která je výsledkem celého života onoho jedince. Pokud je integrita nedostatečná, způsobuje strach ze smrti, nevyrovnanost a zoufalství (Šimíčková-Čížková, 2008).

Ve stručnosti uvádíme další dělení:

Etapy stáří podle D. Nakonečného:

1. počáteční stáří (60-75 let)
2. pokročilé stáří (od 75 let po smrt)

(Šimíčková-Čížková, 2008).

Etapy stáří podle J. Švancary:

1. stárnutí – presenium (46/48-65 let)
2. stáří – senium (65-75 let)
3. vysoký věk (od 75 let po smrt)

(Šimíčková-Čížková, 2008).

Etapy stáří podle V. Pacovského:

1. rané stáří (60-74 let)
2. vlastní stáří (75-89 let)
3. vysoký věk (od 90 let po smrt)

(Novotná, Hříchová, Miňhová, 1998).

Etapy stáří podle Světové zdravotnické organizace (WHO):

1. rané stáří (60-74 let)
2. stáří (75-89)
3. počátek dlouhověkosti (od 90 let)

(<http://petrdrhlik.webzdarma.cz/zdravi/zdravi-28.htm>).

Většina autorů se na věkové periodizaci více méně shoduje. Věkem, který zahajuje vývojovou etapu stáří, označují 60. rok života. Výjimkou je J. Švancara, který jako jediný z uvedených datuje stáří již před padesátým rokem života. Ve svých názorech se přesto přiklání k ostatním ve tvrzení, že stáří je relativní pojem.

2.2 Fyzické aspekty stárnutí

Fyzické aspekty stárnutí jsou lidem nejnámější, neboť tělesné změny starého člověka jsou o mnoho výraznější než změny psychické nebo sociální. O těchto aspektech pojednávají díla mnohých autorů, v tomto případě je čerpáno převážně z literatury, jejímiž autory jsou J. Šimíčková-Čížková (Šimíčková-Čížková a spol., 2008) a L. Novotná, M. Hříchová a J. Miňhová (Novotná, Hříchová, Miňhová, 1998).

Mezi nejpodstatnější proměny patří menší výkonnost a koordinovanost tělesných funkcí a opotřebovanost tělesných orgánů. Všechny orgány a tkáně se zmenšují v důsledku ubývání vody. Zmenšuje se i výška postavy. Tento jev je způsoben atrofií meziobratlových plotének

a svalovou ochablostí. Dochází i ke změnám obličeje. Nejen, že stoupajícím věkem můžeme pozorovat více vrásek, ale uvádí se i zvětšení nosu, pokles brady a úbytek zubů, což má za následek zmenšování čelisti.

Starobní změny můžeme vysledovat také na kůži, která ztrácí svou svěžest, je ochablá, vrásčitá, snižuje svou elasticitu a dochází k úbytku podkožního tuku. Pokožka bledne a objevují se pigmentové, často také nazývané stařecké, skvrny. Vlasy řídnu a úbytkem pigmentu mění barvu na šedivou.

V kosterním systému dochází ke změnám degenerativním, tudíž tělo ztrácí pevnost a mění svůj tvar a pohyblivost se snižuje. Mění se chemická stavba kostí, snižuje se obsah vápníku, kosti řídnu, jsou křehčí a pórovitější. To je také důvod toho, že v pozdějším věku dochází ke zlomeninám a četným úrazům.

Stárnutí se nevyhne ani svalům. Ubývá jejich síla i pružnost, ochabují a snižuje se svalový tonus. Problémem bývá i udržení rovnováhy.

Endokrinní systém je poznamenán degenerací. Změny nastávají v hypofýze, gonádách, štítné žláze a nadledvinkách.

U starých lidí dochází k poklesu tělesné teploty, jelikož produkce tepla klesá. Potní reakce jsou pomalejší. Nižší termoregulace znamená menší schopnost čelit teplotním změnám. Zpomalují se procesy trávení. Snižuje se sekrece žaludečních šťáv i sekrece slin. Nastávají problémy s trávením.

Srdce mění svůj objem, váhu i strukturu. Usazuje se zde vápník, zmenšuje se pružnost chlopní, zvyšuje se systolický tlak a dochází ke snížení tlaku diastolického.

Ani mozku a smyslovým orgánům se stárnutí nevyhýbá. Dochází k jeho zmenšování, řídnutí spoju a synapsí. Oslabení funkce receptorů začíná nejdříve a nejrychleji. Zrak se hůře přizpůsobuje změnám v prostředí. Oční svaly slábnou, snižuje se schopnost akomodace, zraková ostrost a citlivost na barvy. Na sítnici dochází k degenerativním změnám, zmenšuje se čočka, oko je hůře vyživováno. Ztráta očnicového tuku způsobuje zapadlost očí. Mění se i barva, protože bledne duhovka. Sluch také ztrácí na své kvalitě, a to ve větší míře u mužské části populace a týká se především levého ucha a projevuje se u vysokých tónů. Řeč je pomalejší, málo dynamická. Hlas je posazen výše a je slabší. Řeč se stává nesrozumitelnou, příčinou je degenerace centrální nervové soustavy. Čím dál častěji se objevují vnitřní monology, jimiž kompenzuje starý člověk nedostatečný sociální kontakt.

Ve stáří se také setkáváme s mnohými nemocemi. Jsou jimi např. nemoci krevního oběhu, rakovina, revmatická onemocnění. Schopnost adaptace klesá již od 45. roku života a v involučním období klesá ještě více.

2.3 Psychické aspekty stárnutí

Mladá rozvíjející se vědní disciplína, která se zabývá problematikou psychických změn v procesu stárnutí, se nazývá gerontologická psychologie, někdy také gerontopsychologie (z řeckého gerón – stařec). Psychologové označují stáří jako tzv. involuční periodu. Je tomu tak především proto, že tato životní etapa zahrnuje dlouhé období postupné involuce, tedy chátrání organismu. Hlavním cílem této vědní disciplíny je společně s vědami biologickými a sociálními najít cestu k udržení duševního zdraví a příprava na involuční změny, které jsou nevyhnutelně doprovázeny i změnami fyziologickými a psychickými (Novotná, Hříchová, Miňhová, 1998).

Psychické aspekty stárnutí jsou narozdíl od předchozích méně zjevné a pomalejší. Nastávají příčinou změn v mozku a ve smyslových orgánech, do kterých patří menší pružnost všech psychických funkcí, zpomalení reakčního času, zrak a sluch ubývají na přesnosti a zpomalují se. Senzorická diference je nedokonalá. Staří lidé získávají ze svého okolí méně informací a postupem času u nich dochází k izolaci od reality.

Největší změny nastávají v mnemické funkci. Nejvíce postižená je bezprostřední a krátkodobá paměť, což se odráží v chování i v inteligenci. Mezery v zapamatování kompenzují staří lidé konfabulacemi, čili zkreslováním vzpomínek, které se jedinci jeví jako pravdivé. Mechanická paměť převládá svou kvalitou nad pamětí logickou. Pamětní funkce se zpomalují, vybavování je problematičtější. Často dochází k zapomínání jmen, názvů, nových informací, toho, co člověk mluvil říci i předmětů. Příčinou toho prožívají staří lidé pocity nejistoty a zmatenosti. Obdobně je to i se schopností učit se, a to především od sedmdesáti let, to souvisí i s menší motivací.

Mohou se vyskytnout až amentní stavy, s čím samozřejmě souvisí snížená schopnost orientace, poruchy percepce, zmatenost, apod. U 3-5% populace starší 65 let a u více než 10% populace nad 80 let se objevuje demence. Demence je globální deteriorace intelektuálních, emočních a konativních schopností. Jako další lze uvést involuční deprese, tedy zesílené afekty smutku, které jsou ve většině případů doprovázeny anxiétou, neboli úzkostností. Nelze se divit, že se stoupajícím věkem stoupá i počet sebevražd (Šimíčková-Čížková a spol., 2008).

Stáří má dopad i na myšlení. K pochopení je třeba stále více času, myšlení ubývá na pohotovosti i abstrakci, ztrácí originalitu, perseveruje, tj. přemítání o tomtéž. Myšlenky jsou zaměřeny spíše na minulost než přítomnost či budoucnost. Úbytek mentálních schopností

je kompenzován životními zkušenostmi, moudrostí a univerzálnějším pohledem na svět. Soudy jsou mystičtější a více filozofické, starý člověk uvažuje o životě i smrti.

Přibližně u 67% populace trpí ve stáří citovou labilitou a zvyšuje se tendence k záporným emocím. Citové reakce slábnou a jsou méně výbušné, převládá pláč, vážnost, sklon k depresím, melancholii, úzkostným stavům, objevují se pocity méněcennosti, egocentrismus, lhostejnost až apatie vůči okolí (Šimíčková-Čížková a spol., 2008).

Osobnost geronta se navrácí ke své skutečné individualitě. Člověk ztrácí potřebu skrývat své vlastnosti a v důsledku toho se zbavuje masek a přetvářek. U starých lidí sledujeme charakterové rysy jako podezřívavost, lakotnost, popudlivost, prozíravost, moudrost, vážnost, a klid. Ve stáří dále převládá introverze nad extroverzí. Člověk se vyrovnává s tolika změnami ve svém životě, že to má dopad i na jeho sebepojetí. Smiřuje se se ztrátou svých blízkých, tělesnými i psychickými změnami, s blížící se smrtí a mnohými dalšími aspekty. Chápeme tedy, že se tento stav odráží i v poruchách osobní identity, snižuje se sebedůvěra, narůstají pocity nejistoty a úzkosti, čímž klesá tolerance k náročným životním situacím a snižuje se schopnost adaptace na nové změny.

Co se týče rozdílů mezi ženami a muži, věkem se jejich poměr zmenšuje. Vlivem hormonálních změn u mužů dochází k feminizaci. Jsou mírnější, laskavější, citlivější. Ženy prochází maskulinizací. Projevuje se u nich větší rozhodnost, autoritativnost, agresivita (Šimíčková-Čížková a spol., 2008).

2.4 Sociální aspekty stárnutí

Starý člověk se stává méně odolným, přizpůsobivým a snadněji propadá negativním pocitům, jakými jsou například pocit beznaděje, sociální izolace, úzkostné stavy, apod. Aktivita, psychická i fyzická, a zájmové činnosti, samozřejmě v mezích možností a schopností starého člověka, proto hrají nezastupitelnou roli a jsou důležitým předpokladem zdravého sociálního života ve stáří. To slouží jako prevence oněch negativních pocitů, depresí, fyziologického i psychického stárnutí, rozpadu osobnosti, pocitů osamělosti, neúčinnosti, pocitů nedostatku uznání, koncentrace na své zdravotní problémy a s tím souvisejícího následného zhoršování psychického prožívání, apod.

S aktivním stářím velmi úzce souvisí také navazování nových mezilidských vztahů. Tím samozřejmě dochází i k přijímání nových sociálních rolí a zvyšování sociálního statusu.

Život starého člověka se tak stává plnohodnotným, jelikož v něm onen jedinec stále vidí smysl, udržuje pocit vlastní hodnoty a své myšlenky orientuje na budoucnost (Šimíčková-Čížková a spol., 2008).

Co se mezilidských vztahů týče, ve stáří často dochází k mezigeneračním konfliktům. Většina starších lidí je ve srovnání s mladšími generacemi zvyklá žít skromně, a tak kritizuje mládež za její spotřební chování, nadstandardní životní styl a dynamičnost. V dnešní době také opadá vědomí rodinné sounáležitosti a mezigenerační vztahy se příliš nepěstují, jako tomu bylo dříve. Děti opouští domov a hájí si své soukromí.

V kvalitě života seniorů ze sociálního hlediska hraje důležitou roli také rodinný stav. Dle výzkumů se osoby žijící v manželském stavu dožívají vyššího věku, než jedinci žijící ve stavu svobodném. Po odchodu manžela či manželky se životní kvalita pozůstalého vdovce či vdovy ve většině případů prokazatelně zhoršuje. J. Ort ve své publikaci Kapitoly ze sociologie uvádí, že v poslední době stále více přibývá případů ovdovělých mužů, kteří se v důsledku předchozích návyků ze stavu manželského obtížně vyrovnávají s touto životní situací a klesají až na úroveň bezdomovců (Ort, 2004).

U populace seniorů je zaznamenán vyšší nárůst sebevražedného chování. Nejčastěji se u starých lidí setkáváme s bilanční sebevraždou. Tento pojem můžeme vysvětlit jako tzv. plánovanou neboli pravou sebevraždu, kdy postižený dojde k závěru, že jeho stávající situace je pro další život neúnosná. Nejčastějšími příčinami bývají chronická onemocnění, pocity osamělosti, nedůstojné životní postavení apod. Tito staří lidé ztrácejí vůli k životu. Nemají cíle ani plány do budoucna, tíží je ekonomická situace, osamělost a jiné problémy. Svůj život končí většinou šetrným způsobem (<http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=2213>).

Mezi sociální problémy stáří lze zařadit také diskriminaci seniorů. Patří sem tzv. segregace seniorů, což je v podstatě vytěšňování starých lidí ze společnosti, jejich odsun do ústraní, omezování účinnější, progresivnější a finančně nákladnější zdravotní péče, předepisování méně účinných a levnějších léků, minimalizace výhod a potřeb seniorů apod. (Ort, 2004).

Staří lidé se mohou stát i obětí ostrakizmu. Dalším celosvětově známým pojmem je Elder Abuse and Neglect (EAN), neboli týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů, případně špatné zacházení se seniory, nebo nevhodné jednání. Jde především o nevhodné a velice

závažné jednání se starými lidmi, na kterém se výrazně podílí jejich zdravotní a funkční znevýhodnění (Kalvach a kol., 2004, 2008).

Dalším bodem, který je nutno zmínit, je hodnotová hierarchie seniorů. Stáří je mimo jiné jakousi rekapitulací celého života. Toto období s sebou často nese přehodnocení dosavadního životního stylu a hodnotového žebříčku. Dle výzkumů je na prvním místě kvalita života, zejména zdraví, a s tím související zdravé životní prostředí. Dále sem patří rovnost bez společenské diskriminace, uznání, úcta, důstojnost, blahobyt, opora, zázemí a jistoty. J. Ort ve své publikaci (Ort, 2004) dělí hodnoty na:

- bazální – kam řadí právě ono zdraví, životosprávu, prevenci před nemocemi, zdržování involučních procesů, dále vztah k přírodě, budování lidských vztahů a víru v cokoli
- emoční prožívání – sem patří rodinný život, láska k dětem, vnoučatům, partnerský život a přátelství
- hmotné a funkční jistoty – zde se jedná o existenci jako takovou, zahrnuje tedy bydlení, materiální zabezpečení, pravidelný finanční příjem, rodinnou a sousedskou sounáležitost
- prožitky – zde se jedná především o volný čas, zahrnující zájmy všeho druhu, cestování nebo např. studium.

S hodnotami úzce souvisí potřeby, které se s přibývajícím věkem mění, a jejich saturace. Neuspokojení potřeb může vést k frustraci nebo až k deprivaci. Autor zde odkazuje na hierarchii potřeb dle Maslowovy pyramidy (viz příloha č. 2, Maslowova pyramida potřeb).

3 Senioři žijící v domově pro seniory

V úvodu této kapitoly uvádíme definici služby s názvem „Domovy pro seniory“, jak stojí v § 49 Zákona o sociálních službách: „V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba obsahuje tyto základní činnosti: poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“ (Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb.)

Domovy pro seniory se čím dál více specializují na služby pro obyvatele, jejichž stav vyžaduje stálou péči. Snaží se vytvářet prostředí, které obyvatelům simuluje domácí podmínky. Například tím, že si mohou zařídit pokoj předměty, na které byli zvyklí, postupně přibývají jednolůžkové pokoje, které poskytují soukromí, a mění se přístup k uživatelům služeb. Zachování důstojnosti člověka a respektování jeho práv jsou konečně středem pozornosti. Statistika uvádí, že v České republice žije v pobytových zařízeních přibližně 40 tisíc lidí. Další tisíce seniorů jsou na čekacích listech.

3.1 Odchod do domova pro seniory

Odchod do domova pro seniory představuje pro každého starého člověka významný mezník v jeho životě, který s sebou nese mnoho změn. Ve většině případů se jedná o změny negativní, které úzce souvisí i s velkou zátěží vyplývající z mnoha problémů, kterými jsou například strach z neznámého prostředí, ztráta zázemí, známého teritoria, pocitu bezpečí a v neposlední řadě také ztráta jistoty a orientace ve známém materiálním i sociálním prostředí. Jedinec umístěný v domově pro seniory může vnímat tento fakt jako potvrzení nesoběstačnosti a ztrátu autonomie. Značná část seniorů považuje pobyt v domově za poslední fázi života, po níž nastává smrt, a právě z tohoto důvodu neočekávají žádná pozitiva. K tomuto mínění nepomůže ani ztráta dosavadní identity člověka a fakt, že jedinec zpočátku získává anonymní roli obyvatele dané instituce (Vágnerová, 2007).

Dalším důležitým faktem jsou okolnosti, které mohou být skutečným nebo vedlejším důvodem pro umístění seniora do domova pro seniory. Na jednom z hlavních důvodů

se shodují mnozí autoři, a to na zhoršujícím se zdravotním stavu seniora. Existuje však celá řada dalších okolností, které přehledně uvádí např. následující tabulka (Veselá, 2003):

Důvody	Odhad z počtu současných obyvatel odpovídajících DD
Rodina se o seniora z různých důvodů nemohla postarat.	44,5
Senior život v domácnosti zvládá, nebo mu je poskytována pečovatelská služba a má podánu žádost do DD. Na předvolání do ústavu nastupuje z obavy, že by při zhoršení zdravotního stavu nemuselo být volné místo.	10,2
Senior by ve své domácnosti ještě žít mohl, v místě jeho bydliště však nejsou poskytovány služby, které by mu setrvání v domácím prostředí umožnily.	8,7
Rodina chtěla získat seniorův byt pro své potřeby.	7,9
Rodina se o seniora z různých důvodů nechtěla postarat.	6,2
Senior některému členu rodiny z nějakého důvodu vadil (stařecké změny apod.).	5,1
Senior se odchodem do DD bránil různým újmám zapříčiněných rodinou.	2,7
Senior byl různým způsobem šikanován ze strany vlastníka bytu, nemovitosti.	2,7
Jiné, vámi vysledované důvody, které mohou být podstatné pro odchod seniora do DD.	13,1

Tabulka č. 1

Za nejčastější důvod pro odchod do domova pro seniory je v tomto případě označen nedostatek možností rodiny postarat se o starého nemohoucího člena. Dalším faktorem jsou obavy z nedostatku volných míst v budoucnosti anebo to, že v jeho místě bydliště není možnost takové služby, která by mu žití ve vlastní domácnosti usnadnila.

3.2 Adaptace na život v domově pro seniory

Adaptační proces na život v domově pro seniory je třeba rozdělit na dobrovolný a nedobrovolný. Pokud je starý člověk k tomuto rozhodnutí nucen, nastává násilné a nedobrovolné oddělení od domova, tedy, jak již výše uvádíme, ke ztrátě zdroje jistoty a bezpečí. M. Vágnerová dělí tento proces na tři fáze (Vágnerová, 2007):

1. Fáze odporu

V této fázi se v chování seniorů projevuje negativismus, agrese a hostilita. Tento vzorec chování je chápán jako jakási obranná reakce v situaci, kdy onen starý člověk není schopen přiměřeného jednání. Projevují se tak většinou vůči náhradním viníkům, což je personál a ostatní obyvatelé instituce. Je tomu tak proto, že skuteční viníci nejsou v mnohých případech přítomni.

2. Fáze zoufalství a apatie

Pocity zoufalství a apatie se dostaví po vyčerpání a zjištění, že kladení odporu nevede k žádoucímu efektu. Nastává tedy útlum. Starý člověk rezignuje a ztrácí o všechno zájem. V nejhorším případě se může stát, že senior v této fázi setrvává až do své smrti, která díky okolnostem může přijít relativně brzy, jelikož s tímto stavem dochází i ke ztrátě vůle k životu. Počet úmrtí nových obyvatel domovů pro seniory bývá poměrně velký.

3. Fáze vytvoření nové pozitivní vazby

Tento, dá se říci ideální stav, přichází tehdy, podaří-li se starému člověku překonat počáteční dvě fáze a navázat pozitivní vztah s ostatními obyvateli domova nebo s někým z personálu, s nímž může sdílet novou situaci a dát tak životu v nových podmínkách smysl.

Zcela odlišnou situací je dobrovolný odchod do domova pro seniory. Je jasné, že za takových podmínek bývá méně problematický. Nese však s sebou také možnost vzniku řady různých problémů. M. Vágnerová (Vágnerová, 2007) dále rozlišuje dvě fáze dobrovolného odchodu do domova pro seniory:

1. Fáze nejistoty a vytváření nového stereotypu

Při změně prostředí je nutné, aby se starý člověk nejprve zorientoval a získal informace o tom, jak život v domově funguje. Nové podmínky jsou zdrojem nových pocitů, starý člověk je přecitlivělý a mnohem více než dříve smýšlí o své minulosti, kterou srovnává s novým domovem. Dochází tak často k somatizaci a ke zhoršení již existujících potíží.

2. Fáze adaptace a přijetí nového životního stylu

Po jisté době nastává smíření se ztrátou jistot původního zázemí, se změnou role i stylu dosavadního života. Člověk si postupem času vytváří nový životní stereotyp a navazuje nové mezilidské vztahy. Navzdory tomu je však velice obtížné a vzácné, aby se s touto institucí identifikoval a považoval ji za svůj skutečný domov.

3.3 Faktory ovlivňující kvalitu života seniorů v domově pro seniory

Podle M. Vágnerové jsou podmínky kvality života u každého člověka odlišné. U starých lidí žijících v prostředí domova pro seniory jde především o udržení nezbytné autonomie a soběstačnosti proti narůstající bezmocnosti a s ní související závislosti. Dále pak uspokojení potřeby sociálních kontaktů a vztahů, čímž lze zabránit vzniku sociální izolace, pocitu osamělosti a nechtěnosti. V neposlední řadě je snahou také udržení přijatelného osobního významu a sebeúcty proti pocitu vlastní nedostatečnosti a nepotřebnosti (Vágnerová, 2007). My se v této části práce zaměřujeme především na zdravotní stav, sociální oblast a vnitřní realitu. Tyto faktory považujeme za nejvíce ovlivňující kvalitu života jedince žijícího v domově pro seniory.

3.3.1 Zdravotní stav

Při vyslovení pojmu kvalita života si většina z nás jistě vybaví pojem zdraví. Kvalita života i zdraví jsou však relativními pojmy, které pro každého jedince představují něco jiného. Pohled z vnějšku může být tedy naprosto mylný.

Stárnutí samo o sobě je spojeno s řadou změn, do kterých patří i změny biologické, viz kapitola 2.2 a 2.3, které neodmyslitelně zasahují i do zdravotního stavu. Z tohoto důvodu jsou senioři v mnoha případech nuceni změnit své návyky, jelikož jsou omezeni zdravotními problémy. Tyto okolnosti jsou pro každého jedince tíživé, je ale velice důležité být aktivní. K tomu je potřeba kvalitní a odborná péče, kterou mohou klienti domovů pro seniory získat. Vše je jednodušší, pokud jsou podporováni blízkými osobami.

„Je-li kvalita života definována také jako pohoda, pak je třeba se o ni starat i u těžce nemocných, případně umírajících, do poslední chvíle.“ (Haškovcová, 2010, s. 255)

3.3.2 Sociální oblast

Příchod do domova pro seniory je spojen s omezením či úplnou ztrátou kontaktů s lidmi z dosavadního života. Geront tak ztrácí blízké, jakési svědky svého života, se kterými by mohl sdílet vzpomínky a kteří by mu poskytli oporu vědomí kontinuity vlastního života. Jak uvádíme výše, viz kapitola 3.3, je stárnutí spjato s osamělostí a dalšími negativy. Odchodem do domova pro seniory se tato skutečnost ještě více umocňuje.

Obyvatel domova, který je upoután na lůžko, má situaci ještě horší. Zůstává mnohdy uzavřen ve svém pokoji, v lepším případě se svým spolubydlícím, v horším případě zcela osamocen, a ztrácí tak kontakt s okolním světem.

Naopak pro některé seniory představuje určitou hrozbu přesycení kontakty s novými, pro dotyčné zcela cizími lidmi, se kterými jsou nuceni částečně sdílet své soukromí a není v jejich moci ovlivnit, zda a s kým se budou nebo nebudou stýkat.

Pro většinu seniorů v domovech jsou však sociální kontakty a citové vazby velmi důležité. Pravidelné návštěvy rodiny a přátel a mezilidské vztahy vytvořené přímo v instituci domova, jim dávají pocit, že někam patří, což je důležité v průběhu celého života, zvláště pak v období stáří (Vágnerová, 2007).

3.3.3 Vnitřní realita

Jedním z nejdůležitějších faktorů, které ovlivňují kvalitu života seniorů, je jejich vnitřní realita. Zejména ve stáří je důležité udržovat pozitivní vztah k okolí i ke své vlastní osobě. Tyto dvě složky jsou neoddělitelné, jelikož to, jak člověk vnímá sebe sama, je odrazem toho, jakou zpětnou vazbu mu poskytuje okolí. Pokud má člověk někoho, kdo mu projevuje lásku, uznání, kdo ho vyslechne a dá mu najevo, že mu na něm záleží, působí tím pozitivně i na vztah a přijímání sebe samého.

V každém případě je tedy důležité, aby dotyčný věděl, na koho a kam se může obrátit. Jednou z nejsilnějších tendencí člověka je utvářet skupiny, být součástí nějakého společenství. Tento stav mu může pomoci bránit se negativním pocitům. Podmínky bytí v domově pro seniory tento život umožňují, a to zvláště v případě, zůstane-li starý člověk sám, ať už z jakéhokoli důvodu.

Záleží však také na tom, jak je onen senior schopen zvládat realitu vlastního stáří. Existují čtyři strategie podle D. Klevetové (Klevetová, 2008). Pro osoby žijící v domově

pro seniory předpokládáme za nejvhodnější z hlediska adaptace a celkové kvality života typ konstruktivní a typ závislý:

Člověk typově spadající do konstruktivní strategie se dokáže vyrovnat s omezením, která jsou spojena se stářím. Dobře reaguje na změny, jeho snahou je být aktivní, vytvářet nové vztahy a klást si přiměřené cíle. Je snášenlivý a tolerantní vůči druhým, optimistický a snadno navazuje kontakty, tudíž se do komunity ostatních obyvatel domova bez problémů začlení.

Strategie závislosti se týká lidí, kteří jsou spíše pasivní, spoléhají na pomoc druhých a nejsou schopni se sami rozhodovat. Z tohoto důvodu je pro ně pomoc druhé osoby, tedy pracovníků domova pro seniory, velmi výhodná. Tito lidé mají rádi odpočinek, pohodlí a lpí na pocitu bezpečí. Domov zajišťuje takovému člověku i jistou ochranu, a to z toho důvodu, že je snadno ovlivnitelný a sám neví, co je pro něj nejlepší, což může být destruktivní v případě, že by někdo chtěl zneužít tohoto faktu v rozporu s potřebami onoho seniora.

4 Senioři žijící ve vlastní domácnosti

V mnohých publikacích se dočteme, že většina domácností seniorů nenaplnuje potřeby při zhoršení jejich schopností, ať už smyslových či pohybových. Přitom žít v prostředí, které je jim důvěrně známé, kde mají přátele a příbuzné, je důležitou hodnotou, která tvoří kvalitu života zejména v období stáří. Toto je jeden z důvodů, proč staří lidé, ať už dobrovolně či nikoli, opouštějí své domovy a uchylují se k pobytu v sociálních zařízeních. Jejich zdravotní stav ještě nevyžaduje stálou péči, avšak dostali se tam proto, že jejich domov pro ně začal představovat sociální izolaci, odkud nemohli vycházet, neměli přístup k hygienickému zázemí, hrozilo jim nebezpečí úrazu nebo chyběla možnost dovolat se pomoci.

4.1 Důvody pro setrvání ve vlastní domácnosti

Úvodem této kapitoly uvádíme výsledek výzkumu, ze kterého je patrné, jaké bydlení by senioři preferovali dnes a jaké v případě zhoršení zdravotního stavu (Kuchařová, 2002):

	Dnes	V případě zhoršení zdravotního stavu
Ve svém domě či bytě	85%	25%
V domě či bytě u dětí	5%	14%
U blízkých příbuzných	0%	2%
V domě s pečovatelskou službou	3%	27%
V penzionu pro seniory	2%	17%
V domově důchodců	1%	10%
Neví nebo jinak	4%	5%

Tabulka č. 2

Z tohoto výzkumu vyplývá, že většina seniorů by nejraději bydlela ve své vlastní domácnosti a v případě, že by se jejich zdravotní stav zhoršil, volili by dům s pečovatelskou službou či opět vlastní domácnost. Podíl osob, které by dobrovolně volili umístění v domově pro seniory, je malý. Z toho lze usoudit, že mnozí považují toto řešení za krajní a pokud mají na výběr, volí řešení jiná.

Hlavním důvodem, proč senioři nejraději zůstávají ve své vlastní domácnosti, je to, že nemají rádi změny. Chtějí zůstat v prostředí, které dobře znají a jsou na něj zvyklí,

na které mají vzpomínky a představuje pro ně jistotu a bezpečí. V dnešní době je bydlení starých lidí ve svých domovech podporováno řadou možností, ať už ve formě moderních vynálezů, jakými jsou například bezbariérové konstrukce, elektrické vozíky, telemonitoring apod. nebo ve formě pomoci sociálních služeb atd.

Základním předpokladem pro žití ve vlastní domácnosti je podpora rodiny a přátel, která starému člověku poskytuje nezbytnou péči a pomoc s uspokojením jeho základních potřeb. Pozitivní je také dostupnost služeb, které mu umožňují setrvání v domácím prostředí, viz kapitola 4.2.1.

4.2 Faktory ovlivňující kvalitu života seniorů žijících ve vlastní domácnosti

Aby mohl starý člověk žít kvalitní život ve své vlastní domácnosti, jeho bydlení by mělo být především individuální, odpovídající přáním, zvykům a možnostem onoho konkrétního jedince a splňovat všechny jeho potřeby. Jsou jimi především aspekty zdravotní a neméně důležité aspekty existencionální, které představují smysluplnost života a hodnotový systém.

Za základní priority lze tedy považovat participaci, autonomii, seberealizaci, důstojnost a zabezpečení. Domov znamená více než přístřeší, jde o projev a východisko ke smysluplné existenci, k seberealizaci, k uspokojivému trávení času, ke komunikování s ostatními lidmi a k účasti na společenském dění. Předpokladem kvalitního spokojeného žití starého člověka ve vlastní domácnosti je myslet a připravit se na stáří s předstihem.

Když opomeneme fakt, že se aspekty stárnutí, viz kapitoly 2.2, 2.3, 2.4, týkají každého člověka a jsou spojeny se změnami a omezeními všeho druhu, je zde nutné zmínit především ty faktory, které mohou být rizikem pro seniora, který si zvolil život právě ve své vlastní domácnosti. K hlavním předpokládaným nevýhodám a rizikům patří především osamělost, izolovanost až úplná exkluze, riziko chudoby, omezení či ztráta soběstačnosti a autonomie. Z hlediska zdravotního se jedná o riziko pádů, úrazů a čím dál více se rozvíjející kriminality vůči osamělým, fyzicky znevýhodněným lidem.

4.2.1 Zdravotní stav

Změny spojené se stárnutím s sebou neodmyslitelně nesou zdravotní rizika. O to složitější to mají lidé žijící ve vlastní domácnosti. Naštěstí existuje celá řada možností, jak tyto rizika zmírnit. Jedním z největších problémů je omezení pohybu. Řešením může být bezbariérové bydlení, schodolezy, výtahové plošiny, nájezdy, chodítka, vozíčky apod., což umožní i výrazně imobilním lidem dostat se ven ze svého bytu, obstarat nákup, stýkat se s okolím apod.

Staří lidé jsou ohroženi pády a úrazy. Je to jeden z důvodů nutnosti vyměnit vlastní domov za sociální zařízení. V současnosti funguje v mnoha domácnostech tzv. telemonitoring, který nastoluje novou kvalitu domácí ošetrovatelské péče, zejména o osoby křehké, ohrožené pády či jinými náhlými dekompenzacemi zdravotního a funkčního stavu, případně o dostupnost dálkového monitorování u lidí závislých a upoutaných na lůžko.

