

Kvalita života rodiny se závislým seniorem

Alena Nováková

Bakalářská práce
2012/2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Alena NOVÁKOVÁ**
Osobní číslo: **H10757**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Kvalita života rodiny se závislým seniorem**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti péče o seniory a kvality života rodiny.

Příprava metodiky empirické části.

Realizace kvantitativního výzkumu.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2.

CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

KRAUS, Blahoslav. Základy sociální pedagogiky. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-383-3.

MOŽNÝ, Ivo. Sociologie rodiny. Praha: Slon, 2002. ISBN 80-86429-05-9.

ŘÍČAN, Pavel. Cesta životem. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-829-5.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Jana Jurčíková

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

30. listopadu 2012

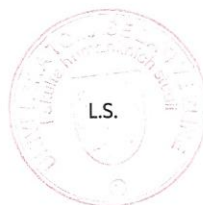
Termín odevzdání bakalářské práce:

3. května 2013

Ve Zlíně dne 19. února 2013



doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka





Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 25. 4. 2013

..... Alma Nováková

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídá k vyšší výdělku dosaženému školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku péče o závislého seniora v rodině a kvalitu života pečující rodiny. Náročná péče a problémy s ní spojené mají vliv na samotného pečovatele i na ostatní členy rodiny a vzájemné vztahy mezi nimi. Rodinná péče poskytuje seniorovi život v přirozeném prostředí a má význam pro jeho uspokojování potřeb a důstojné stáří. Cílem výzkumu je prozkoumat vlivy a změny působící na kvalitu života rodiny a jejich členů při péči o nemohoucího příslušníka své rodiny. Empirické šetření bude probíhat metodou kvantitativního výzkumu, formou anonymního dotazníku Světové zdravotnické organizace WHOQOL – 100 pro měření kvality života. Hlavním záměrem je zjistit, jak ovlivnila péče o závislého seniora kvalitu a způsob života vybraných rodin.

Klíčová slova: rodina, senior, stáří, péče, kvalita života, člověk, život, důstojnost, pomoc, zátěž, spokojenost

ABSTRACT

This thesis is focused on the issue of care for a dependent elderly person within the family environment and the quality of life of family carers. Demanding care and problems associated with it have an effect on the actual caregivers, other family members and the relationships between them. Family Care provides senior living in a natural home environment and it is important to satisfy the needs of dependent person. It is also important to satisfy the needs of the care givers. The aim of the research is to explore the influences and changes in the quality of the working life of the family carers when caring for their dependent family member. An empirical investigation will be conducted using quantitative research in the form of an anonymous questionnaire of the World Health Organization WHOQOL – 100 for measuring quality of life. The main aim is to see how the care of an elderly dependent affects the quality, and way of life of selected families.

Keywords: family, senior, ages, care, quality of life, human, life, the digniti, help, onus, satisfaction

Děkuji příslušníkům rodin, kteří věnovali svůj čas a ochotně spolupracovali na výzkumném projektu bakalářské práce a děkuji vedoucí mé práce Mgr. Janě Jurčíkové za rady, vstřícné postoje a odborné vedení.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Motto

„Člověk se stává Božím obrazem nejen skrze své lidství, nýbrž také skrze společenství osob.“

Jan Pavel II., 2005

OBSAH

ÚVOD.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 DETERMINACE RODINY	12
1.1 PROMĚNY RODINY	13
1.2 SOUČASNÉ POHLEDY NA RODINU	15
1.3 MODEL Y RODINNÉHO FUNGOVÁNÍ.....	18
1.4 ŽIVOTNÍ SITUACE RODINY	20
1.5 MEZIGENERAČNÍ SOLIDARITA V RODINĚ.....	23
2 SENIOR A JEHO POSTAVENÍ V RODINĚ.....	27
2.1 SOCIÁLNÍ VÝZNAM RODINY PRO SENIORA.....	28
2.2 ADAPTACE RODINY NA PÉČI O ZÁVISLÉHO SENIORA.....	31
2.2.1 Rodinná péče	33
2.2.2 Profesionální péče v ústavu.....	35
2.3 POSTOJ K SENIORŮM DNES A V MINULOSTI	37
3 KVALITA ŽIVOTA.....	40
3.1 KVALITA ŽIVOTA SE STÁŘÍ.....	42
3.2 ZDRAVÍ JAKO VYSOKÁ HODNOTA KVALITY ŽIVOTA	44
3.3 KVALITA ŽIVOTA RODINY PEČUJÍCÍ O SENIORA	46
3.4 VÝZKUMY KVALITY ŽIVOTA	48
II PRAKTICKÁ ČÁST	50
4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	51
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍL VÝZKUMU	51
4.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR	53
4.3 METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT.....	53
4.4 METODY ZPRACOVÁNÍ DAT	55
4.5 VÝSLEDKY VÝZKUMU	56
4.6 INTERPRETACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	62
4.7 SHRNU TÍ.....	64
ZÁVĚR	67
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	69
SEZNAM TABULEK.....	71
SEZNAM OBRÁZKU	72
SEZNAM PŘÍLOH.....	73

ÚVOD

Motivem ke zvolení tématu práce je pozitivní zkušenost v rodině při péči o nemohoucího seniora, plně závislého na pomoci jiných. Jednou budeme všichni staří a zatím nevíme jakou pomoc a od koho budeme potřebovat. Trvalá podpora ze strany rodiny přináší seniorovi pocit vlastní hodnoty a důstojnosti v jeho nepříznivé životní situaci a uspokojení nad skutečností, že jeho nejbližší s ním počítají, starají se o něj a projevují mu lásku.

Naše současná společnost podle výzkumů demografického vývoje stárne, podíl počtu seniorů vzrůstá, stupňuje se mezigenerační napětí ve společenském životě i v rodinném soužití, dochází k uvolnění rodinných vazeb a prohloubení názorových rozdílů mezi starší a mladou generací. Nezbyvá nám, než se zabývat otázkou, jakým stylem bude stárnoucí populace žít, kdo se postará o nemohoucí a závislé seniory na pomoci druhých. Samozřejmě máme možnosti, které nám poskytuje sociální systém naší země, nebo rodina je vybavena vlastním potenciálem umožňujícím ujmout se péče o svého starého člena rodiny. Rodinná péče má neocenitelný význam pro spokojený život seniora a naplnění jeho potřeb.

Mnoho lidí prožívá delší pouť svým životem než v minulosti a mají přímé zkušenosti se stářím a doprovázejícími problémy. Situace vyžaduje přizpůsobení služeb, produktů, zdravotní péče a celkového přístupu společnosti i jednotlivců k jejich potřebám a způsobu života. Důležitou roli sehrávají rodinní příslušníci, jejich pochopení, ochota, obětavost a v neposlední řadě láska k člověku. Příznakem doby je orientace na mládí a stárnoucí populaci vnímat jako přítěž našim plánům a cílům. Vidíme před sebou seniory, které život nemilosrdně zasáhl nemocí, ztrátou blízkých nebo zklamáním svého okolí a přesto nám přináší smíření se svým věkem a dalším smyslem života. Proces problematiky stárnutí se dotýká nás všech, spokojený a důstojný podzim života by měl být odměnou za celý náš životní příběh.

Teoretická část je zaměřena na pojetí termínu rodina, jakým druhem proměn prošla rodina v minulých letech a její vývoj do současnosti. Zabývá se názory a pohledy na rodinu v dnešní době, prioritou cílů a hodnot rodinného soužití a modely fungování rodiny všeobecně. Další kapitola je věnována zvládání životní situace rodiny, jako životního úkolu i jako obtížné a nepříznivé události. V práci je zdůrazněn význam rodiny pro seniora ve

všech aspektech jeho života a význam pozitivních mezigeneračních vztahů v rodinném systému. Uvádíme přínos rodinné péče o závislého seniora, nebo profesionální institucionální péče v domově pro seniory. Na kvalitu života v rodině se závislým seniorem působí celá řada faktorů, spojených s mírou adaptace rodiny na vzniklou situaci. Zabýváme se zdravím, jako vysokou hodnotou kvality života seniora a postoji k seniorům dnes a v minulosti.

Středem zájmu v praktické části jsou názory a pohledy rodinných příslušníků na zvláštnosti a odlišnosti běžného života celé rodiny v kontextu péče o nesoběstačného seniora. Cílem práce je zachytit podobu způsobu života a zhodnotit faktory, které ovlivňují jeho kvalitu v rodinách pečujících o seniora v nepříznivé zdravotní či sociální situaci. Zjistit změny, které každodenní náročná péče o nemohoucího seniora přinesla a jak se promítly do denního života členů rodiny. Rodina se snaží umožnit svým rodičům a prarodičům setrvat co nejdéle ve vlastním přirozeném prostředí a tím se mění dosavadní úroveň a styl běžného života všech členů rodiny.

Výzkumné šetření bude probíhat na kvantitativní úrovni vyhodnocením standardizovaných dotazníků WHOQOL. Respondenty budou členové rodin žijící společně se svými starými rodiči, závislými na pomoci svých blízkých.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DETERMINACE RODINY

Rodina zůstává i na počátku nového století nepostradatelnou a těžko nahraditelnou institucí pro dospělého člověka, pro děti a seniory. Je nezastupitelná při předávání hodnot následujícím generacím, funguje jako nejvýznamnější socializační činitel a stojí na počátku rozvoje osobnosti s možností ho v rozhodující fázi ovlivnit a působit na rozvoj jedince (Kraus, 2008, s. 79). Lze přijmout **vymezení rodiny** jako strukturovaného celku (systému), jehož smyslem, účelem a náplní je utvářet relativně bezpečný, stabilní prostor a prostředí pro sdílení, reprodukci, relaxaci a produkci života lidí, uvádí Plaňava.(Plaňava, 1994, cit. podle Kraus, 2008, s. 80)

Můžeme vnímat **rodinu** i jako formu dlouhodobého solidárního soužití osob spojených příbuzenskými vztahy, zahrnující přinejmenším rodiče a děti, společným bydlením a výkonem svých funkcí. V rodinném systému se vytváří důležité prostředí socializace, intimity, síť vzájemných vztahů a sociální podpora. (Jandourek, 2001, s. 206)

„Rodina je skupina lidí se společnou historií, současnou realitou a budoucím očekáváním vzájemně propojených transakčních vztahů. Členové jsou často (ale ne nutně) vázáni hereditou, legálními manželskými svazky, adopcí nebo společným uspořádáním života v určitém úseku jejich životní cesty. Kdykoliv mezi blízkými lidmi existují intenzivní a kontinuální psychologické a emocionální vazby, může být užíván **pojem rodina**, i když jde o nesezdaný pár, o náhradní rodinu atd.“(Kramer, 1980, cit. podle Sobotková, 2012, s. 24)

Rodina jako celek má být útočištěm ve světě, kde je příliš mnoho honby za úspěchem, tvrdosti, přetvářky, vysokých nároků, anonymity. Lidské vztahy jsou zde přednější než výkon a prestiž. Rodina je prostor pravdivosti, upřímnosti, otevřenosti a vzájemnosti - souhrnným termínem – **mutualita**, neboli vzájemnost je základem a podmínkou všeho, co o rodině bylo řečeno. (Říčan, 2004, s. 161)

Ze současného pohledu na rodinu se nejvíce ztotožňujeme s definicí Kramera (1980, cit. podle Sobotkové, 2012). V dnešních společenských poměrech již není negativně veřejností vnímáno soužití nesezdaných párů a společenství takto fungují jako rodina spojená manželským svazkem. V takovém soužití lidí nacházíme stejné aspekty vztahů vzájemně propojených ať už jde o vztahy osobní, emocionální i sociální. Taková rodina žije svou minulostí a současností a plánuje svou budoucnost se svými dětmi i rodiči.

1.1 Proměny rodiny

Celkový vývoj společenských poměrů v 19.století odstartoval proces industrializace a má za následek nebývalou proměnu životních poměrů rodiny. Podoba vztahů, životní rytmus a rozdělení rolí přestávají být určovány tradičním systémem a jádro rodiny přejímá více charakter citového společenství, dochází k oddělení produkce a domácnosti (Gruber, 1994, cit. podle Šrajer, 2008, s.50). Rodina ztrácí řadu svých funkcí a tyto přechází na specializované instituce např. v oblasti vzdělání, zdravotní péče. Přestává platit tradiční přidělení rolí dle pohlaví, ženám se dostává stejné možnosti vzdělání jako mužům a tím se snižuje její ekonomická závislost na mužích. V důsledku kulturně sociálních změn, reklamy a životních postojů prezentovaných médií se pozvolně, avšak zásadně mění rodinné vztahy. Změny souvisí se všeobecnou krizí autority a novým uspořádáním rolí v rodinném společenství. (MPSV ČR, 2004, cit. podle Šrajer, 2008, s. 50-51)

Prolomení některých hmotných bariér umožnilo ztotožnit pro stále více rodin rodinný život s rodinným domkem. Prosazuje se **neolokalita** - nově zakládaná rodina nově zakládá i samostatnou domácnost v novém domě. Pro dvougenerační, samostatně žijící rodinu začínáme užívat pojem **nukleární rodina**, který chápeme jako označení standardního způsobu rodinného života vyspělých průmyslových civilizací. (Možný, 2002, s. 42-43) Změny lze pozorovat i ve funkcích rodiny, podstata **biologicko - reprodukční** funkce se nemění, avšak podle současného trendu je dítě často vnímáno jako překážka v profesním růstu a vlastní seberealizaci obou rodičů. Změny a poruchy **ekonomické** funkce se projevují v hmotném nedostatku rodin. Rodina je více zainteresována na funkci **ochranné** a očekává se větší spoluúčast na jejím plnění (např. zdravotní péče nebo placené sociální služby). Dnes je třeba zdůraznit význam působení **socializačně - výchovné** funkce, kdy mladší generace pomáhá starší v zacházení s moderními komunikačními prostředky. Odpovědnost za výchovu někdy rodina přesouvá na školní instituce a očekává profesionální přístup pedagogů. Zásadní a nezastupitelná je **emocionální** funkce rodiny, v důsledku změn lze pozorovat přibývajících rodiny, jež plní toto poslání jen s velkými obtížemi.(Kraus, 2008, s. 81-83)

Sledujeme i zcela jiný přístup k načasování mateřství, dochází k tzv. **pozdnímu mateřství**, pro mnohé ženy je to většinou výsledek okolností. Starší matky popisují pocit připravenosti na dítě, když časem získaly emocionální stabilitu, zralost, která následovala

po dosažení ostatních životních a kariérních cílů. Výzkumy dokládají větší sebedůvěru, sebejistotu, nárůst kontroly a autonomie u žen v období střední dospělosti. Dále Sobotková uvádí (2012, s. 159) u záměrného odkládání mateřství, existuje přání stát se matkou, ale konečné rozhodnutí se nechává na pozdější dobu. Bývá to z důvodů dosažení emocionální zralosti, profesního postupu v zaměstnání a potřeba finanční jistoty.

Podle Možného (2002, s. 71-72) koncept rodiny v tradiční společnosti byl jiný než dnešní zaměření rodiny jako citové a konzumní jednotky. Mentalita tradiční rodiny brala život jako úděl a rodinu jako nástroj ekonomické odpovědnosti pro udržení životaschopnosti. Evropská rodina tradiční společnosti, stabilní a soudržná, vícegenerační s mnoha dětmi se ukazuje jako zhruba stejně nestálá, jako rodina moderní, jen s rozdílem příčin nestability. Namísto dnešních rozvodů a názorových odlišností byla dříve zdrojem nestability vysoká úmrtnost a sociální destabilizace v dobách nemocí, hladomorů, neúrody a válečného drancování.

Vlivem modernizace se stala **nukleární** rodina méně závislou na **širší** rodině, tím že stát převzal některé její funkce a vytvořil záchranou sociální síť se stala více závislou na státu. Moderní rodina je současně více soukromá i více veřejná, soužití je častěji podřízeno osobním cílům a tím je oslabeno společné rozhodování a vzájemné chápání potřeb. Tento stav je možné označit jako změny první **demografické revoluce**, dochází k rozdělování členů rodiny, ke snižování vícegeneračního soužití, což je dáno novými podmínkami bydlení, ekonomickou situací a vytvořeného životního stylu. Ve způsobu života nového modelu rodiny se promítá mnoho změn v oblasti právní, společenské, ekonomické, kulturní i sociální. Velkými změnami prochází mezigenerační vztahy, úloha rodiny v socializaci, do popředí se dostává individuální postoj jednotlivce a odlišné postavení muže a ženy v rodině. (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 75)

Všichni jsme svědky podstatných změn v průběhu života našich rodin, naši rodiče a prarodiče měli odlišně uspořádaný hodnotový systém, zájmy rodiny se zcela ztotožnily se zájmy jednotlivce, životní podmínky neumožnily ohled na osobní rozvoj. Dnešní vývoj rodinných vztahů a vazeb je podřízen individuálním cílům a potřebám, konzumnímu způsobu života, růstu profesní kariéry a ekonomickému zajištění. Naše současná společnost, rodiny a pomocné sociální struktury mají za úkol zvládnout tyto rizikové procesy změn, jež nelze zastavit. Rodina se vyvíjí v logicky následujících stádiích a prochází několik vývojových přechodů v průběhu života.

Všechny proměny, jež ovlivňují rodinu, zasahují i společenský život a budou mít význam pro budoucnost. Je důležitý současný stav a pohledy na rodinný život v naší soudobé společnosti, aby další vývoj a změny pro nás a naše děti měly pozitivní dopad, problematikou se zabýváme v následující kapitole. Musíme soustředit svou pozornost a úsilí na zvládnání společenských změn.

1.2 Současné pohledy na rodinu

Dnešní rodina se nepochybně nachází v jiné situaci, tradiční kritéria přestávají platit, především institucionální spojení zákonným manželským svazkem není nutnou podmínkou partnerského a rodinného života. Přibývá dětí, které se rodí mimo legitimní manželství, taková soužití však fungují jako rodina a splňují další znaky rodiny – společné bydlení, hospodaření v jedné domácnosti, vzájemná pomoc a spolupráce a výchova dětí. (Kraus, 2008, s. 80). Uvádí i typologii rodin, rodina tvořená rodiči a dětmi je nazývána **nukleární** (jaderná), **rodina rozšířená** (velká), termín označuje blízké příbuzné v rodině. Rodinou **orientační** je původní rodina, v níž jedinec vyrůstal, rodinný svazek který sám založí, označujeme jako **prokreační**. Z hlediska průběhu funkcí v rodině hovoříme o **funkční** rodině, **dysfunkční** a **afunkční**, kdy funkce rodina plní, nebo jen částečně, nezvládá funkce vůbec.

Rytmus života dnešní rodiny vidíme v existenčních problémech, vyčerpáním pracovním tempu. Rodině nezbývá čas na sebe sama, na společně strávené chvíle odpočinku a vytrácí se prostor a ochota k naslouchání, porozumění a vzájemné sounáležitosti. Destabilizačním faktorem je protiklad cílů a hodnot moderní ekonomiky k hodnotám manželství a rodiny. Určujícím cílem v hospodářství a ekonomice je maximální zisk, racionalita, soutěž a pokrok. Ve společném rodinném životě jsou naše priority jiné, založené na toleranci, smysluplnosti a pochopení, důležité je emocionální uspokojování potřeb, solidarita mezi členy rodiny, láska, náklonnost respekt. (Kolektiv, 1991, cit. podle Šrajer, 2008, s. 51-52)

Pohled na formy **socializace** v dnešních kulturách nám ukazuje, že rodina ztrácí výsadní postavení jako socializační činitel, nemá na socializaci svých dětí monopol. Vlivy působící odjinud vstoupí do dětského světa velmi záhy, v našich kulturních okruzích se dnes jedná zejména o masmédiá, vzdělávací instituce a další externí vlivy, jež spolupůsobí či konkurují při socializaci dítěte. Výchozím krokem k rozpadu socializace jen v rodině je svěřením dítěte do péče jeslí či mateřské školky. Ve vzdělávacích institucích je spojena

socializace s působením **vrstevnické skupiny**, s níž jedinec tráví podstatnou část dne ve školní třídě. V interakci s médii vytváří vzniklá skupina své vlastní hodnoty, vzorce chování a priority, postupně získává relativní autonomii od školy i rodiny. S přibývajícím věkem dítěte slábne vliv socializačního působení rodiny rychleji a na její místo pak vstupují média, instituce a vrstevnické skupiny, jež se v pubertě stávají zástupnou rodinou. (Možný, 2002, s. 144)

Charakteristické znaky současné rodiny uvádí Kraus (2008, s. 84- 85).

- Demokratizace uvnitř rodiny – jiné nastavení sociálních rolí rodičů.
- Uzavřenost a izolovanost od vnějšího světa.
- Zvýšený počet jednočlenných domácností.
- Dezintegrace rodiny – členové rodiny žijí jen sami za sebe.
- Zatížení pracovními aktivitami a časové zaneprázdnění.
- Dvoukariérový model rodiny – emancipace žen.
- Výskyt vysoké rozvodovosti.
- Diferencovanost rodin podle socioekonomické úrovně.

Stále častější rodinný typ představují rodiny s jedním rodičem (90% z nich jsou matky s dětmi, 10% otcové s dětmi). Ve 2.polovině 20. století byl tento trend důsledkem vzrůstajícího počtu rozvodů, ale v posledních letech je odrazem nárůstu počtu žen, majících děti mimo manželství, množství takto narozených dětí se u nás rapidně zvyšuje (Rabušic, 2004). Dříve byly svobodné matky odsuzovány, negativně hodnoceny po morální stránce a vyplývalo pro ně znevýhodňující postavení ve společnosti. Dnes se sociální nevýhoda svobodných matek postupně zmenšuje, mění se také jejich složení podle věku a v současné době jsou svobodné matky zralejší ženy, v období střední dospělosti se zajištěnou budoucností a úspěšné ve svém povolání. Náročné vybudování a udržení stabilního vztahu pro emancipovanou ženu v dnešní době není jednoduché a narození dítěte se stává určitou jistotou nového blízkého vztahu. (Sobotková, 2012, s. 170- 171)

„ Ideál rodiny se dvěma rodiči není v reálném životě vždy naplňován, ale přesto má svůj stálý význam: kvalitní vztah mezi rodiči je modelem, podle něhož se děti učí vytvářet své budoucí vztahy. Proto by děti měly vnímat cit, vzájemnou podporu a spolupráci v rodině i dobré vztahy rodiny se širším okolím“ (Sobotková, 2012, s. 176).

Rodina v naší kultuře si nadále zachovává citovou vazbu, prarodiče se podílejí na řešení manželských krizí svých dětí, stále pomáhají při výchově vnoučat a přinášejí finanční podporu i když se zakládají rodiny programově bezdětné, těhotenství je limitováno antikoncepcí. Moderním se stává volné partnerské soužití a jednočlenná domácnost. Ve snaze pochopit stávající změny se rodina stala tématem sociologických šetření, výsledky ukazují na změnu chápání rodinných vztahů po roce 1989. (Klevetová, Dlabalová, 2008, s.76 - 77)

Sociologové změnu rodiny charakterizují takto: Dle Klevetové, Dlabalové, (2008, s.78).

- Snížení počtu sňatků a zvýšení nesezdaných dvojic
- Nárůst počtu rozvodů a rozchodů
- Stoupá množství rodin s jedním dítětem
- Pokles porodnosti, více dětí se rodí mimo manželství
- Větší zaměstnanost žen
- Zaměření na zájem jednotlivce
- Omezení bezprostředních kontaktů mezi členy rodiny
- Rostoucí liberalizace postojů k rozvodům
- Absence protirozvodových bariér

Přichází na nás množství požadavků z mnoha pohledů, máme povinnosti jako rodiče v oblasti výchovy dětí, jejich vzdělání, v odpovědném přístupu k budoucnosti a v získání vědomí a jednání na základě morálních zásad. Jako občané musíme obstát v každodenním pracovním, osobním i společenském životě. Je pro nás samozřejmostí zvládat všechny role charakterizující dnešní způsob života. Význam spočívá v rozdělení rolí muže a ženy v rodinném hospodaření, v péči o děti a v ekonomickém zajištění rodiny. V dalším

pokračování práce se věnujeme způsobům, jak rodiny čelí svým životním úkolům a jaké typické modely fungování najdeme v rodině, dnes a v minulosti.

1.3 Modely rodinného fungování

Rodina by měla být schopná udržovat své současné funkce, ale také se adaptovat na přechodné a proměnlivé požadavky ve svém existenčním systému. Kontrola, definovaná jako způsoby vzájemného ovlivňování, napomáhá, nebo brzdí plnění úkolů v rodině. Vznikají určité specifické kontrolní styly, závisející na způsobech interakce v rodině, zda jsou interakce konstruktivní, či destruktivní, zda je styl vedení rodiny odpovědný, nebo neodpovědný. Definování úkolů a jejich plnění může být zásadním způsobem ovlivněno hodnotami a normami dané kultury obecně a zvláště **hodnotami konkrétního rodinného systému** a dalších procesů, tedy plnění úkolů, výkon rolí, komunikace, citová angažovanost a kontrolní styly. Úspěšné plnění úkolů předpokládá rozlišení a výkon různých rolí, jejich efektivní plnění vyžaduje kvalitní proces komunikace, dosažení vzájemného porozumění. (Sobotková, 2012, s. 67- 68)

Základní parametry rodinného fungování jsou autory vymezovány odlišně. Výstižné vymezení rodinného fungování uvádí S.R. Sauber s kolegy, 1993 (cit. podle Sobotková, 2012, s. 43- 44). Je to schopnost rodiny fungovat ve čtyřech rozhodujících oblastech. **Osobní fungování** – spokojenost členů se svou pozicí a rolí v rodině. **Partnerské fungování** – vzájemný soulad a spokojenost v sexuální oblasti. **Rodičovské fungování** – odpovědnost za výchovu dětí a obohacení rodičovskou rolí. **Socioekonomické fungování** – ekonomická úroveň rodiny, sociální začlenění a podpůrná síť.

V polovině 20.století byly vysloveny ve veřejném diskurzu tři postoje k zaměstnanosti žen tj. k rozdělení rolí v rodině a způsobu fungování rodiny. **Konzervativní přístup** – vdané ženy a zvláště matky nemají pracovat a být zaměstnány. **Neokonzervativní přístup** – považuje za samozřejmou jen práci bezdětných žen. Než se provdala získala kvalifikaci, když se stane matkou, zaměstnání opouští, tento postoj byl rozpracován v sociologickou teorii – **třífázového modelu**. **Egalitární přístup** – poukazuje na zápory třífázového modelu v devalvaci kvalifikace žen v době péče o děti, výpadkem z profese ztratí kontakt s dynamikou a rozvojem svého oboru. Takový handicap je pro ženu neslučitelný s nárokem na rovnost životních šancí. (Možný, 2002, s. 152- 153)

Dvoukariérová rodina - je výsledkem egalitárního postoje, charakterizována budováním úspěšné kariéry muže i ženy na profesionální úrovni. Rodina skloubí výchovu dětí a chod domácnosti s výkonem náročného povolání tak, aby se vzájemně nevyklučovaly. Odlišná strategie egalitárního přístupu je **dvuosobní kariéra** – dobře fungující pár založí svůj sociální vzestup na podpoře kariéry jednoho z nich. Většinou je nositelem kariéry muž, pokud je pár solidární, výnos ze společné strategie požívají oba. Ve společnosti dynamicky přibývalo modelu **dvoupříjmové rodiny** – zaměstnání obou partnerů je v rodině zdrojem příjmu a garancí životní úrovně. (Možný, 2002, s. 159- 160)

V současné době se setkáváme s **modelem smíšeným**. Zde oba partneři pracují, pro oba je profese důležitá, avšak pro muže, který se věnuje případné pracovní kariéře má větší význam. Muž není výhradním živitelem rodiny, partneři jsou spoluživitelé. Dělb práce v domácnosti se blíží spíše tradičnímu typu rodiny, zastupitelnost rolí v jejím systému je někdy žádoucí i částečně realizována, ale zatím se neujala ve společnosti jako norma. **Přechodný model** vnímá ženu jako matku i jako zaměstnanou ženu, obě sféry jsou pro ni stejně důležité. Muž zůstává pouze v roli živitele rodiny, což přináší výrazné nerovnosti. Žena je znevýhodněna nižším platem i menším množstvím volného času ve sféře rodiny. (Šrajer, 2008, s. 32)