Úprava bydlení hraje také podstatnou roli. Aby se zamezilo úrazům, je třeba učinit určitá opatření. Jde například o odstranění shrnovacích kobereců, rohožek a předmětů, které by mohly zapříčinit pád, dále užití neklouzavých povrchů nebo pásek na okrajích schodů. Jelikož se ve stáří zhoršuje zrak a vidění za šera, je nutné zajistit osvětlení, zvláště na chodbách a schodištích. Velkou pomocí může být instalace opěrných pomůcek – madel v koupelnách a na toaletách, zábradlí apod.

Další otázkou je bezpečnost v důsledku zvyšující se kriminality. Zde je nutná především prevence ve formě informovanosti a instalace systémů tísňové péče včetně bezpečnostních dveří se zajištěním proti násilnému vniknutí.

Bydlení ve vlastní domácnosti je také ve velké míře usnadněno možnostmi využívat sociálních služeb. Tato práce se jimi nezabývá, přesto ve stručnosti uvádíme jejich přehled. Jde o služby pečovatelské, odlehčovací, osobní asistence, domácí péče, tísňové péče, průvodcovské a předčitatelské služba, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře a občanské poradny.

4.2.2 Sociální oblast

V oblasti sociální jde především o to, aby podmínky bydlení co nejvíce minimalizovaly možnost izolace. Bydlení by mělo být včleňující, neodlehlé a bezproblémově

dostupné. Nevhodná jsou bydlení v odlehlých lokalitách, která jsou vzdálená od služeb, zdravotních zařízení, hromadné dopravy apod.

Dalším důležitým faktorem je komunikace. Starý člověk by měl mít ve svém bezprostředním okolí jistotu kontaktu, především osobního. Nejde pouze o přirozenou komunikaci s rodinou, přáteli a sousedy, ale v dnešní době i o přístup k internetu, o komunikaci s úřady a potřebnými službami. Bydlení znevýhodněných osob nelze zužovat na byt a dům, ale musí zahrnovat i blízké okolí fyzické a sociální, veřejný prostor, sousedské vztahy a výpomoc.

4.2.3 Vnitřní realita

Z hlediska celkové kvality života se nejčastěji u seniorů žijících ve vlastní domácnosti objevují dva typy strategií, a to obranný a hostilní typ strategie (Klevetová, 2008):

Obranný typ odmítá přijímat všechny změny. Takový člověk dokazuje svou soběstačnost přehnanou aktivitou a odmítá pomoc druhé osoby. Souvisí to s jeho minulostí, kdy byl společensky velice úspěšný, a tak se nedokáže ztotožnit s myšlenkou, že by mohl odejít do důchodu a už vůbec nedokáže přijmout fakt, že by o něj mohl kdokoli pečovat. Adaptace v domově pro seniory by pro něj byla obtížná, ne-li nemožná. Je mu lépe ve známém prostředí, kde má své jistoty a zázemí, jelikož lpí na zvyklostech a nechce nic měnit. Výjimkou není konfliktnost a touha po moci nad prostředím.

Strategie hostility spočívá na nepřátelskosti vůči okolí. U těchto jedinců se setkáváme se značným pesimismem. Nikdy nic není dobře. Staví sami sebe do pozice oběti života a chtějí být stále litováni. Obviňují lidi kolem sebe, jsou agresivní, podezřívaví, s nikým si nerozumí, stále si stěžují a vyhledávají konflikty. Nikdy nedokážou přijmout, natož pak ocenit, snahu kohokoli jim jakkoli pomoci. Nebyli by tedy spokojeni ani v domově pro seniory, lépe je jim při setrvání ve svém zaběhlém životním stylu.

5 Výzkum

5.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je na základě dotazníkového šetření zjistit, porovnat a zhodnotit rozdíly mezi percepcí kvality života seniorů žijících v domovech pro seniory a seniorů žijících ve svých vlastních domácnostech.

5.2 Vstupní hypotézy

Předpokládáme výraznější rozdíl v sociodemografické charakteristice u obou sledovaných skupin respondentů, a to zejména v těchto:

- senioři žijící ve vlastních domácnostech žijí v partnerském vztahu daleko častěji než senioři žijící v domovech pro seniory
- senioři žijící ve vlastních domácnostech jsou z hlediska zdravotního stavu v lepší kondici než respondenti druhé skupiny
- senioři žijící ve svých vlastních domácnostech jsou nižšího věku než senioři z domovů pro seniory.

Výše popsané body budou mít výrazný vliv na percepci kvality života obou sledovaných skupin, a to ve všech směrech, což povede k tomu, že i ve vzorku sčítajícím zhruba

100 jedinců, budou identifikovány struktury, které budou důkazem rozdílné percepce kvality života u jednotlivých skupin respondentů.

Další hypotézou je, že při možnosti spontánního výběru základních aspektů, které nejvíce ovlivňují percepci kvality života respondentů, budou zjištěny rozdíly mezi sledovanými skupinami. Nejmarkantnější rozdíly očekáváme u těchto faktorů: rodina, partner, dostupnost zdravotní péče a služeb, soběstačnost a domov. Nejvýznamnější faktor, u kterého bude sledována největší preference a shoda, je bez pochyby zdraví. Podobně tomu bude i v případě financí. Významnost rozdílů u ostatních faktorů nedokážeme předem odhadnout nebo u nich předpokládáme pouze minimální odlišnosti.

Neopomenutelnou skutečností z hlediska vnímání kvality života není jen místo, kde senior momentálně žije, ale i to, kde by chtěl v ideálním případě žít. Z tohoto hlediska

předjímáme, že senioři v domovech pro seniory budou v tomto směru hodnotit kvalitu svého života jako nižší než senioři druhé skupiny.

Při stanovení poslední hypotézy vycházíme z údajů v tabulce č. 2 (viz kapitola 4.1), na základě nichž se domníváme, že většina seniorů volí odchod do domova pro seniory nedobrovolně, což ve většině případů vede k situacím popsaným v kapitole 3.2 v teoretické části. U seniorů žijících v domovech pro seniory tedy očekáváme, že jelikož toto zařízení vnímají pouze jako místo svého dožití, prožívají negativní pocity provázené myšlenkami o smrti a budoucnost pro ně ztrácí smysl. Avšak toto tvrzení nelze aplikovat univerzálně, jelikož v případě dobrovolných odchodů do domovů pro seniory může být situace opačná (společenský život apod.), což může zkreslit výsledky našeho výzkumu v této oblasti.

5.3 Užité metody výzkumu

Pro účely tohoto výzkumu byly použity anonymní standardizované dotazníky. Při jejich tvorbě se staly východiskem především otázky dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace, a to záměrně proto, že byly vytvořeny speciálně pro cílovou skupinu seniorů a zahrnují všechny důležité oblasti zjišťování kvality života. Označují se písmeny WHOQOL (World Health Organization Quality of Life Assessment). V České Republice se jimi zabývá především PhDr. E. Dragomirecká ve spolupráci s psychiatrickým centrem v Praze.

Prvním dotazníkem je WHOQOL-BREF. Jedná se o zkrácenou verzi dotazníku WHOQOL-100 a obsahuje 26 otázek. Tyto otázky jsou rozčleněny do 4 domén, které se týkají kvality života (http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/evaluace/banka_evaluacnich_nastroju/dotazniky_kvality_zivota_svetove_zdravotnicke_organizace). Jsou jimi:

- fyzické zdraví
- prožívání
- sociální vztahy
- prostředí

(Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Výhoda těchto dotazníků spočívá především v tom, že jsou standardizované na českou populaci. Dále mají testovanou reliabilitu neboli spolehlivost, a validitu neboli správnost.

Nevýhodou je to, že nejsou doporučeny pro populaci starší 65 let, proto je vhodné využít dotazník WHOQOL-OLD.

Dotazník WHOQOL-OLD obsahuje celkem 24 otázek, které jsou rozděleny do 6 domén. (Dragomirecká, Prajsová, 2009).

Pro účely našeho výzkumu a vzhledem k vyššímu věku respondentů, obsahuje výsledný dotazník pouze 19 otázek, které jsou do velké míry inspirovány oběma výše uvedenými dotazníky. Otázky byly upraveny a zjednodušeny tak, aby jim cílová skupina byla schopna porozumět. Dále byl dotazník obohacen o otázky, které zjišťují, co si respondenti pod pojmem kvalita života představí, co pro ně znamená a do jaké míry je pro ně důležitá. Z důvodu sklonu respondentů volit odpovědi neutrální, tedy středové, by s největší pravděpodobností došlo k setření rozdílů mezi oběma sledovanými skupinami. Z tohoto důvodu byla volba možnosti záměrně omezena pouze na čtyři odpovědi, a to vyloučením středových otázek. Pouze pro zajímavost uvádíme, že z důvodu předpokládané horší kvality zraku respondentů, byly dotazníky vytištěny na formát A3 o velikosti písma 18. Výsledný zmenšený dotazník je součástí této práce (viz příloha č. 4, Dotazník).

5.4 Charakteristika zvoleného vzorku

Obecná charakteristika vzorku

Do dotazníkového šetření se zapojilo celkem 105 seniorů. Jejich účast ve výzkumu byla podmíněna těmito kritérii:

- senior musí žít ve své vlastní domácnosti nebo v domově pro seniory
- být starší 60 let
- žít v Plzeňském kraji
- mít zdravotní stav předpokládající schopnost porozumět otázkám v dotazníku.

Záměrem bylo také získat přibližně stejný počet mužů a žen v obou sledovaných skupinách.

Senioři žijící ve svých vlastních domácnostech jsou zastoupeni v počtu 59, tj. 56% respondentů a senioři žijící v domovech pro seniory v počtu 46, tj. 44% respondentů (viz příloha č. 3, graf č. 6).

Do dotazníkového šetření se zapojily ženy v celkovém počtu 65, tj. 62% respondentů a muži v celkovém počtu 40, tj. 38% respondentů (viz příloha č. 3, graf č. 1).

Věková skupina 60 až 69 let je zastoupena 19 muži a 26 ženami, tj. 43% respondentů. Do věkové skupiny 70 až 79 let spadá 12 mužů a 20 žen, tj. 30% respondentů a věk 80 a vyšší náleží 6 mužům a 12 ženám, tj. 17% respondentů. Svůj věk neuvedli 3 muži a 7 žen, tj. 10% respondentů (viz příloha č. 3, graf č. 2, 3).

Rozdělení zúčastněných seniorů dle rodinného stavu je následující – ve výzkumu je nejvíce seniorů se statutem vdovec/vdova, a to celkem 52, tj. 49% respondentů. Dalších 25% respondentů, tedy celkem 26 osob má status ženatý/vdaná. Rozvedeno je 19 seniorů, tj. 18% a pouze 5 respondentů, tj. 5% je svobodných. Na tuto otázku neodpověděla 3% respondentů, tedy celkem 3 dotázaní (viz příloha č. 3, graf č. 4).

Respondenti dále uváděli, s kým žijí. Většina, tedy celých 65% respondentů v počtu 68 žije sama. 28 dotázaných, tj. 26% žije se svým partnerem či partnerkou. 2% respondentů, tj. 2 lidé žijí společně s jiným členem rodiny než se svým partnerem/partnerkou. Zbýlých 7 dotázaných, tedy 7% odpověď neuvedlo (viz příloha č. 3, graf č. 5).

Charakteristika vzorku seniorů žijících ve vlastních domácnostech

První skupina sestává z 59 seniorů, kteří žijí ve svých vlastních domácnostech, a to 22 mužů, tj. 37% a 37 žen, tj. 63% respondentů této skupiny (viz příloha č. 3, graf č. 7).

Věkové zastoupení respondentů patřících do této skupiny je následující – 60 až 69 let je celkem 8 mužům a 14 ženám, tj. 37%. Do věkové kategorie 70 až 79 let patří 7 mužů a 10 žen, tj. 29%. 80 a více let pak náleží 4 mužům a 6 ženám, tj. 17%. Na tuto otázku neodpověděli 3 muži a 7 žen, tj. 17% respondentů této skupiny (viz příloha č. 3, graf č. 8, 9).

Rozdělení respondentů dle rodinného stavu – 26 seniorů z vlastních domácností, tj. 44% má status vdovce či vdovy. Ve svazku manželském setrvává 22 osob, tj. 37%. 12% seniorů, v celkovém počtu 7 je rozvedeno a pouze 2 lidé tvořící 4% jsou svobodní. Neodpověděli celkem 2 respondenti, tj. 3% dotázaných v této skupině (viz příloha č. 3, graf č. 10).

Rozdělení respondentů podle toho, s kým žijí – 51% dotázaných, tj. 30 osob žije samo. S partnerem či partnerkou žije 25 respondentů, tj. 42%. S jiným členem domácnosti pak 4%, tj. 2 senioři a odpověď nebyla uvedena 2 respondenty, tj. 3% (viz příloha č. 3, graf č. 11).

Charakteristika vzorku respondentů žijících v domovech pro seniory

Druhá skupina zahrnuje 46 seniorů žijících v domovech pro seniory, v poměru 18 mužů, tj. 39% a 28 žen, tj. 61% respondentů této druhé skupiny (viz příloha č. 3, graf č. 12).

Do věkové kategorie 60 až 69 let patří 11 mužů a 12 žen, tj. 50%. Věk 70 až 79 let přísluší 5 mužům a 10 ženám, tj. 33% a věk vyšší než 80 2 mužům a 6 ženám, tj. 17% (viz příloha č. 3, graf č. 13, 14).

Senioři v domovech pro seniory jsou dle rodinného stavu zastoupeni takto – 26 jedinců, tj. 56% má status vdovec/vdova. Rozvedeno je 12 zúčastněných, tj. 26%. 9% respondentů, tedy 4 osoby jsou v manželském svazku a 3 lidé tvořící 7% mají status svobodný/á. Odpověď nevedl pouze 1 člověk, tj. 2% dotázaných v této skupině (viz příloha č. 3, graf č. 15).

Převážná část, a to 38 seniorů, žije v domovech pro seniory sama, tvoří celkem 83%. S partnerem či partnerkou žijí 3 lidé, tj. 6% a 5 osob, tedy 11% dotázaných odpověď nevedlo nebo blíže nespecifikovalo (viz příloha č. 3, graf č. 16).

Z důvodu toho, že v jednom domově pro seniory nebyl dostatečný počet vyhovujících respondentů, obsahem vzorku respondentů druhé skupiny se stali senioři z pěti domovů pro seniory v Plzeňském kraji.

Celkové zhodnocení charakteristiky zvoleného vzorku

Při srovnání obou skupin respondentů lze dospět k těmto poznatkům – z hlediska zastoupení pohlaví se vzorek liší jen nepatrně, a to počtem žen žijících ve vlastních domácnostech převládá o 2% a naopak počet mužů v této skupině je o 2% menší než u seniorů žijících v domovech pro seniory (viz příloha č. 3, graf č. 7, 12).

Při posouzení stáří respondentů obou skupin je patrný rozdíl zejména v zastoupení jedinců ve věku 60 až 69 let, kdy u respondentů z domovů pro seniory tvoří tato skupina 50% všech respondentů, zatímco u skupiny druhé je to pouze 37%, ostatní věkové skupiny jsou zastoupeny poměrně rovnoměrně – 70 až 79 let rozdíl 4% a 80 a výše let zcela shodný poměr. U dotázaných žijících ve svých vlastních domácnostech je pozorován trend neuvádět svůj věk (17% respondentů), což může být důvodem rozdílu poměru v zastoupení věkové skupiny 60 až 69 let. Pro zajímavost uvádíme, že lidé v domovech pro seniory uvedli svůj věk ve všech případech (viz příloha č. 3, graf č. 8, 9, 13, 14).

V případě srovnání rodinného stavu byly největší rozdíly shledány v kategorii ženatý/vdaná, který je platný pro 37% respondentů z vlastních domácností a pouze pro 9% seniorů z domovů pro seniory. Status vdovec/vdova je nejvíce zastoupenou kategorií u obou skupin (1. skupina 44% a 2. skupina 56%). Poslední výraznější rozdíl byl zjištěn u rozvedených osob (1. skupina 12% a 2. skupina 26%) (viz příloha č. 3, graf č. 10, 15).

Výše popsané souvisí i s dalším kritériem, a to s rozdělením respondentů podle toho, s kým žijí. V tomto případě jsou patrné nejmarkantnější rozdíly v charakteristice obou skupin. Zatímco 83% respondentů z domovů pro seniory žije samo, tak respondentů z druhé skupiny pouze 51%. Zbýlých 42% seniorů ve vlastních domácnostech žije stále s partnerem/partnerkou, kdežto u seniorů v domovech je to pouze 6% respondentů dané skupiny (viz příloha č. 3, graf č. 11, 16).

Podle výše uvedeného je zřejmé, že obě skupiny jsou z hlediska zastoupení pohlaví a věkových kategorií téměř homogenní. Zatímco v případě charakteristiky rodinného stavu a ještě více skutečnosti, s kým senioři sdílí domácnost, je vzorek naopak spíše heterogenní, což bylo předpokládáno a může být příčinou ovlivnění níže uvedených výsledků.

5.5 Realizace a postup sběru dat

Před začátkem výzkumu bylo nutné sjednat schůzku s ředitelem domova pro seniory, na které byl seznámen s obsahem a cíli této práce a byly domluveny veškeré organizační záležitosti. Původním záměrem bylo, aby vzorek seniorů žijících v domově pro seniory, pocházel z jednoho sociálního zařízení. Vzhledem k tomu, že obyvateli domovů pro seniory jsou i lidé s velmi špatným zdravotním stavem (např. Alzheimerova choroba apod.), kteří nebyli schopni porozumět otázkám v dotazníku, dále pak jedinci, kteří se z různých důvodů dotazníkového šetření nebyli ochotni zúčastnit, bylo třeba se domluvit na výzkumu s více pracovišti, konkrétně tedy s pěti, což ve své podstatě snižuje riziko zkreslení výsledků výzkumu. Několik dotázaných pak bylo vybráno náhodně po domluvě se zdravotníkem tím způsobem, že jim byly dotazníky předány při převozu sanitkou do zdravotních zařízení.

Respondentům bylo před vyplněním jasně sděleno, že je dotazník anonymní. Většina dotázaných seniorů vyplnila dotazník sama, v soukromí. Tento záměr byl uskutečněn především z důvodu validity odpovědí. Při slovním dotazování hrozí větší riziko zkreslení odpovědí. Nicméně čtyřem respondentům byly z důvodu zhoršených smyslových schopností nebo pohybového omezení otázky přečteny, bez komentáře, aby nedošlo k ovlivnění jejich

názoru a zvolené odpovědi následně zaznamenány. Dotazníky byly předány osobně, kromě případu zdravotníka a vyzvednuty po týdnu.

Co se týče druhé skupiny respondentů, kteří žijí ve svých vlastních domácnostech, předání dotazníků proběhlo ve většině případů osobně. Dotazníky jim byly doručeny přímo do jejich domovů, kde jsme si je po týdnu vyzvedli. V ostatních případech respondenti obdrželi dotazníky v elektronické podobě, prostřednictvím e-mailových adres svých dětí či vnoučat.

Po získání všech dotazníků od obou cílových skupin následovalo jejich přepsání do tabulky, následné zpracování a vyhodnocení formou popisných statistik v programu Microsoft Excel.

5.6 Interpretace výsledků výzkumu

Vyhodnocení otázky číslo 1 (viz příloha č. 3, graf č. 19)

Zakroužkujte maximálně 5 pojmů, které nejvíce ovlivňují kvalitu Vašeho života.

Největší procento respondentů, v obou skupinách více než 70% dotázaných (76,3% žijících ve vlastních domácnostech, 73,9% žijících v domovech pro seniory) se zanedbatelným rozdílem mezi skupinami (2,4%), označilo za faktor ovlivňující kvalitu jejich života zdraví. To se dalo předpokládat, jelikož tělesné aspekty jsou jednou z nejvíce viditelných a vnímaných životních změn a starý člověk je pociťuje bez ohledu na to, v jaké ubikaci se nachází. Výsledek v tomto případě dopadl dle očekávání (viz kapitola 5.2).

Rodina hraje dle odpovědí důležitou roli ve vnímání kvality života především u seniorů žijících ve vlastních domácnostech, a to o celých 19,5% než u skupiny druhé. Tento výsledek lze přisuzovat faktu, že značná část seniorů upřednostňuje bydlení ve své vlastní domácnosti, viz otázka č. 5 a to, že tomu tak není, mohou dávat za vinu právě své rodině.

Opakem je faktor přátelství, který naopak skupina z domovů pro seniory preferuje o 8,4% více než skupina druhá. Může to být způsobeno tím, že v domově pro seniory se vytváří nové vzájemné sociální vazby, a to jak mezi obyvateli domovů, tak mezi zaměstnanci a klienty. Pro člověka ve stáří jsou mezilidské vztahy a s nimi související opora v blízké osobě, sdílení zážitků apod. velice důležitou skutečností.

Velký význam byl přikládán položce pohodlí, a to především respondenty z domovů pro seniory (mezi skupinami je rozdíl 10,1%). Je pravdou, že služby poskytované v těchto

zařízeních jsou z velké části nastaveny tak, aby starý člověk, zvláště v případě omezení zdravotními a jinými problémy, nemusel provádět úkony, které by v případě vlastního bydlení pro něj byly denní nutností – např. vaření, úklid, úřední záležitosti apod.

Soběstačnost je o 3,2% zásadnější pro seniory ve vlastních domácnostech. Z toho lze soudit, že ti, kteří setrvávají ve vlastní domácnosti, jsou schopni se o sebe sami postarat ve větší míře než senioři z druhé skupiny.

Veliký rozdíl ve vnímání aspektů, které ovlivňují kvalitu života seniorů, můžeme sledovat u faktoru dostupnosti zdravotní péče, kterým jsou dle našeho zjištění mnohem více (o 17,7%) ovlivňováni senioři z vlastních domácností. Lze se domnívat, že je to způsobeno tím, že lidé žijící v domovech pro seniory mají veškerou zdravotní péči zajišťovanou právě tímto sociálním zařízením – např. pravidelné návštěvy lékaře, psychologa, odvoz sanitou do nemocnice apod. Kdežto druhá skupina musí docházet do zdravotního zařízení sama, případně si odvoz či péči sama zařídit. Obdobné je to s dostupností služeb.

Co se finančního příjmu týče, je jeho dopad na kvalitu života značný hlavně u skupiny seniorů s vlastními domácnostmi, a to o 10,2% více než u skupiny druhé. Lze předpokládat úzkou souvislost se službami v domovech pro seniory, viz výše.

Navzdory tomu, že si v současnosti senioři mohou své pokoje v domovech pro seniory do jisté míry zařídit individuálně, dle vlastních potřeb a přání (např. osobními předměty, které jim připomínají vlastní domov, nastolují pocit pohodlí, útulnosti apod.), je důraz na domov jako takový kladen především seniory žijícími ve vlastních domácnostech, a to o celých 13,1%. Z toho tedy vyplývá, že značná část respondentů domov pro seniory za domov v pravém slova smyslu nepovažuje. Může tomu tak být i proto, že mnozí lidé mají stále takovou představu, že domov pro seniory je místem dožití – tedy místem, kam lidé chodí umírat. Ve srovnání s minulostí je však v současné době v těchto zařízeních zcela jiný přístup v péči o seniory. Je tedy důležité, aby domov pro seniory klienti začali vnímat jako domov, kde stráví poslední, avšak plnohodnotnou fázi svého bytí.

Sex je o 4,3% více preferován skupinou respondentů z domovů pro seniory. Je zajímavé, že ani jeden senior žijící ve vlastní domácnosti neoznačil tuto položku za důležitou z hlediska ovlivňování kvality jeho života.

Aspekt partner převládá o 11,4% u skupiny seniorů z vlastních domácností. Může to být způsobeno tím, že značná část vzorku této skupiny, a to celých 42%, žije stále se svým partnerem/partnerkou, kdežto u druhé skupiny je to pouze 6%.

Soukromí je o 4,1% více zmiňováno respondenty z vlastních domácností, což byl logicky očekávaný výsledek.

Velmi nízký výskyt odpovědí a současně zanedbatelné rozdíly ve vnímání aspektů, které ovlivňují kvalitu života, se vyskytují u těchto pojmů – záliby (o 1% více u respondentů z domovů pro seniory), prostředí (o 1,2% více u respondentů z vlastních domácností), láska (o 1,6% více u respondentů z domovů pro seniory), počasí (o 0,6% více u respondentů z vlastních domácností), vzhled (o 4,2% více u respondentů z vlastních domácností), politika (o 2,5% více u respondentů z vlastních domácností), majetek (o 0,9% více u respondentů z domovů pro seniory), možnost vzdělávání (o 0,5% více u respondentů z domovů pro seniory), dostupnost informací (o 8,5% více u respondentů z vlastních domácností).

Na základě výše uvedeného je zřejmé, že respondenti obou skupin považují za faktor, který nejvíce ovlivňuje kvalitu jejich života, zdraví, a to s minimálním rozdílem 2,4%. Hned na druhém místě se v obou případech umístil faktor rodina, zároveň je u něj zřejmý největší rozdíl v rámci této otázky, a to o celých 19,5% více u respondentů žijících ve vlastních domácnostech. Dalším velkým rozdílem a zároveň velmi často uváděnou odpovědí je dostupnost zdravotní péče, kde celkový rozdíl tvoří 17,7%. Soběstačnost je také vysoce zastoupeným aspektem v obou skupinách a rozdíl mezi nimi představuje pouhých 3,2%. Výsledkem, nad kterým je také nutno se pozastavit, je hojnost faktoru domov – rozdíl zde činí 13,1% a převažuje u seniorů žijících ve vlastních domácnostech. Posledním významnějším faktorem, z hlediska celkového procenta odpovědí a rozdílu mezi skupinami, je finanční příjem, který je o 10,2% více zastoupen skupinou obývající vlastní domácnosti.

Vyhodnocení otázky číslo 2 (viz příloha č. 3, graf č. 20 - 24)

Do jaké míry je pro Vás kvalita Vašeho života důležitá?

Těmito grafy sledujeme, do jaké míry je pro seniory kvalita života důležitá. V této sféře převládá spokojenost u seniorů žijících ve vlastních domácnostech. Pro 93% dotázaných této skupiny je kvalita života hodně či maximálně důležitá. U skupiny druhé je to pouze 74%. Rozdíl tedy činí 19%. Trochu spokojeno je 20% seniorů z domovů pro seniory oproti 4% seniorů druhé skupiny, zde je tedy rozdíl 16%. V hodnocení pomocí skóre je mezi skupinami rozdíl 0,25, jež patří k těm více výrazným zjištěným hodnotám (viz příloha č. 3, graf č. 17 a tabulka č. 3).

Vyhodnocení otázky číslo 3 (viz příloha č. 3, graf č. 25 - 29)

Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?

Tento graf znázorňuje to, jak respondenti hodnotí kvalitu svého života. Z tohoto výsledku lze usoudit, že senioři žijící ve vlastních domácnostech považují svůj život za kvalitnější, 78% označilo kvalitu svého života za dobrou či velmi dobrou. U seniorů druhé skupiny tvoří stejné odpovědi 61%. Za špatnou či dokonce velmi špatnou označilo kvalitu svého života 21% seniorů žijících ve vlastních domácnostech oproti 35% seniorů druhé skupiny. Ve výsledku je však rozdíl minimální, rozdílové skóre zde činí pouhých 0,1 (viz příloha č. 3, graf č. 17 a tabulka č. 3). V tomto případě se výsledky shodují také s celkovou spokojeností sledovaných skupin, vzešlých ze součtu skóre jednotlivých otázek, kde rozdíl představuje pouhých 0,06 ve prospěch seniorů žijících ve svých vlastních domácnostech (viz příloha č. 3, graf č. 18).

Vyhodnocení otázky číslo 4 (viz příloha č. 3, graf č. 30 - 34)

Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?

Tato otázka zkoumá, jak jsou respondenti spokojeni s podmínkami v místě jejich bydliště. Výsledky jsou zde u obou skupin téměř totožné. S tímto aspektem je spokojena či velmi spokojena většinová část vzorku obou skupin, a to v poměru 83% respondentů žijících ve vlastních domácnostech ku 79% respondentům žijících v domovech pro seniory. Rozdíl je tedy zanedbatelný – 4% a potvrzuje to i nízké rozdílové skóre – 0,09 (viz příloha č. 3, graf č. 17 a tabulka č. 3). Tento výsledek je zajímavý. Vzhledem k výsledkům otázek č. 5 a 6 (viz příloha č. 3, graf č. 35 – 39, 40 - 44), byl v tomto případě očekáván větší rozdíl.

Vyhodnocení otázky číslo 5 (viz příloha č. 3, graf č. 35 - 39)

Pokud by záleželo na Vás, kde byste nejraději bydlel/a?

Zde je nutno zmínit, že tato otázka reviduje výsledky již uskutečněného výzkumu (viz kapitola 4.1, tabulka č. 2). Dle našich výsledků považuje 52% seniorů žijících ve vlastních domácnostech tento stav za ideální. Dalších 34% by raději volilo dům s pečovatelskou službou a po 7% pak bydlení u příbuzných či v domově pro seniory. Druhá skupina by ve značné míře (41%) vyměnila stávající domov za bydlení u svých příbuzných

a 37% by volilo vlastní domácnost. Pro pouhých 20% respondentů této skupiny je stávající bydliště vyhovující. Dům s pečovatelskou službou je první volbou pouze pro 2% respondentů této skupiny.

Je nutné konstatovat, že větší spokojenost se současným bydlením je o 32% patrnější u seniorů žijících ve vlastních domácnostech než u seniorů obývajících domovy pro seniory. Ti by byli více spokojeni u svých příbuzných či ve své vlastní domácnosti. Faktem, že by většina respondentů chtěla bydlet ve svém, potvrzujeme i výše zmíněný výzkum, jelikož pro 89% našich respondentů byla stejně jako pro 85% respondentů druhého výzkumu první volbou vlastní domácnost. Shodu však nelze vidět v případě domovů pro seniory – v našem případě se jedná o 27% všech respondentů oproti 1% respondentů druhého výzkumu. Není ale známo místo bydliště oněch respondentů, tudíž nelze tento výsledek dále hodnotit.

Výsledky zjištěné touto otázkou jsou v jistém kontrastu s výše popsány zjištěními u otázky č. 4, a to proto, že téměř 75% respondentů obou skupin uvádí spokojenost s místem svého žití, přičemž 41% obyvatelů vlastních domácností a 78% žijících v domovech pro seniory by za své bydliště volilo jiné místo, než to, které je momentálně jejich domovem.

Vyhodnocení otázky číslo 6 (viz příloha č. 3, graf č. 40 - 44)

Jaké bydlení byste upřednostnil/a v případě zhoršení Vašeho zdravotního stavu?

V případě zhoršení zdravotního stavu se dotázaní ve volbě bydlení shodují – většina by volila dům s pečovatelskou službou, a to 56% lidí s vlastními domácnostmi a 37% lidí z domovů pro seniory. U respondentů první skupiny jsou další možnosti, domov pro seniory, děti/příbuzní a vlastní domácnost, zastoupeny téměř ve stejné míře (14 – 15%). Senioři z domovů by v této situaci volili svou současnou ubikaci, v 15% pak své děti/příbuzné a zbylých 9% by se rozhodlo pro vlastní domácnost.

Pokud bychom se opět podívali na tabulku druhého výzkumu (viz kapitola 4.1, tabulka č. 2), zjistili bychom, že domov s pečovatelskou službou je také nejvíce preferovaná volba. Na druhou stranu vlastní domácnost, která se ve zmíněném výzkumu drží těsně za volbou číslo jedna, se v našem výzkumu umístila až na posledním místě. Pro bližší porovnání opět chybí potřebné informace o současném bydlišti dotázaných druhého výzkumu.

Tím, že by značná část respondentů z domovů pro seniory volila jiné bydliště dokonce i přes zhoršený zdravotní stav, se opět potvrzuje náš předpoklad (viz kapitola 5.2), že senioři žijící v domovech pro seniory nepovažují toto místo za svůj domov jako takový, což ovlivňuje percepci kvality jejich života.

Vyhodnocení otázky číslo 7 (viz příloha č. 3, graf č. 45 - 49)

Jak jste spokojen/a s mezilidskými vztahy s Vašimi sousedy?

Výsledky této otázky jsou téměř bez rozdílu. Dotázaní první i druhé skupiny uvedli, že jsou se sousedskými vztahy spokojeni či velmi spokojeni v poměru 81% a 79%. Nespokojeno nebo velmi nespokojeno je celkem 16% žijících ve vlastních domácnostech a 21% osob druhého vzorku. To platí i v případě rozdílového skóre, které je nejnižší v celém výzkumu, a to 0,02 (viz příloha č. 3, graf č. 17 a tabulka č. 3).