„Z hlediska vztahů mezi pohlavími je současná rodina charakterizována třemi hlavními rysy: citelným snížením objektivní závislosti ženy na muži, přetrváváním dělby profesních a domácích činností podle pohlaví a zvýšením pocitu unikání této diferenciaci podle pohlaví díky kompromisům mezi partnery“. (Ryba, 2003, cit. podle Šrajer, 2008, s. 33)

V 80 letech bylo zaznamenáno vítězství neokonzervativního postoje, **třífázový model** v západních vyspělých kulturách převládal. Zaměstnanost žen, i matek se stala samozřejmostí, avšak měla dva vrcholy, před mateřstvím a po mateřství. Ve Skandinávii byla institucionálně podporována možnost zastoupení matky v péči o děti otcem již od 70 let. **Skandinávský model** nabízí otci převzetí hlavní části péče o dítě a umožnit matce návrat do zaměstnání. Mateřské dávky byly nahrazeny dávkami rodičovskými, které může pobírat i otec. (Možný, 2002, s. 164 - 169)

Základní rodinné procesy a rodinné fungování jsou jevy nesmírně složité, existují tři jejich základní a nosné principy: **soudržnost, adaptabilita a komunikace**. Soudržnost (koheze) souvisí s rodinnou intimitou, blízkostí a sounáležitostí. Adaptabilita se týká

schopnosti rodiny přizpůsobovat se změnám a nárokům života. Komunikace je klíčový proces při řešení problémů, působí jako ochranný faktor proti vlivu stresu a rizik. (Sobotková, 2012, s. 72)

„ Nejzákladnější aktivitou rodiny a nadřazeným cílem je plnění úkolů. Některé z nich jsou základní, určené společensko – historickým vývojem, jiné jsou vázané na vývojovou fázi rodiny a další jsou dané aktuální stresovou situací. Některé úkoly jsou společné všem rodinám, některé jsou jedinečné pro určitou rodinu. Právě prostřednictvím procesu plnění úkolů rodina více či méně úspěšně dosahuje svých cílů jako sociální skupina“. (Sobotková, 2012, s. 67)

Zdravé fungování rodiny závisí na rozdělení rolí mezi mužem a ženou v rámci jejich rodinného systému. V konečném důsledku vždy na dohodě partnerů, zahrnující v sobě pravidla pro bezproblémový chod rodiny. Podstatnou úlohu zde sehrává i naše společnost, jejím cílem je zajistit dostatečnou, srozumitelnou legislativu umožňující skloubit ženě i muži pracovní život s životem a provozem rodiny. Rovné příležitosti žen a mužů a odstranění diskriminace na základě pohlaví jsou jednou ze základních priorit vyspělých společností současných kultur. Obsahem následující kapitoly je popis životní situace v rodině, jako životního úkolu i jako přechodových, nebo náročných událostí v průběhu života rodiny. Právě schopnost rodiny účinně zvládat a čelit běžným i neočekávaným životním událostem významně posiluje soudržnost rodiny, míra komunikace, vědomí sounáležitosti rodinných příslušníků a vzájemná pomoc a podpora.

1.4 Životní situace rodiny

Termín životní situace můžeme vymezit jako souhrn podmínek vztahujících se k něčemu, někomu, komplex podnětů (jevů, osob, vztahů mezi nimi) vyskytujících se v určitém místě a v čase. J. Pelikán rozumí životní situaci konkrétně vymezenou a časově limitovanou shodu vnějších okolností, během níž jsou jedinci vystaveni působení určitých vlivů, na něž individuálně reagují. Celý náš život se odvíjí v nejrůznějších situacích. (Pelikán, 1995, cit. podle Kraus, 2008, s. 140 - 141) Ve společenské realitě má své místo **sociální situace**, děj a prostor, kde probíhá život. Je vytvářena věcmi a vztahy určité kvality, tedy nepřeborné množství událostí, jevů probíhajících v rodinném systému. (Řezníček, 1994 cit. podle Kraus, 2008, s. 141)

Součástí významu životní situace rodiny jsou dvě hlediska označující **životní úkoly**, které rodině přináší každodenní běh jejího života. Dále kombinace různorodých okolností života konkrétní rodiny – **náročné události**, nastávají, když se život v rodině odchýlí od běžného průběhu událostí (např. závažné onemocnění, útěk dítěte, úmrtí člena rodiny). Zpravidla se tyto překážky stávají těžko zvládnutelnou zátěží, schopnost rodiny zvládat životní úkoly ovlivňují jak vlastnosti jednotlivých členů, tak charakteristika rodiny jako malé sociální skupiny – kultura komunikace, postupy rozhodování, vzájemná podpora, uspokojování potřeb v zájmu rodiny. (Šrajer, 2008, s. 10 - 11)

S vypořádáním se rodiny s nepříznivou životní situací těsně souvisí schopnost adaptovat se na stres, vzniklý při zátěži a nacházet novou rovnováhu. Úroveň stresu v rodině záleží na závažnosti a intenzitě dané události, jak ji rodina vnímá a hodnotí, na možnostech zvládat stres, na psychické a fyzické kondici členů rodiny. Neméně významný je i širší pohled, co už rodina zažila, aktuální vztahy a citová atmosféra v rodině. Pozitivní stav vzniká, kdy nerovnováha je přijímána rodinou jako výzva, kterou je třeba přijmout a řešit. V poslední době se prosazuje přístup založený na silných stránkách rodiny, které mají možnosti a síly je nadále rozvíjet. Tyto možnosti mohou zůstat nevyužité do doby, než se rodina v krizové situaci obrátí na odborníky. (Sobotková, 2012, s. 77)

V souvislosti se zvládáním každodenních nároků i mimořádných stresů v rodině se v zahraničí asi dvacet let, u nás čtyři roky hovoří o **resilienci rodiny** (pružnost, odolnost, schopnost se rychle vzpamatovávat). Resilience je taková vlastnost rodiny, která jí umožňuje udržet si zavedené vzorce fungování, i když je konfrontována s rizikovými faktory, schopnost rychle se zotavit z krize, nebo ze zlomové události, která vyvolala změny v rodinném fungování. (Random House Webster's Dictionary, 1993 cit. podle Sobotková, 2012, s. 80 - 81)

Velmi často jsme svědky, jak se lidé dostávají do složitých situací vyžadující větší mobilizaci fyzických i psychických sil. Hovoříme o **náročných životních situacích**, kdy splnění úkolu, dosažení cíle, uspokojení potřeby není uskutečnitelné běžnými postupy, situace na nás klade vysoké nároky a požadavky a staví překážky adekvátnímu řešení. Nejčastěji jde o situace **konfliktní, frustrující, stresující** a objevují se pojmy **mezní situace** (krajní, nebezpečné) nebo **problémové situace**, provázené napětím. Během života nás provází životní situace **významné obecně** (narození dítěte, nástup do zaměstnání,

odchod člena rodiny) a **významné osobně**, objevující se v životě jedince. (Kraus, 2008, s. 142)

Neodmyslitelně patří k našemu životu i **situace krizová**. „Krizovou situaci lze charakterizovat jako situaci vyostřenou v relativně krátkém čase, kterou (na rozdíl od náročné životní situace) již není jedinec schopen sám překonat a vnitřní či vnější zátěž zvládnout pomocí vlastní strategie.“ (Jedlička, Kořa, 1998 cit. podle Kraus, 2008, s. 143)

„Subjektivní zátěž takového závazku závisí i na předpokládané délce jeho trvání, jeho náročnosti na čas, na míře emočního i fyzického vypětí a na možnosti rozdělit se o něj s někým dalším. Zátěž pomoci a péče o starého rodiče je závislá i na tom, kde se odehrává, zda je vyčerpávající docházením, resp. dojížděním do bytu starého člověka, který si udržuje alespoň částečnou samostatnost, nebo zda je potřebné jeho přestěhování do rodiny dospělého potomka. Rodina rozšířená o nemohoucího příslušníka nejstarší generace se musí podřídit jeho potřebám, protože on sám se standardnímu chodu rodiny už přizpůsobit nedokáže.“ (Vágnerová, 2007, s. 293)

Rodina disponuje úhrnem možností posilující její fungování, patří mezi ně zdroje odolnosti rodiny a její zvládací strategie. Zdroje odolnosti je vše, co má rodina k dispozici a dělí se na vnější a vnitřní. **Vnější zdroje** – sociální podpurná síť, socioekonomická stabilita a kulturní úroveň rodiny. **Sociální opora** je nejčastěji považována za příčinu úspěšného odstranění působení stresu a vystupuje jako nárazník mezi stresem a možnou krizí rodiny. Může zmírnit subjektivní tíži problému, tím chrání síly jedince i rodiny a umožňuje zvládání závažných životních změn. **Vnitřní zdroje** – dělíme na **rodinné**, zde patří soudržnost, flexibilita, jasná komunikace, rodinné tradice, rodinná organizace a pravidla a **osobní** či individuální jako inteligence, znalosti a dovednosti, zdraví, sebedůvěra a pozitivní myšlení, vitalita a odvaha. (Sobotková, 2012, s. 91 - 92)

Doba označovaná jako postmoderní přinesla výrazné změny v našem životě, vnímáme situaci pro někoho jako složitou a není jednoduché dostát zvyšujícím se nárokům a požadavkům. Narůstá počet lidí ocitajících se v tísní nebo v ohrožení a tím vzrůstá význam pomoci a solidarity. Fenomén pomoci, vycházející z lidského **altruismu** se uplatňuje v nejrůznějších situacích, v nichž člověk potřebuje pomoc a to v běžných životních situacích i v specifických tzv. náročných či krizových. Pomoc může mít charakter – poskytování opory, výchovně vzdělávacího působení a poradenské činnosti. (Kraus, 2008, s. 135 - 136)

Altruismus – forma myšlení, cítění a jednání vedená nezištností a láskou k bližnímu, přičemž vlastní zájmy mohou výrazně ustupovat do pozadí. Pojem zavedl A. Comte jako součást svého „náboženství humanity.“ (Jandourek, 2001, s. 20)

V celé historii lidstva můžeme spatřit potřebu pomáhat lidem, kteří se ocitli v nouzi, krizi nebo těžce onemocněli. Pomoc a solidarita přináší lidem naději a dodává jim sílu k překonávání náročných a těžkých událostí v jejich životě. Všichni disponujeme určitým potenciálem, který nám umožní některé jevy a skutečnosti překlenout bez cizí pomoci, avšak můžeme se náhle ocitnout v tísní. V takovém případě potřebujeme všichni oporu, ať už vlastní rodiny nebo vnější pomoc institucí a organizací. Důležitá je vzájemná pomoc v rodině a udržování pozitivních mezigeneračních vztahů. Všichni potřebujeme přítomnost někoho druhého nejen při různých krizových událostech, ale v celém průběhu naší životní cesty, kterou prožijeme s rodiči, prarodiči a dětmi.

1.5 Mezigenerační solidarita v rodině

Na jedné straně generace dospívajících, případně už dospělých dětí – na druhé straně generace rodičů, kteří jsou obvykle už v důchodu. Často potřebují pomoc v nemoci a ve svém stáří, taková je rodinná situace dospělých mezi čtyřiceti a padesáti lety, musí osvědčit svou schopnost pochopení, svou vůli pomáhat, svůj rodičovský postoj i tím, že se stane rodičem svých vlastních rodičů. Musíme si zvyknout, že jsme pro naše rodiče autoritou a čekají od nás pomoc, radu, rozhodnutí a někdy i zákaz. Žít poblíž stárnoucích rodičů, když se nedokážou o sebe postarat přímo s nimi je velká zkušenost a důležitá škola pro naše děti. (Říčan, 2004, s. 304 - 305)

Naše děti v adolescentním věku nešetří kritikou svých rodičů směřující k základnějším otázkám – ke světovému názoru, k smyslu života, společenské morálky, výchově dětí v rodině. Život rodičů se mladým jeví prázdný, zmařený, zájmy nudné a starosti malicherné. Není to ovšem už ta naivní dětská vzpoura, náš potomek je již všestranně citově zkušenější, vzdělanější a vážnější a jeho intelekt je vycvičenější. Brzy nastane čas, kdy si bude muset jako dospělý **zařídít život na vlastní zodpovědnost**. Potřebuje však rodiče, kteří budou hájit svůj způsob života a své názory a ve stejné rovině jej budou brát vážně, protože dospívající potřebuje naši kritiku, i když ji špatně snáší. Konfrontací a sporem se v dobře fungující rodině vztah mezi těmito dvěma generacemi nevyčerpává.

V adolescenci se síla citových vztahů mezi rodiči a dětmi musí změnit. (Říčan, 2004, s. 213 - 214)

Významnou událostí v rodině je získání role prarodiče, člověk sám její vznik neovlivní, je biologicky podmíněna a má trvalý charakter. Stává se významnou součástí identity stárnoucího jedince, potvrzuje jeho kvalitu a odpovídá sociálnímu očekávání. Prarodičovská role zároveň potvrzuje vlastní stárnutí, může být akceptována i s negativními pocity. Posouvá generační příslušnost jedince a potvrzuje pozici staršího člověka uvnitř rodiny. Narození vnoučete mění vztah s vlastním dítětem a mění vztahy i v rodině, všichni získávají novou roli a s ní spojenou zkušenost. Prarodič ztrácí další ze znaků své sociální nadřazenosti, jeho dítě se rovněž stalo rodičem a získalo tak vyšší sociální status. Vztah prarodičů a vnuků je charakteristický citovou vřelostí. V roli prarodiče můžeme spatřit jednu ze složek seberealizace starší dospělosti. (Vágnerová, 2007, s. 281 - 282)

Délka trvání jedné lidské generace dnes činí kolem 30 let, díky prodlužování celkové průměrné délky lidského života se potkávají v současnosti čtyři žijící generace lidí. Soužití několika generací je dnes daleko volnější než dříve, v rodině generace existují vedle sebe, vědí o sobě, jsou v kontaktu. Dle Tošnerové (2009, s. 19-21) se stárnutím projevuje tendence vrátit se ke kořenům a být blíže dětem. Stále platí mezigenerační výpomoc, je-li rodina schopna a ochotna ji poskytnout. Dochází - li k neporozumění mezi generacemi v rodině v jádru stojí netolerance, nezájem a nevhodná povahová skladba kterékoliv strany. Výsledkem bývá osamění především starých žen, jedna z daní za dožívání se vyššího věku. K mezigeneračnímu porozumění jsou třeba znalosti o potřebách všech zúčastněných ve zdraví i nemoci, úcta mladých ke starší generaci.

Střední generace musí zvládnout náročné úkoly v péči o své staré rodiče a současně má na starost ještě dospívající děti. Vychovávat a ekonomicky zajistit naše děti je třeba asi dvacet let, potom přichází fáze osobního zrání a vlastního dospělého života. Tím se nám zúží míra povinností a můžeme své síly využít k potřebné pomoci zestárlým rodičům. Dospělí ve středních letech však také stárnou a postupně se nachází v situaci svých rodičů, tak děti se posunou do střední generace. Dospělé děti většinou uznávají svou povinnost vůči starým členům rodiny, jsou ovlivněny příkladem svých rodičů pečujících o nemohoucí a nesoběstačné seniory. Tak jak my se chováme ke svým starým rodičům, tak se k nám jednou budou chovat vlastní děti. (Haškovcová, 1990, s. 230)

Starý člověk si uvědomuje svůj snižující se životní potenciál a ve většině případů tuší, že nejlepší je pro něj zůstat doma u rodiny. Přimyká se k některému konkrétnímu příbuznému, od něhož podvědomě předpokládá účinnou pomoc. Není to vždy nejmilejší z dětí, stárnoucí člověk právě mu nechce přidělovat starosti a zhýčkané a oblíbené dítě vždy nezvládne náročnou péči o zestárlého rodiče. Podle Haškovcové (1990, s. 225) často najde starý člověk pomoc a pochopení u potomka, který nebyl moc oblíbený a nespravedlivě zůstal na druhé koleji a je ochoten o svou matku nebo otce pečovat. Rozhodující je vůle chtít a schopnost moci se postarat o své staré nemohoucí rodiče.

Nedílnou součástí rodinného společenství je i vzájemná pomoc v rámci nukleární rodiny, ale i **mezigenerační solidarita**. Mechanismus trhu a nevhodná intervenční pomoc ze strany sociálního státu oslabuje přirozené, rodinné a mezigenerační vazby, tím je ohrožen mechanismus vzájemné rodinné pomoci a mezigenerační solidarity. Trh žádá angažovanost v pracovním prostoru, stát přebírá úkoly za jednotlivce a rodinu a je narušena soudržnost rodinného společenství a jeho vazeb. Zde můžeme hledat počátky neochoty, neschopnosti a nemožnosti pečovat o staré členy rodiny. (Keller, 1992, cit. podle Šrajer, 2008, s. 57)

Pozitivní mezigenerační myšlení poskytuje všem členům rodiny pocit bezpečí, pochopení a vzájemnou pomoc, panuje zde přirozená úcta ke starším, ale i respekt a podpora práv a nároků mladší generace. Společné soužití je postaveno na demokratických principech, solidaritě a především lásce – rodičovské, sourozenecké, dětí a vnuků k rodičům a prarodičům. Pro generační soužití hovoří důvody výchovné a etické, úcta ke stáří je jedním ze základních etických humanitních požadavků a citové vztahy jsou obohacením života dětí i prarodičů. Soužití více generací může řešit problém opuštěnosti starých lidí, jelikož přibývá jedinců skutečně osamělých, zbavených životního a citového zázemí nebo opory v době životní krize. (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 80 - 81)

„Dnes jsou prarodiče na rodinách svých dětí většinou nezávislí a žijí samostatně. Prarodiče by měli být pro rodinu a vnoučata nepostradatelným prvkem. Působit svou zkušeností a vnášet do jejich života jiný úhel pohledu na svět.“ (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 86)

V období dospívání našich dětí dochází v důsledku vývojově podmíněné proměny k poklesu celkové spokojenosti v rodině, narůstá četnost změn a odpoutávání adolescentů

z vázanosti na dospělé až k jejich nezávislosti. Situace může být pro rodiče nepříjemná a zatěžuje i manželské vztahy a vztahy v celém rodinném systému. **Mezigenerační konflikt** nemusí mít negativní dopad, ale může vést k upevnění manželské solidarity a oboustranné podpory, dané generační sounáležitostí. Obě generace si vytváří novou identitu a mají s tím podobný problém, ale zcela odlišný přístup k jeho řešení a jen těžko si mohou porozumět. Životní zkušenost dospělého nemá pro jeho potomka větší hodnotu, nevychází z jeho vlastních prožitků a není dostatečně autentická. (Vágnerová, 2007, s. 215)

Žijeme v rodinách, kde se vracíme po náročném dnu v zaměstnání, ve škole, toužíme si odpočinout a strávit klidné chvíle se svými blízkými ve svém domově. V běhu všedního života si nestačíme ani uvědomit zásadní význam domova a rodiny pro nás, naše rodiče, prarodiče a děti. Bereme jako samozřejmost všechny jistoty, které nám rodinné zázemí poskytuje, pro staršího příslušníka rodiny je významný jeho pocit sounáležitosti k rodině a pocit potřebnosti pro své blízké. Každý člen má v rámci rodiny své místo a postavení, jednotlivé generace jsou na sobě závislé a předávání hodnot a zkušeností se uskutečňuje pomocí vztahů mezi starší a mladší generací. Ve druhé kapitole se budeme zabývat postavením seniora v rodině. Starší generace je nositelkou moudrosti, životních zkušeností a ochotou podělit se o vše se svými potomky a přispět k úspěšnému průběhu jejich životní cesty.

2 SENIOR A JEHO POSTAVENÍ V RODINĚ

Nejenom starý člověk, ale každý z nás potřebuje sdělit, co ho trápí, ulevit si nahlas a uvolnit tak energii, která vzniká neuspokojením životních potřeb. Nechceme, aby nám druhý radil, dával poučení, rozhodoval o všem za nás a určoval nám co máme dělat. Jde o to mít potvrzeno, že pro druhé něco znamenáme, že ostatní respektují naše požadavky a počítají s námi ve všech situacích. Starý člověk potřebuje, abychom se v pravý okamžik a na správném místě zastavili a dokázali mu darovat svůj čas a naslouchali jeho steskům, očekává naši pozornost a náš zájem. Plníme pouze roli průvodce, ukazujeme možné cesty a navrhujeme způsob řešení problému. Senior si chce zachovat své přesvědčení a důležitost, potřebuje naši účast a přítomnost. (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 94)

V našem společenském uspořádání přežívají určité představy, co se ve stáří hodí či nehodí, často je seniorský věk chápán jako prázdný a je tolerována jen určitá aktivita. Pokud staří lidé pečují o vnoučata nebo se věnují svým koníčkům, jsou dospělé děti spokojené, naopak údiv a negativní komentáře vyvolávají neobvyklé zájmy a činnosti. Pohoršení budí rozhodnutí seniora např. přání cestovat, znovu se vdát nebo oženit, jít studovat a jiné aktivity. Tolerance k právu starších lidí na vlastní soukromí a uspořádání života je relativně nízká, podle mínění některých členů rodiny jim stačí ke štěstí především klid a spokojenost. Projevem nedospělých a neodpovědných postojů k životu svých rodičů si dospělé děti neuvědomují a nerespektují, že stárnoucí rodiče mají právo zařídit si život po svém. (Haškovcová, 1990, s. 218 - 219)

Starší člověk v důchodu se musí vyrovnat s novou situací a hledat jiný způsob života, pro něj dostupný, zvládnutelný a přinášející mu určité uspokojení. Obvykle se více zaměřují na rodinu a na činnosti, které jí mohou nějak prospět. Jejich prostřednictvím si potvrzují svou přijatelnost a potřebnost alespoň v rámci této sociální skupiny, kde jejich práci či pomoc uvítají a vyloučení z pracovního života odchodem do důchodu senior lépe snáší. Práce naplňuje potřebu smysluplné aktivity a udržení určité úrovně činnosti je nezbytné i v důchodovém věku. Starší lidé zůstávají většinou aktivní ve své domácnosti nebo v domácnosti společné s dospělými dětmi, na zahradě, ale mohou se věnovat i zájmovým či veřejně prospěšným činnostem. (Vágnerová, 2007, s. 365)

Nejdůležitější složkou života člověka v seniorském věku jsou blízké rodinné a přátelské vztahy, které nabývají na intenzitě a máme více příležitostí trávit svůj čas se svými

nejbližšími. Pěstujeme a hledáme společné záliby a jak stárneme, vážíme si stále více přátelství, která nám zůstala z mládí i z pozdější doby a těm, kdo se sblíží snadno a rychle samota nehrozí. Většina z nás stále obtížněji vytváří nové vztahy, jistotu přináší rodinné soužití a udržení pozitivních vztahů s blízkými. Na stará kolena už bychom neměli plýtvat energií na staré spory v rodině a je čas pochopit starou pravdu – jediný skutečný luxus, který stojí za to, jsou lidské vztahy. (Říčan, 2004, s. 349)

Vidíme v soužití rodin a seniorů mnoho variant, podstatná je skutečnost, že ve velké většině situací rodina znamená pro starého člověka oporu, zázemí a útočiště a postavení seniora odpovídá jeho věku, zkušenostem a zásluhám za výchovu dětí, celoživotní práci a podporu ostatních členů rodiny. Morální úlohou dětí by měla být snaha a ochota připravit svému starému rodiči stáří naplněné úctou, respektem jeho osobnosti a vytvořit prostředí pozitivních sociálních kontaktů mezi rodinnými příslušníky i v rámci přátel, širší rodiny a také společenského života.

2.1 Sociální význam rodiny pro seniora

Stárnutí je závěrečnou fází lidského vývoje a je třeba ho posuzovat jako součást kontinuální proměny, projevuje se charakteristickými znaky, jejichž příčiny lze hledat v minulosti nebo v aktuálním čase – **vzdálené a blízké efekty** stárnutí. Znaky sdílející všichni staří lidé se nazývají – **univerzální znaky** stárnutí, změny lze sledovat v průběhu již středních let. Je nesnadné určit přesně časový úsek, kdy se člověk definitivně stane starým. Nejběžnějším měřítkem stárnutí je **chronologický (kalendářní) věk**, avšak nemusí souhlasit s průběhem tělesných a sociálních změn seniora. (Stuart-Hamilton, 1999, s. 18 - 19)

V průběhu stáří narůstá počet seniorů, kteří nepřekračují hranice rodiny, teritoria bytu a nejbližšího okolí, tím se snižují i požadavky na jejich sociální orientaci. Mnohé sociální dovednosti a návyky už nepotřebují a může dojít k jejich stagnaci či dokonce úpadku. Seniori prožívají své stáří v rámci několika sociálních skupin, nejvýznamnější sociální skupinou je **rodina** – zahrnuje nejen soužití s partnerem, ale i kontakt rodinami dětí a sourozenců. **Přátelé a známí** – také lidé, s nimiž seniori sdílejí určité aktivity, představují další možnost sociálních kontaktů, zejména pokud by vlastní rodina neplnila své funkce. **Společenství obyvatel určité instituce** – jako nemocnice (LDN) či domov pro seniory, starší člověk zde sdílí s ostatními totéž teritorium a styl života. (Vágnerová, 2007, s. 350)

Stárnoucí člověk ztrácí zájem o široké vztahové zázemí a koncentruje pozornost na vztahy nejdůležitější, především ho zajímá tzv. **vztahová vertikála** – vlastní děti, vnuci a vnučky, případně nejbližší příbuzní. Preference jen nejdůležitějších vztahů je pro stárnoucího člověka fyziologická a je součástí vývoje osobnosti. Dále podle Haškovcové (1990, s. 290 - 291) senior těžko navazuje nové kontakty a měl by si udržovat několik kvalitních vztahů déle trvajících, na kterých může postavit svou společnost ve stáří, ty nachází samozřejmě v rodině. Osamělý člověk by měl bojovat proti sociální izolaci navazováním nových kontaktů a tak lépe přijímat zákonitý běh událostí.

Ve stáří přibývá mnoho sociálních změn a ztrát a jsou seniory mnohdy obtížně přijímány, každý člověk potřebuje někam patřit, mít své role v rodině i ve společnosti. Změny navozují u starých lidí obavy z budoucnosti z dalšího průběhu života a současně naději a přání důstojně prožít co nejvíce seniorských let. Především je třeba, aby měl víru ve vlastní schopnosti a naději, že lidská blízkost a sociální účast nikdy neselže. Měl své nejbližší, kteří ho budou provázet úskalím stáří a pomůžou mu unést tíhu předešlých let a současná omezení. **Úcta k druhému člověku** je největším projevem lidské podpory a formou sociální opory. (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 71)

Nejbližší sociální vztahy jsou vztahy k našim nejbližším, k rodině, k blízkým přátelům a lidem, jejichž blízkost jsme si zvolili a vytvořili. Říčan uvádí (2004, s. 57 - 59) tyto vztahy jako stále přítomným tématem našeho duševního života a jejich proměny i trvání se hluboce vtiskují do naší osobnosti. Náš vývoj vztahy do značné míry zákonitě mění, vstupujeme do vztahů různého typu a necháme je na sebe určitým způsobem působit. Ve stáří přirozeně ubývá uplatnění v širším sociálním měřítku, ale nemusí znamenat úbytek zájmu. Starý člověk se orientuje více než v mládí na **mravní a sociální hodnoty**, přemýšlí o nich, stává se napomínajícím kritikem, strážcem tradice. V tom je velká společenská úloha stáří – v rodině, v ulici, městě i v celém národě.

Životní spokojenost ve stáří podléhá působení vnějších vlivů, vytvářejících sebeobraz starého člověka a jeho životní pohodu. Čím kritičtěji hodnotí senior své vrstevníky, tím nižší je jejich vlastní sebehodnocení, a do budoucna předpokládají pokles svých schopností. Příčiny změny pohledu na svou osobu můžeme vidět v pokročilém věku, kdy dochází k tělesným změnám člověka, tyto obtíže mohou být zmírněny díky moderní kosmetice a lékařské péči. Avšak jiné změny – ve společenských rolích a vztazích, napravit nelze, nejvíce působícím faktorem je pravděpodobně odchod ze zaměstnání do důchodu a

ztráta životního partnera. Jestliže lidé přestanou pracovat, přeruší se sociální vazby vytvořené na pracovišti a lidé se cítí neužiteční a zbyteční. Mají obavy z budoucnosti a strach ze samoty,

hlavně lidé bez rodinného zázemí. Stuart-Hamilton (1999, s. 162 - 163) vidí vliv těchto událostí na člověka jako závislý na typu jeho osobnosti a socioekonomické situaci jedince, důležitou úlohu sehrává prostředí, ve kterém člověk žije.