Vyhodnocení otázky číslo 8 (viz příloha č. 3, graf č. 50 - 54)

Jak jste spokojen/a s mírou zájmu ze strany Vašich blízkých?

Výsledek otázky č. 8 souvisí s výsledky otázky č. 1. Respondenti žijící ve vlastních domácnostech přikládají rodině, tedy svým blízkým, větší význam než respondenti žijící v domovech pro seniory. Jejich odpovědi, spokojen či velmi spokojen, tvoří 93% a nespokojeno je pouhých 5%, zatímco u druhého vzorku pozorujeme spokojenost pouze u 78% dotázaných a nespokojenost u 22%. Rozdíl ve skóre představuje hodnotu 0,12 (viz příloha č. 3, graf č. 17 a tabulka č. 3). Stejně jako v otázce č. 1 i zde je značný rozdíl.

Vyhodnocení otázky číslo 9 (viz příloha č. 3, graf č. 55 - 59)

Cítíte se být izolován/a od lidí kolem Vás?

V této věci převažuje spokojenost u dotázaných žijících ve vlastních domácnostech, a to při rozdílu ve skóre 0,22 (viz příloha č. 3, graf č. 17 a tabulka č. 3) a necítí se být izolováno celých 51%, oproti druhé skupině, u níž tato hodnota představuje 39%. 32% respondentů z vlastních domácností označilo odpověď trochu a druzí dotázaní v zastoupení 44%. Odlišnost 5% ve vnímání izolace jako velké či maximální je v poměru 10% respondentů první skupiny ku 15% respondentům žijících v domovech pro seniory.

Vyhodnocení otázky číslo 10 (viz příloha č. 3, graf č. 60 - 64)

Do jaké míry můžete svobodně rozhodovat o svých záležitostech?

V rámci tohoto výzkumu byl u otázky č. 10 zaznamenán největší rozdíl mezi odpověďmi respondentů. Rozdíl ve skóre činí v tomto případě celých 0,51 (viz příloha č. 3, graf č. 17 a tabulka č. 3). Z toho vyplývá, že větší měrou mohou o svých záležitostech rozhodovat senioři, jejichž domovy jsou jejich vlastní domácnosti, z nichž 86% může o svých záležitostech hodně či maximálně svobodně rozhodovat. V tomto směru se s druhou skupinou (61%) liší o 25%. Jen 14% respondentů z vlastních domácností označilo odpověď trochu. Druhá skupina nemá ve 39% svobodnou volbu v rozhodování o svých záležitostech nebo jen minimální.

Vyhodnocení otázky číslo 11 (viz příloha č. 3, graf č. 65 - 69)

Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?

Otázka financí trápí více seniory žijící ve svých vlastních domácnostech. Tato skutečnost opět koresponduje s výsledky první otázky, kde tento aspekt převládá o 10,9% u tohoto vzorku. Rozdíl je zde tedy značný, skóre se liší o celých 0,49 (viz příloha č. 3, graf č. 17 a tabulka č. 3). Dostatek financí má dle výsledku tohoto výzkumu většinou nebo vždy 63% respondentů žijících ve svých vlastních domácnostech, což je o 13% méně než u dotázaných, kteří žijí v domovech. Nedostatkem financí trpí o 11% více skupina první (35%), oproti tomu skupina druhá pouze ve 24% případech.

Vyhodnocení otázky číslo 12 (viz příloha č. 3, graf č. 70 - 74)

Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?

Obecně lze konstatovat, že v tomto případě zde není značný rozdíl mezi první a druhou skupinou, ve skóre se liší pouze o 0,03 (viz příloha č. 3, graf č. 17 a tabulka č. 3), což patří k nejnižším výsledným rozdílovým hodnotám tohoto výzkumu. Při detailnějším zkoumání však zjistíme, že možnost spokojen/a označilo 70% seniorů z domovů pro seniory a pouze 59% seniorů druhé skupiny. Nespokojeno je se svou schopností provádět každodenní činnosti pouze 24% obyvatelů domovů pro seniory ku 31% seniorů z vlastních domácností. Velmi nespokojeno je 6% seniorů z domovů pro seniory a 5% seniorů z vlastních domácností.

Tento fakt je ve finále překvapivý, jelikož všeobecně panuje všeobecná představa o tom, že lidé ve vlastních domácnostech jsou výrazně soběstačnější než ti z domovů pro seniory. Na druhou stranu vyšší nespokojenost seniorů ve vlastních domácnostech může být způsobena tím, že musí samostatně vykonávat daleko náročnější úkony než respondenti druhé skupiny.

Vyhodnocení otázky číslo 13 (viz příloha č. 3, graf č. 75 - 79)

Máte možnost věnovat se svým zálibám?

Při vyhodnocování otázky č. jedna jsme zjistili, že rozdíl ve výskytu možnosti záliby jako faktoru, který ovlivňuje kvalitu života, převládá u respondentů z domovů pro seniory pouze o 1% - ti volili tuto odpověď v 19,6%. V tomto bodě však hodnota rozdílového skóre činí 0,15 (viz příloha č. 3, graf č. 17 a tabulka č. 3), navíc ve prospěch obyvatelů s vlastními domácnostmi, kteří mají vždy možnost věnovat se svým zálibám v 19%, druzí pouze v 9%. S odpovědí většinou ano se ztotožňuje 51% respondentů první skupiny oproti 59% druhého vzorku. Spíše ne nebo vůbec se nemůže svým zálibám věnovat 30% respondentů žijících ve vlastních domácnostech a 32% respondentů žijících v domovech pro seniory.

Vyhodnocení otázky číslo 14 (viz příloha č. 3, graf č. 80 - 84)

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

Dostupnost informací patřila v otázce č. jedna k nejméně preferovaným aspektům ovlivňujících kvalitu života, přesto zde lze vyzorovat výraznější odlišnost – tento aspekt nebyl důležitý pro žádného seniora z domova pro seniory, kdežto druhá skupina vyzdvihla tento faktor v 8,5%. Rozdíl ve skóre u této otázky představuje hodnotu o 0,17 vyšší ve prospěch seniorů z vlastních domácností (viz příloha č. 3, graf č. 17 a tabulka č. 3). Výsledky obou otázek tedy nejsou ve vzájemném rozporu. Senioři žijící ve svých vlastních domácnostech mají vždy přístup k informacím, které potřebují pro svůj každodenní život v 15%, zatímco druhá skupina pouze v 9%. Odpověď většinou ano je u obou skupin zastoupena téměř ve stejném poměru. Spíše ne nebo vůbec nemají přístup k informacím respondenti první skupiny ve 14% a skupiny druhé ve 22%.

Vyhodnocení otázky číslo 15 (viz příloha č. 3, graf č. 85 - 89)

Jak jste spokojen/a se svým zdravím?

Zdraví je v první otázce nejpreferovanějším faktorem ovlivňujícím kvalitu života dotázaných. Byl označen 76,3% respondentů první a 73,9% druhé skupiny, tudíž je na místě zjistit, do jaké míry jsou senioři se svým zdravím spokojeni. Pokud se podíváme na skóre, rozdíl je nepatrný - 0,04, pozitivnější u seniorů z domovů pro seniory (viz příloha č. 3, graf č. 17 a tabulka č. 3). Možnosti spokojen/a a nespokojen/a jsou ve shodném poměru, a to 81% u obou skupin s tím, že spokojenost převládá u vzorku z vlastních domácností. Příčinu tedy hledejme u krajních odpovědí. Nikdo z dotázaných s vlastními domácnostmi neuvedl, že je v tomto ohledu velmi spokojen, ale 4% lidí z domovů pro seniory ano. Na druhou stranu velmi nespokojeno je 19% osob první skupiny, což je o 6% více než uvedli respondenti druzí. To, že spokojenost se zdravotním stavem převažuje u seniorů z domovů pro seniory, je překvapujícím zjištěním, jelikož odchod do tohoto sociálního zařízení je ve velké míře důvodem právě zhoršujícího se zdravotního stavu dotyčných (viz kapitola 3.1) a naopak dobrý zdravotní stav a soběstačnost je předpokladem pro možnost setrvání ve vlastní domácnosti. Stejně tak je zjištěný výsledek v rozporu s naší hypotézou (viz kapitola 5.2). Tuto skutečnost lze opět vysvětlit tím, že zdravotní stav omezuje seniory ve vlastních domácnostech při běžných činnostech spojenými s péčí o vlastní domácnost.

Vyhodnocení otázky číslo 16 (viz příloha č. 3, graf č. 90 - 94)

Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?

Rozdíl ve skóre je zde 0,05 a spokojenost převažuje u seniorů z domovů pro seniory (viz příloha č. 3, graf č. 17 a tabulka č. 3). Z detailního grafu je na první pohled znát, že se svým sexuálním životem jsou opravdu spokojenější senioři z domovů pro seniory. Tento výsledek je nejvíce způsoben tím, že odpověď spokojen/a je u nich o 20% častější než u druhých dotázaných. Nespokojenost u seniorů z domovů totiž na druhou stranu převládá o 11%. Velmi nespokojeni jsou respondenti obou skupin zastoupeni téměř shodně.

Pokud budeme tuto otázku opět konfrontovat s výsledky otázky č. 1, zjistíme jistou shodu. Ačkoli se tento aspekt řadí mezi nejméně uváděné, je zde zajímavý poznatek – ani jeden senior žijící ve vlastní domácnosti nepovažuje sex za faktor významně ovlivňující kvalitu jeho života. Naopak pro tento aspekt hlasovalo 4,3% dotázaných druhého

vzorku. Na zajímavosti přidává fakt, že osamoceně žije mnohem více respondentů v domovech pro seniory ve srovnání s druhou skupinou, a to o celých 32%. Stejně tak v páru žije o 36% více seniorů ve vlastních domácnostech. Závěrem je nutné uvést, že 30% respondentů z vlastních domácností se k otázce č. 16 nevyjádřilo, oproti tomu druhá skupina uvedla odpověď ve 100% případech, což mohlo vést ke zkreslení výsledku.

Vyhodnocení otázky číslo 17 (viz příloha č. 3, graf č. 95 - 99)

Jak často prožíváte negativní pocity (např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese)?

Rozdíl ve skóre činí zanedbatelných 0,08 ve prospěch skupiny z domovů pro seniory (viz příloha č. 3, graf č. 17 a tabulka č. 3). Na základě výsledku této otázky můžeme říci, že prožívání negativních pocitů se týká téměř ve stejné míře starých lidí z obou zkoumaných vzorků. Celkem často či neustále se těmito pocity trápí staří lidé ve shodné míře. Malý výkyv se objevuje v odpovědích někdy a nikdy, kdy jsou na tom respondenti z domovů pro seniory o 2% lépe než ti druzí, z čehož možnost nikdy volili o 10% častěji a někdy naopak o 8% méně často. O podstatném rozdílu v tomto případě tedy nelze hovořit.

Toto zjištění je v rozporu se vstupní hypotézou (viz kapitola 5.2), kdy jsme předpokládali více negativních pocitů u respondentů žijících v domovech pro seniory.

Vyhodnocení otázky číslo 18 (viz příloha č. 3, graf č. 100 - 104)

Jak moc se zabýváte myšlenkami o smrti?

V případě této otázky je zaznamenáno velmi vysoké rozdílové skóre, a to celých 0,34 (viz příloha č. 3, graf č. 17 a tabulka č. 3). Lépe jsou na tom senioři z domovů pro seniory, u nichž se myšlenky na smrt v 59% neobjevují vůbec a ve 35% pouze trochu. Druhá skupina je na tom hůře. Vůbec se těmito myšlenkami nezabývá 35% těchto dotázaných, což je o celých 24% méně než u druhé skupiny a trochu ve 44% případů. Odpověď hodně až maximálně si zvolilo 19% respondentů skupiny žijících ve vlastních domácnostech, oproti tomu druhá skupina pouze v 6% případů. Je tedy zřejmé, že myšlenkami o smrti se zabývají více senioři žijící ve svých vlastních domácnostech, což nebylo ve vstupních hypotézách vůbec očekáváno (viz kapitola 5.2). V teoretické části stejně jako v hypotézách je uvedeno, že značná část lidí v domovech

pro seniory považuje toto zařízení za místo určené k dožití. Mimo to je také překvapivé, že u seniorů obecně se myšlenky na smrt vyskytují v tak malé míře.

Vyhodnocení otázky číslo 19 (viz příloha č. 3, graf č. 105 - 109)

Přemýšlíte o tom, co přinese budoucnost?

Poslední otázka výzkumu se zaměřuje na to, zda dotázaní přemýšlí o tom, co přinese budoucnost. Zde také vzniká značně vysoké rozdílové skóre, a to 0,43 ve prospěch seniorů žijících ve svých vlastních domácnostech (viz příloha č. 3, graf č. 17 a tabulka č. 3). Tato skutečnost je zřejmá i z podrobných grafů, jelikož hodně až maximálně o budoucnosti přemýšlí celých 51% respondentů této skupiny oproti 19% skupiny druhé. Liší se tedy o celých 32%. Obdobné je to i se zastoupením respondentů v možnostech trochu nebo vůbec ne, kde je poměr 81% respondentů z domovů pro seniory ku 47% respondentů druhé skupiny. Rozdíl je tedy také velmi vysoký – 34%.

V tomto zjištění se oproti předchozím dvěma otázkám shodujeme se vstupní hypotézou (viz kapitola 5.2), kdy jsme předpokládali, že senioři žijící ve svých vlastních domácnostech přemýšlí o své budoucnosti více než respondenti druhé skupiny, kteří domov pro seniory považují za „konečnou stanici“ svého života.

5.7 Shrnutí výsledků výzkumu

Cílem praktické části této práce bylo pomocí anonymních strukturovaných dotazníků zjistit a porovnat rozdíly v percepci kvality života u obou zkoumaných skupin, což bylo splněno. Na tomto místě je třeba ještě stručně zhodnotit výsledky výzkumu ve vztahu k předem stanoveným hypotézám (viz kapitola 5.2).

První ze vstupních předpokladů, který měl výrazně ovlivnit rozdílnou percepci kvality života u obou skupin, a to ten, že senioři žijící ve svých vlastních domácnostech žijí v partnerském vztahu ve větším zastoupení než senioři žijící v domovech pro seniory, se potvrdil. Ostatní dva předpoklady: odhad nižšího věku seniorů žijících ve vlastních domácnostech, a že jsou senioři žijící ve svých vlastních domácnostech ve výrazně lepší zdravotní kondici než senioři druhé skupiny, potvrzeny nebyly. Na základě odpovědí samotných respondentů, byly spíše vyvráceny. I přesto se vstupní hypotéza našeho výzkumu, že rozdílná sociodemografická charakteristika vzorku respondentů obou sledovaných skupin

bude mít vliv na rozdílnou percepci kvality jejich života, potvrdila, ačkoli rozdíly nebyly v řadě otázek výraznější. Na druhou stranu byly u některých otázek zjištěny značné rozdíly v percepci kvality života u obou skupin respondentů, a to v obecné rovině i v dílčích otázkách.

V další hypotéze jsme předpokládali, že při možnosti spontánního výběru aspektů, které nejvíce ovlivňují percepci kvality života respondentů, budou zjištěny rozdíly mezi sledovanými skupinami, což bylo potvrzeno. I když respondenti obou sledovaných skupin shodně označili za faktor, který nejvíce ovlivňuje kvalitu jejich života, zdraví a rozdíl mezi skupinami byl minimální, objevily se i výraznější rozdíly. Nejvyšší procentuální rozdíl byl zjištěn u faktoru rodina, dále pak u dostupnosti zdravotní péče, domova, finančního příjmu a soběstačnosti. Překvapivě velice málo uváděným faktorem byl partner, u kterého jsme předpokládali vyšší procento zastoupení. Naopak faktory přátelství a pohodlí, kterým jsme v začátku nepřikládali větší důležitost, se v odpovědích respondentů vyskytovaly v hojně míře.

To, že percepce kvality života úzce souvisí s místem seniorova bytí, nevyvrátily, stejně jako u jiných šetření, ani výsledky našeho výzkumu. Tato skutečnost se nám potvrdila v několika zkoumaných otázkách. Tohoto tématu se dotkly otázky č. 5 a 6 (viz kapitola 5.6), kdy z odpovědí respondentů jasně vyplynulo, že by většina seniorů, kteří žijí v domovech pro seniory, v případě možnosti svobodného rozhodnutí zvolila za místo svého bytí jiné než to stávající, a to dokonce i v případě zhoršení zdravotního stavu.

Zajímavým zjištěním je bezpochyby to, že ačkoli bylo u seniorů žijících v domovech pro seniory očekáváno prožívání spíše negativních pocitů provázených myšlenkami o smrti častější než u seniorů žijících ve vlastních domácnostech, výsledek je opačný. Na zajímavosti pak přidává fakt, že se u seniorů obecně objevují negativní myšlenky a úvahy o smrti v tak malé míře. Na druhou stranu byl potvrzen náš předpoklad, že senioři žijící ve svých vlastních domácnostech přemýšlí o své budoucnosti více než respondenti druhé skupiny.

Závěrem hodnocení výsledků výzkumu bychom se rádi vyjádřili k celkovému rozdílu v percepci kvality života seniorů obou sledovaných skupin. Zjistili jsme, že obecně jsou ve výsledku nepatrně spokojenější senioři žijící ve svých vlastních domácnostech než senioři žijící v domovech pro seniory, a to o 2%, přičemž celkový rozdíl ve skóre činí pouhých 0,06 (viz příloha č. 3, graf č. 18). Celková spokojenost s kvalitou života je tedy u obou skupin téměř shodná.

Nelze opomenout skutečnost, že vzhledem k počtu respondentů není možné tento vzorek považovat za dostatečně reprezentativní a výsledky výzkumu tudíž nelze generalizovat na celou populaci. Na druhou stranu, vzhledem k tomu, že zjištěné výsledky nejsou ve většině případů v rozporu s empiricky ověřenými skutečnostmi/zákonitostmi, lze toto považovat za částečnou externí validaci výsledků tohoto výzkumu.

Z výsledků našeho výzkumu vzešlo několik navazujících otázek, které by bylo vhodné podrobit dalšímu dotazníkovému šetření. Patří mezi ně:

- zjistit důvody vedoucí seniory žijící v domovech pro seniory k tomu, že by i v případě zhoršení zdravotního stavu volili za své bydliště jiné místo než to, ve kterém v současnosti žijí
- zjistit, jak by senioři změnili podmínky v domově pro seniory tak, aby toto místo mohli považovat za domov v pravém slova smyslu
- zjistit, co je příčinou toho, že senioři ve vlastních domácnostech prožívají častěji negativní pocity než senioři druhé skupiny
- zjistit důvod, proč jsou respondenti žijící ve vlastních domácnostech méně spokojeni se svou schopností provádět každodenní činnosti než senioři z domovů pro seniory
- zjistit, z jakého důvodu se senioři tak málo zabývají myšlenkami o smrti.

V praxi se doporučujeme zaměřit především na to, aby se obecná představa o domově pro seniory jako o místě, kam lidé chodí s pocitem, že zde jednou jejich život skončí, zcela změnila. Je nutné, aby stávající i potencionální klienti začali toto místo vnímat jako skutečný domov, kde mohou strávit poslední, avšak zcela plnohodnotnou část svého života. Toho však nelze docílit bez skutečnosti, že se zde budou cítit „jako doma“. Aby tomu tak mohlo být, je třeba nejprve provést výše zmíněný výzkum, na základě kterého lze dospět ke zjištění, jakým způsobem by se podmínky žití v domovech pro seniory měly změnit a tyto poznatky následně aplikovat do praxe. Dále je nutné stále podporovat vzájemné sociální vazby v rámci domova pro seniory a především se snažit navázat a prohlubovat kontakty klientů s vlastními rodinami a blízkými osobami, které žijí mimo domov, aby se pro ně nestaly méně důležitými, než tomu bylo doposud a neztratili tak pocit sounáležitosti s lidmi, kteří byli pro ně do této doby důležití. To může v konečném důsledku pozitivně ovlivnit vnímání budoucnosti a smysl jejich existence.

6 Závěr

Tématem této práce je percepce kvality života seniorů. Přestože zájem o tuto problematiku stále roste, je tato tematika zastoupena spíše v teoretické rovině a aplikace těchto znalostí do praxe není dostatečná. Přínosem této práce je to, že není zaměřena pouze na to, jak aspekty stárnutí ovlivňují kvalitu života seniora, ale také na to, jak svou kvalitu života vnímá a hodnotí samotný jedinec. Cílem práce tedy bylo na základě dostupné literatury shrnout dosavadní poznatky o percepci kvality života u seniorů žijících ve svých vlastních domácnostech a seniorů žijících v domovech pro seniory a následně pomocí anonymních strukturovaných dotazníků zjistit a porovnat rozdíly v percepci kvality života u obou těchto skupin. Realizovaný výzkum je proto v této práci stěžejní.

Z hlediska teoretických východisek je práce orientována především na východiska sociální, jelikož se značná část odvíjí právě od prostředí, kde zkoumaný vzorek žije, a to ve vlastní domácnosti nebo v domově pro seniory. Sociologický přístup zahrnuje především tyto prvky - životní úroveň, způsob života, životní styl, potřeby a hodnoty. S tím neodmyslitelně souvisí i východisko psychologické. Předmětem psychologického pohledu na kvalitu života je prožívání, myšlení, hodnocení člověka, jeho potřeby, přání, sebehodnocení, seberealizace, sebeaktualizace a negativní indikátory, které jsou v této práci zahrnuty. Nelze vynechat ani východiska fyziologická, jelikož stárnutí je úzce spjato se změnami zdravotního stavu a různými omezeními s tím spojenými.

Věříme, že nejen teoretická část, ale právě provedený výzkum bude přínosný pro všechny, které zajímá kvalita života ve stáří a také pro ty, kteří jsou v každodenním styku se seniory. Pro mě osobně bylo zpracování této bakalářské práce skutečným přínosem, rozšířilo můj dosavadní přehled v této problematice a získané poznatky hodlám v budoucnosti dále využít.

Resumé

Práce je rozdělena na dva celky, a to na část teoretickou a praktickou. Teoretická část má čtyři kapitoly. První z nich, Kvalita života, obsahuje vymezení pojmu kvalita života, jinak také nazýváno Quality of life (QOL), dále pak pojetí kvality života v historii a současnosti a přístupy a dimenze kvality života. V kapitole druhé, která nese název Stáří, pojednáváme o tom, co to vlastně stáří je a jaké jsou jeho fyzické, psychické a v neposlední řadě také sociální aspekty. V další kapitole, Senioři žijící v domově pro seniory, se zabýváme odchodem starých lidí do domova pro seniory, jejich adaptací na život v domově a faktory, které ovlivňují jejich život. Obdobné je to s poslední kapitolou teoretické části, Senioři žijící ve vlastní domácnosti. Zde se především snažíme objasnit příčiny jejich setrvání ve vlastní domácnosti a samozřejmě také faktory, které je ovlivňují, ať se jedná o zdravotní stav, sociální oblast nebo vnitřní realitu.

Praktická část je zaměřena na kvantitativní výzkum, jehož cílem bylo na základě dotazníkového šetření zjistit rozdíly mezi percepcí kvality života seniorů žijících v domovech pro seniory a seniorů žijících ve vlastních domácnostech, a to především to, jaké faktory jsou seniory považovány za nejvýznamnější z hlediska ovlivňování kvality jejich života, jak jsou jimi jednotlivé oblasti vnímány, hodnoceny a do jaké míry je pro ně kvalita života důležitá.

Summary

The topic of my work is The perception of senior's life quality. The theme is very interesting and important for research because growing old is a complex lifelong process, which concerns everyone of us. The growing old of population cannot be omit too and our society is interested in it more and more. In last years the topic quality of life has been more and more found in literature, that I find very positive. According to me, this theme is included more in teoretical way and the practical application of the knowledge is not sufficented. The feedback is missing. It is not important only to concentrate on how aspects of growing old influence the senior's life quality but it is substantive to find out which way the seniors perceive and eveluate own quality of life. On this reason I find the topic of my work as contributive. The main positive is that the issue has been supplemented by a realized research, which I consider as crucial given the comparison of in own households living senior's life quality and in the senoior houses living senior's life quality.

The main goal of my work is to get more to the heart of the matter of senior's life quality. The work is devided into two parts – teoretical and practical. The first of them contains four chapters. The first chapter calls Quality of life and includes - definition of term, quality of life in history and present, attitudes and dimensions. The second chapter, Old age, is about what the old age means and what the all aspects of old age exist. The chapter Seniors living in senior houses contains information about leaving to senior houses, adaptation to leaving in this institutions/facilities and factors influencing lives of these respondents. The last part is similar as the previous and is concantrated on seniors living in their own households. We speak there about causes of their staying at home and of course factors influencing their lives – state of health, social field and inner reality.

From the point of view of teoretical basis the work is primarily socialy focused because the main part, research, is based on the place, where respondents live. It is a very complex issue. Social base includes for example these aspects – living standard, life style, needs and values. The object of the psychological base is living through, mind, self-concept, self-realization, self-actualization, needs, wishes and negative indicators, which are included in this work too. The physiological viewpoint cannot be omitted too because growing old is connected with changes of state of health and another related limits.

The practical part is concentrated on quantitative research, whose goal is to find out differences between perception of life quality of seniors living in their own households and seniors living in senior houses. It has been realized using anonymous questionnaires and concentrated on factors, which are considered by seniors as the most important with regard to quality of life, how seniors perceive and value them and how quality of life is important for them.

I believe the work will be a contribution to everyone, who works with seniors, who is in relation with them or who is only interested in this topic.

Seznam použité literatury a internetových zdrojů

Použitá literatura

1. DRAGOMIRECKÁ, Eva, BARTOŇOVÁ, Jitka.: *Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF a WHOQOL-100*. Praha :Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-82-4
2. DRAGOMIRECKÁ, Eva, PRAJSOVÁ, Jitka. *Příručka pro uživatele české verze dotazníků Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku WHOQOL-OLD*. Praha: Psychiatrické centrum, 2009. ISBN 978-80-87142-05-9
3. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3
4. DVOŘÁKOVÁ, Zuzana, DUŠKOVÁ, Lucie, a kol. *Svět práce a kvalita života*. Praha: VÚBP, 2006. ISBN 80-86973-08-5
5. GRUSS, Peter. *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-6
6. HALEČKA, Tibor. *Kvalita života a jej ekologicko-environmentální rozmer*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2002. ISBN 80-8068-4
7. HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X
8. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9
9. HNILICOVÁ, Helena. *Kvalita života – Sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2004. ISBN 80-86625-20-6
10. KALVACH, Zdenek a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4
11. KALVACH, Zdenek, ZADÁK, Zdenek a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6

12. KLEVETOVÁ, Dana, DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-6642-3
13. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0
14. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-71-78-551-2
15. KUCHAROVÁ, Věra. *Život ve stáří. Zpráva o výsledcích empirického šetření*. Praha: VÚPSV, 2002.
16. MAŘÍKOVÁ, Hana. a kol. *Velký sociologický slovník I.*, Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-164-1
17. MÜHLPACHR, Pavel. *Schola Gerontologica*. Brno: Masarykova Univerzita, 2005. ISBN 80-210-3838-1
18. NOVOTNÁ, Lenka, HRÍCHOVÁ, Miloslava, MIŇHOVÁ, Jana. *Vývojová psychologie pro učitele*. Plzeň: Vydavatelství Západočeské univerzity, 1998. ISBN 80-7082-473-5
19. ORT, Jiří. *Kapitoly ze sociologie stáří*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, Pedagogická fakulta, 2004. ISBN 80-7044-636-6
20. PŘÍHODA, Václav. *Ontogeneze lidské psychiky*. Praha: SPN, 1974. ISBN 14-429-74
21. RAPLEY, Mark. *Quality of Life Research*. London: Sage, 2003. ISBN 978-07-619-5457-6
22. STUART-HEMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2
23. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka, a kol. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. ISBN 987-80-244-2141-4
24. VAĐUROVÁ, Helena, MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života – teoretická a metodologická východiska*. Brno: MU, 2005. ISBN 80-210-3754-7
25. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5
26. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5
27. VESELÁ, Jitka. *Sociální služby poskytované seniorům v domácnostech*. Praha: VÚPSV, 2003. ISBN 80-239-1353-0

28. VIDOVIČOVÁ, Lucie. *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti*.
Brno: Masarykova Univerzita. ISBN 978-80-210-4627-6

Použité internetové zdroje

29. <http://petdrhlik.webzdarma.cz/zdravi/zdravi-28.htm>
(22.02.2013)
30. http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/evaluace/banka_evaluacnich_nastroju_dotazniky_kvality_zivota_svetove_zdravotnicke_organizace
(21.01.2013)
31. <http://www.itsolution.cz/maslowova-teorie.a14.html>
(14.01.2013)
32. <http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=2213>
(11.01.2013)
33. <http://www.pracepropravniky.cz/zakony/zakon-o-socialnich-sluzbach>
(18.01.2013)
34. <http://www.psychoweb.cz/slovník/konfabulace---co-to-je-vyznam-podle-slovníku/>
(12.11.2012)
35. <http://www.topzine.cz/kvantitativni-a-kvalitativni-vyzkum>
(11.03.2013)

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Hlavní organizace a výzkumné skupiny

Příloha č. 2 - Maslowova pyramida potřeb

Příloha č. 3 - Zpracování výzkumné části - grafy

Příloha č. 4 – Dotazník

Příloha č. 5 – CD

PŘÍLOHA Č. 1 – HLAVNÍ ORGANIZACE A VÝZKUMNÉ SKUPINY

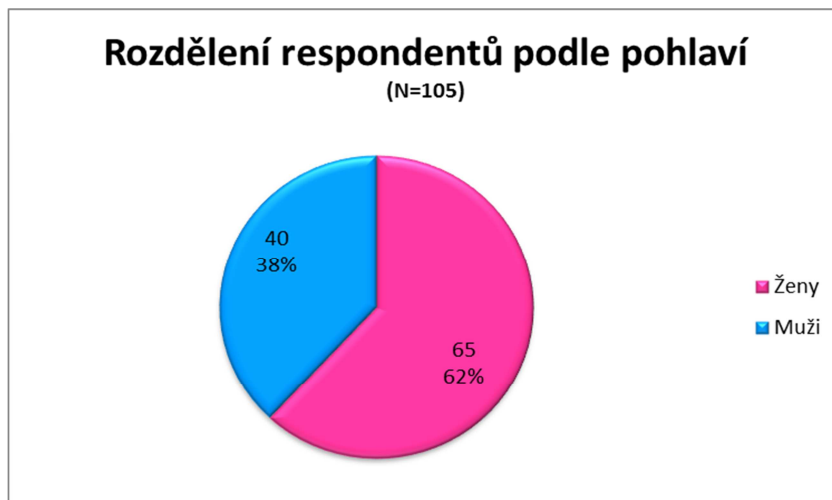
HLAVNÍ ORGANIZACE A VÝZKUMNÉ SKUPINY
American Thoracic Society – QOL Group
Australian Centre on Quality of Life
Australian Health Outcomes Collaboration
Behavioural Sciences at Nottingham University
Cancer and Leukemia Group B (CALGB)
Cardiff Research Consortium
Center for Health Outcomes, Policy, and Evaluation Studies, The Ohio State University (HOPES)
Centers for Disease Control and Prevention's Division of Adult and Community Health
Center for Health Program Evaluation (CHPE)
Center for Health Outcomes and Policy Research, University of Pennsylvania
Center for Health Quality, Outcomes & Economic Research (CHQOER)
Center for Outcomes Research, University of Massachusetts
Center for Pharmaceutical Outcomes Research, University of North Carolina at Chapel Hill School
Chartered Society of Physiotherapy
Cochrane Collaboration
Connaissances et Décision en Economie de la Santé (base CODECS)
Department of Health Care Policy Harvard Medical School
Department of Health Services, University of Washington
Department of medicine, Clinical Epidemiology and Biostatistics, McMaster University
Department of Palliative Care and Policy, London
EORTC Quality of Life Study Group
European Clearing Houses on Health Outcomes (ECHHO)
Health Assessment Lab (HAL)
Health & Quality of Ilfe Research Centre
Health & Survey Research Unit
Health Outcomes Research Europe
Health Services Research – UCLA
Health Services Research Unit, University of Oxford
Health Utilities Group (HUG)
Human Research Services Institute
Institute for Health Services Research and policy Studies
International Society for QOL Research (ISOQOL)
International Society for QOL Studies (ISQOLS)
International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR)
Irish Clearing House on Health Outcomes
MAPI Research Institute
Medical Outcomes Trust
Medical Technology & Practice pattern institute (MTPPI)
National Center for health Outcome Development (includes the patient-assessed Health Instruments database)