„Ve stáří, ať chce či nechce, musí nakonec každý respektovat realitu své aktuální nebo hrozící závislosti. Sladit požadavky nesoběstačných starých osob s nároky a možnostmi mladých je těžké. Starý člověk má žít a dožít především v rodině. Dospělé děti jsou povinny poskytnout péči svým starým rodičům a prarodičům. Tato povinnost je založena především morálně.“ (Haškovcová, 1990, s. 227)

Na své stárnutí bychom prostě měli myslet už ve střední dospělosti, kdy nám začínají stárnout rodiče a dávat pozor na jejich hledání nové identity a způsobu života. Ve čtyřiceti máme stále možnost pracovat na své tvořivosti, budeme ji v poslední kapitole svého života tuze potřebovat. Naše současná konzumní společnost se stářím moc nepočítá ani po stránce ekonomické, ani sociální. Skutečně na prvním místě jsou vztahy, které si zachováme ze svého života a zůstanou s námi i ve stáří, zejména ty **hluboce citové a osobní**. Na začátek poslední kapitoly života nebýváme připraveni, je pro nás nezmapovanou končinou a naši rodiče nám dávají neocenitelný příklad. Je na nás abychom správně pochopili jejich strategii zvládnání této životní etapy. (Tošnerová, 2009, s. 5 - 6)

„**Soukromá sociální síť**, která je schopna mu poskytnout potřebnou oporu i pomoc (především rodina), a společnost s jejím systémem zdravotní a sociální péče. Velikost sociální sítě, kterou tvoří blízcí i méně blízcí lidé se v průběhu stáří redukuje, protože lidé, kteří do ní patří, odcházejí a umírají. Různé alternativy opory, které přispívají k udržení pocitu přijatelnosti vlastního života, jsou velmi důležité.“ (Vágnerová, 2007, s. 342)

Po dovršení důchodového věku a odchodu ze zaměstnání nastává pro starého člověka důležité a často složité období. Sledujeme s obavami, jak naši rodiče nebo známí bojují s novým stylem života a hledají smysluplné uplatnění doma v rodině nebo v zájmových činnostech. Většina starších lidí se do důchodu těší, ale nemají vlastně žádnou zkušenost, co se bude dít a co je čeká. Jsme svědky jak seniorům chybí kontakty a vztahy z bývalého zaměstnání a cítí se nepotřební, určitý čas trvá fáze adaptace na tyto změny, hlavním

zdrojem kontaktů a vztahů a sociálního zázemí jsou v této situaci jejich rodiny. Musíme se snažit s nimi tuto životní situaci zvládnout a poskytnout našim rodičům i prarodičům oporu a porozumění v jejich starostech a obavách.

2.2 Adaptace rodiny na péči o závislého seniora

Pojmem **senior** se nazývá jakýkoli starý či starší člověk důchodového věku, tedy od 60 let výše. V tomto věku se začínají v různé míře projevovat fyzické známky stárnutí, obecně ve stáří dochází k úbytku kvality funkce smyslových orgánů. Současná společnost má sklon brát za starého jedince, který odešel do důchodu. (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 19)

Stáří uvádí Jandourek (2001, s. 237) jako poslední životní fázi vývoje, nastává většinou po skončení ekonomické činnosti a je doprovázena fyzickými, duševními a sociálními změnami v životě jedince. Dělíme na **biologické** – stav organismu, **psychické** – stav duševních funkcí, **sociální stáří** – sociální role a způsoby chování. Není možné vymezit stáří pouze věkem, stav organismu a schopností u seniorů se individuálně liší. Obecně se uvádí **snížená schopnost adaptace** na nemoc, probíhající změny a jiné stresující události, narůstání sociální izolovanosti a ztráta zájmu o koníčky a záliby.

Nutnost rodinné péče a pomoci závislým seniorům může vyvolat narušení rodinných vztahů, je důležité jak rodina situaci vnímá a jak budou reagovat členové celé rodiny. Celkovou míru stresu prožívá jak rodina, tak starý člověk a rodinní opatrovníci se musí rozhodnout do jaké míry dokážou situaci zvládnout. Model rodinné péče v podmínkách krize a **adaptace rodiny** jsou potencionálně stresující a vyžadují vysokou odolnost psychickou i fyzickou. Význam mají rodinné zdroje sloužící k zvládnutí stresu a krize např. vztahy v rodině, soudržnost rodiny, sociální cítění. (Stuart-Hamilton, 1999, s. 173)

Závislost seniora objasňuje Topinková (2005, s. 7) jako stav, kdy senior vyžaduje podporu, dohled nebo pomoc druhé osoby a má podstatné omezení tělesných i duševních schopností, nezvládá samostatně a bez pomoci potřebné činnosti denního života v prostředí, v němž žije. Dále uvádí (2005, s. 9) jako významný faktor – **sociální rozměr nemoci**, týká se především chronických, psychických a invalidizujících nemocí, které mění sociální statut nemocného. Mohou působit jako stresor a zapříčinit adaptační selhání, nemoc nepostihuje jen seniora, ale ovlivňuje rodinné příslušníky a pečovatele.

Pojem **adaptabilita** - souvisí s mírou přizpůsobení a schopnosti rodinného systému měnit svou strukturu moci, role a pravidla vztahů v závislosti na vývojovém a situačním stresu. **Vývojový stres** je součástí běžné krize ve vývojovém cyklu rodiny, tzv. přechody – např. narození dítěte, jeho vstup do školy, odchod z rodiny. **Situačním stresem** může být vážné onemocnění člena rodiny, úmrtí v rodině, úraz aj. Tato nepředpokládaná zátěž působí na všechny členy rodiny a začínají působit nové, měnící se požadavky a nároky. Sobotková (2012, s. 33) se přiklání k názoru, že rodinný systém musí být jak adaptabilní, tak organizovaný a pravidelný, udržení vzájemné rovnováhy je rozhodujícím faktorem při zvládnutí situačních stresů v rodinném životě.

Starý člověk většinou idealizuje své faktické možnosti a nekriticky je hodnotí, nepřízní osudu je především zhoršený zdravotně sociální stav, ztráta či omezení soběstačnosti. Může-li starý člověk s pomocí svých dětí nebo partnerů zůstat ve svém domově, kde zapustil kořeny, kde s ním žijí jeho vzpomínky, jsme povinni postarat se o takovou formu péče, která to umožní. Důležitá je pomoc pečující rodině ze strany státu, aby rodina mohla fungovat a přiměřeně zvládat péči o závislého seniora. (Haškovcová, 1989, s. 192)

Závislost seniorů na dětech pomalu roste, zvláště když zůstanou sami, nemocní, těžko pohybliví, špatně jim slouží oči a paměť. Když se jim nakonec zakalí rozum demencí, budou na svých dětech i psychicky plně závislí. Nastává okamžik pravdy: Jak se o nás postarají naše děti, budou mít sílu a možnosti poskytovat nám péči a lásku? V některých rodinách potřebují potenciální pečovatelé více času na ztotožnění se s novým problémem a s novými povinnostmi z něj plynoucí. Existují ženy, které odejdou na léta ze zaměstnání, protože otec nebo matka nemohou už být doma sami a zajistí, možná s velkými obtížemi domácí péči pro své staré rodiče. Jak uvádí Říčan (2004, s. 362) čeká je poslední zkouška vzájemnosti – **bezmocnost stáří**. Senioři musí doufat v schopnosti svých dětí a rodiny, spoléhat na svědomí a úctu ke stáří.

„Součástí rodinné krize bývá ambivalence a nejistota. V rodině není jasno, co bude následovat, a ani společnost nedává potřebné návody na zvládnutí situace. Rodina ovšem potřebuje dostatek informací, aby se mohla adaptovat (např. na změnu zdravotního stavu dítěte). Přísun dostatečného množství pravdivých a relevantních informací je nutný jak uvnitř rodinného systému, tak ze strany sociálních, zdravotnických či jiných služeb, agentur a programů.“ (Sobotková, 2012, s. 102)

Setkáváme se v rodinném systému s různými reakcemi na skutečnost potřeby péče o naše staré rodiče, kteří už nejsou schopni se sami o sebe postarat. Z mnoha důvodů a příčin jsou závislí na naší pomoci a podpoře. Samozřejmě budou pro nás změny spojené s péčí o starého člověka zásadní a významné pro další způsob života celé rodiny. Každá rodina nebo člen rodiny se s novou situací vyrovnávají individuálně, nemusí vždy vyústit v pozitivní rozhodnutí a rodina odmítne o svého starého člena pečovat. Starý člověk většinou chce zůstat ve svém domově, se svými blízkými, kde dobře zná zázemí své rodiny, její zvyky a způsoby fungování. Poutají ho k ní silné sociální vazby, rodina má pro seniora nenahraditelný význam a umožňuje mu prožít důstojné a spokojené stáří.

2.2.1 Rodinná péče

Rodina nemůže zůstat osamocena a potřebuje pomoc společnosti v péči částečně nebo zcela nesoběstačného starého člověka. Staří lidé si především sami nechtějí připustit myšlenku, že právě jejich děti se starat nechtějí a zdůvodňují, proč nemohou, i když povinnost pečovat o staré rodiče je zakotvena v zákoně. Ostatně vynucovat péči zákonem se jeví nemorální, protože péče prováděná z donucení a bez vnitřního zaujetí by se mohla obrátit proti starým nemohoucím lidem. Dle Haškovcové (1989, s. 232) může být zákonem formulována nezrušitelná odpovědnost dětí za rodiče, více pozitivní se jeví volná a nezávislá motivace – **starám se, protože chci**.

Pečující členové rodiny často nechápou nesmyslné chování svých starých rodičů a přičítají vše jeho bezohlednosti. Většinou tomu tak není, příčinou bývají trvalé a vůlí neovlivnitelné **změny psychiky**, které vztahy dospělých s nemocnými rodiči zatěžují. Komunikace s takovým člověkem bývá obtížná, rozumové argumenty se mívají účinkem a jsou nepříjemné časté požadavky starých rodičů. Staří lidé často nejsou schopni pochopit, že jejich děti mají mnoho dalších povinností, může být limitované jejich **sebeovládání**. Kombinace neúnosných nároků seniora a jeho negativních reakcí může navozovat v rodině pocity stresu. Zátěž, kterou přináší péče o bezmocné staré rodiče, se může negativně projevit při uspokojování psychických potřeb. **Iracionální a necitlivé** chování seniorů lze považovat za rušivé a zatěžující, dospělý člověk se musí **naučit chápat** úpadek starých lidí a akceptovat fakt, že jej nelze ovlivnit. Citový vztah se za těchto okolností mění v **soucit**, je zdrojem **ambivalentních pocitů**. Zatěžující péče může blokovat jakoukoliv jinou možnost **seberealizace**. Tento prožitek stimuluje posun v **hodnotovém žebříčku**

dospělého člověka, změna postoje se projeví ve vztahu ke světu i k sobě samému. (Vágnerová, 2007, s. 290-292)

„Je naopak nejen lidsky pochopitelné, ale dokonce i ekonomicky výhodné, aby starý člověk mohl žít co nejdéle doma. Potřebuje však pomoc, někdy menší, jindy větší. Vždyť se tu jedná o celospolečenskou prostoupenost problému, neboť' zajistit důstojný život starým lidem je skutečně a bez nadsázky záležitostí celé společnosti, každého jejího člena“. (Haškovcová, 1989, s. 125)

Péče neformálních rodinných pečovatelů musí být ceněna a uznávána společností. Starým nemocným lidem je poskytována péče zejména rodinou, partnery a dětmi, nedá se očekávat v příštích letech pokles významu rodiny v zajištění potřebné pomoci a podpory. Poskytování péče je významná **sociální událost**, která přináší zátěž i změnu ve způsobu života jedince i rodiny. Odpovědná a kvalitní péče o blízké nesmí vést ke snížení životní úrovně a zvýšení rizika chudoby. Nedostatek pomoci a sociální izolace ohrožují zdraví rodinných pečovatelů, důstojnost a kvalitu péče a zvyšují riziko zneužívání a zanedbávání v oblasti poskytování péče. MPSV ve svém Národním programu přípravy na stárnutí uvádí, že rodinná politika by měla věnovat pozornost komplexním opatřením na podporu rodin a pečovatelů. (MPSV, 2008, s. 43) Poskytování kvalitní péče je podmíněno dostupností profesionální a odborné podpory, sociální podpory a **respitních sociálních služeb**.

Respitní služby – úlevové (odlehčovací) spočívají v možnosti mít v domácím prostředí k dispozici pečovatele a rodina si může odpočinout na určitou dobu nebo je starý člověk umístěn do pobytového zařízení – **respitní centrum**, kde je o něj kompletně postaráno. Služba umožňuje snížit na určitou dobu pečovatelskou zátěž členů rodiny. Dále se rozvíjí **svépomocné skupiny** – pro rodiny pečující o seniory, které účinně snižují pečovatelskou zátěž o nemohoucího člověka. (Matoušek, 2007, s. 97)

Další službou, která pomáhá rodinným příslušníkům v péči o seniora je – **domácí péče nebo agentury Home Care** – péče zdravotních sester hrazená ze zdravotního pojištění, již předepisuje praktický lékař klienta. Sestra přichází za klientem domů, jestliže to jeho zdravotní stav vyžaduje. Pokud je služba indikována i 3 krát denně nebo jednou denně sedmkrát týdně. (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 114)

Na Světovém zasedání o stárnutí ve Vídni z roku 1982 bylo uvedeno, že starý člověk má především bydlet v důvěrně známém prostředí, tedy zůstat doma. Rodina jako základní

organizační a strukturální jednotka společnosti může i ve změněných podmínkách realizovat potřebnou péči o stárnoucího a starého člověka a je třeba vše udělat pro vytvoření příznivých podmínek k odpovídající péči. Dle Haškovcové (1989, s. 123) je žádoucí zajistit, aby co nejvíce starých lidí mohlo co nejdéle žít ve svém přirozeném prostředí, ve svém domově a se svou rodinou.