PŘÍLOHA Č. 2 – MASLOWOVA PYRAMIDA POTŘEB

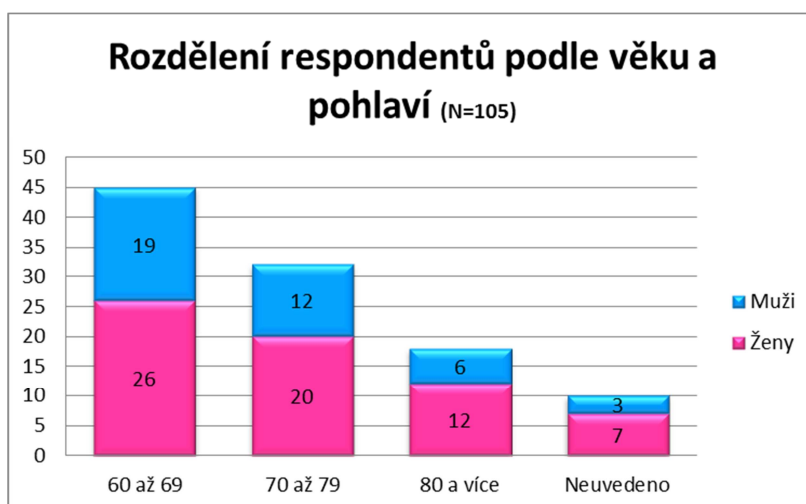


PŘÍLOHA Č. 3 - ZPRACOVÁNÍ VÝZKUMNÉ ČÁSTI

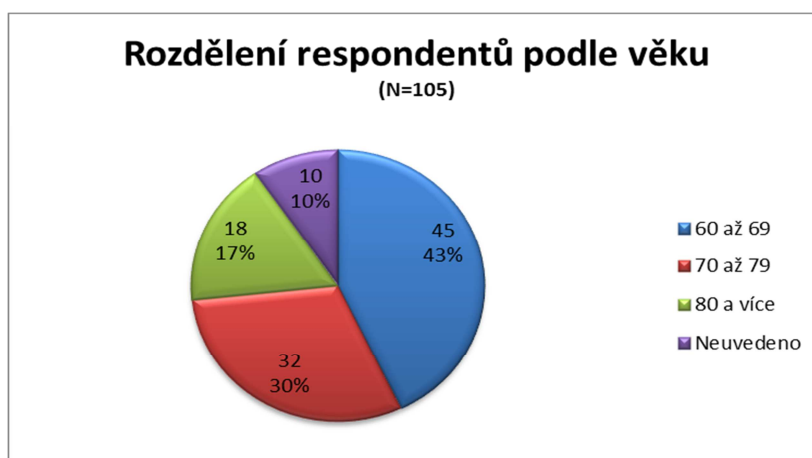
CHARAKTERISTIKA VZORKU RESPONDENTŮ – OBĚ SKUPINY



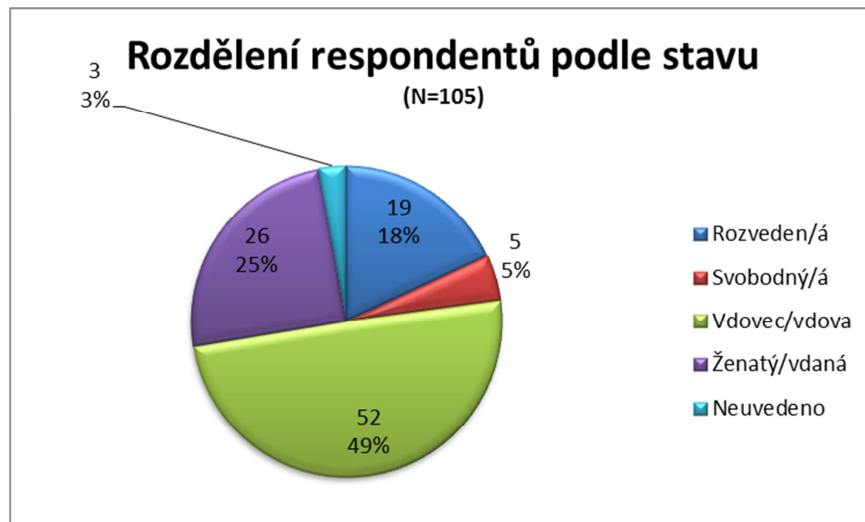
GRAF Č. 1



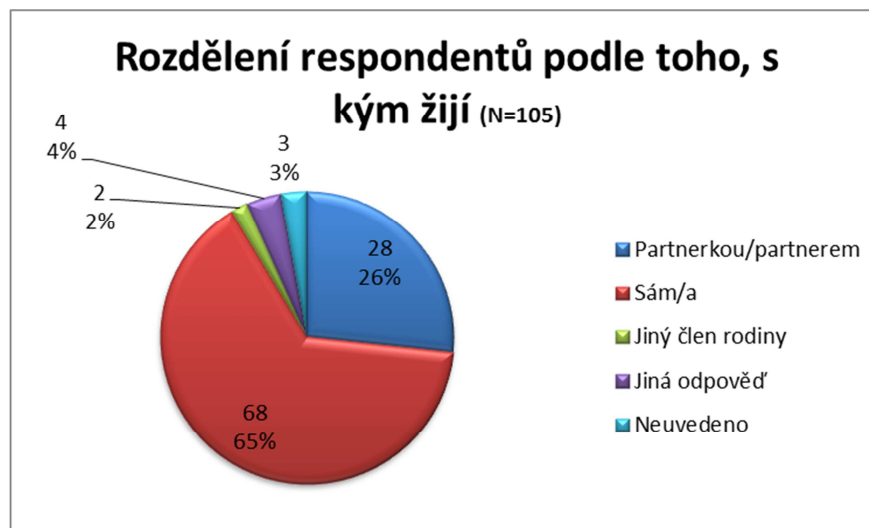
GRAF Č. 2



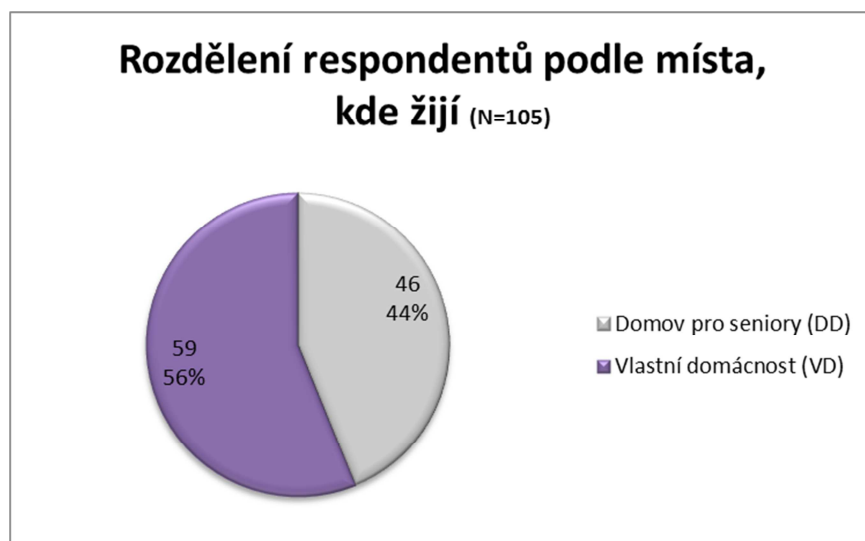
GRAF Č. 3



GRAF Č. 4

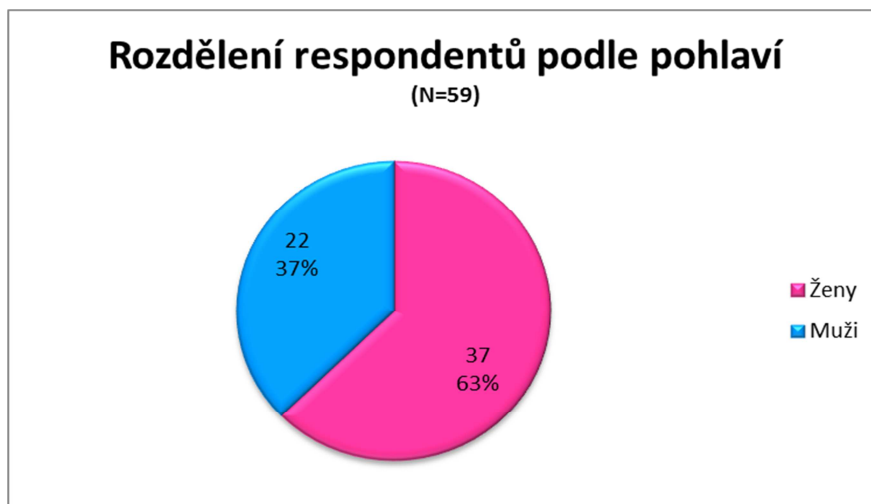


GRAF Č. 5

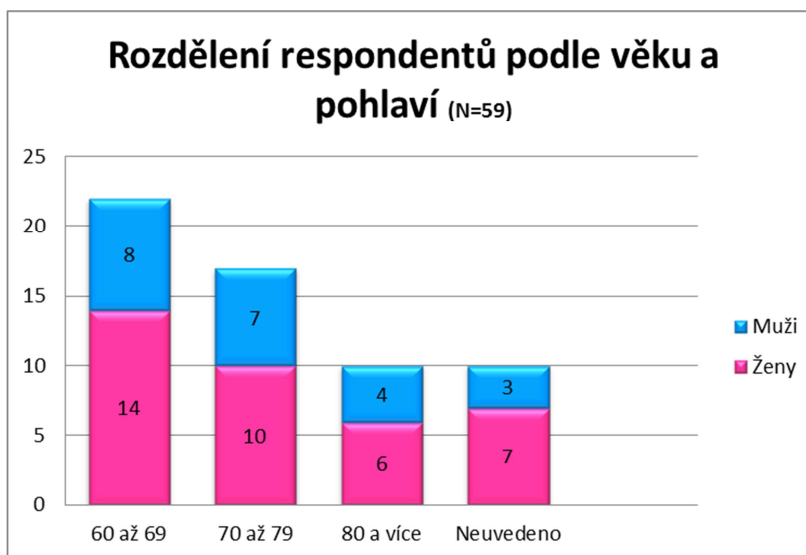


GRAF Č. 6

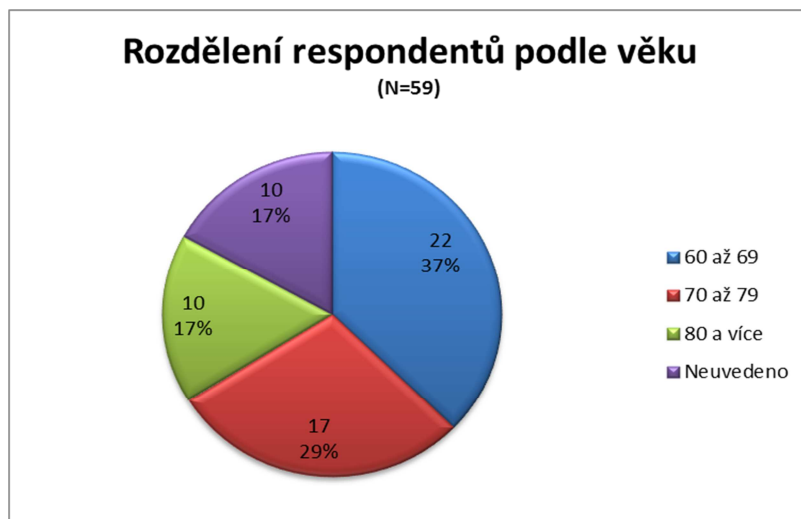
CHARAKTERISTIKA VZORKU RESPONDENTŮ – SENIOŘI ŽIJÍCÍ VE VLASTNÍ DOMÁCNOSTI (DÁLE JEN VD)



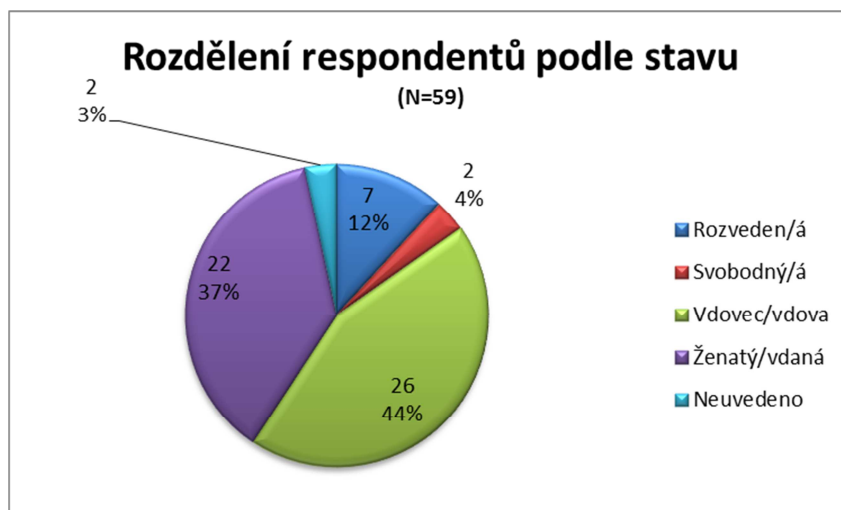
GRAF Č. 7



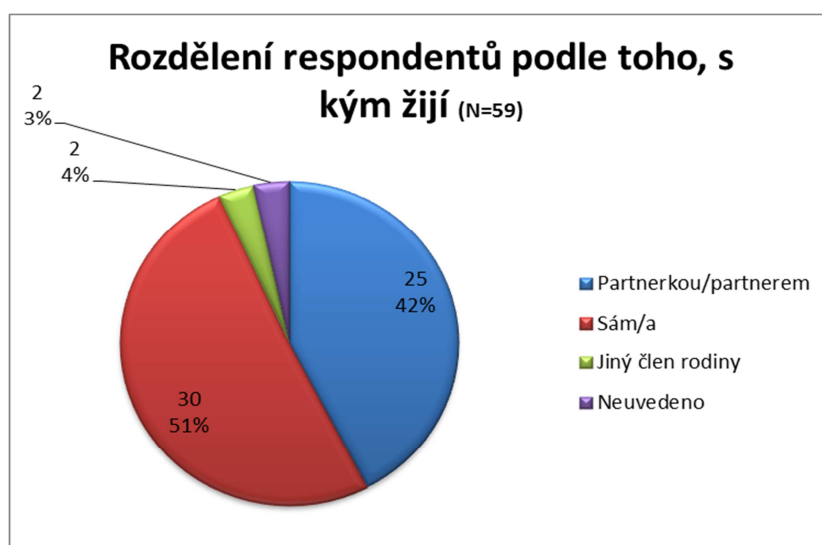
GRAF Č. 8



GRAF Č. 9

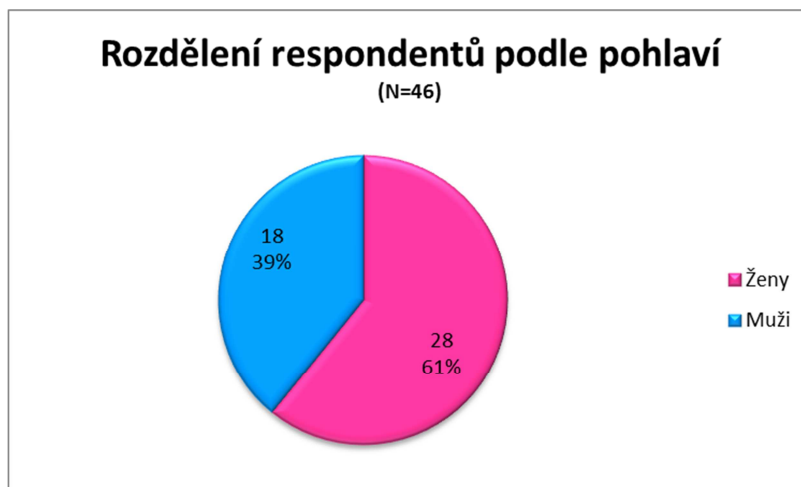


GRAF Č. 10

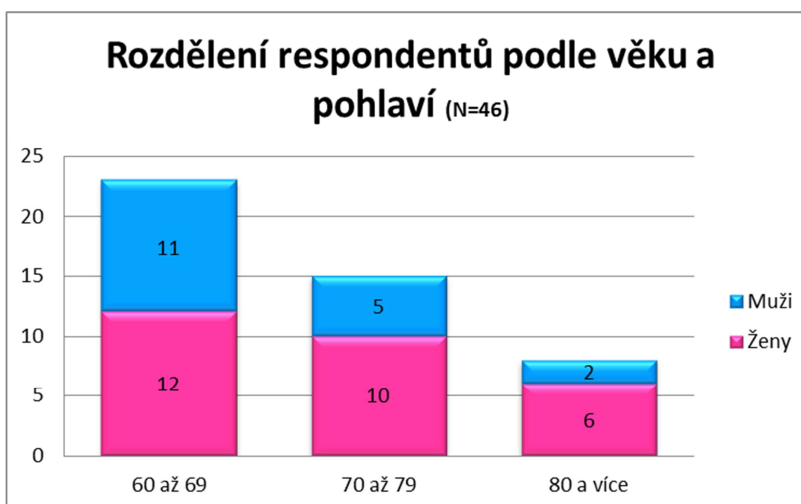


GRAF Č. 11

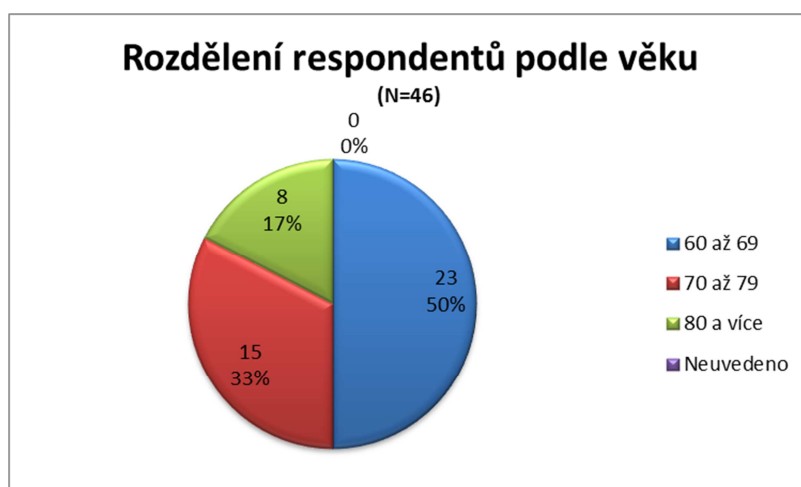
CHARAKTERISTIKA VZORKU RESPONDENTŮ – SENIOŘI ŽIJÍCÍ V DOMOVĚ PRO SENIORY (DÁLE JEN DD)



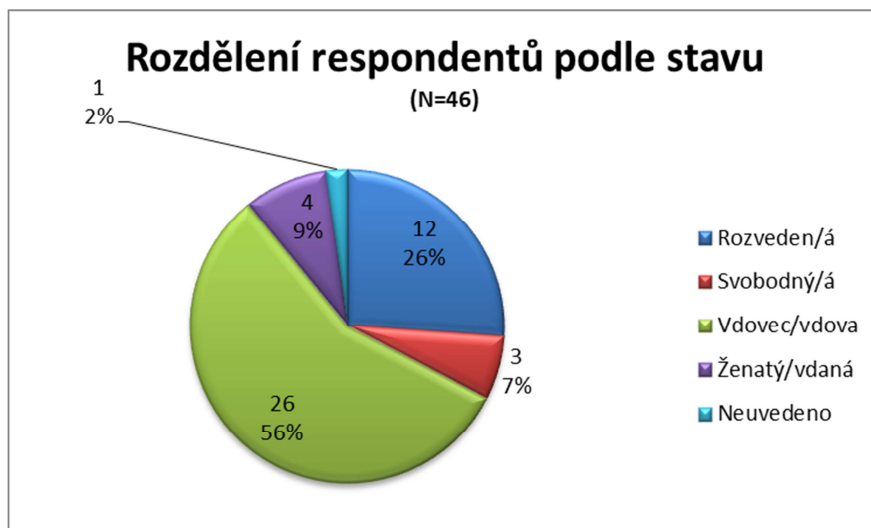
GRAF Č. 12



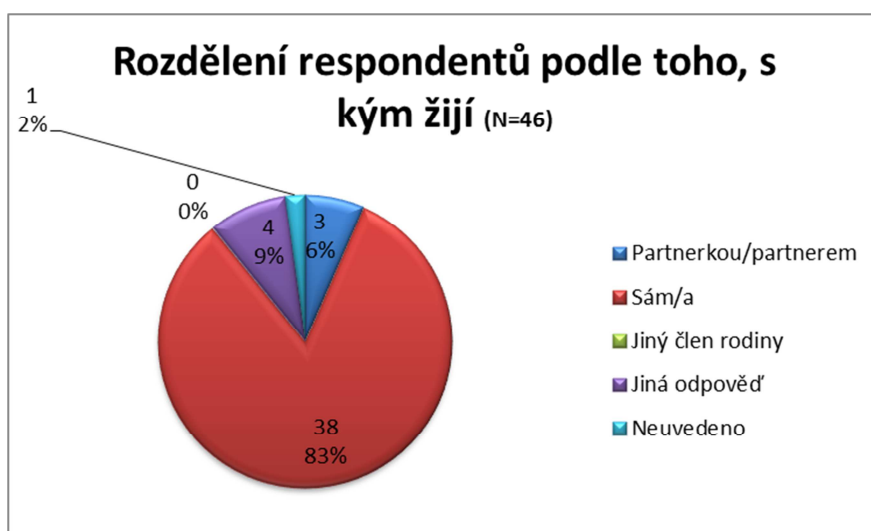
GRAF Č. 13



GRAF Č. 14

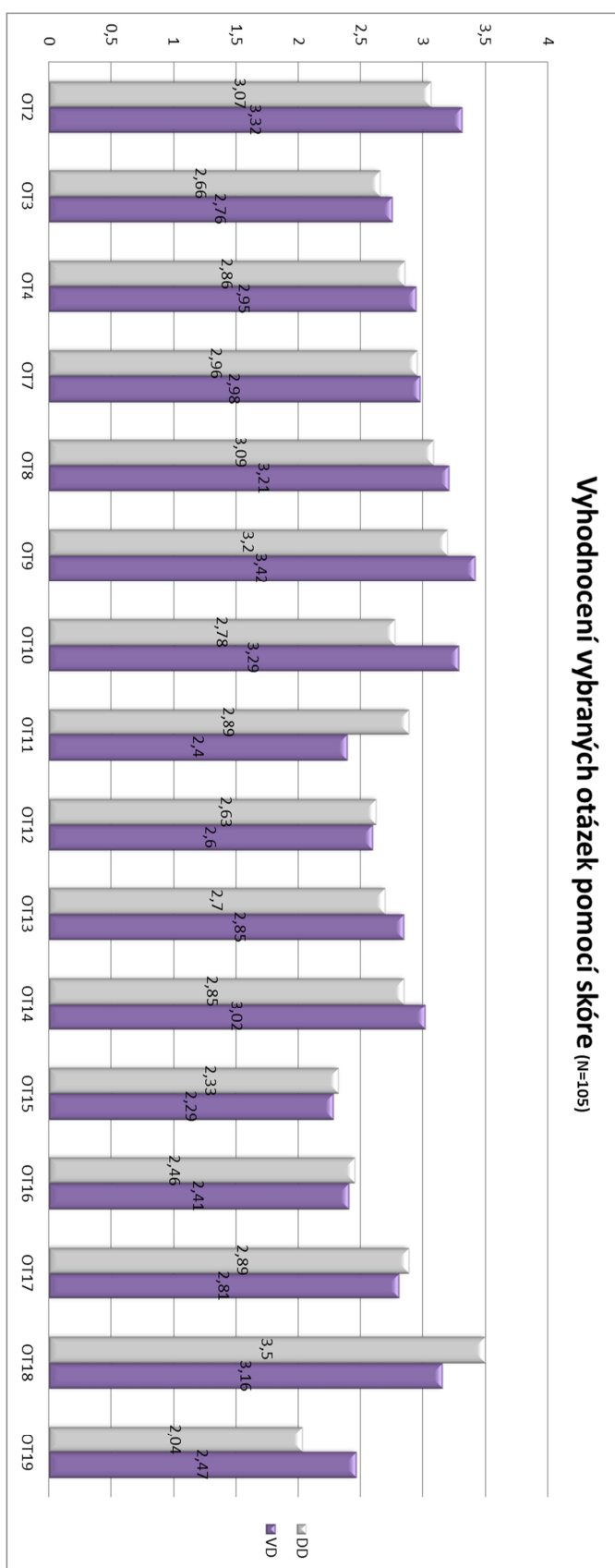


GRAF Č. 15



GRAF Č. 16

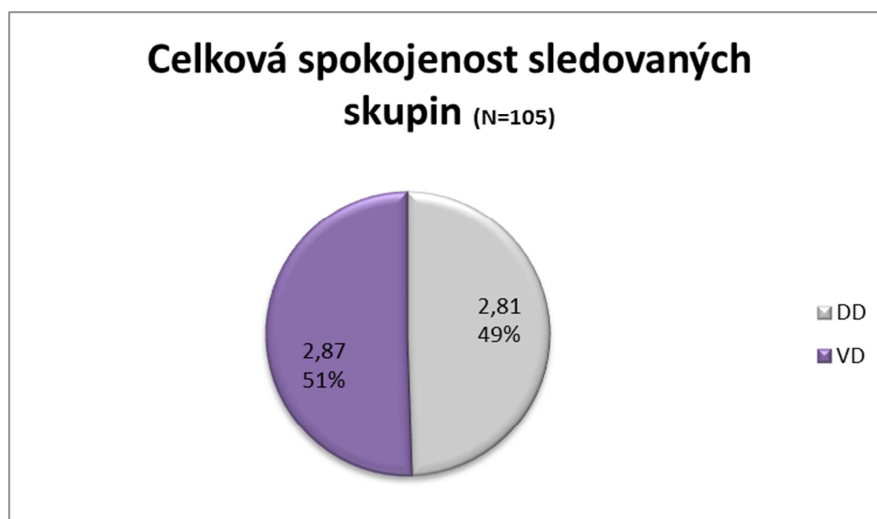
RÁMCOVÉ ZHODNOCENÍ VYBRANÝCH OTÁZEK POMOCÍ SKÓRE



GRAF Č. 17

Otázka	DD	VD	Rozdíl
OT2	3,07	3,32	0,25
OT3	2,66	2,76	0,1
OT4	2,86	2,95	0,09
OT7	2,96	2,98	0,02
OT8	3,09	3,21	0,12
OT9	3,2	3,42	0,22
OT10	2,78	3,29	0,51
OT11	2,89	2,4	0,49
OT12	2,63	2,6	0,03
OT13	2,7	2,85	0,15
OT14	2,85	3,02	0,17
OT15	2,33	2,29	0,04
OT16	2,46	2,41	0,05
OT17	2,89	2,81	0,08
OT18	3,5	3,16	0,34
OT19	2,04	2,47	0,43
Celkové skóre	2,81	2,87	0,19

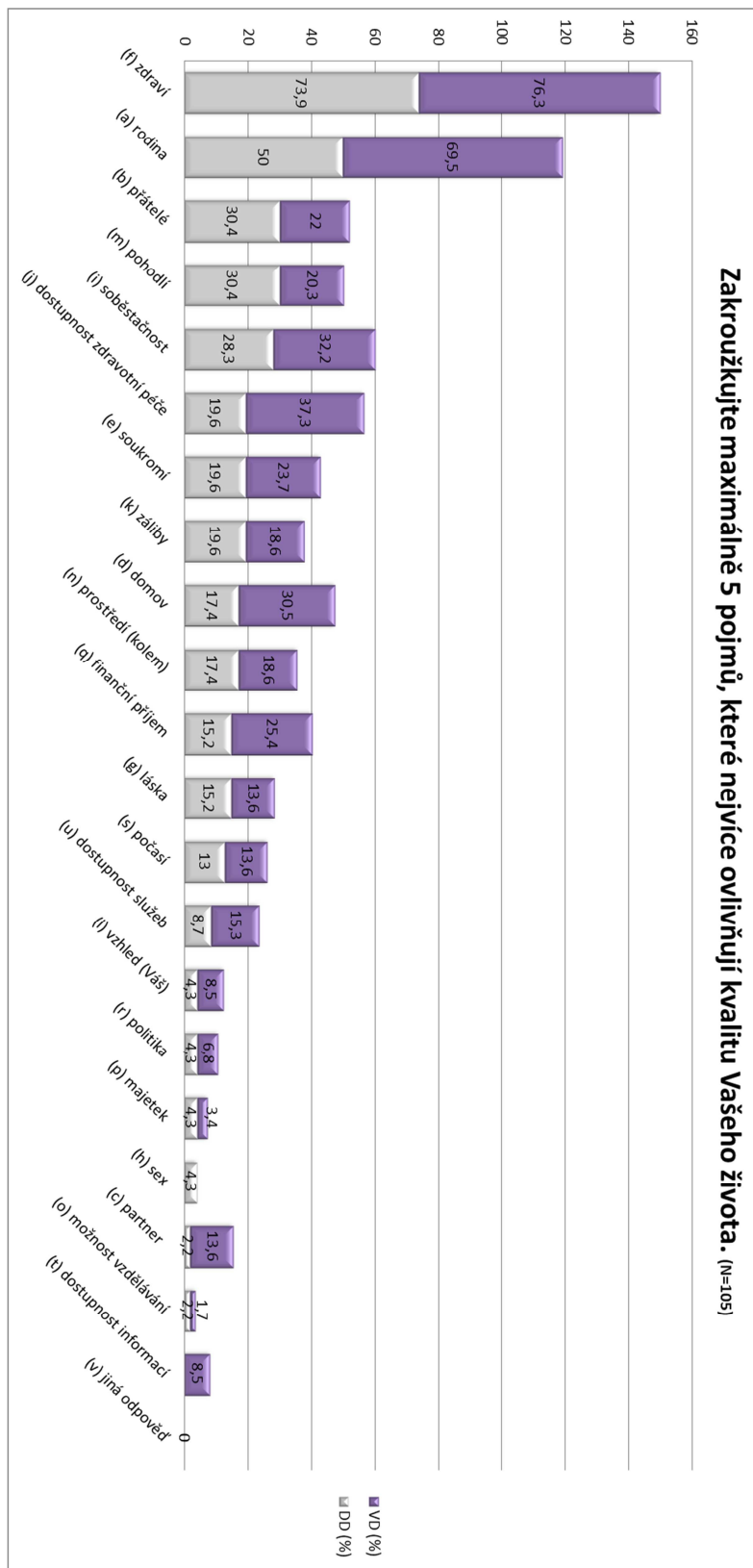
TABULKA Č. 3



GRAF Č. 18

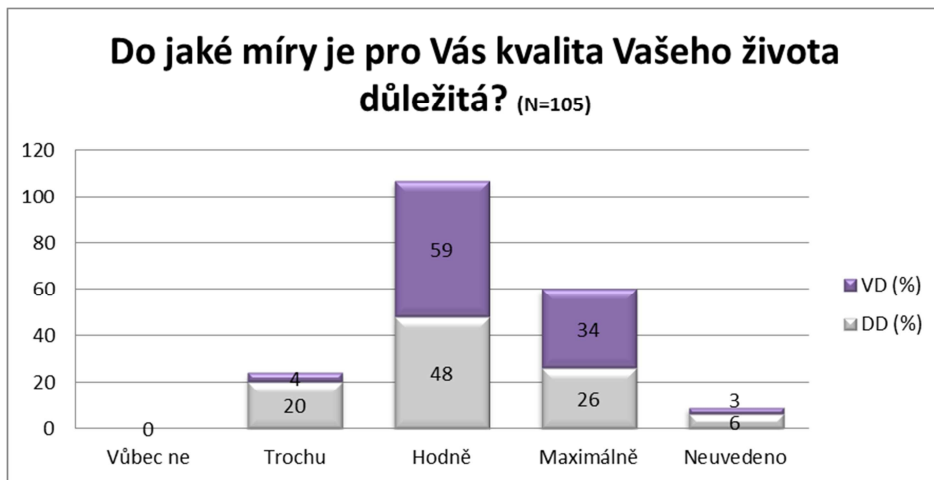
VYHODNOCENÍ JEDNOTLIVÝCH OTÁZEK

Otázka č. 1

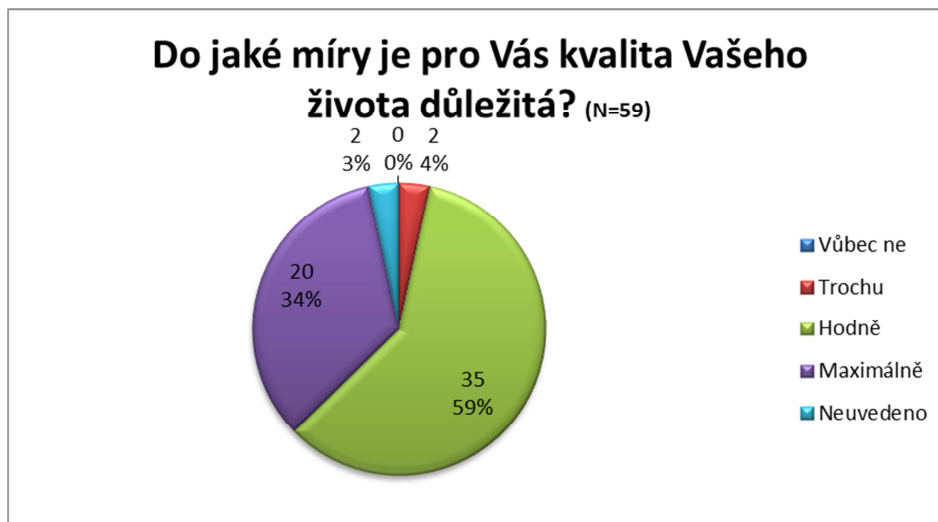


GRAF Č. 19

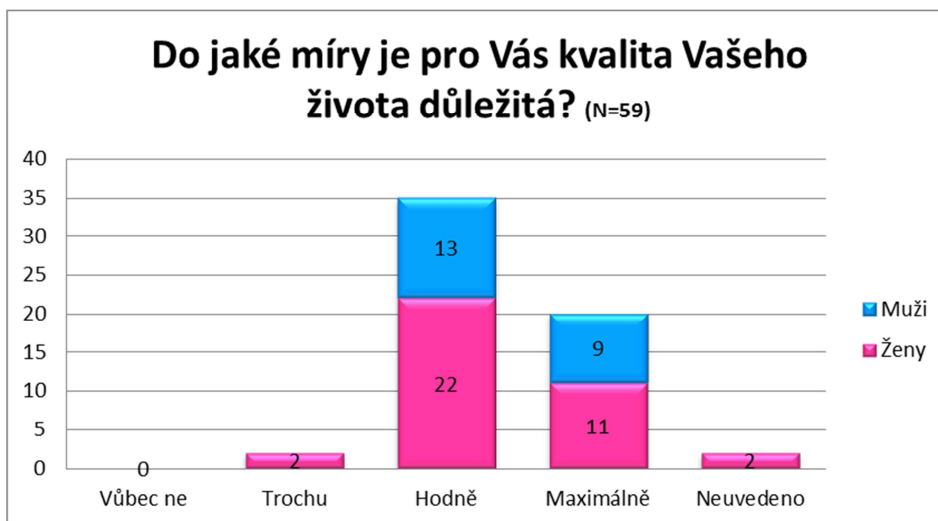
Otázka č. 2



GRAF Č. 20



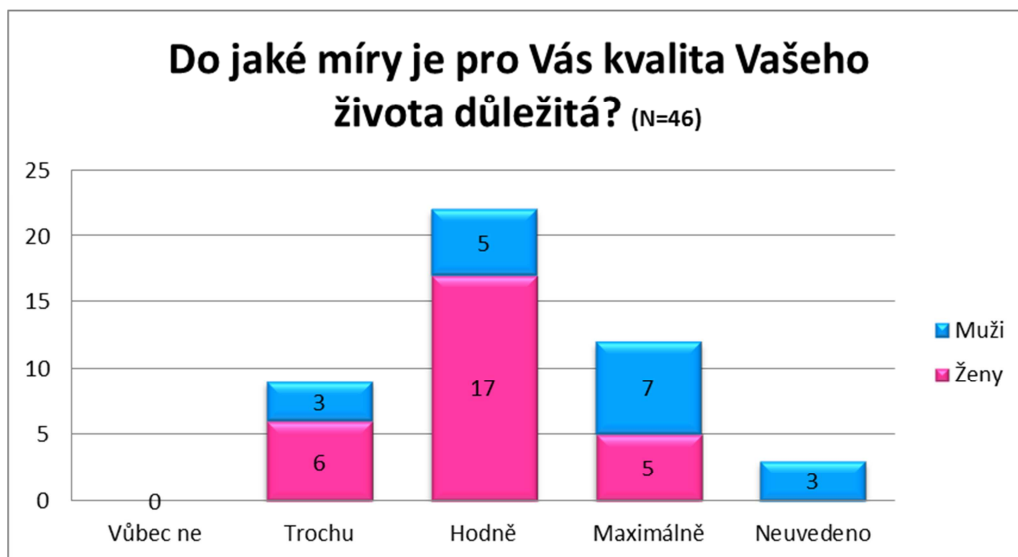
GRAF Č. 21



GRAF Č. 22

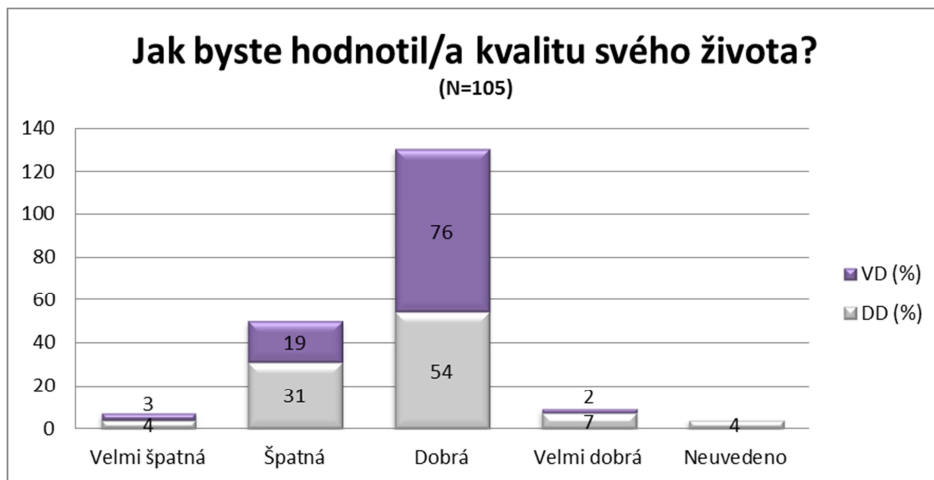


GRAF Č. 23

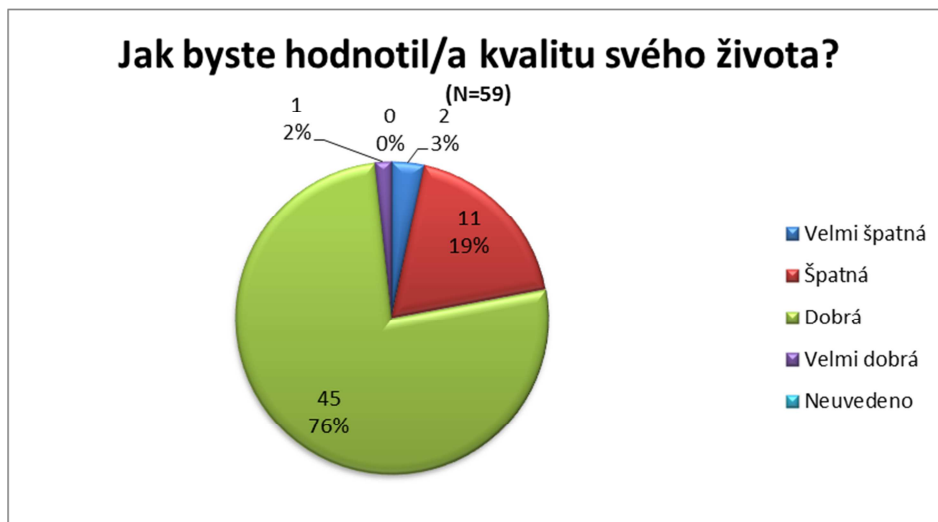


GRAF Č. 24

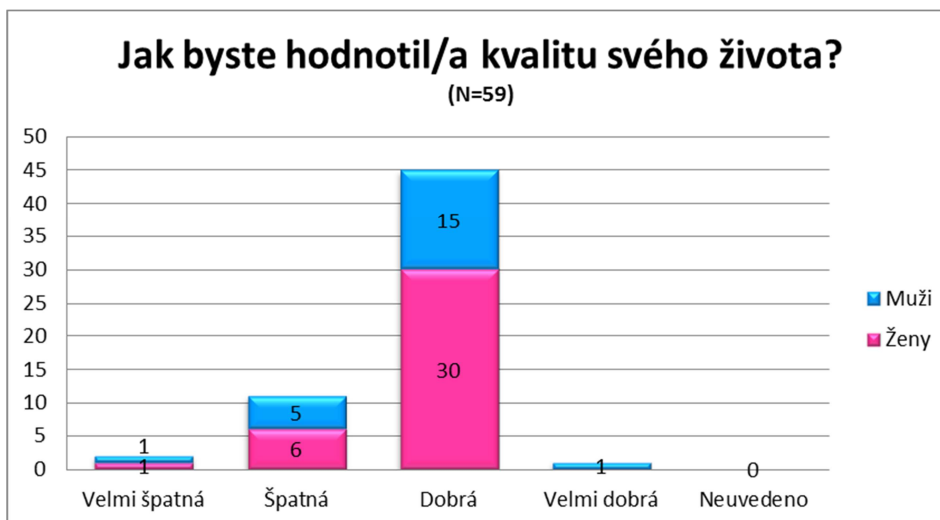
Otázka č. 3



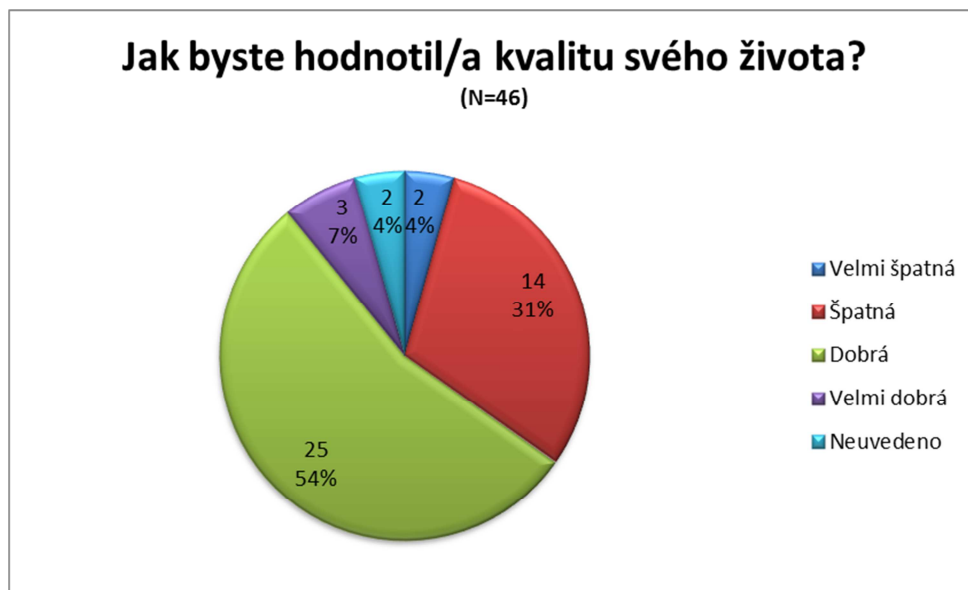
GRAF Č. 25



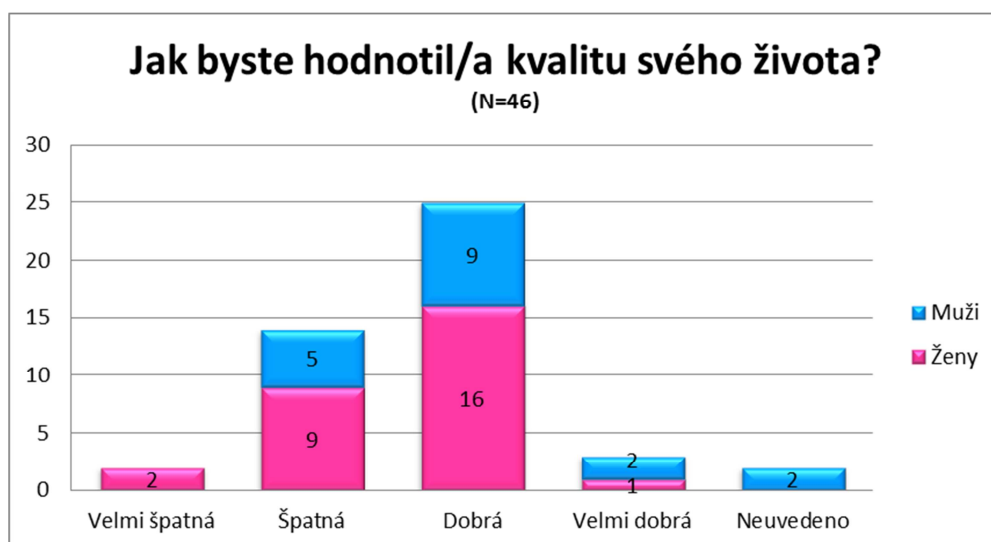
GRAF Č. 26



GRAF Č. 27

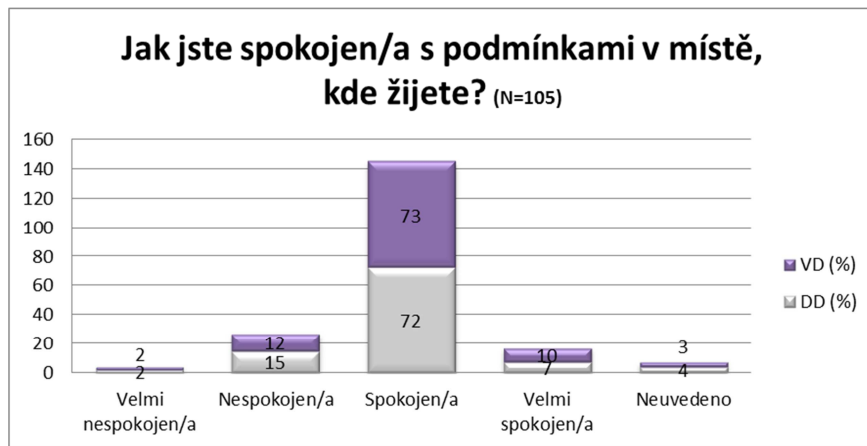


GRAF Č. 28

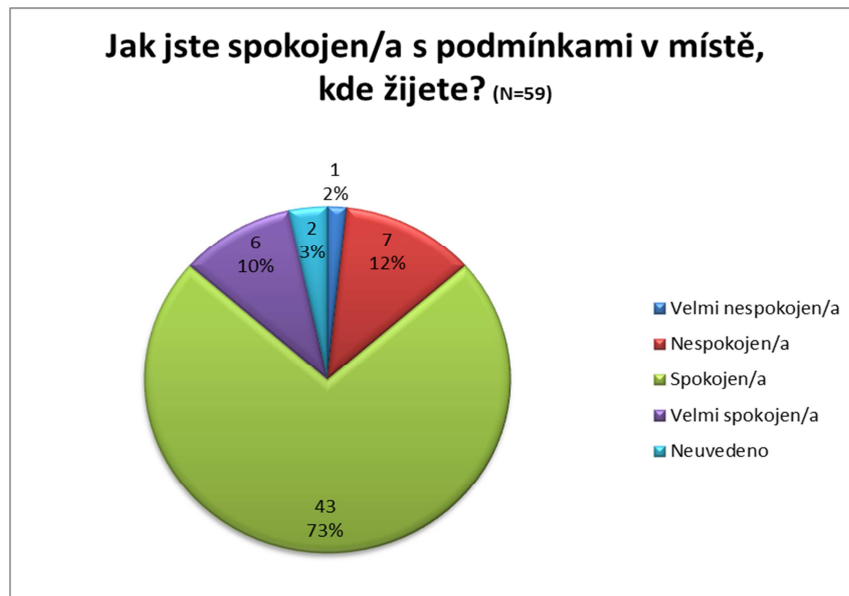


GRAF Č. 29

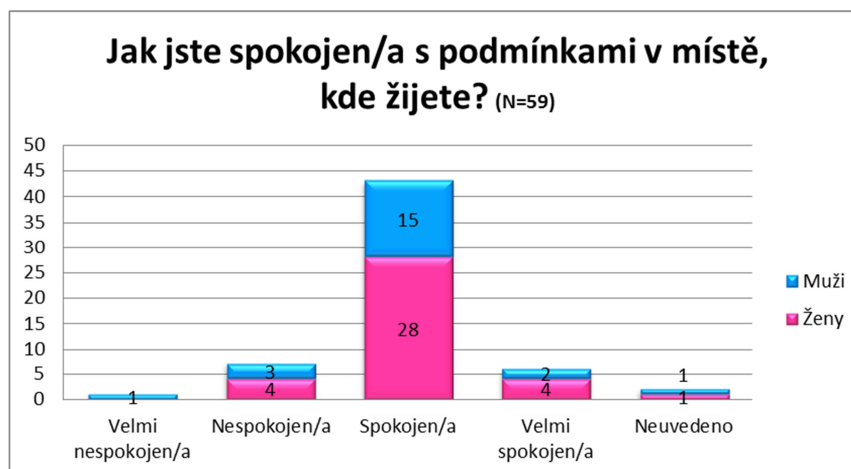
Otázka č. 4



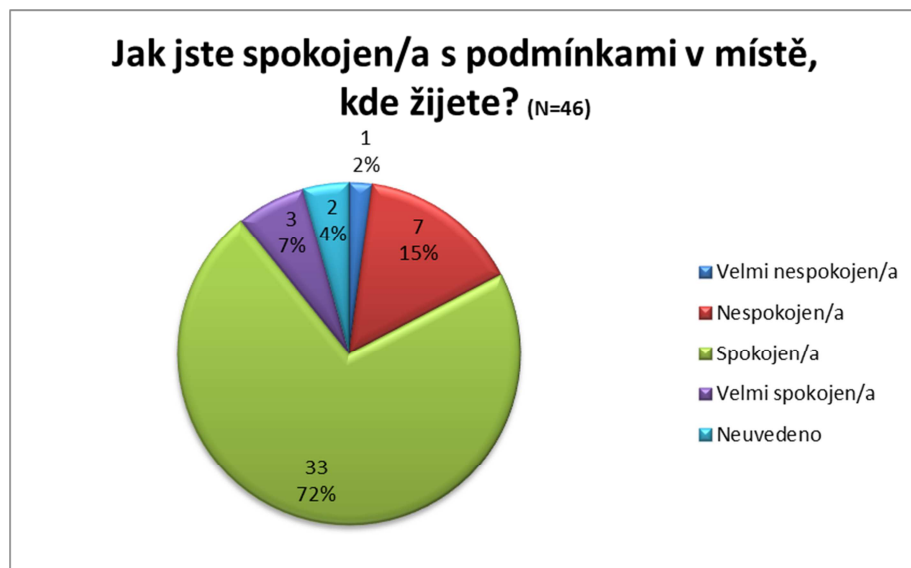
GRAF Č. 30



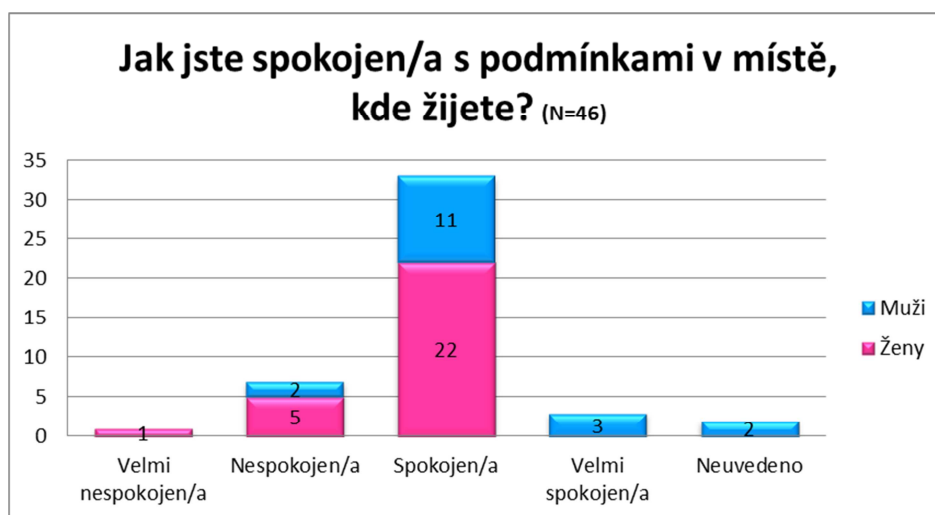
GRAF Č. 31



GRAF Č. 32

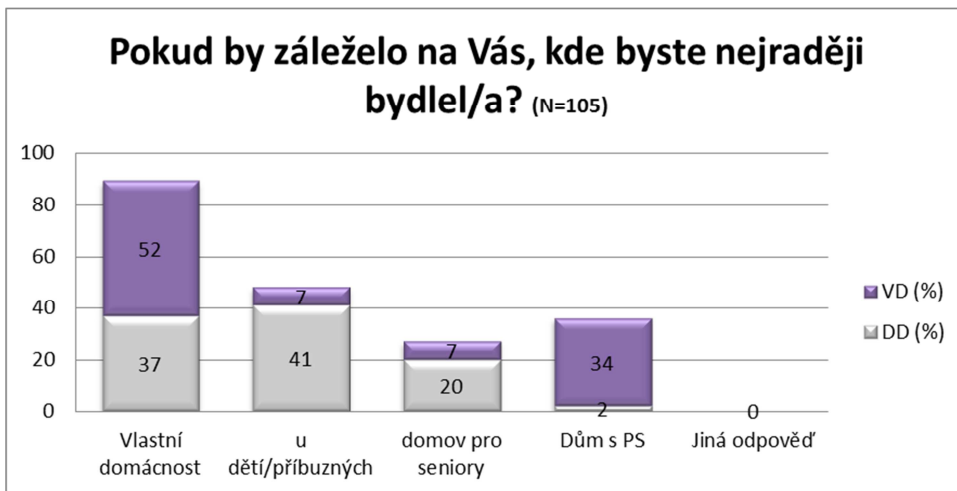


GRAF Č. 33

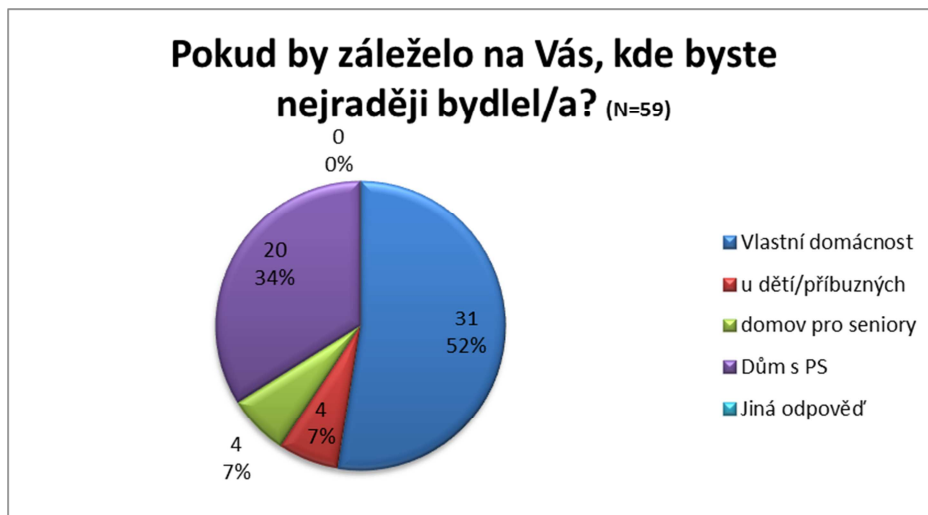


GRAF Č. 34

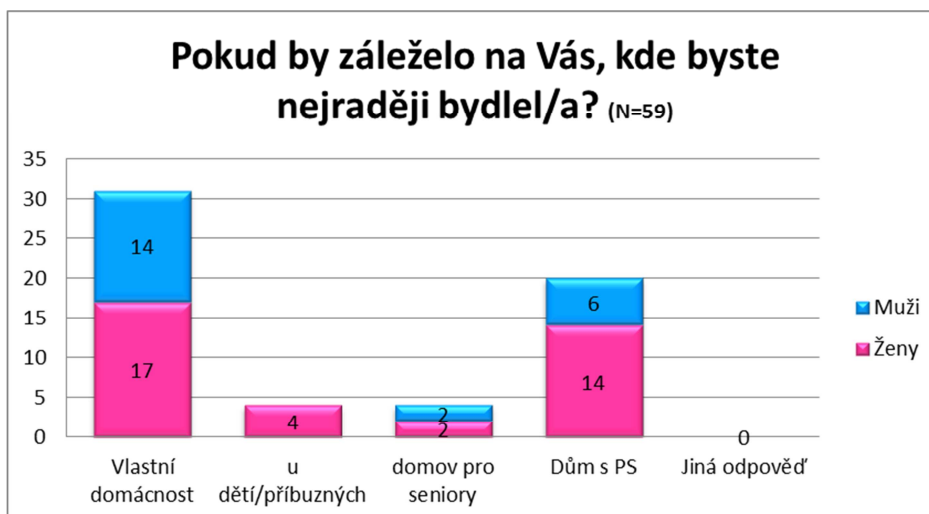
Otázka č. 5



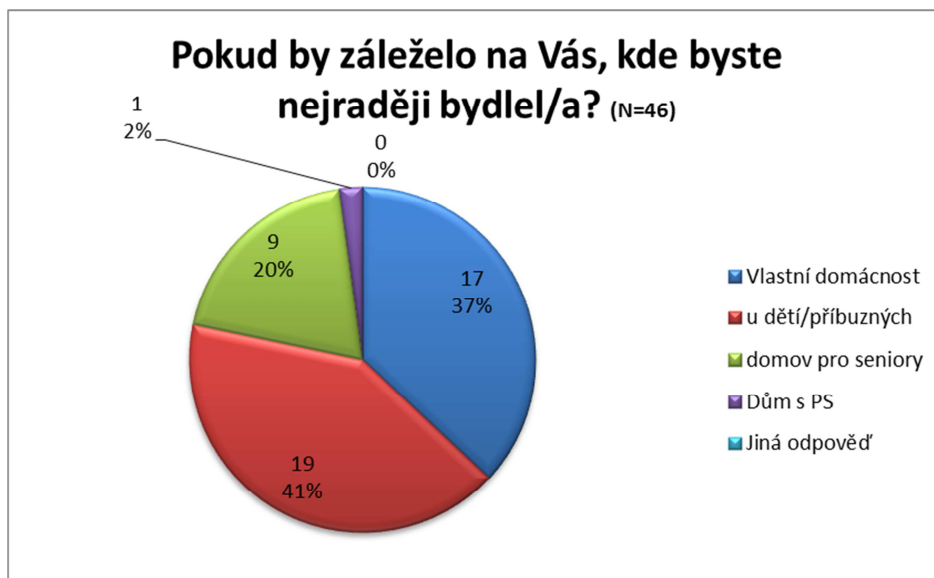
GRAF Č. 35



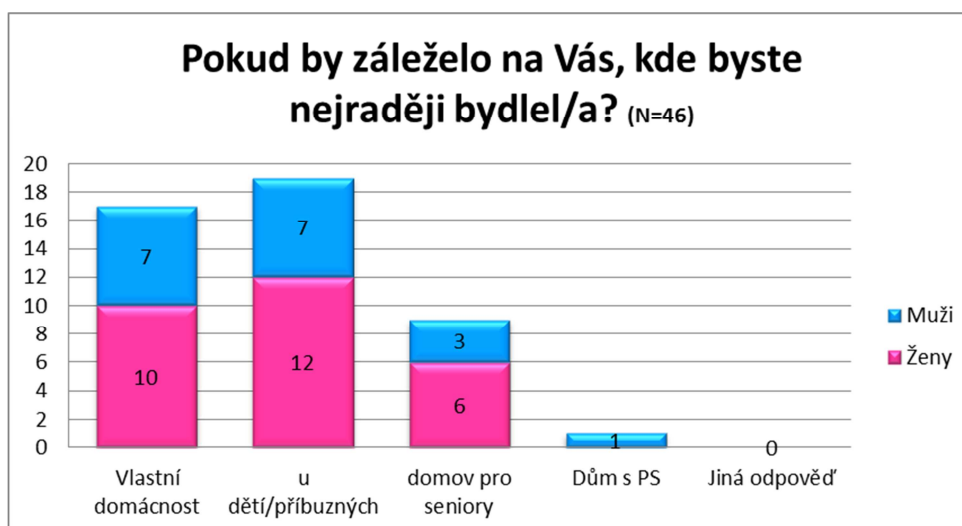
GRAF Č. 36



GRAF Č. 37

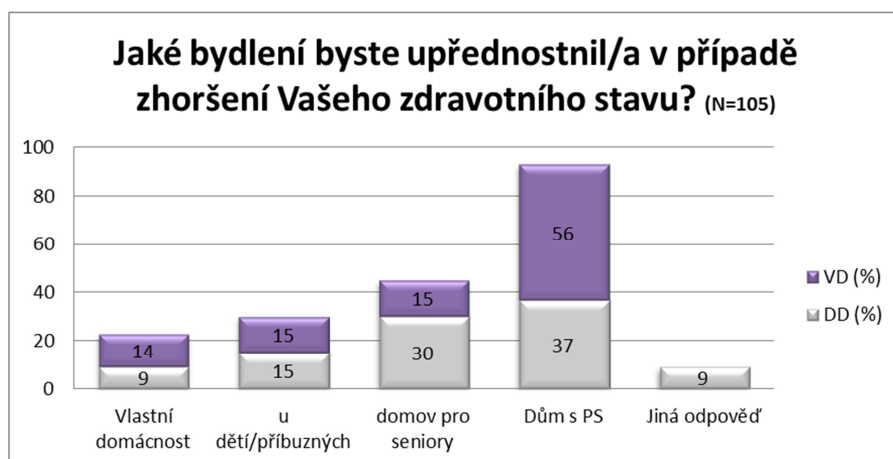


GRAF Č. 38

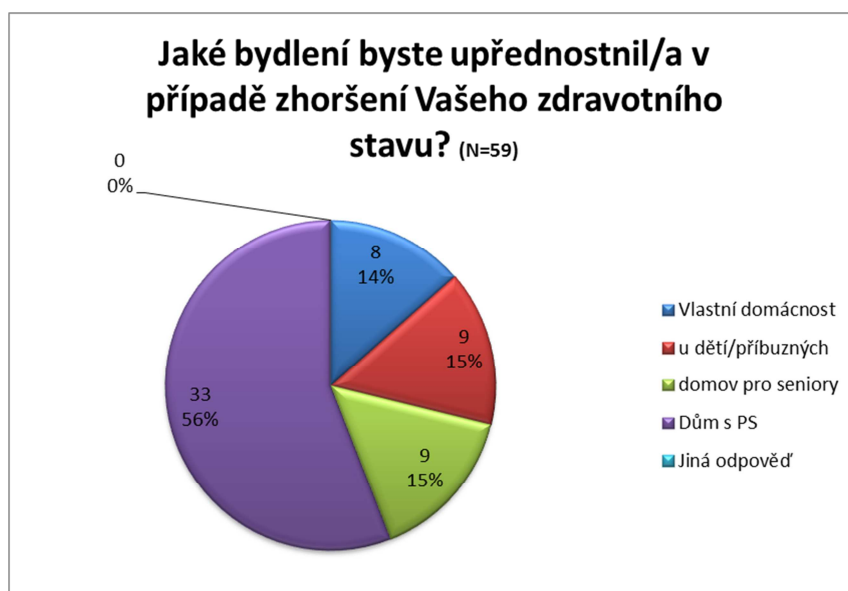


GRAF Č. 39

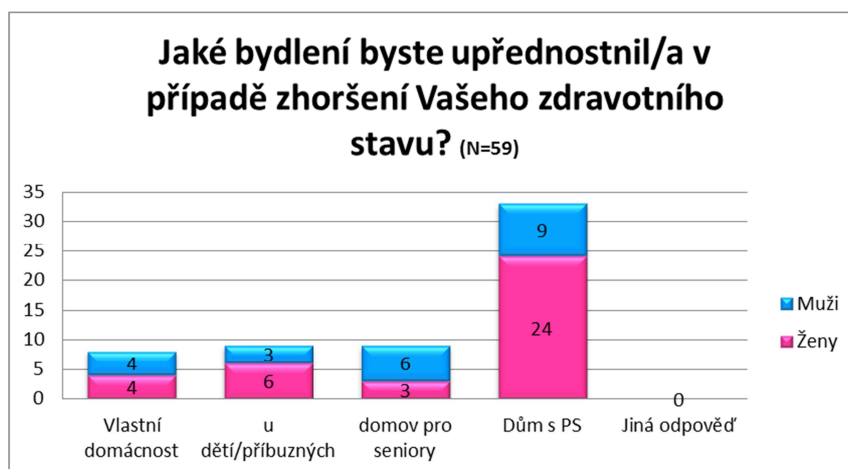
Otázka č. 6



GRAF Č. 40

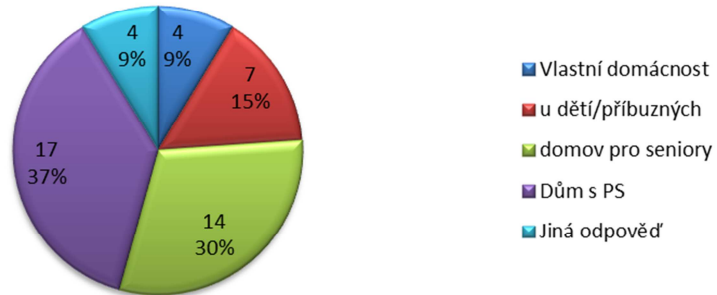


GRAF Č. 41



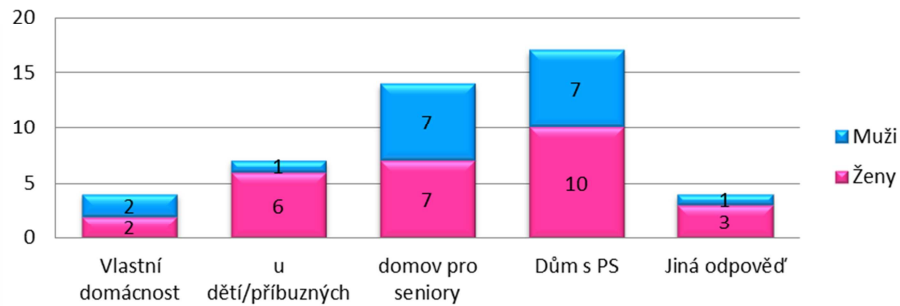
GRAF Č. 42

Jaké bydlení byste upřednostnil/a v případě zhoršení Vašeho zdravotního stavu? (N=46)