Rodina zabezpečuje jako první instituce spokojenost, pohodu, pocit bezpečí a podporu pro svého nejstaršího člena v jeho poslední fázi na cestě životem. Může nastat situace, kdy zdravotní stav seniora mu neumožňuje zůstat ve svém domácím prostředí, hrozí mu nebezpečí nebo rodina již nezvládá náročnou a stresující péči. I když je velmi náročné pro člověka v těchto letech souhlasit s pobytem v ústavním zařízení, dostane se mu zde odborné profesionální péče při jeho zhoršujícím se zdravotním stavu.

2.2.2 Profesionální péče v ústavu

Nastane-li situace, kdy pro starého člověka není možné nebo bezpečné zůstat v domácím prostředí, je postaven před jednu z psychicky nejnáročnějších situací celého dosavadního života, kterou je odchod do **ústavního zařízení**. Ondrušová (2011, s. 39) poukazuje na nutnost přizpůsobit se v novém prostředí neznámým podmínkám a navazovat nové kontakty. V situaci snížené adaptability a odolnosti, provázen zažitými zvyky a způsoby z domova je senior po příchodu do ústavního zařízení ohrožen ztrátou intimity, adaptačním šokem a pocitem poslední štace. Kalvach a kol. (2004, cit. podle Ondrušová, 2011, s.39) k rizikům provázejícím dlouhodobou institucionalizaci seniorů řadí také porušení dosavadních mezilidských vazeb, ohrožení autonomie a možnost nevhodného jednání personálu a spolubydlících.

Současný stárnoucí a **soběstačnost ztrácející** člověk je ochoten uvažovat o odchodu do ústavního zařízení jen za jistých podmínek. Souhlasí se ztrátou individuálně cenné intimnosti materiálové i vztahové, jestliže získá něco potřebnějšího, přínosnějšího. Především se bojí závislosti na druhých, že jednoho dne už nebude moci sám zvládnout úkoly běžného dne. V oprávněném strachu se obrací k institucím, které jsou schopny mu zajistit komplexní péči. Senior souhlasí s odchodem do domova důchodců s vědomím trvalé lékařské péče a poskytování služeb profesionálním personálem. Starý člověk je nucen si přiznat, že sám a bez cizí pomoci už dál žít nemůže. (Haškovcová, 1989, s. 188)

Soběstačnost definuje Topinková (2005, s. 7) jako stav, kdy člověk nemá podstatné omezení duševních ani tělesných schopností a samostatně bez pomoci nebo asistence druhých osob zvládá všechny potřebné činnosti denního života ve svém prostředí, kde žije. Příčiny zhoršené soběstačnosti starého člověka jsou jak chronické choroby a úbytek tělesných a duševních schopností, tak faktory materiální a sociální.

Staří lidé obvykle dožívají v pozici osamělých, sociálně izolovaných a nesoběstačných lidí, čím dál větší počet starších seniorů musí změnit způsob života a dožít v ústavním zařízení. V této souvislosti poukazuje Vágnerová (2007, s. 417- 418) na **redukcí sociálních rolí** – senior získá roli obyvatele domova důchodců či jiného zařízení, která má nižší **sociální status** než dřívější role. Umístění do instituce zužuje životní prostor člověka, vede k anonymitě a ztrátě autonomie. Odchod do ústavního zařízení je významným mezníkem v životě starého člověka, představuje zásadní změnu životního stylu, adaptace je obtížnější a dlouhodobá. Hlavní zátěž spočívá – **v ztrátě osobního zázemí a identity, v omezení autonomie a soběstačnosti, v chápání blízcího se konce života.**

Prioritou a součástí zdravotní a profesionální péče by měla být strategie rozvoje dlouhodobé péče, důležitými požadavky pro systém **dlouhodobé péče** je kvalita, důstojnost, rovnost přístupu, možnost volby mezi formální a neformální, mezi institucionální a domácí péčí. Dlouhodobá péče zahrnuje péči zdravotní i sociální, potřeby zdravotní i sociální jsou u části starých osob neoddelitelné, součástí je zájem o duchovní a sociální potřeby starších osob a pečovatелů. Systém takové péče musí vycházet z integrace zdravotních a sociálních služeb ústavních, ambulantních a poskytovaných v domácnosti. Rozvoj systému dlouhodobé péče vyžaduje transformaci léčeben a domovů pro seniory. (MPSV, 2008, s. 37)

Matoušek a kol. (2007, s. 91) popisuje kategorie ústavních zařízení pro seniory zdravotně postižené, chronicky nemocné nebo s demencí. **Domovy seniorů se zvláštním režimem** – jedná se o sociální zařízení s psychiatrickou péčí pro osoby postižené demencí a chronickým duševním onemocněním. Jsou zaměřena (třeba jen částí) na specifické potřeby osob, které jsou jejich cílovou skupinou. **Domovy pro osoby se zdravotním postižením** – poskytují služby osobám, které mají sníženou soběstačnost a vyžadují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby a specifický přístup. **Domovy pro seniory** – poskytují služby osobám se sníženou soběstačností zejména z důvodu věku a je nutná pomoc jiné osoby.

„Umístění do cizího prostředí automaticky posiluje **úzkost a pocity nejistoty**. Většina starých lidí je ztrátou svého zázemí stresována, protože soukromí jejich domova představovalo určitou jistotu. Anonymní instituce tuto funkci plnit nemůže. Starý člověk ztrácí pocit bezpečí a reaguje různými obrannými mechanismy, např. posiluje tendence využívat v komunikaci somatických stesků, a tak na sebe upoutávat pozornost“.
(Vágnerová, 2007, s. 420)

Musíme si všichni v naší společnosti být vědomi skutečnosti, že pokud naše postoje k seniorům se budou manifestovat otevřeným opovržením, averzí, předsudky a negativními postoji ke stáří samému, nebude snadné docílit rovnosti práv a příležitostí pro naše stárnoucí spoluobčany. My všichni máme právo studovat, pracovat, účastnit se společenského života, pěstovat zájmy a realizovat svá přání, pokud máme vůli a dovolí nám to náš zdravotní stav. Nesmí nám překážet v naší snaze vyšší věk nebo skutečnost – status seniora.

2.3 Postoj k seniorům dnes a v minulosti

Současná doba je charakteristická svým důrazem na mládí, fyzickou krásu a výkonnost. Stáří je v očích veřejnosti často prezentováno výrazným zhoršením zdraví a ztrátou soběstačnosti, tedy jako nemocné stáří. Podle Vohralíkové a Rabušice (2004 cit. dle Ondrušová, 2011, s. 36-36) stále přetrvává obraz seniora, který se odchodem do důchodu stáhl z aktivního společenského dění a smyslem dalšího života je podpora rodin potomků a starost o vnoučata. Tento pohled se však bude postupně měnit, poroste nezávislost seniorů, budou vzdělanější, aktivnější, sebevědomější a zvýší se jejich nároky na životní úroveň a rozsah služeb. Období stárnutí už nebude jen fází dožívání, ale časem uvolnění k realizaci různých zájmů a osobních přání.

Dříve v Čechách existovala ústavní péče, kde dominovala charitativní pomoc, středověké špitály představovaly útulky pro nemocné, pocestné, tuláky, nezaměstnanou chudinu a všechny potřebné. Nacházeli zde pomoc i lidé mladšího věku, starých a nemocných lidí však nejvíce přibývalo. Tyto instituce byly známé bídou, špínou a špatným zacházením, vlastní ošetřování nemocných a starých lidí bylo pokládáno za ponižující práci. V době epidemií fungovaly nemocnice pro malomocné a s infekčními chorobami, měly charakter azylové péče resp. vyhnanství. Hlavním posláním zde bylo separovat nebezpečné nemocné od ostatních osob. (Haškovcová, 1990, s. 172, 173)

Ve stárnoucí společnosti je nezbytné dát příležitost pro uplatnění, učení, vzdělávání a aktivní život všem lidem bez omezení věkem. Lineární model – vzdělání, práce, důchod – stále více přestává platit a hranice mezi životními fázemi se stávají flexibilnější a méně ostré. Starší lidé mají stejné právo jako všichni být hodnoceni individuálně, na základě schopností a potřeb bez ohledu na svůj věk, pohlaví, barvu pleti, zdravotní postižení či jiné charakteristiky. Jejich znalosti a životní zkušenosti by měly stát v popředí změn realizovaných v kontextu stárnoucí populace. (MPSV, 2008, s. 10)

Silverstonová, (1996, cit. podle Schmeidler a kol., 2009, s.24) popisuje dnešní starší generaci jako závislou na sociálním státu nebo na své rodině. Současní senioři jsou konzervativní, jejich život se vyznačoval striktním dodržováním pravidel, ženy mají zažité podřízené ženské role. Jejich generace prožila hospodářskou krizi a válku, proto tito lidé spoléhají na ekonomické bezpečí a zdravotní zabezpečení ze strany státu a projevují respekt k autoritám. V současnosti je stárnutí a starý věk synonymem pro závislost na státu v oblasti trhu práce, důchodových systémů, zdravotní a sociální péče.

Vztah ke starým lidem a k vlastnímu stáří se formuje v průběhu života každého z nás, hlavní význam mají vlivy uplatňující se v dětství. Současnou dobu provází určitá krize, stáří je přijímáno konfliktně. Na jedné straně chceme staré lidi ctít a milovat, na druhé straně je zatracujeme a odmítáme, dráždí nás svou pomalostí, svým zevnějškem a svou neschopností. Cítíme se aktivní v práci, v úspěšné tvorbě a starší lidé nám připomínají naši individuální perspektivu, jsou viditelným znamením, že jednou nám ubude fyzických sil a nebudeme tak aktivní. Stáří se v našich představách stalo obdobím obávaným, nepříjemným, ale pouze zdánlivě vzdáleným. Díky tomuto postoji se přesvědčujeme, že s ním vlastně nemáme nic společného. (Haškovcová, 1990, s. 17)

Jedním z nejvýraznějších postojů moderní stárnoucí společnosti, tedy i České republiky je problém **věkové diskriminace – ageismu**. Schmeidler a kol. (2009, s. 28) uvádí ageismus jako hlavní téma v diskusi o rovnosti práv a příležitostí, tato nová forma stereotypizace a diskriminace jedinců kvůli věku na sebe váže celý soubor sociálních charakteristik, rolí a očekávání. Potenciální obětí se může stát kdokoliv a nejvíce stárnoucí populace, diskriminační postoj často poškozuje a ovlivňuje funkčnost jak společenské jednotky, tak řady společenských sfér, včetně sociální politiky.

„**Ageismus** můžeme chápat jako proces systematického stereotypizování a diskriminace lidí pro jejich stáří, podobně jako se rasismus a sexismus vztahují k barvě pleti a pohlaví. Staří lidé jsou kategorizováni jako senilní, rigidní ve svém myšlení a způsobech, staromódní v morálce a dovednostech“. (Schmeidler a kol., 2009, s. 28)

V minulosti se vysoký věk stával vytouženým cílem, lidé si přáli žít dlouho, protože stát se starým bylo velmi málo pravděpodobné a požehnaného věku se dožila jen malá část populace. Haškovcová (1990, s. 60) popisuje, jak mladí prokazovali ojedinělým starcům záviděníhodnou úctu a přáli si mít štěstí a dočkat se podobného osudu – **bájného stařeckého věku**. Vysoký věk s sebou v minulosti přinášel zřetelné a společensky uznávané výhody, ale někdy se museli staří lidé rvát o úctu a svou moudrost. Dále uvádí některé společenské systémy (1990, s. 69-71), které měly staré lidi v nesmírné úctě. Pro Slováky byla tzv. rada starších formálně i neformálně uznávanou skupinou, i v Řecku reprezentoval senát skupinu moudrých a úctu zasluhujících. Jindy byli staří lidé odháněni od společného talíře, z něhož jen ujídali a nic nepřidali – **pro svoji ekonomickou neproduktivnost**. Takto postižené stíhal osud ostrčených ubožáků, žijících a trpěných doslova na okraji společnosti.

Je nutné si uvědomit naši morální povinnost chovat se uctivě ke starým lidem a zastávat názory vedoucí k adekvátním postojům ke starší generaci a respektovat jejich věk, zdravotní stav, schopnosti, nároky a práva. Změna postoje ke starým lidem je nutná především v rámci výchovy mladé generace, jelikož naše děti se budou starat určitým způsobem o nás, jako své rodiče. Musíme plně připustit skutečnost, že svoje místo ve společnosti máme všichni jak mladí a aktivní, tak staří a méně schopní a měli bychom zde společně umět žít.

3 KVALITA ŽIVOTA

Kvalita života je koncept v současnosti využívaný v pomáhajících profesích včetně medicíny, je to pojem **komplexní**, který má řadu dimenzí. Při posuzování kvality života by se měly hodnotit ukazatele – **objektivní** (medicínské indikátory tělesného a duševního zdraví, materiální zajištění, bydlení, zaměstnanost, rekreační aktivity, závislost na péči jiné osoby, sociální kontakty) a ukazatele – **subjektivní** např. spokojenost v práci, v rodině, se smyslem života, kontakty s přáteli, pocit bezpečí a jistota domova. Zlepšování kvality života je možné chápat jako rozšiřování příležitostí k osobnímu růstu a rozvoji, k spokojenosti se svými životními podmínkami. (Matoušek, 2007, s. 167)

Obecně řečeno je kvalita života založena na hodnocení situací, ve kterých jednotlivci či skupiny žijí, tato hodnocení mohou formulovat vnější pozorovatelé – **objektivní hledisko**, nebo samotní lidé žijící v dané skupině – **subjektivní hledisko**. Schmeidler a kol. (2009, s. 51) popisuje pojem kvalita života jako mnohoznačný, multifaktoriální a vědecký, pro předpoklad diskuze o kvalitě života jsou hodnocení a posouzení konkrétní situace se sociálními vztahy a prostředím, kde jedinec žije. **Dále uvádí faktory určující kvalitu života:**

- Objektivní a subjektivní zdraví
- Subjektivní pocit spokojenosti
- Kvantita a kvalita sociálních vztahů
- Řízení každodenního života

Kvalita života se stala jedním z nejčastěji používaných pojmů jak současné medicíny, tak psychologie, sociologie a jiných sociálních věd. Do povědomí moderní společnosti byl pojem zaveden kritiky neomezeného ekonomického růstu, kteří upozornili na dopad rozmachu průmyslu na budoucí podmínky pro život. Pojmem **kvalita života** vyjadřovali obavy o kvalitu vnějších životních podmínek a upozornili na skutečnost, že do koncepce dobrého života patří kromě materiálního zajištění také vnitřní kvalita lidského života. Později se pojmy jako – **štěstí, pohoda, spokojenost a kvalita života** staly cílem sociálních programů u nás i ve světě. (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 9)

Zatímco v minulosti při hodnocení kvality života byla pozornost zaměřena na odstraňování a zmírňování útrap nemocných a chudých, později byla zkoumána

spokojenost člověka s prací a životními podmínkami. Nyní je ve v popředí zájmu měření a analýza osobní pohody, spokojenosti, štěstí i smysluplnost života. (Svobodová, 2008, cit. podle Ondrušová, 2011, s. 45) Obecně existují tři přístupy k vyhodnocování kvality života: **medicínský, psychologický a sociologický** (Hnilicová, 2005 cit. podle Ondrušová, 2011, s. 45). Medicínské hledisko může být hodnoceno jako míra nezávislosti a normálního fungování v běžném životě. Podle Ondrušové (2011, s. 46) se později důraz přesunul na subjektivní stránku tohoto fenoménu a začal být používán pro zkoumání zdravotních a sociálních událostí a dalších nepříznivých životních okolností.