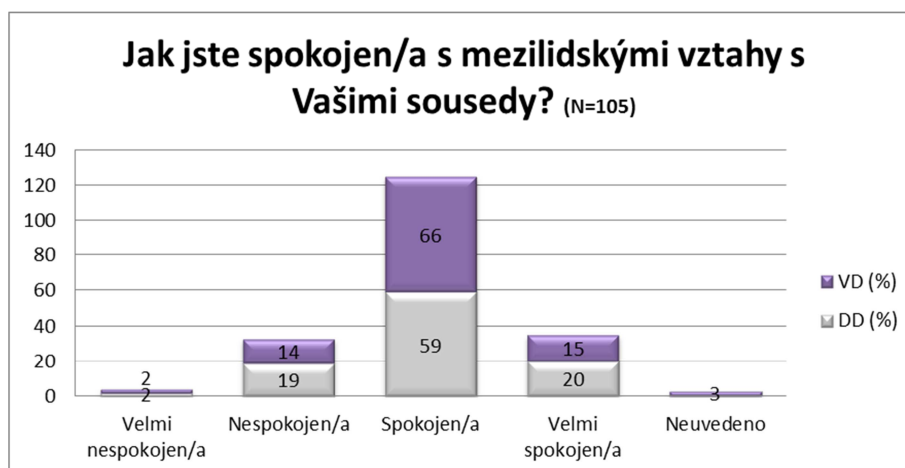
GRAF Č. 43

Jaké bydlení byste upřednostnil/a v případě zhoršení Vašeho zdravotního stavu? (N=46)

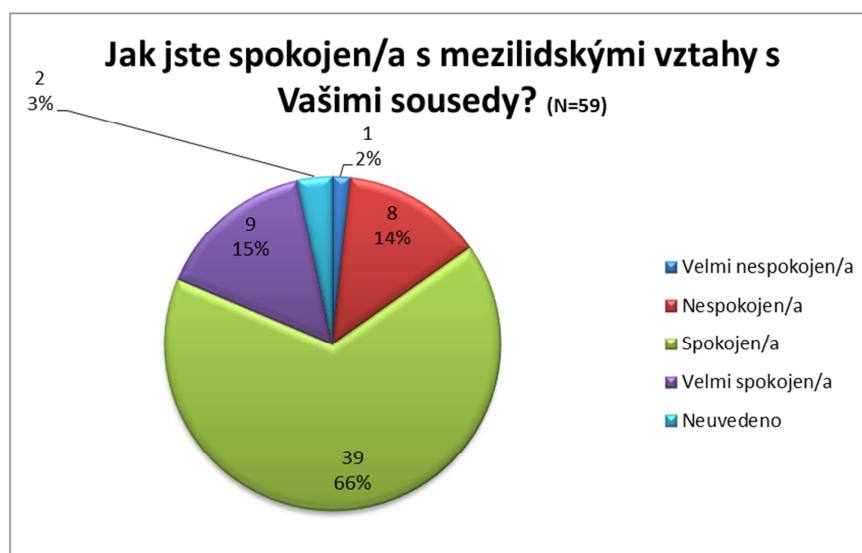


GRAF Č. 44

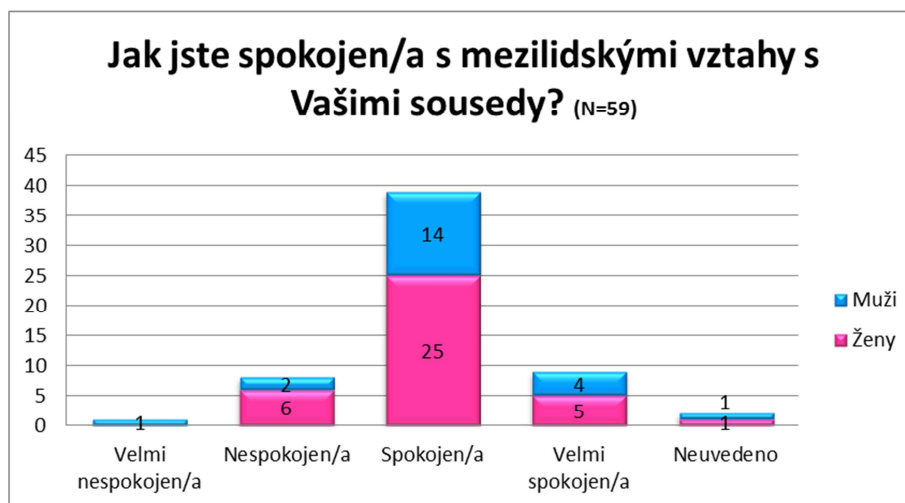
Otázka č. 7



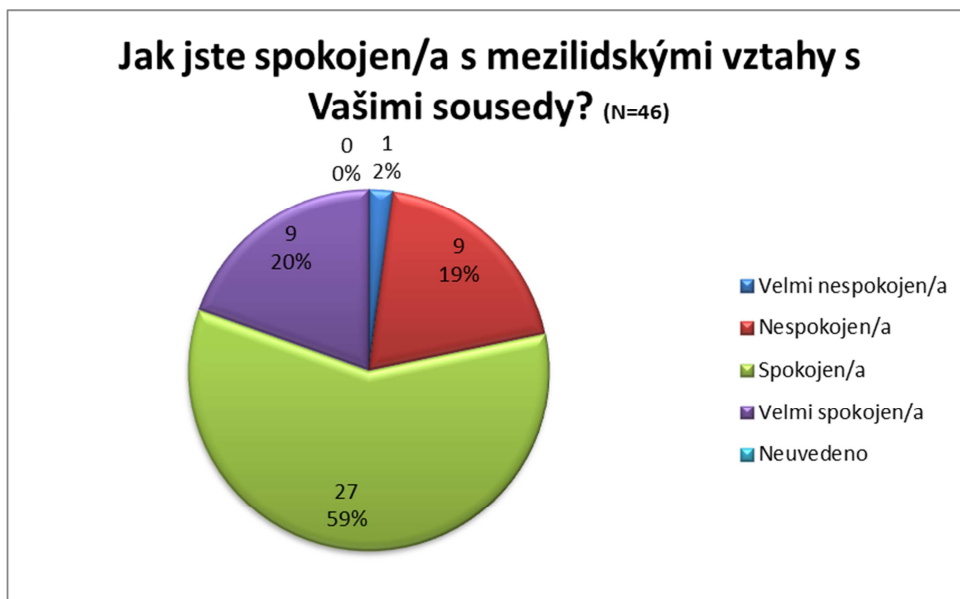
GRAF Č. 45



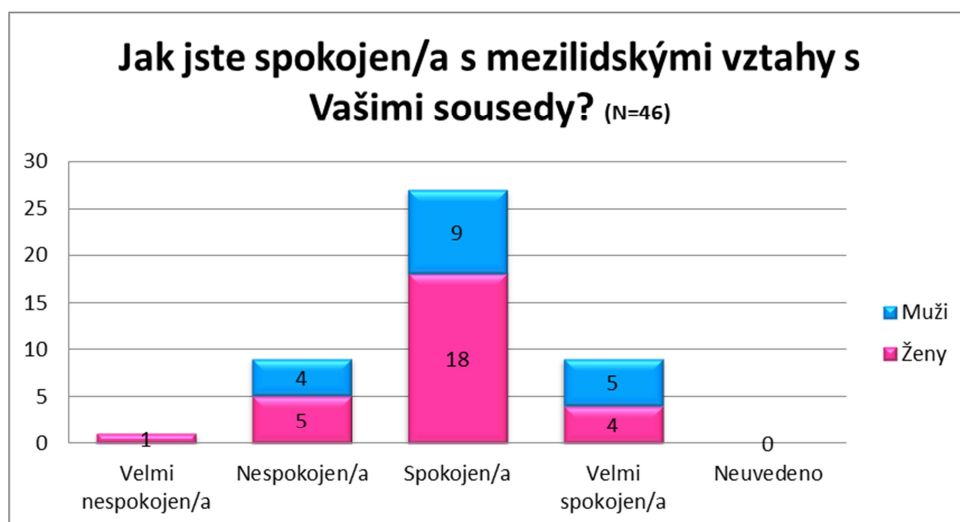
GRAF Č. 46



GRAF Č. 47

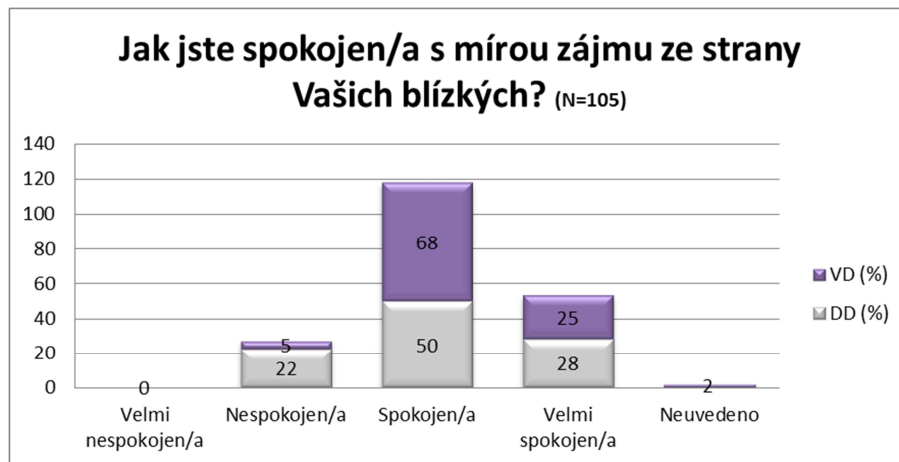


GRAF Č. 48

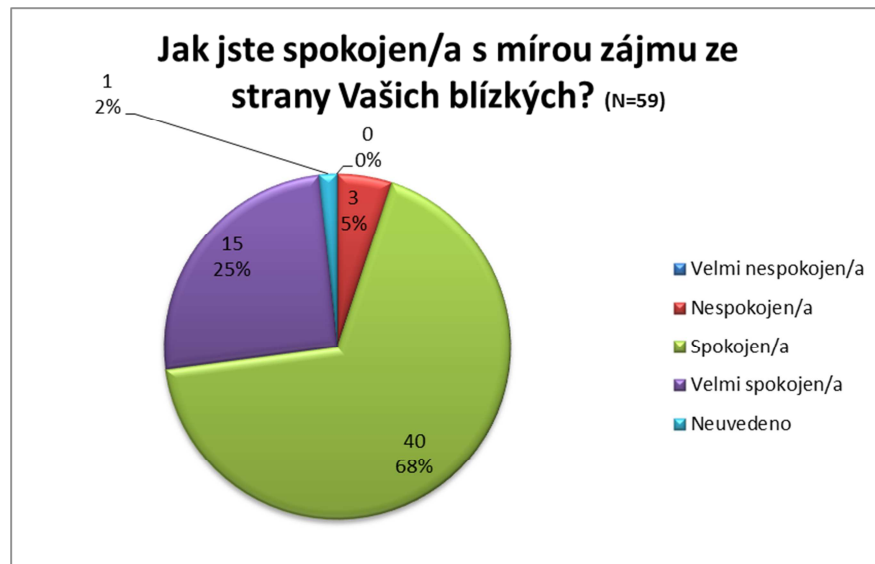


GRAF Č. 49

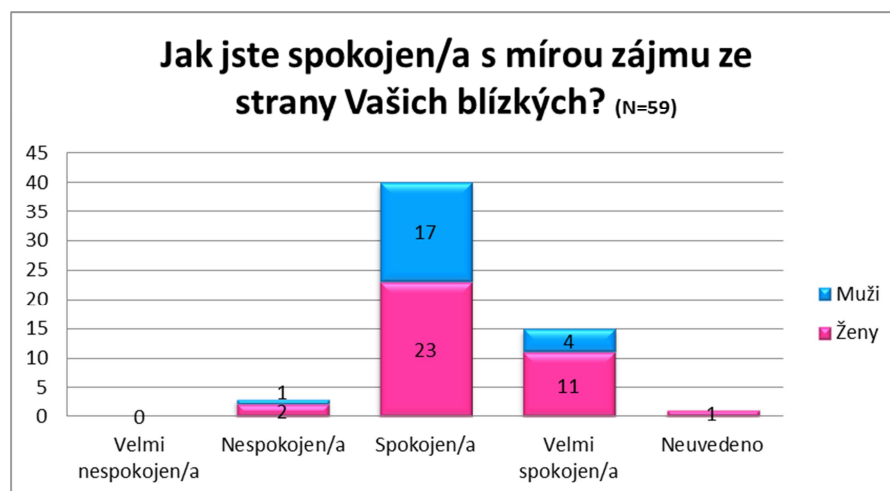
Otázka č. 8



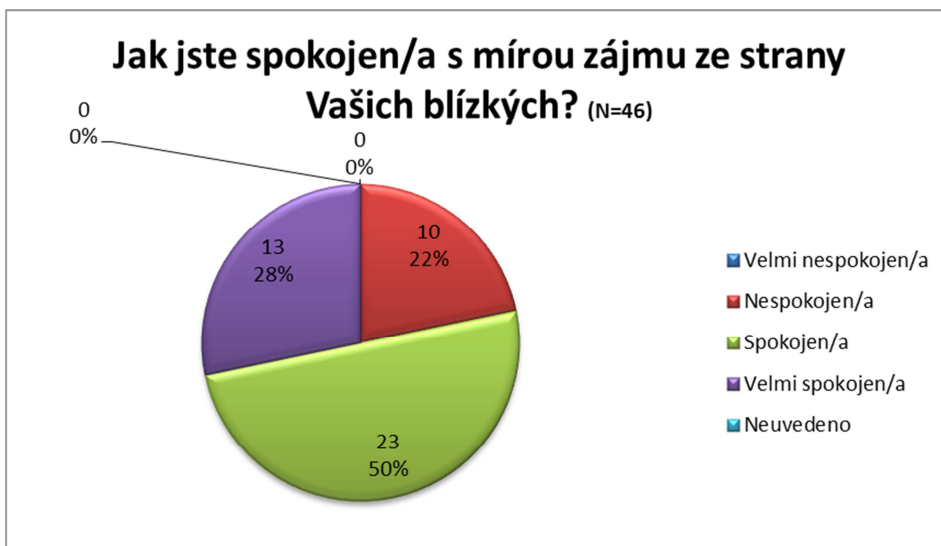
GRAF Č. 50



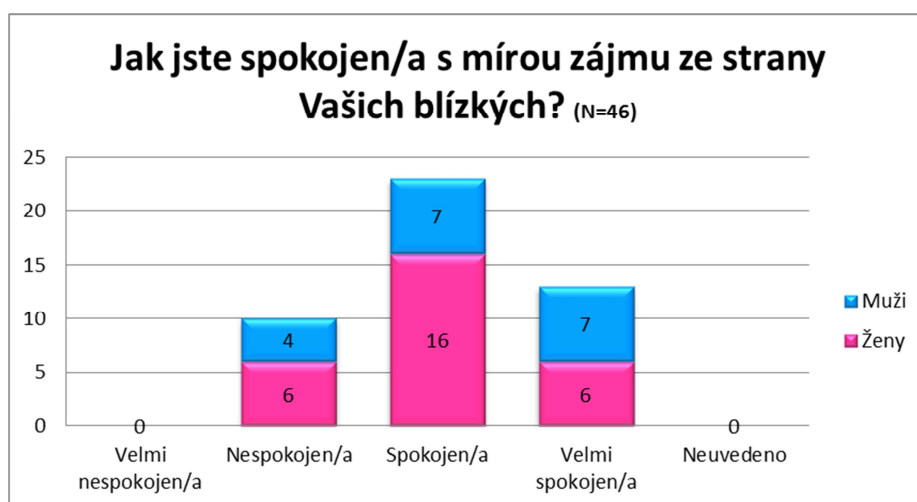
GRAF Č. 51



GRAF Č. 52

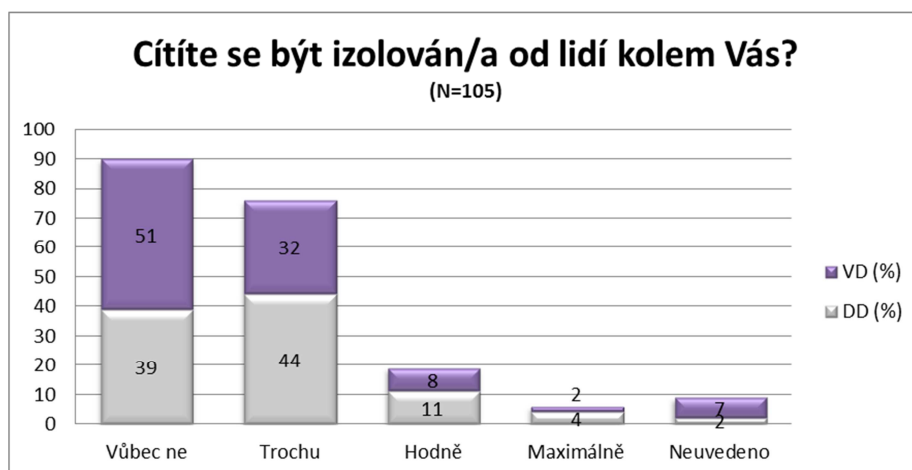


GRAF Č. 53

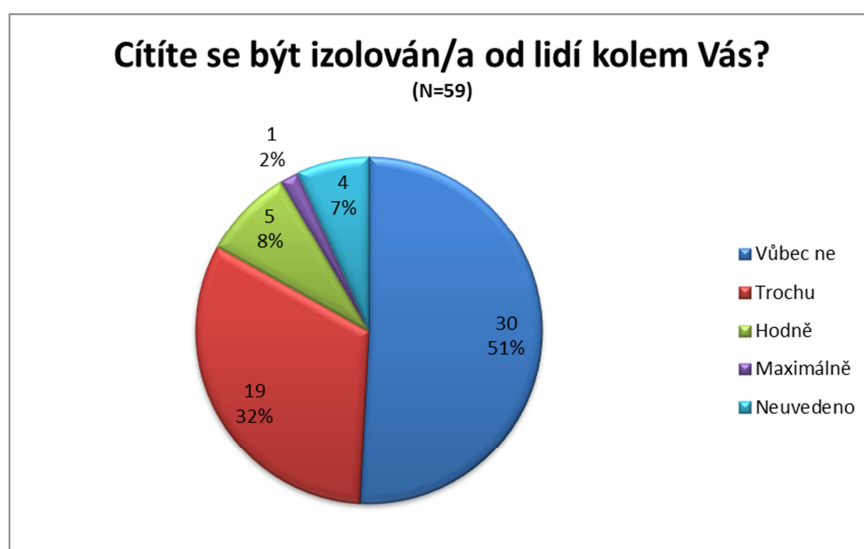


GRAF Č. 54

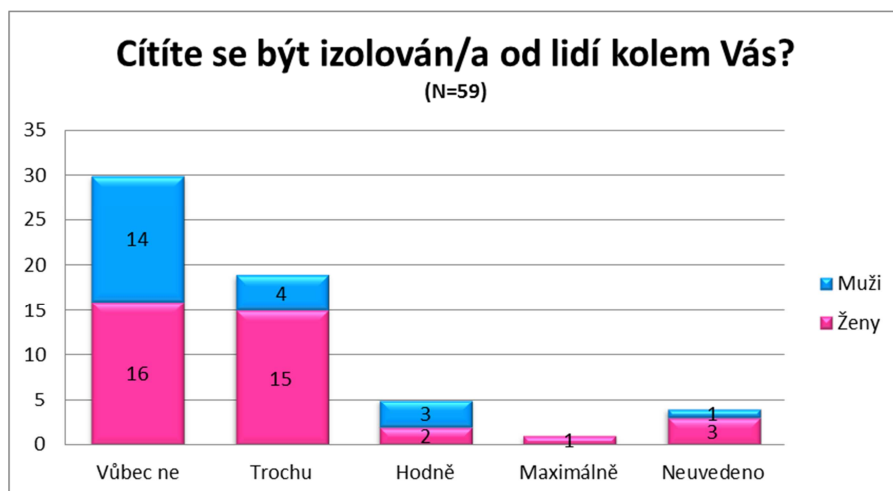
Otázka č. 9



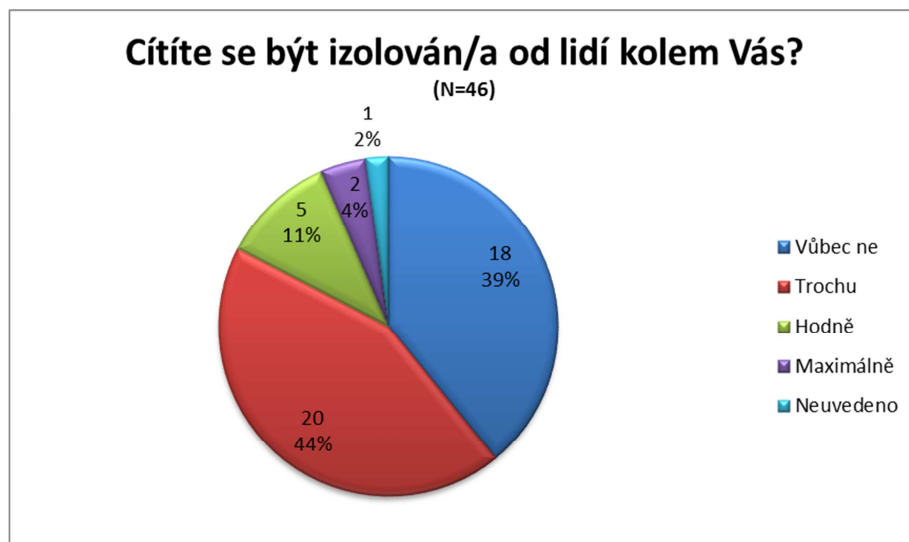
GRAF Č. 55



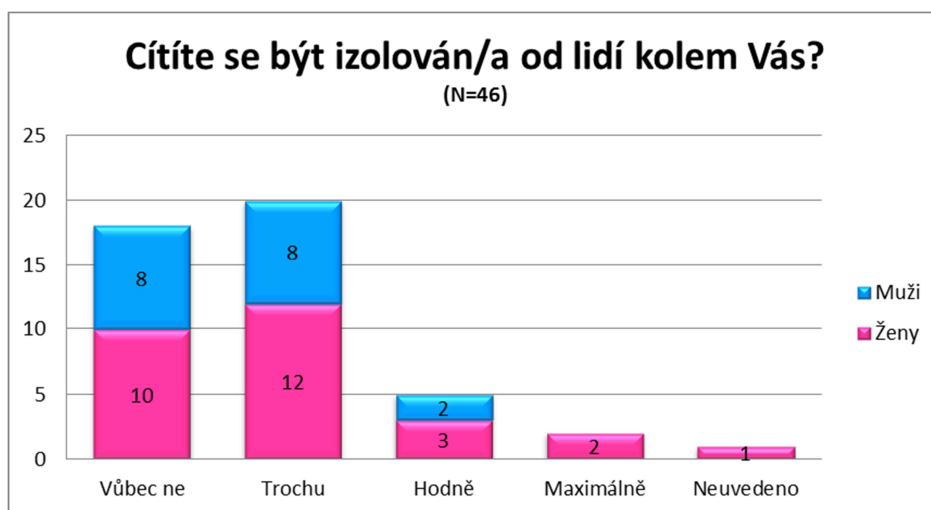
GRAF Č. 56



GRAF Č. 57

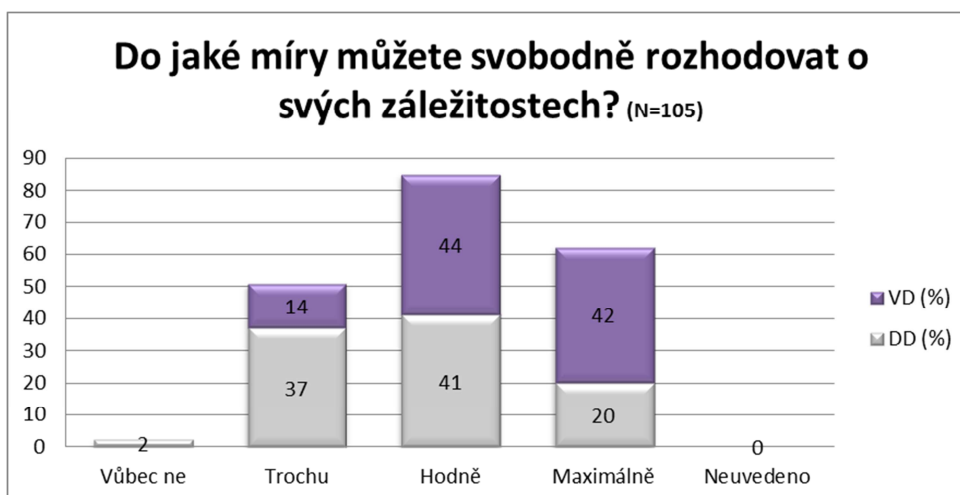


GRAF Č. 58



GRAF Č. 59

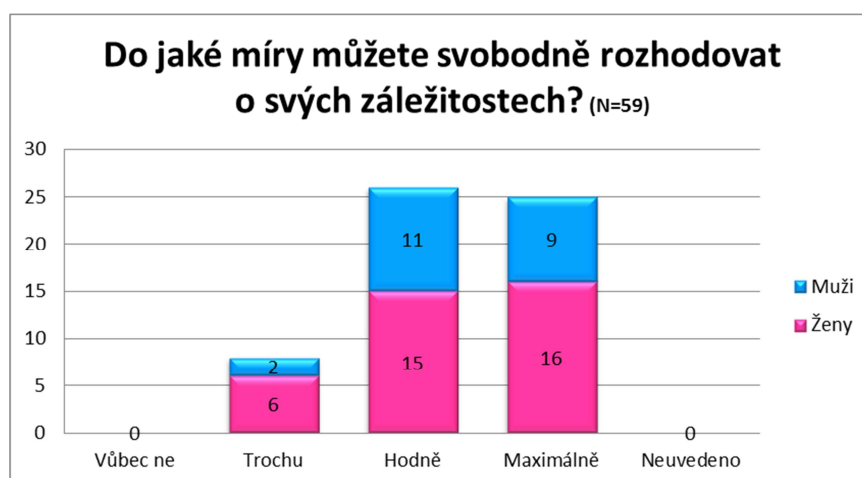
Otázka č. 10



GRAF Č. 60



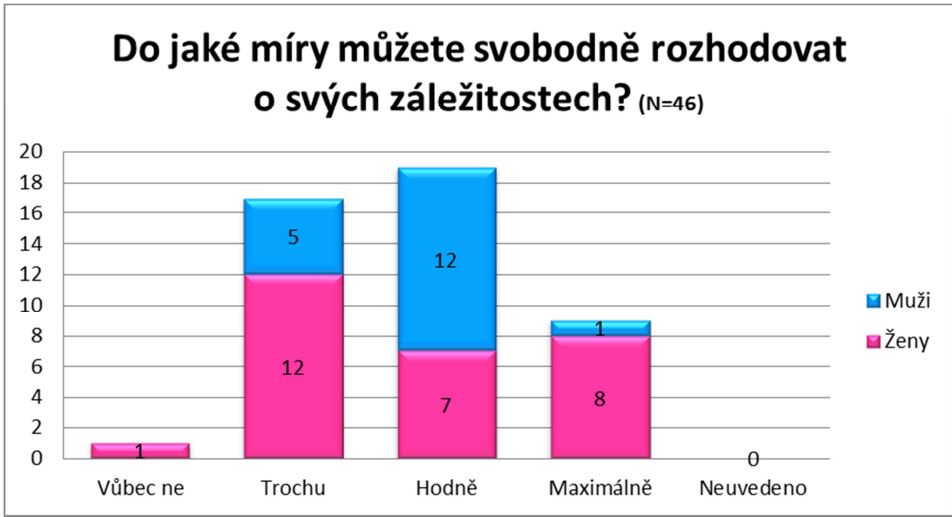
GRAF Č. 61



GRAF Č. 62

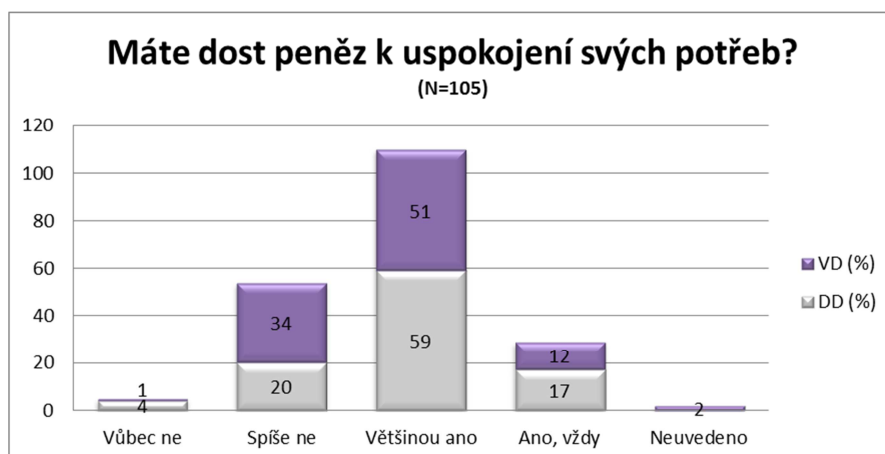


GRAF Č. 63

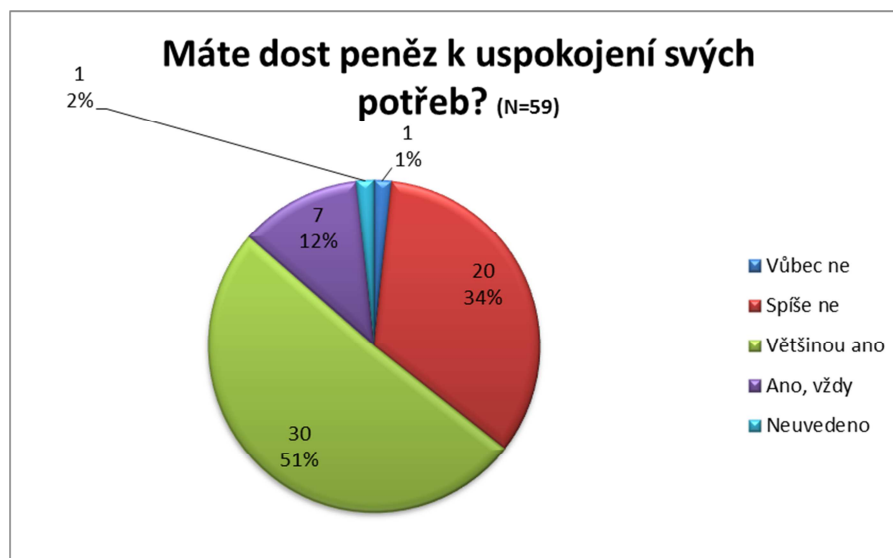


GRAF Č. 64

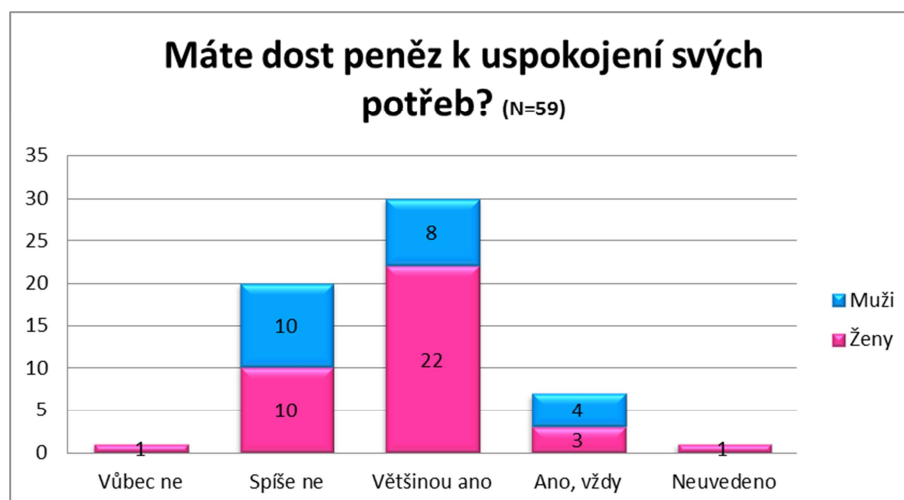
Otázka č. 11



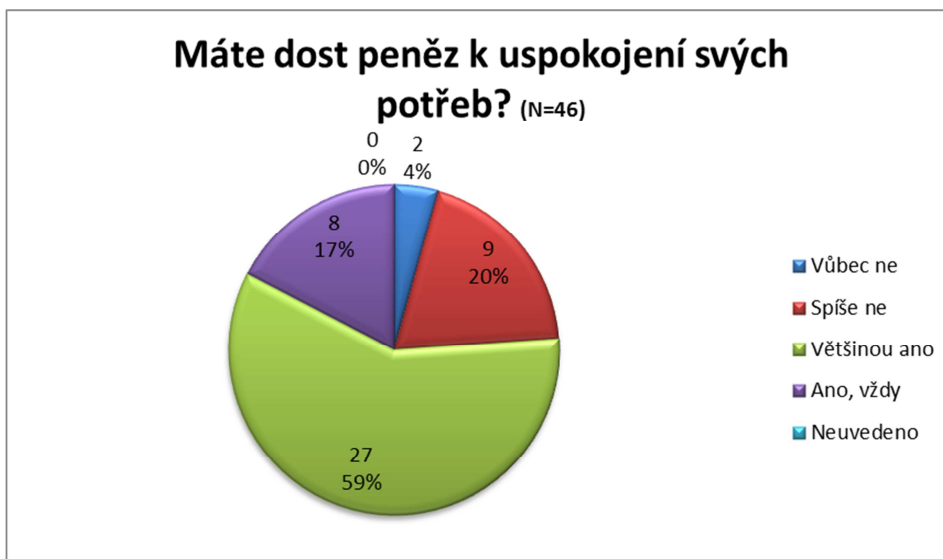
GRAF Č. 65



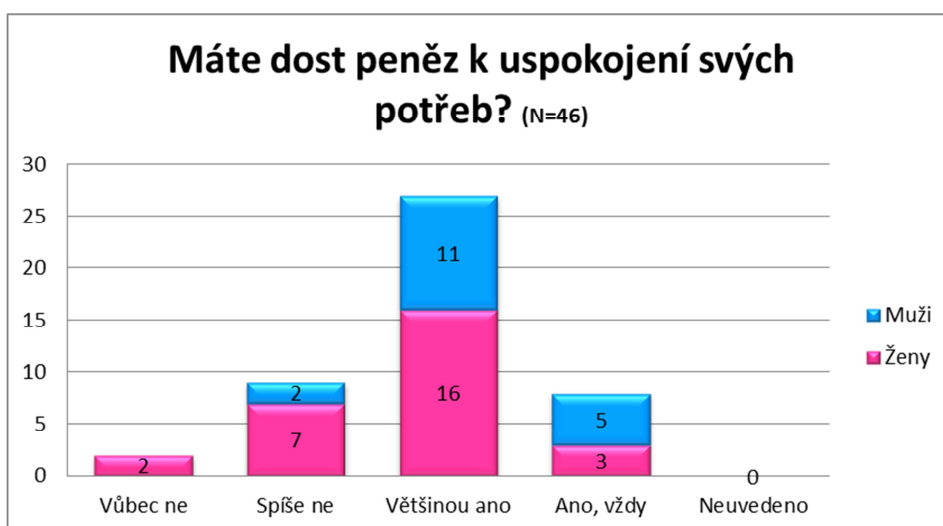
GRAF Č. 66



GRAF Č. 67



GRAF Č. 68

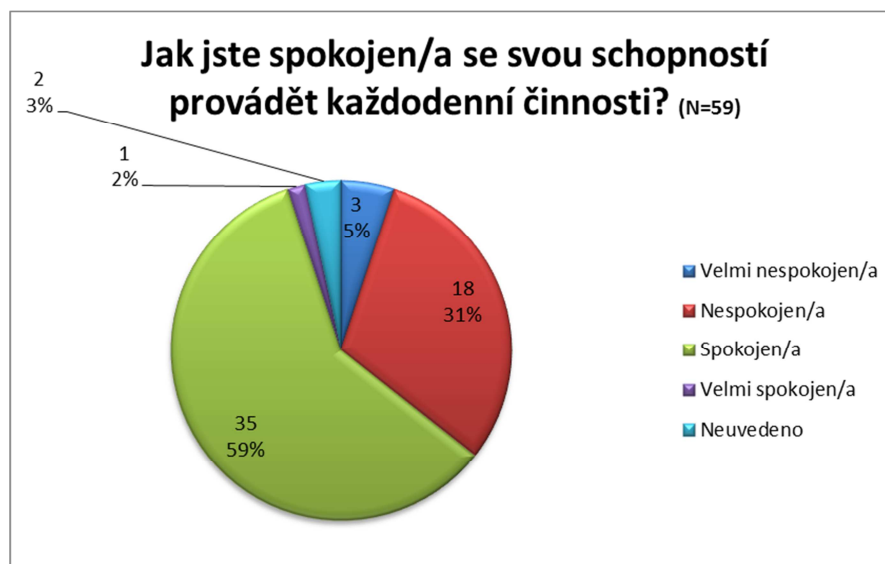


GRAF Č. 69

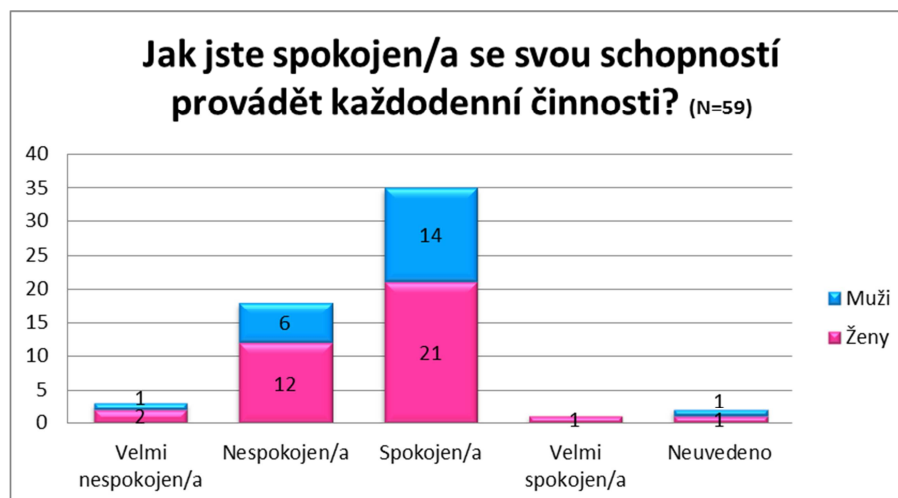
Otázka č. 12



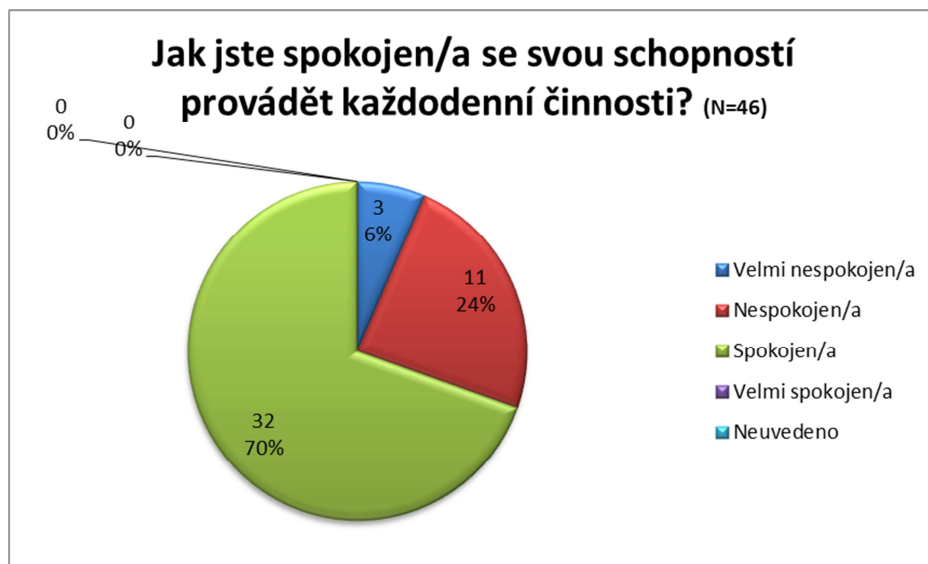
GRAF Č. 70



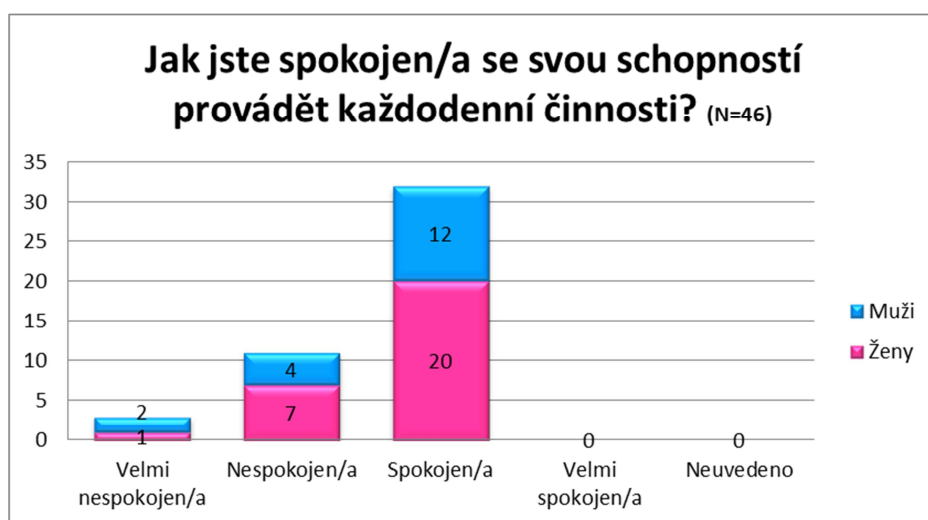
GRAF Č. 71



GRAF Č. 72

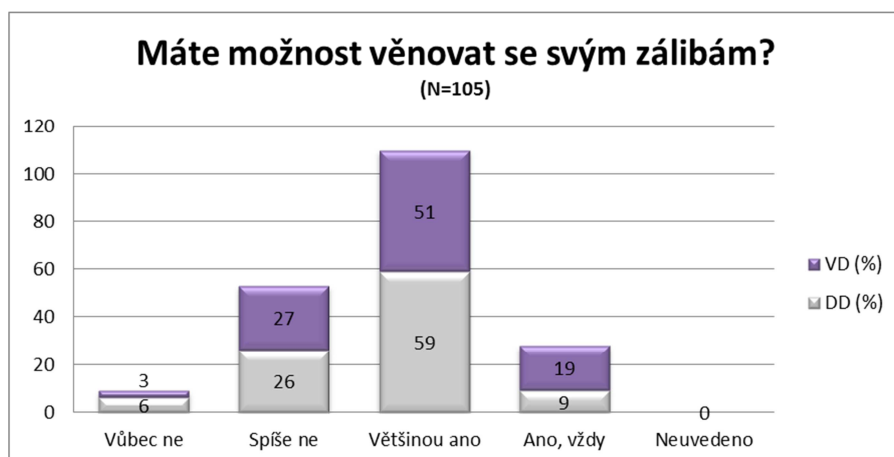


GRAF Č. 73



GRAF Č. 74

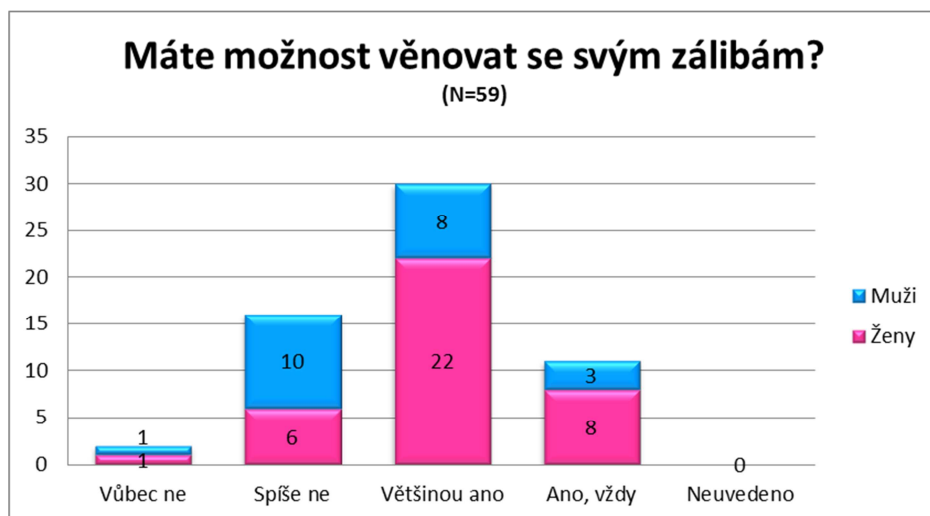
Otázka č. 13



GRAF Č. 75



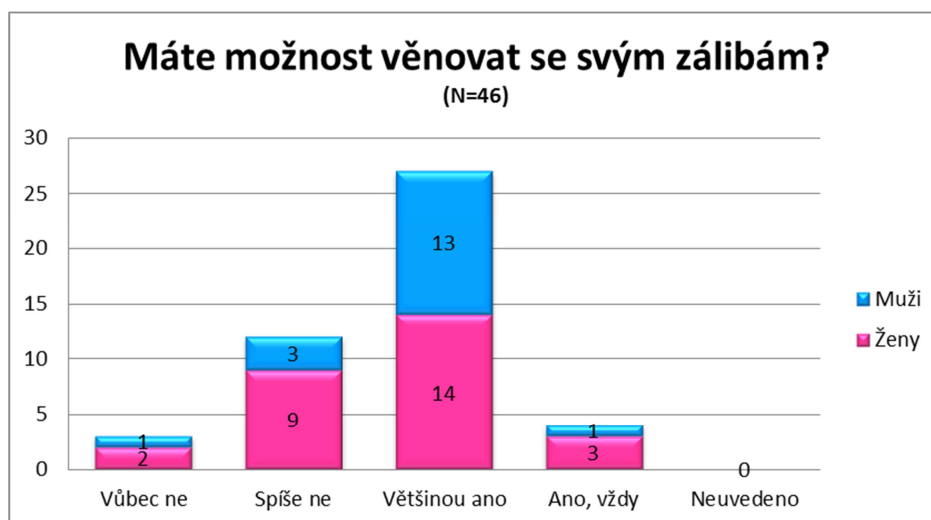
GRAF Č. 76



GRAF Č. 77

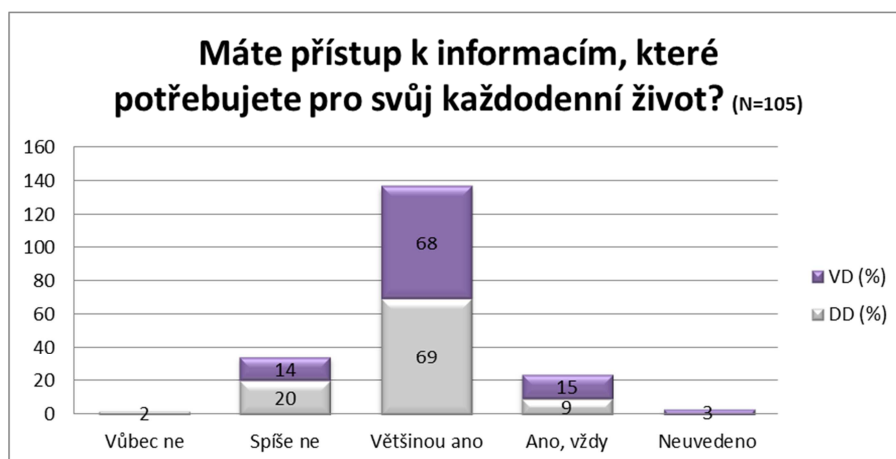


GRAF Č. 78

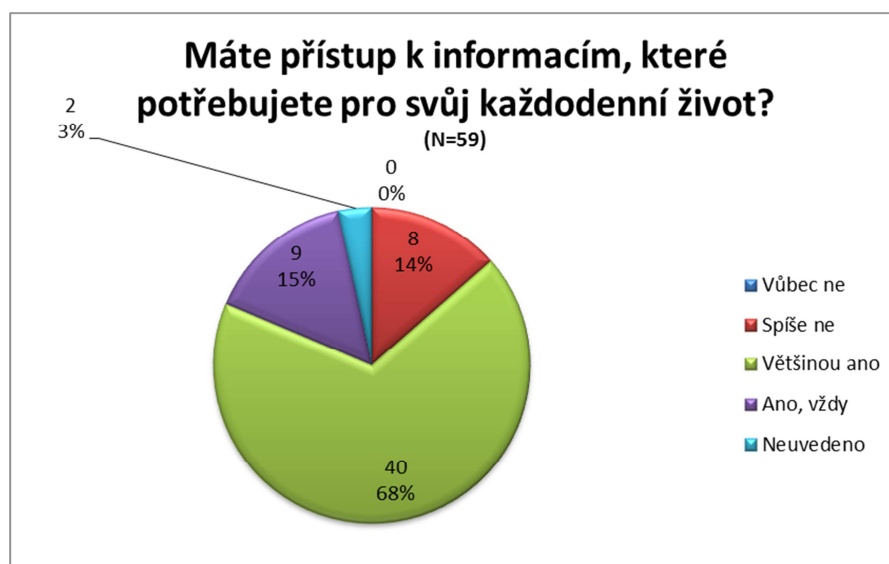


GRAF Č. 79

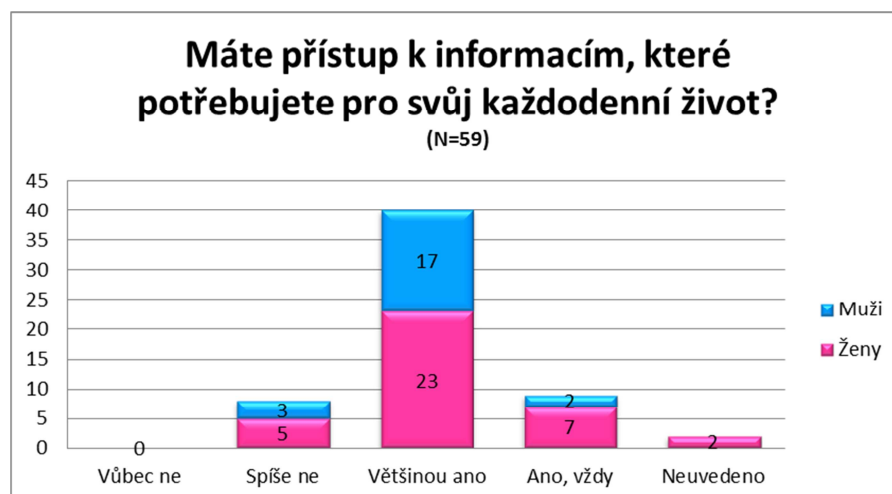
Otázka č. 14



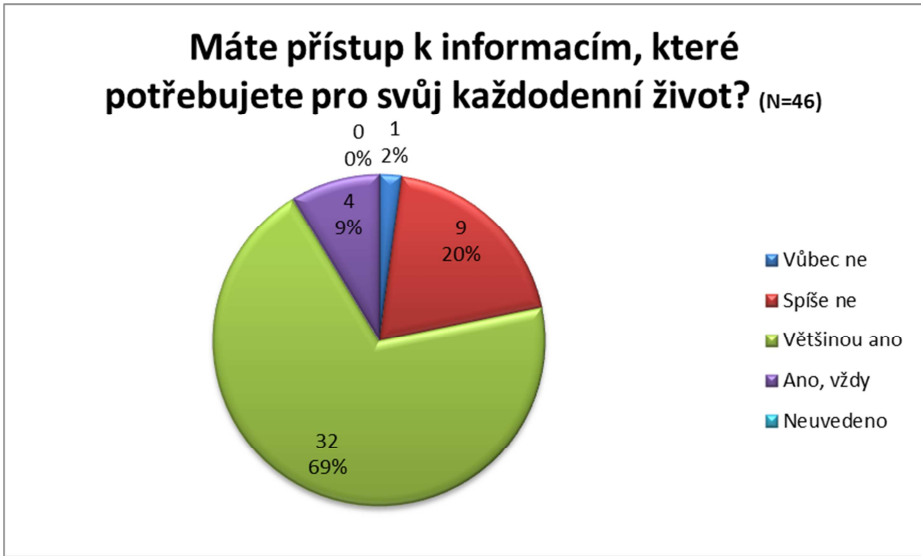
GRAF Č. 80



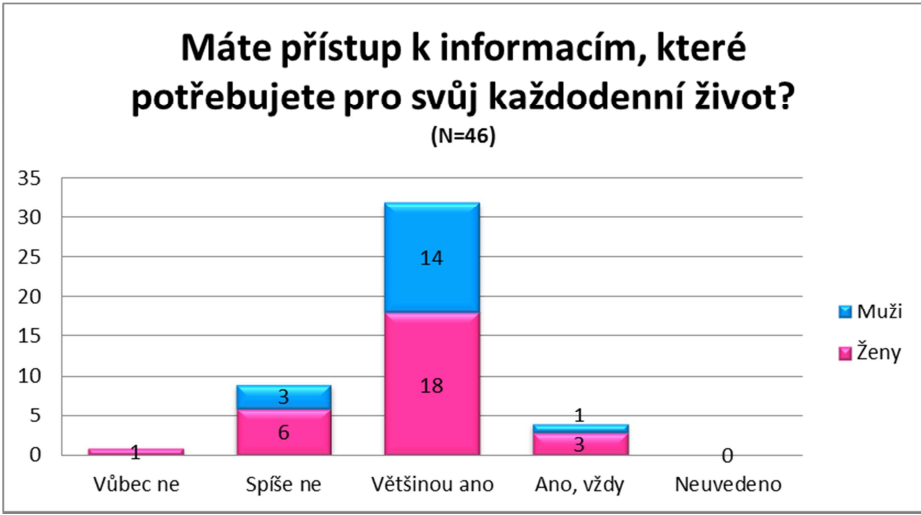
GRAF Č. 81



GRAF Č. 82

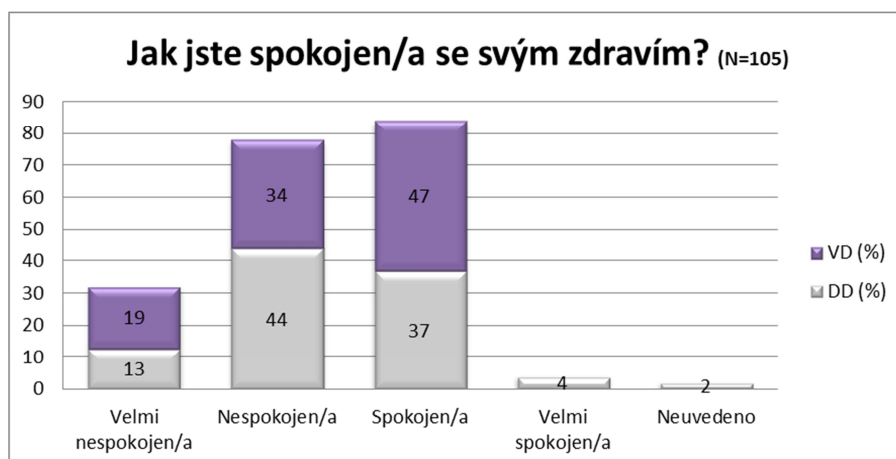


GRAF Č. 83

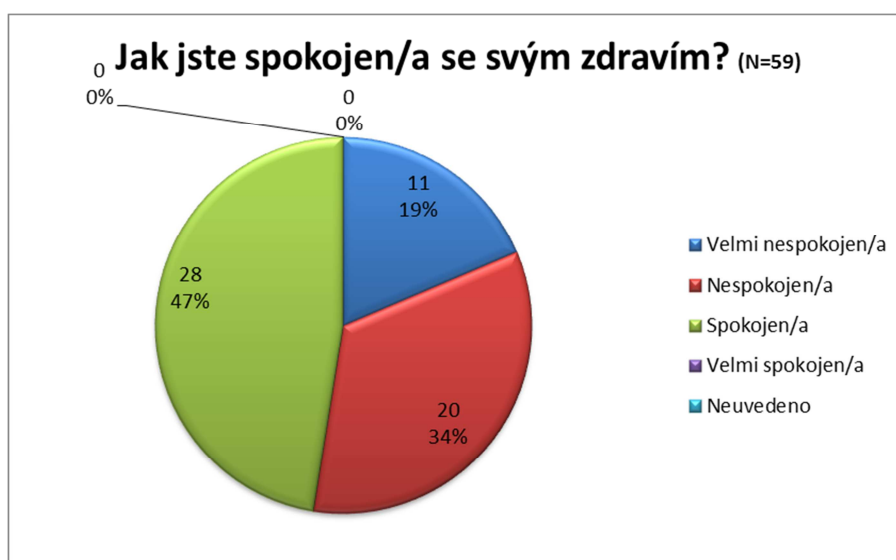


GRAF Č. 84

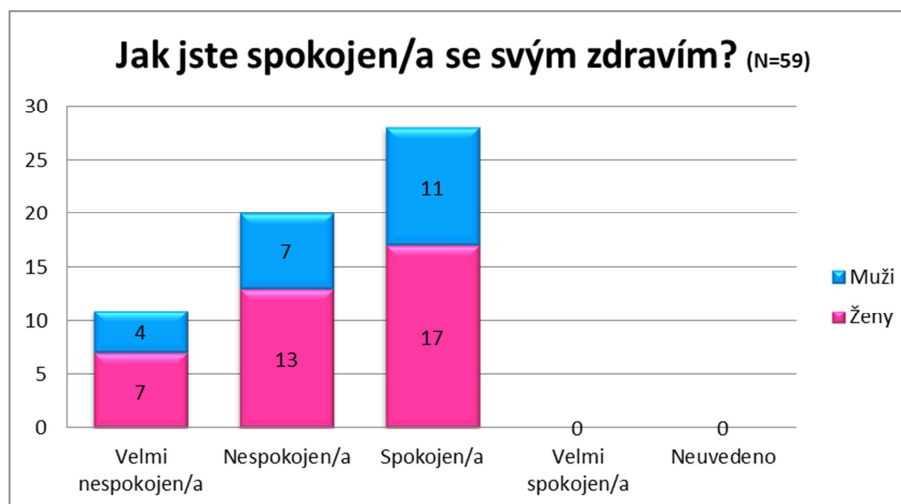
Otázka č. 15



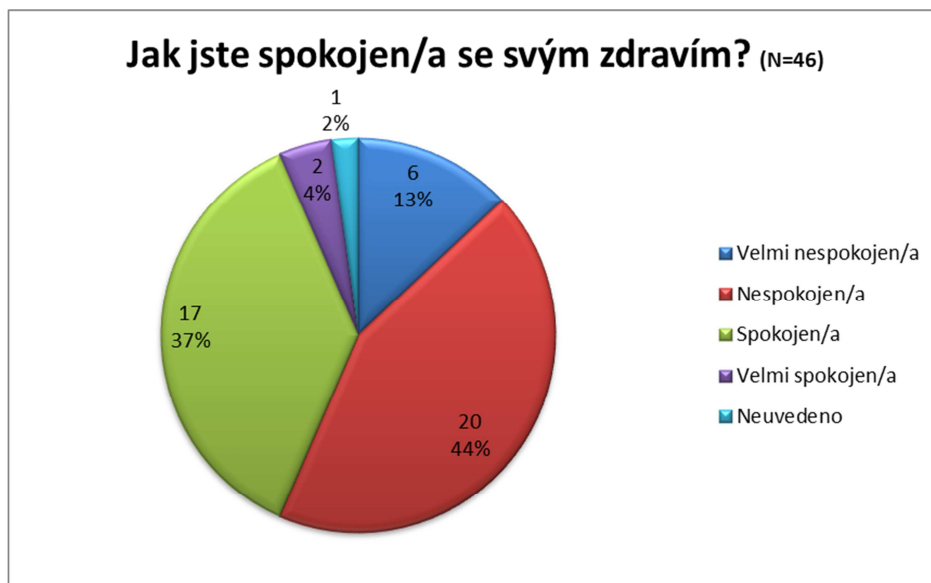
GRAF Č. 85



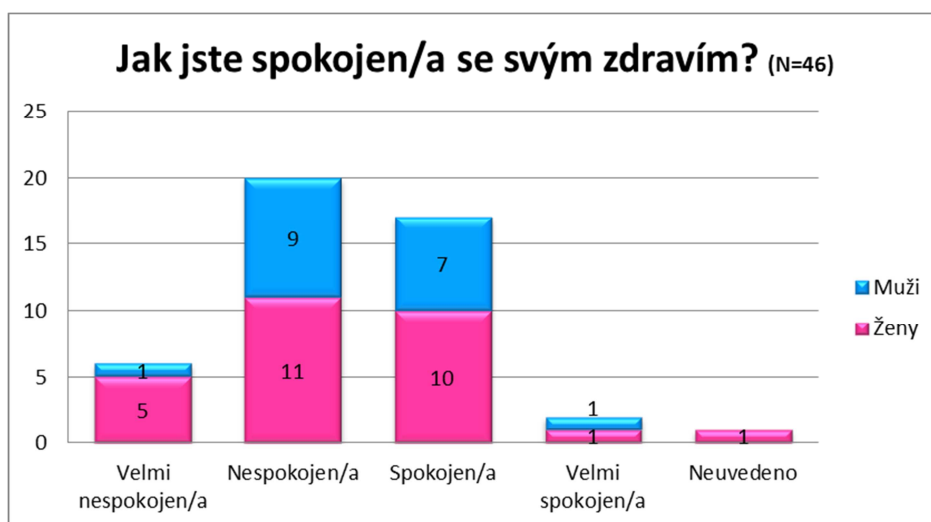
GRAF Č. 86



GRAF Č. 87

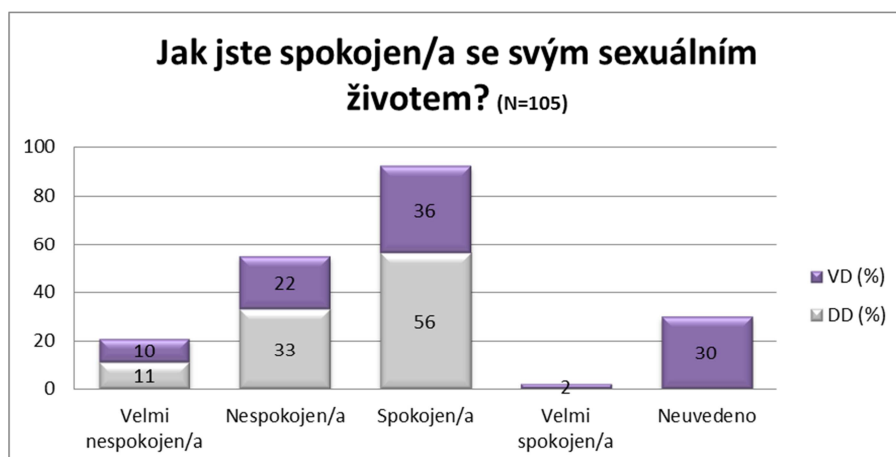


GRAF Č. 88

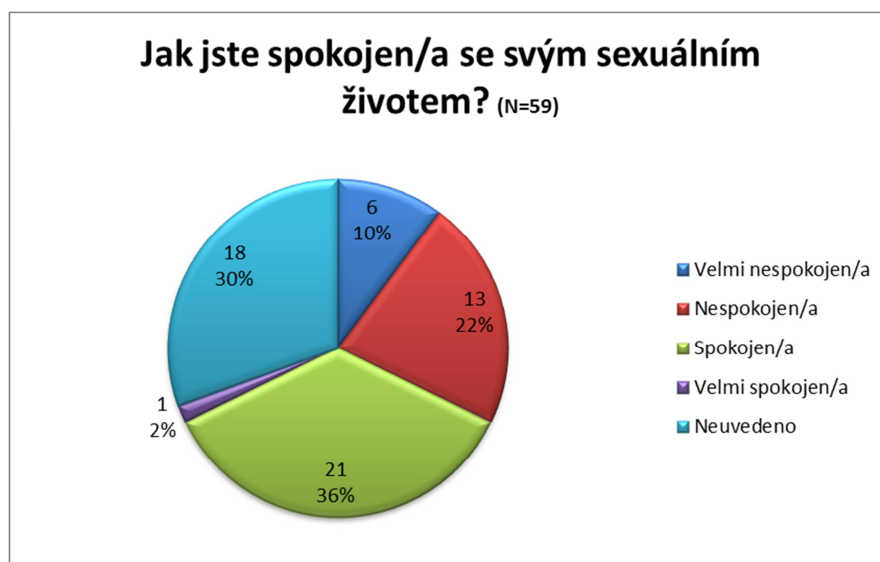


GRAF Č. 89

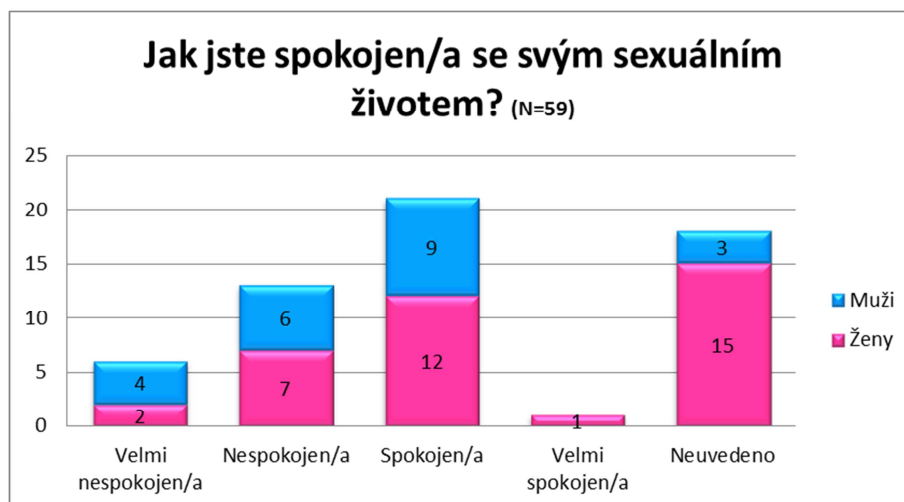
Otázka č. 16



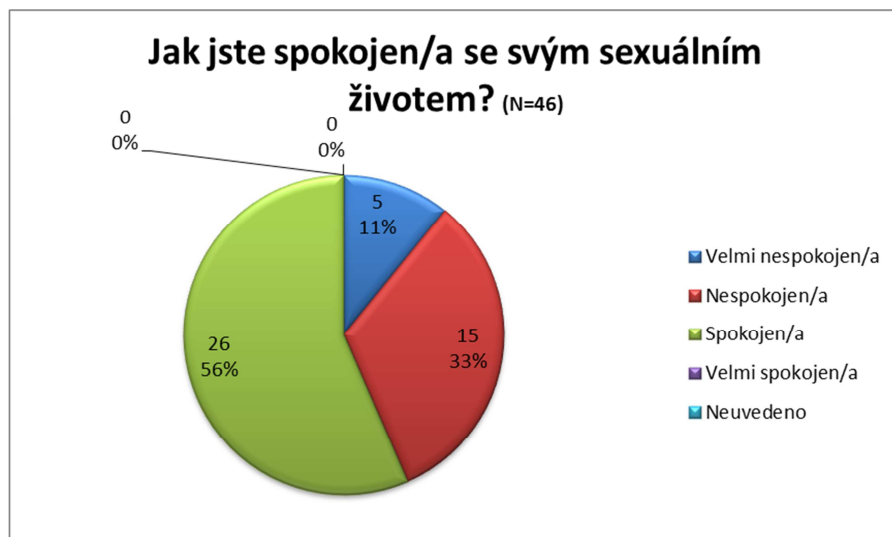
GRAF Č. 90



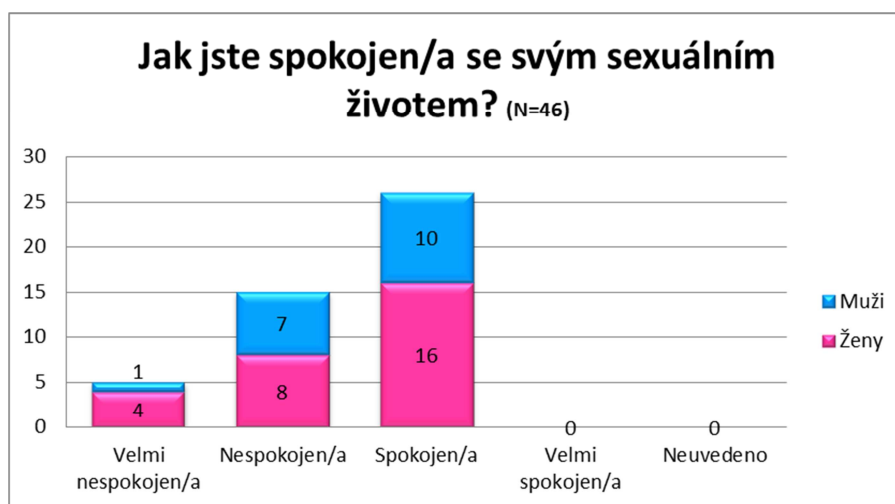
GRAF Č. 91



GRAF Č. 92

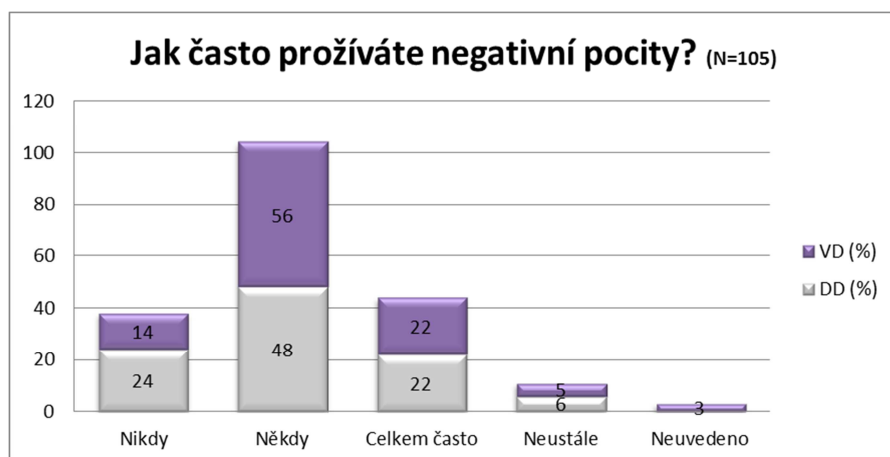


GRAF Č. 93

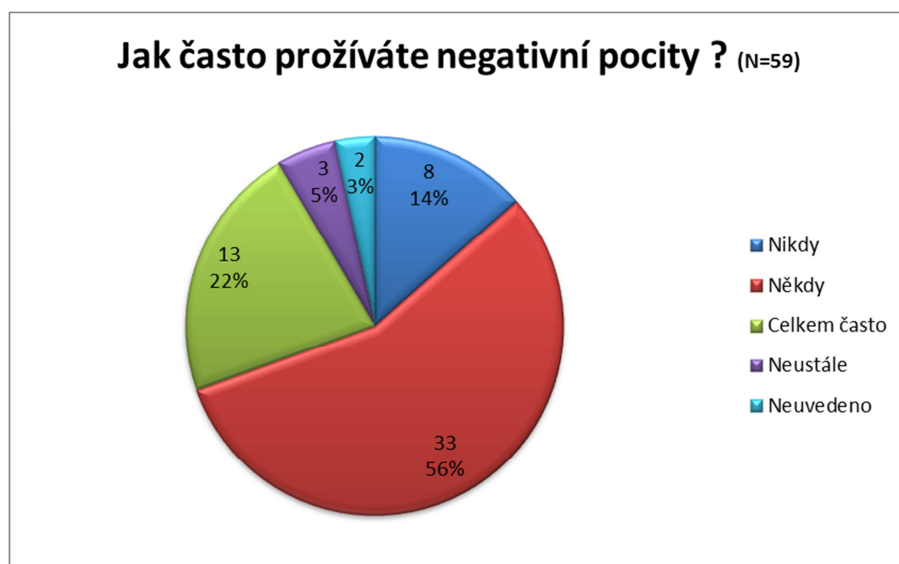


GRAF Č. 94

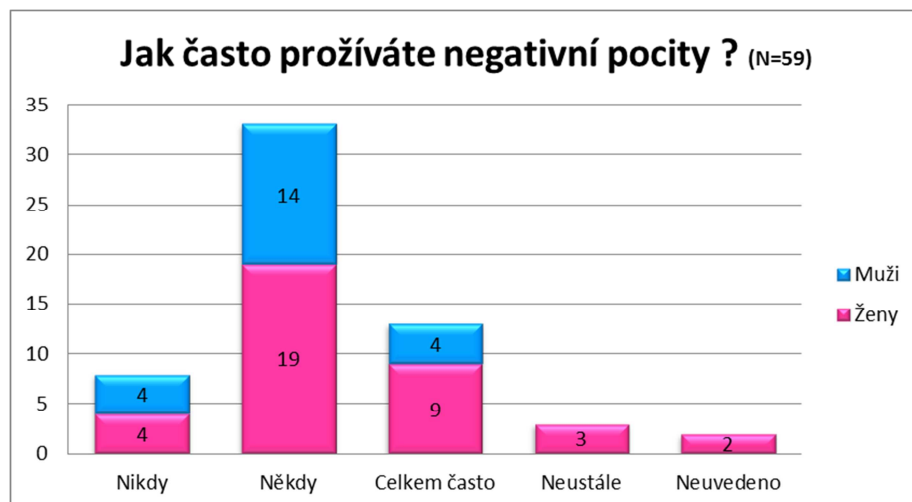
Otázka č. 17



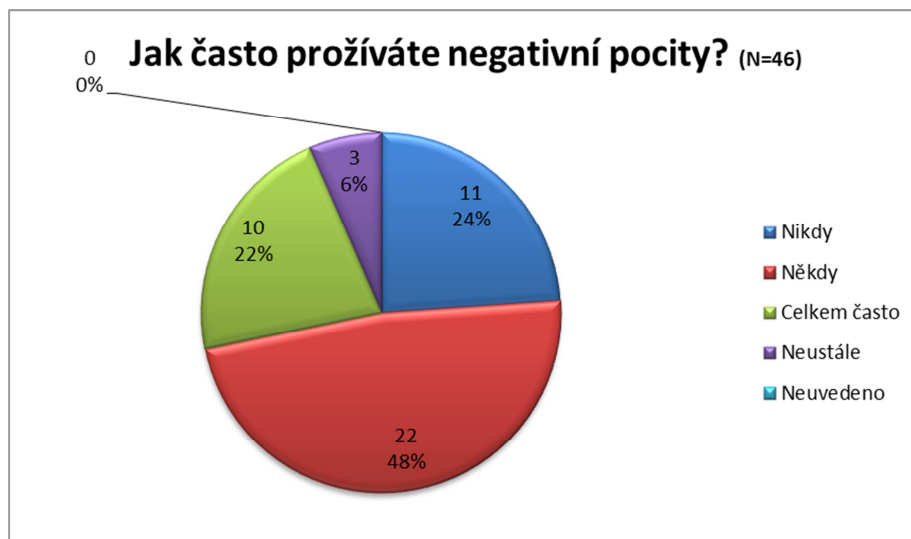
GRAF Č. 95



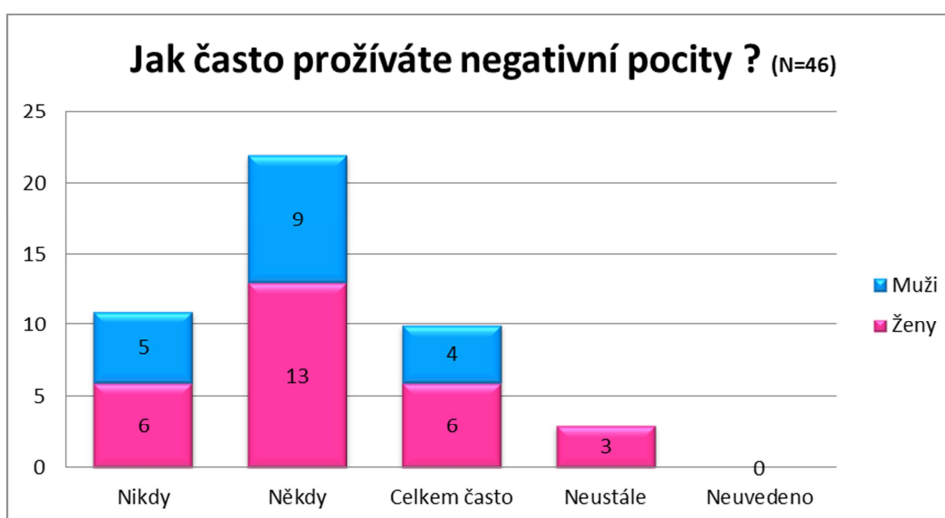
GRAF Č. 96



GRAF Č. 97

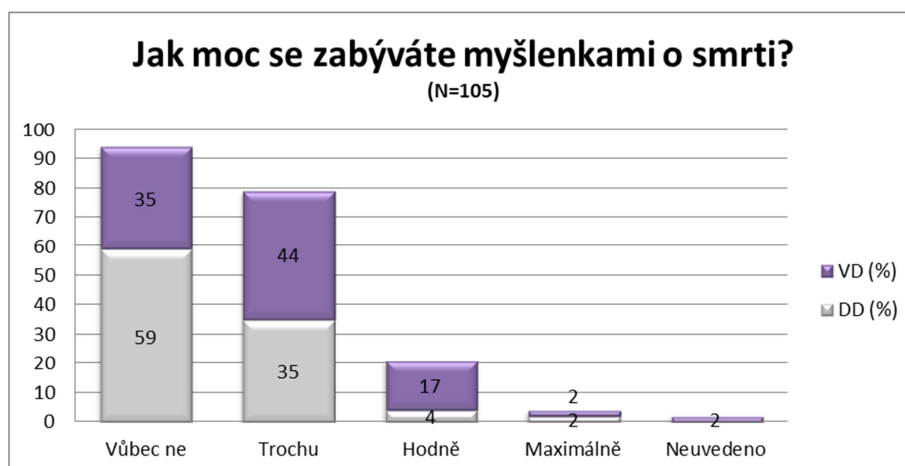


GRAF Č. 98



GRAF Č. 99

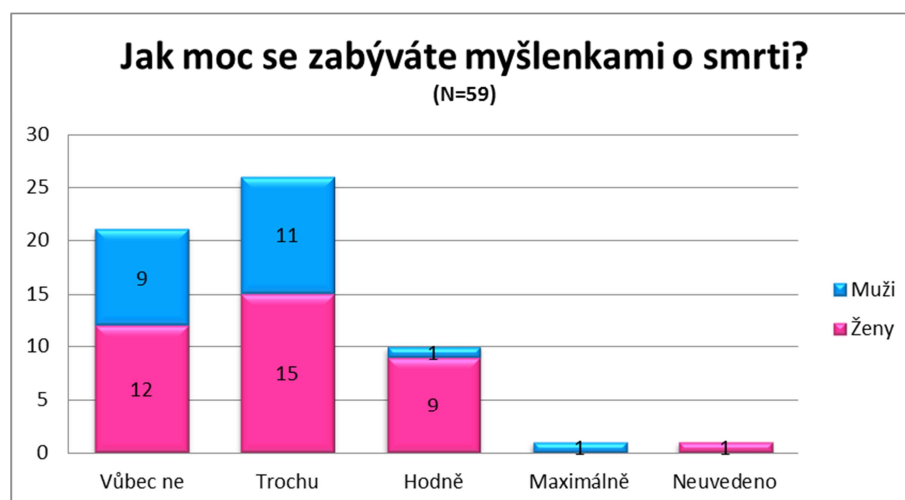
Otázka č. 18



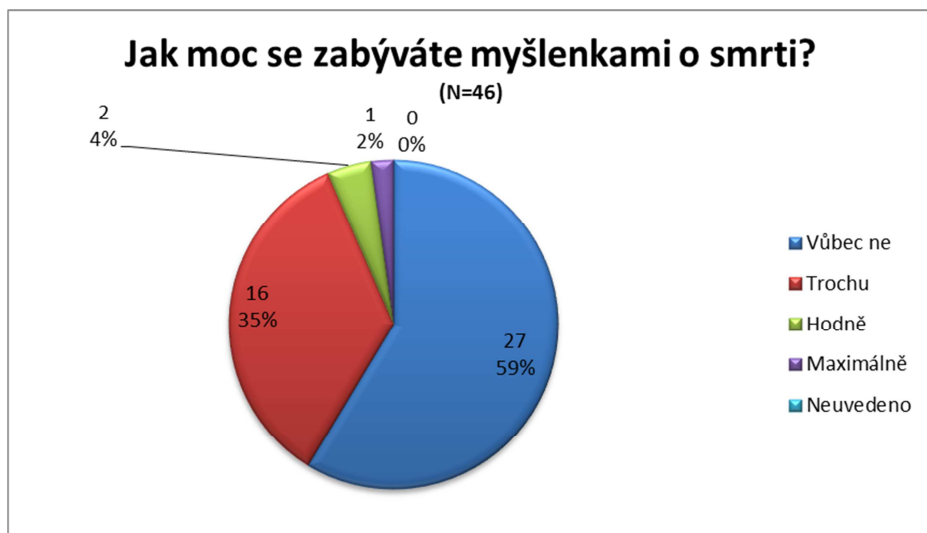
GRAF Č. 100



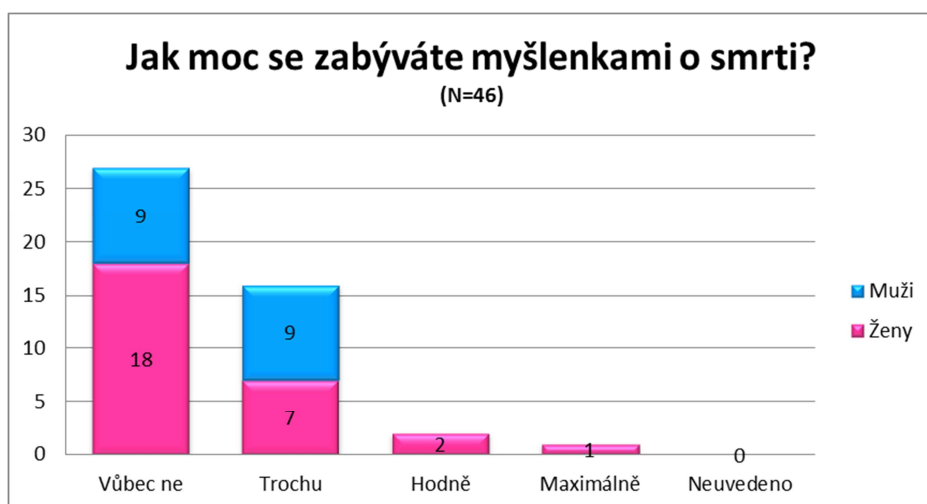
GRAF Č. 101



GRAF Č. 102

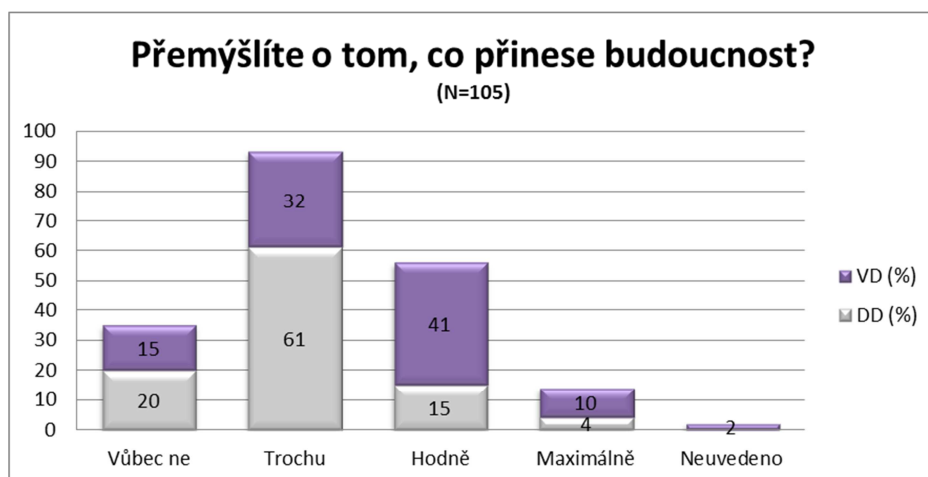


GRAF Č. 103

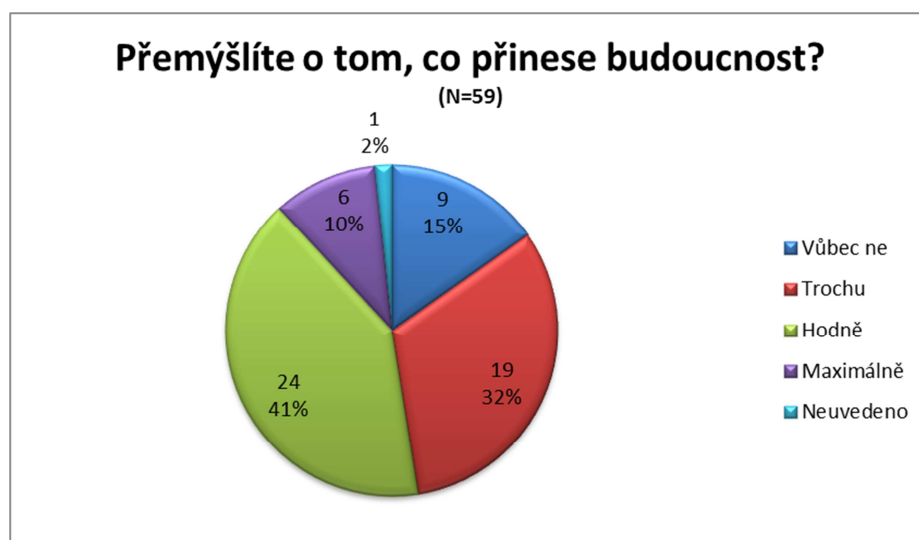