Definování pojmu **kvalita života** a jeho vymezení vzhledem k příbuzným pojmům se vyznačovalo nejednoznačností. Dragomirecká a Bartoňová (2006, s. 10) vychází ve své práci z definice Světové zdravotnické organizace, která kvalitu života chápe – jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům (WHOQOL Group in Orley 1994).

Výzkumem štěstí , psychické pohody a spokojenosti v rámci celkové kvality života i vztahem k fyzickému zdraví se zabývá Veenhoven (2008, cit. podle Ondrušová, 2011, s. 46). Ve své teorii – **čtyř kvalit života** uvádí jako důležité fyzické a duševní zdraví, ale i hodnoty jako užitečnost člověka pro jeho okolí, morální vývoj, subjektivní pohodu, spokojenost, štěstí a pocit smysluplnosti. Jako čtyři základní kvality života vymezuje:

- Životní předpoklady (šance)
- Životní výsledky
- Vnější kvality (charakteristiky prostředí včetně společnosti)
- Vnitřní kvality (charakteristiky individua)

Všichni zastáváme určitý styl života, máme své způsoby uspokojování potřeb a žijeme a pracujeme v prostředí, které na nás působí a většinou se v něm cítíme dobře. Významný podíl pro náš kvalitní život patří pocitům štěstí, osobní spokojenosti a možnostem rozvoje, dalšího vzdělávání a růstu. Nepřehlédnutelným faktorem ve spokojeném životě jsou bezkonfliktní mezilidské vztahy v rámci rodiny i celospolečenské. Určitě nás těší být v kontaktu s lidmi – rodinou, přáteli, kolegy a sdílet a vnímat s nimi společně krásu, svět kolem sebe, své pocity a hezké chvíle. Vzájemně mezi sebou si uvědomujeme náš smysl života jak v rodině, tak v zaměstnání nebo ve volném čase.

3.1 Kvalita života se stáří

Udržení pocitu **subjektivní pohody** ve stáří závisí na zvládnutí různých zátěží, stresových situací a ztrát, kterých v životě seniora může být hodně. Kvalita života ve stáří a pocit osobní pohody jsou individuálně rozdílné, obecně platí, že kvalita života seniorů postupně spíše klesá, i když jsou staří lidé schopni až obdivuhodné adaptace na nepříznivé změny. Vágnerová (2007, s. 399) uvádí jako důležitý úkol pozdního stáří – **udržení přijatelného životního stylu**, patří zde tyto podmínky:

- Udržení nezbytné autonomie a soběstačnosti proti narůstající bezmoci a závislosti.
- Udržení potřebných sociálních kontaktů proti sociální izolaci a osamělosti.
- Udržení osobního významu a sebeúcty proti pocitu nepotřebnosti a nedostatečnosti.

Zdraví a kvalita života ve vyšším věku jsou částečně podmíněny životními podmínkami, událostmi v dětství a dospělosti, včetně životního prostředí a stylu života. Celoživotní přístup klade důraz na prevenci a na specifické potřeby v různém věku, je nezbytné přijetí adresných opatření k nápravě a kompenzaci již vzniklých rizik a situací. Zdraví a kvalitu života lze ovlivnit v každém věku, celoživotní přístup je třeba uplatnit také v oblasti vzdělávání, zaměstnanosti, hmotného zabezpečení nebo sociální participace. Pro dosažení podmínek pro důstojné a aktivní stáří je zásadní dlouhodobá spolupráce mezi vládou a samosprávou. (MPSV, 2008, s. 13)

Duševní kapitál člověka je určitý vklad jeho psychických schopností a v průběhu života se kultivuje. Podle sdělení Holmerové (2010, cit. podle Ondrušová, 2011, s. 33) se od dětství postupně zvyšuje v důsledku vývoje a vzdělávání , ve vyšším věku má tendenci klesat. Celospolečenským cílem je umožnit co nejširší využití duševního kapitálu seniorů a podporu jejich **duševní pohody** a předcházet poklesu duševních schopností ve stáří. Dále charakterizuje termín – **duševní pohoda** (mental wellbeing) jako dynamický stav vyjadřující, do jaké míry úspěšně komunikuje jedinec se svým okolím a jak vnímá svůj život. Duševní pohoda může být důležitým faktorem pro prevenci duševního onemocnění.

„Předpoklady kvalitního stáří jsou dány mnohými faktory. Do značné míry je určující psychická adaptabilita člověka na změny, které s sebou přináší nejen stáří, ale i nový životní způsob v rovině obecné i individuální. Konkrétně je třeba přihlížet nejen k ekonomickosociálním strukturám společnosti, ale také k historickokulturním danostem.

Životní spokojenost starých lidí je vyšší tehdy, když se životní styl člověka ve stáří příliš neliší od způsobu života ve středním věku. Toto všechno má stárnoucí, a tedy každý člověk vědět, a má to vědět včas.“ (Haškovcová, 1990, s. 170)

S prodlužující se délkou života nabývá na významu otázka, které faktory příznivě ovlivňují stárnutí a kvalitu života ve stáří. Za důležité dimenze kvality života ve stáří považuje Dragomirecká (2007, cit. podle Ondrušová, 2011, s. 49) celkový zdravotní stav, schopnost vykonávat běžné činnosti, hmotné zabezpečení a životní spokojenost. U seniorů byl prokázán významný vztah kvality života k jejich zdravotnímu stavu, vyššímu věku, rodinné situaci, vzdělání a materiálnímu zajištění. Subjektivní hodnocení kvality života výrazně ovlivňuje depresivita a psychický stav starého člověka.

Národní program přípravy na stárnutí vychází s předpokladu, že ke zvýšení kvality života ve stáří a k úspěšnému řešení výzev spojených s demografickým stárnutím je nezbytné zaměřit se na následující oblasti . Senioři by mohli zůstat déle v zaměstnání a pěstovat aktivní přístup k rozvoji svých dovedností. Níže uvedené cíle je nutné prosazovat ve všech sektorech a na všech úrovních veřejné správy, patří zde. (MPSV, 2008, s. 21)

- Aktivní stárnutí
- Prostředí a komunita vstřícná ke stáří
- Zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří
- Podpora rodiny a pečovateli
- Podpora participace na životě společnosti a ochrana lidských práv

Snahy pomoci ulehčit stáří přecházejí ve snahy prodloužit plnohodnotnou účast na společenském životě a s tím souvisí pojem – **mobilita**, na úrovni lidské bytosti se vztahuje k její fyzické kondici, tedy ke schopnosti pohybové aktivity. Je předpokladem pohybu v prostoru, podstatnou charakteristikou každého jedince a jeho života ve společnosti. Mobilita je důležitým znakem kvality života, stresujícím faktorem pro seniory je pocit vyřazení ze společnosti, neužitečnost, obava ze samoty. Zajištěná mobilita může být jedním z důvodů, který výrazně přispěje k pozitivnímu pohledu seniorů na svět a uspokojování jejich potřeb. (Schmeidler a kol., 2009, s. 46, 52)

„Osamocení, znásobená postupným umíráním vrstevníků a osamostatněním dětí, představuje zvláště ve stáří značnou psychickou a ztrátu jistot a senioři se sní jen velmi

těžko vyrovnávají. V některých případech přispívá k prohloubení jejich pasivity vystupňování úzkosti, depresivně a somatizaci“. (Nešporová a kol. , 2008, cit. podle Ondrušová, 2011, s. 39)

3.2 Zdraví jako vysoká hodnota kvality života

Podle Světové zdravotnické organizace je **zdraví** více než nepřítomnost nemoci, v případě seniorů je toto pojetí jednoznačně pozitivním vodítkem zdůrazňujícím význam funkční aktivity a zdravím podmíněné kvality života. Ústava WHO definuje zdraví jako **stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody**, ne pouze jako nepřítomnost nemoci. Podle Ondrušové (2011, s. 26-27) je zdůrazňována dvojí problematika nemocnosti ve stáří – **zvláštnosti chorob ve stáří**, z nichž dominují chronický stav, specifické geriatrické komplikace a úzká provázanost zdravotní a sociální situace. Zvláštním okruhem jsou - **typické choroby stáří** jako srdeční, cévní mozkové, artróza, demence a psychické poruchy.

Každá nemoc nějakým způsobem a v určitém rozsahu omezuje život člověka, s některými se dá nějakou dobu kvalitně žít, jiné si postiženého podrobí a zbývá malý prostor pro život. Zdraví je výrazem určité **harmonie vnitřních a vnějších podmínek** a také projevem ještě skrytých možností, které má organismus v záloze a mohl reagovat na všechny změny. Ve stáří se zdroje skrytých možností zmenšují, nemocný musí chtít, nesmí rezignovat i přes těžší výchozí situaci a pak je reálné sladit individuální cíle a své možnosti a dosáhnout pocitu kvality života. (Haškovcová, 1990, s. 252)

Specifické rysy nemocnosti ve stáří popisuje Topinková (2005, s. 8), s věkem se mění spektrum nemocnosti, narůstají chronické degenerativní choroby, orgánová postižení se kombinují a jsou doprovázena **celkovou rizikovostí seniora**. Hodnocení zdravotního stavu ve vyšším věku je obtížné, setkáváme se s nedostatečnou diagnostikou některých onemocnění (deprese, demence, chronické infekce, osteoporóza, inkontinence). Je obvyklé sdružování nemocí, podle studií trpí téměř 90% osob nad 75 let jednou a více chronickými chorobami a mají vysoký invalidizující potenciál.

Zdraví je vysoká hodnota **individuální i sociální** a jeden z důležitých faktorů kvality života, současně je celkovou kvalitou života a životního prostředí významně determinováno. Přes rostoucí střední délku života čelíme vážným zdravotním problémům a

předčasným úmrtím. Pro kvalitní život ve stáří je vedle zdraví a soběstačnosti důležitá psychická pohoda, vstřícné prostředí a aktivní využití volného času, zdraví zahrnuje oblast tělesného, duševního a sociálního zdraví. Prodlužování střední délky života je spojeno s redukcí závažného zdravotního postižení, dominující charakteristikou dlouhověkosti je **stařecká křehkost** také ohroženost, zranitelnost. (MPSV, 2008, s. 35)

Specializovanou zdravotní péči poskytuje nemocným nad 65 let věku samostatný lékařský obor – **geriatrie**, má znalosti o terapii chorob ve stáří, včasné rozpoznání rizik, udržení soběstačnosti a fyzické kondice a zlepšuje prognózu života seniorů do budoucích let (Topinková, 2005, s. 3). Dále popisuje – **funkční geriatrické vyšetření** (2005, s. 10) jako komplexní zhodnocení zdravotního stavu seniora, doplněné o posouzení fyzické výkonnosti, psychických funkcí a soběstačnosti v kontextu jeho sociální situace. Součástí je aktivní vyhledávání zdravotních i sociálních rizik a návrhy preventivních opatření a poukazuje na specifické potřeby rizikových seniorů vyžadující individualizovaný přístup a péči. Obor zdůrazňuje kvalitu života a funkční stav seniorů a do popředí dává tyto cíle:

- Zlepšit zdravotní a funkční stav seniora.
- Zpomalit nástup zdravotního postižení a omezit jeho rozsah.
- Zlepšit celkovou kvalitu života seniorů.

Kvalitní zdravotní péče ve stáří vyžaduje odbornou specializovanou geriatrickou péči s individuálním přístupem v rámci jednotlivých specializací a respektování rozdílných potřeb starých a křehkých pacientů. **Duševní zdraví a kvalita sociálních vztahů** zvyšuje pevnost celkového zdraví, odolnost a adaptabilitu člověka, deprese přináší riziko sebezanedbávání, ztěžuje zvládání změn ve stáří a původcem sociálního vyloučení. Zvláštní pozornost je nezbytné věnovat problematice demence a deprese, zejména Alzheimerově chorobě. Události v předchozích fázích života mají významný vliv na kvalitu duševního zdraví ve stáří, proto je nutné využít ke zlepšení duševního zdraví celoživotní a preventivní přístup každého člověka. (MPSV, 2008, s. 36)

Závažným duševním onemocněním ve stáří je – **demence**, má různé příčiny vzniku a dobu nástupu choroby. Stuart-Hamilton (1999, s. 223) popisuje demenci jako progresivní **úpadek psychických funkcí**, způsobený atrofií centrálního nervového systému, provázený výraznou změnou osobnosti. Pacienti se mohou navzájem svými symptomy lišit, ale na základě charakteristik průběhu nemoci je obecně možné rozlišit jednotlivé typy demencí,

nejcennějším poznatkem se stává skutečnost primárního postižení inteligence a schopnosti práce s informacemi. Psychický výkon je kvalitativně odlišný od zdravých jedinců, demence se může projevit kdykoliv v průběhu dospělého života, s věkem se zvyšuje pouze pravděpodobnost výskytu onemocnění demencí.