GRAF Č. 104

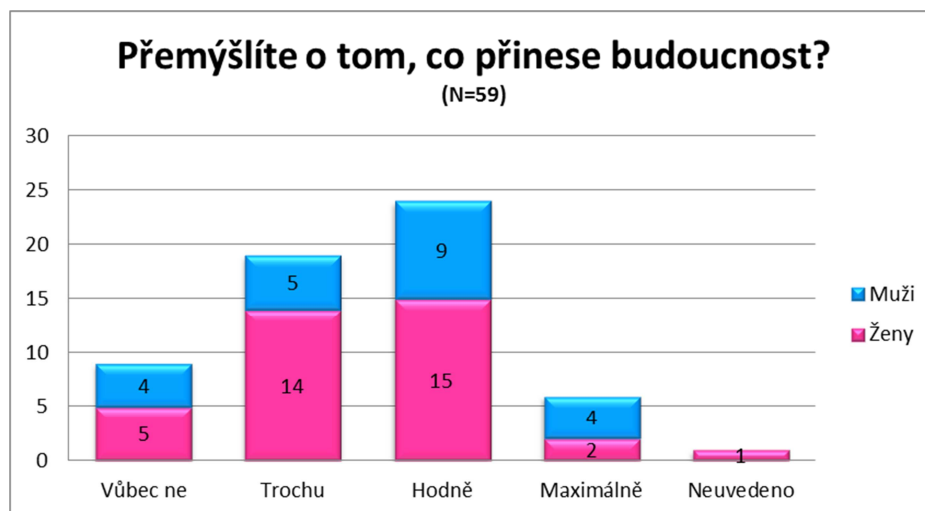
Otázka č. 19



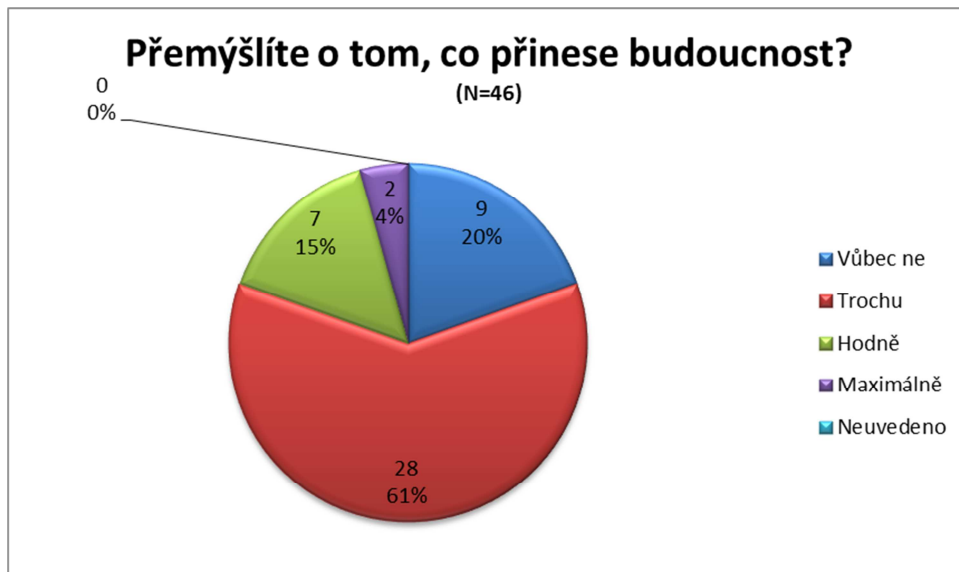
GRAF Č. 105



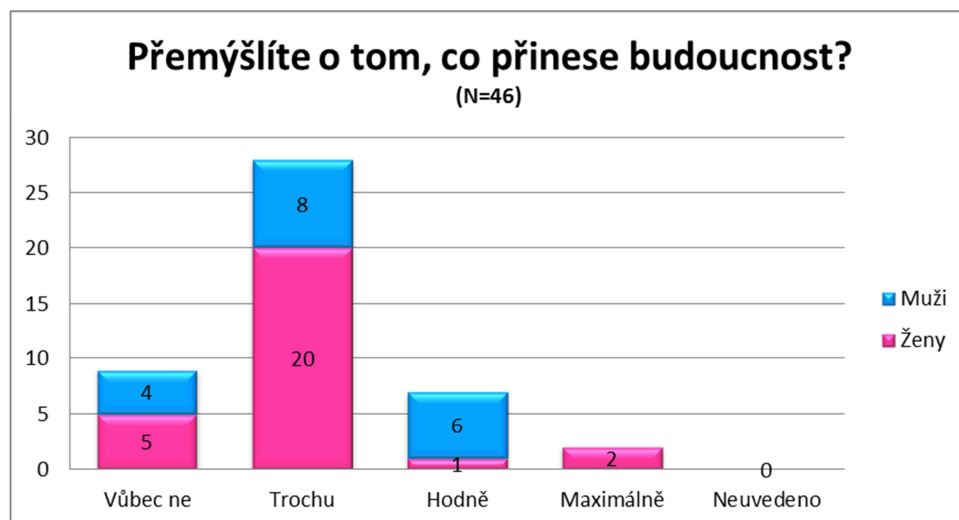
GRAF Č. 106



GRAF Č. 107



GRAF Č. 108



GRAF Č. 109

PŘÍLOHA Č. 4 – DOTAZNÍK

PERCEPCE KVALITY ŽIVOTA SENIORŮ - DOTAZNÍK					
Pohlaví:	žena	muž	Věk:		Prosím o vyplnění a zakroužkování Vámi vybraných odpovědí.
Stav:	svobodný/á	ženatý / vdaná	rozvedený/á	vdovec/vdova	
Bydlím:	ve vlastní domácnosti		v domově pro seniory		
Žiji:	sám/a	s partnerem/kou	jiná odpověď: _____		
1) Zakroužkujte maximálně 5 pojmů, které nejvíce ovlivňují kvalitu Vašeho života.					
maximálně 5 odpovědí	rodina	přátelé	partner	domov	soukromí
	zdraví	láska	sex	soběstačnost	dostupnost zdravotní péče
	záliby	vzhled (Váš)	pohodlí	prostředí (kolem)	možnost vzdělávání
	majetek	finanční příjem	politika	počasí	dostupnost informací
	dostupnost služeb		jiná odpověď: _____		
2) Do jaké míry je pro Vás kvalita Vašeho života důležitá?					
1 odpověď	vůbec ne	trochu	hodně	maximálně	
3) Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?					
1 odpověď	velmi špatná	špatná	dobrá	velmi dobrá	
4) Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?					
1 odpověď	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a	
5) Pokud by záleželo na Vás, kde byste nejraději bydlel/a?					
1 odpověď	vlastní domácnost		u dětí/příbuzných		domov pro seniory
	dům s pečovatelskou službou		jiná odpověď: _____		
6) Jaké bydlení byste upřednostnil/a v případě zhoršení Vašeho zdravotního stavu?					
1 odpověď	vlastní domácnost		u dětí/příbuzných		domov pro seniory
	dům s pečovatelskou službou		jiná odpověď: _____		
7) Jak jste spokojen/a s mezilidskými vztahy s Vašimi sousedy?					
1 odpověď	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a	
8) Jak jste spokojen/a s mírou zájmu ze strany Vašich blízkých?					
1 odpověď	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a	
9) Cítíte se být izolován/a od lidí kolem Vás?					
1 odpověď	vůbec ne	trochu	hodně	maximálně	
10) Do jaké míry můžete svobodně rozhodovat o svých záležitostech?					
1 odpověď	vůbec ne	trochu	hodně	maximálně	
11) Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?					
1 odpověď	vůbec ne	spíše ne	většinou ano	ano, vždy	
12) Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?					
1 odpověď	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a	
13) Máte možnost věnovat se svým zálibám?					
1 odpověď	vůbec ne	spíše ne	většinou ano	ano, vždy	
14) Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?					
1 odpověď	vůbec ne	spíše ne	většinou ano	ano, vždy	
15) Jak jste spokojen/a se svým zdravím?					
1 odpověď	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a	
16) Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?					
1 odpověď	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a	
17) Jak často prožíváte negativní pocity (např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese)?					
1 odpověď	nikdy	někdy	celkem často	neustále	
18) Jak moc se zabýváte myšlenkami o smrti?					
1 odpověď	vůbec ne	trochu	hodně	maximálně	
19) Přemýšlíte o tom, co přinese budoucnost?					
1 odpověď	vůbec ne	trochu	hodně	maximálně	
Děkují za Váš čas strávený nad tímto dotazníkem a hlavně za Vaše odpovědi!					