V průběhu našeho života, v mládí nebo v dospělosti si málo uvědomujeme nutnost zdravého životního stylu a péče o naše zdraví. Můžeme určitým způsobem částečně ovlivnit jak bude náš život vypadat po zdravotní stránce ve stáří. Dodržováním zásad zdravé výživy, aktivního stylu života a procvičováním duševních schopností je možné oddálit chronické a degenerativní onemocnění i zachovat naše psychické funkce na úrovni odpovídající věku. Zachování dobrých vztahů v rámci rodiny je neméně důležité pro spokojené a zdravé stáří a pro udržení určitého smyslu života v poslední fázi života.

3.3 Kvalita života rodiny pečující o seniora

Členové rodiny pečující o staré rodiče v této situaci často prožívají **konflikt svědomí** tj. pocitu povinnosti postarat se o starého a nemohoucího rodiče a strachu, že takový úkol bude nad jejich síly. Vágnerová (2007, s. 292) uvádí, že péče o staré rodiče může být spojena jak s pocitem uspokojení, tak se stresem a s prožitky frustrace. Nepřetržitý kontakt s nemohoucím či dementním seniorem bývá prožíván subjektivně, vždy představuje zátěž a stává se zdrojem určitého napětí. V systému rodiny dochází ke změnám a narušení rodinné atmosféry, obtížná bývá nezbytnost přijmout omezení vlastního života, jeho naplnění a ztráta soukromí, nedostatečné uspokojování některých potřeb a narušení mezilidských vztahů v rodině. (Magai a Halpern, cit. podle Vágnerová, 2007, s. 292)

I když péče o blízkého člověka je náročná psychicky i fyzicky, o svého nemocného příslušníka pečuje v ČR stále více potomků a partnerů. Nikdy v minulosti nepečovaly rodiny o svého nemocného blízkého člověka tak, jak to činíme dnes a výsledkem je starost o vlastní ještě nedospělé děti a zároveň o staré rodiče. Tošnerová (2001, s. 172) spatřuje zátěž pro pečovatele jak v **primární zátěži**, kde se promítá čas a pravidelnost péče. Tak s v **zátěži sekundární** – daleko problematičtější – zde se mění role a vztahy mezi pečující a postiženou osobou. Vnímáme vznikající konflikty doma i v sociálním kontextu, úlohu má i motivace pro péči o starou osobu. K větší intenzitě zátěže u pečujícího jednoznačně přispívá **sociální izolace**, nedostatek praktických zkušeností a dovedností a špatné rodinné vztahy. Rodinní pečující si zaslouží podporu a možnost důstojného a kvalitního života.

Rozdíly ve způsobu prožívání péče o blízké mají vliv na to, jak rodina vnímá zátěž s péčí spojenou, rodiny prožívající péči méně dramaticky se o své blízké častěji starají a péči specialistů vyhledávají, až se dostanou do vyhrocené situace. Zátěž péče prožívají méně často jako – extrémní – potíže a nároky připadající jiným jako nepřijatelné, vnímají jako snesitelné a zvládnutelné. Podle Šrajera (2008, s. 141) je důležité, do jaké míry jsou jednotlivé rodiny tolerantní vůči zátěži spojené s péčí o blízkého člověka.

Pečující rodina musí řešit dilema, zda je nutné respektovat nároky starých lidí v plné míře, nebo zda je možné rozhodovat v některých věcech za ně. Míra jejich autonomie může být limitována již primárně chorobnými změnami a nemusí záviset na přístupu členů rodiny, ve vztahu k nemohoucím seniorům je nějaké omezení nutné, jinak si snadno ublíží. Zátěž nesoucí sebou **péče o chorobné a bezmocné staré rodiče** se negativním způsobem projeví i v oblasti uspokojení psychických potřeb. (Vágnerová, 2007, s. 291)

- **Potřeba stimulace** – typické projevy chování starých lidí, iracionalita a necitlivost se jeví jako rušivé a zatěžující.
- **Potřeba orientace a učení** – člověk se učí rozumět problémům spojených s úpadkem starých lidí a chápat jejich souvislosti.
- **Potřeba citového vztahu, jistoty a bezpečí** – citový vztah se starým člověkem se mění v **soucit** dospělému bývá starého rodiče líto.
- **Potřeba seberealizace** – péče je natolik náročná, že blokuje jinou možnost seberealizace, uspokojení může přinášet pocit pomoci blízkému člověku.
- **Potřeba otevřené budoucnosti** – člověk si uvědomuje ve větší míře omezenost vlastního života a dochází k posunu jeho životních hodnot.

V naší společnosti vidíme mnoho rodin, partnerů, potomků starajících se o své staré a nemocné členy rodin. Často se v noci nevyspí a ve dne musí plnit další povinnosti spojené s péčí o seniora a chodem domácnosti a někdy i povinnosti pracovní. Důsledkem bývá vyčerpání pečovatелů fyzické i psychické a zátěž závisí na délce trvání péče a možnosti rozdělit se o ni s někým dalším. Rodina rozšířená o nemohoucího člena se musí podřídit jeho potřebám, protože starý nemocný člověk se již běžnému chodu rodiny přizpůsobit nedokáže. Přesto se o své rodiče starají s láskou a pochopením a snaží se jim umožnit důstojný způsob života spolu s nejbližšími členy jeho rodiny. Pocity seniorů žijících

v rodinném prostředí se projevují na jejich pozitivním přístupu k životu, na míře spokojenosti a duševní pohody a na perspektivním výhledu do budoucnosti.

3.4 Výzkumy kvality života

Uvádíme výsledky kvantitativního výzkumu v projektu SIZE u seniorů. Z našeho výzkumu je zřejmé, že senioři musí vzhledem k mladším lidem čelit různým nevýhodám v každodenním životě, z části způsobených již samotným procesem stárnutí, fyzickou a sociální strukturou jejich prostředí. Zajímavé byly výsledky v kategorii příjem, kdy skupina nejstarších respondentů s nejnižším příjmem dosahuje nejnižších hodnot v položkách autonomie a životní spokojenost. Přinejmenším je nutné interpretovat získaná data jako žádost o uspokojivou finanční podporu seniorů, nízký příjem může vyústit v riziko závislosti a snížené životní spokojenosti. V oblasti autonomie se jen 9% respondentů vidí jako závislí na každodenní podpoře a pomoci, polovina vzorku považuje svoji nezávislost jako vysokou, relativně vysoká je i spokojenost účastníků výzkumu. Opět byly zjištěny nejnižší hodnoty u autonomie a spokojenosti u skupiny s nejnižším věkem. Strach snižuje kvalitu života, respondenti se zvýšenou úrovní strachu zároveň vykazovali významně nižší míru životní spokojenosti. Data naznačují složitý vztah mezi spokojeností, emočním stavem, autonomií a kvalitou života. (Schmeidler a kol., 2009, s. 63-65)

V následujícím příspěvku uvedeme některé výsledky výzkumné studie – smysluplnost života u českých seniorů. K získání dat byla zvolena dotazníková metoda a byli osloveni senioři ve věku nad 75 let v běžných typech zařízení i domácností, šetření proběhlo anonymní formou. Většina oslovených seniorů 91% považuje za důležité – klid, pohodu a dobré hmotné zabezpečení, 69,1 % uvádějí, že v původním povolání našli své pravé uplatnění. Zájmem se ve svém životě věnovalo nebo dosud věnuje 77,8% dotázaných, což ukazuje na význam tvůrčí hodnoty a zájmové činnosti zvláště ve stáří. Fungující rodinu považuje ve svém životě za velmi důležitou hodnotu 84,1% tázaných seniorů, význam dobrým mezilidským vztahům ve stáří přikládá 83,2% respondentů. U 90,1 % námi oslovených seniorů jsou pro jejich život obohacující zážitky a prožitkové hodnoty. Většina účastníků šetření 73 % si uvědomuje odpovědnost za svůj život a snaží se i ve vyšším věku zvládat životní úkoly. Bylo zjištěno, že 86,8% dotázaných vykazují velmi dobrou až průměrnou úroveň životního smyslu, významný rozdíl byl prokázán u seniorů žijících osaměle oproti těm, kdo žili společně v rodině se svými blízkými. Zjistili jsme, že nižší

míru smysluplnosti mají senioři starší 85 let, s nižším vzděláním a podle povolání dělníci, řemeslníci, drobní výrobci a opraváři. Významně nižší úroveň smyslu života jsme zjistili u nesoběstačných seniorů. (Ondrušová, 2011, s. 132-137)

Velmi alarmující je vztah depresivních příznaků a prostředí, v němž senioři žijí. Mezi nesoběstačnými seniory v ústavních zařízeních jsme diagnostikovali 59,3 % osob s depresivními příznaky, u seniorů v běžných odděleních DS to bylo 22,5 % a míra deprese seniorů z domácího prostředí byla prokázána 21,7 %. Vyšší míra depresivity se ukázala u starých lidí se zvýšenou mírou ošetrovatelské péče v LDN, NNP v porovnání se seniory v domácím prostředí. Podle výsledků šetření senioři, kteří žijí život s určitým smyslem, trpí depresemi ve významně nižší míře než ostatní zkoumané osoby – tedy skupina s nízkou mírou smyslu života 67,4 % dotázaných trpí depresivitou. (Ondrušová, 2011, s. 140-141)

V našem výzkumném souboru patřilo 25 osob tj. 7,5 % respondentů do pásma zhoršeného naplnění smyslu života. Kritický ukazatel nejhorší možné úrovně smysluplného života byl zastoupen pouze 2,7 % seniorů 9 osob ve věku 76-98 let, lze předpokládat podobný výskyt i v celé populaci seniorů a výsledky šetření budou podobné. Průměrný věk v této rizikové skupině byl 84,6 let, tedy vyšší oproti celému souboru, nikdo nedosáhl vysokoškolského vzdělání a většina pracovala v dělnických profesích, žádná z osob ohrožených ztrátou smyslu života nežila ve vlastním přirozeném prostředí. Tyto osoby jsou ve své životě krajně nespokojené a někdy ani nevidí žádný smysl v jeho pokračování, stav přispívá ke vzniku neuróz či depresí a ohrožuje tak zdraví respondenta a můžeme je považovat za ohrožené suicidálními sklony. (Ondrušová, 2011, s. 142-143) Otázky po smyslu života patří k zásadním, v posledním desetiletí sledujeme stoupající zájem o toto téma, což úzce souvisí se zvýšenou pozorností věnované kvalitě života.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

4.1 Výzkumný problém a cíl výzkumu

V současné době podle výzkumů demografického vývoje se zvyšuje počet seniorů a je nutné zabezpečit všem důstojné stáří a potřebným odpovídající péči ve specializovaných institucích nebo formou péče v rodině seniora. Zátěž péče o chorobné a bezmocné seniory se negativně projevuje v mnoha aspektech života pečující rodiny. U závislého seniora jsou zjevné symptomy celkového úpadku, psychického i fyzického. Dochází k narušení rodinné atmosféry a omezení vlastního života pečujících osob, tyto negativní změny mohou být stresujícím faktorem, který působí na kvalitu života celé rodiny. Starost a péče o nesoběstačného seniora působí individuálně na každého člena rodiny, každému ovlivní jiným způsobem styl života a každý člen vnímá jinak tento druh zátěže.

Důvodem k uskutečnění empirického šetření je zájem o problematiku rodinné péče o seniora a způsob života členů v těchto rodinách. Chceme zjistit jaké faktory v největší míře ovlivní a změní kvalitu života rodinných příslušníků. Jak náročná péče o závislé seniory určuje styl života rodin a všech členů, jak omezuje jejich volný čas, vzájemné vztahy v rodině a osobní sebehodnocení.

Hlavní výzkumná otázka

Jaká je kvalita života rodin a jejich členů pečujících o závislého seniora?

Dílčí výzkumné otázky:

1. Jaký je stav fyzického zdraví a fyzické kondice respondentů?
2. Jaká je úroveň prožívání pocitů, míra soustředění, sebeúcty a sebedůvěry?
3. Jaké jsou možnosti fyzické nezávislosti respondentů?
4. Jaká je míra sociálních vztahů a ostatních životních podmínek?
5. Jaký podíl má duchovní oblast, osobní víra a přesvědčení na kvalitě života osob ze zkoumaného vzorku?

Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je pomocí dotazníku WHOQOL – 100 prozkoumat a porovnat změny a vlivy působící na běžný život rodiny a jejich členů při péči o závislého seniora. Zhodnotit aspekty, které ovlivňují kvalitu života celé rodiny v této složité situaci. Pro výzkumné šetření je zvolena metoda kvantitativního výzkumu.

Filosofickým základem klasických – **kvantitativně** orientovaných pedagogických výzkumů je pozitivismus resp. novopozitivismus. Vědecký výzkum v pedagogice lze vymezit jako záměrnou a systematickou činnost, kdy se empirickými metodami zkoumají (ověřují, testují hypotézy) o vztazích mezi pedagogickými jevy. Důležitá je předběžná teoretická analýza a získání co nejvíce informací a seznámení se se současným stavem poznání v dané oblasti. (Chráska, 2007, s. 12)

Primární cíl

Na základě výsledků výzkumu zjistit kvalitu života rodin a jejich členů, jež pečují o závislého seniora.

Dílčí cíle jsou prozkoumat u osob z výzkumného souboru:

1. Stav fyzického zdraví a fyzické kondice.
2. Úroveň prožívání pocitů, soustředění a sebeúcty.
3. Možnosti v oblasti fyzické nezávislosti.
4. Míru sociálních vztahů, sociálního prostředí a ostatních životních podmínek.
5. Podíl duchovní oblasti, víry a osobního přesvědčení na kvalitě života.

Dílčí úkoly:

1. Výběr respondentů pro realizaci výzkumu v rodinách se závislým seniorem.
2. Příprava dotazníku WHOQOL- 100 a distribuce vybraným rodinám.
3. Zpracování a vyhodnocení získaných dat z dotazníku.

4.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor je vybrán v okolí města Zlína, bylo nutné vyhledávat rodiny s nimiž žije společně senior plně závislý na pomoci svých rodinných příslušníků a členové rodiny pečují o nesoběstačného seniora. Respondenti jsou členové těchto rodin, soubor zahrnuje zástupce několika generací, muže i ženy, žijících společně v rodině - děti, rodiče, prarodiče a různé věkové kategorie. Soubor byl vybrán metodou **záměrného výběru**.

Základní soubor – rodiny žijící společně se seniorem.

Výběrový soubor – rodiny žijící společně se závislým seniorem

4.3 Metody získávání dat

V praktické části je použita metoda kvantitativního výzkumu pomocí české verze anonymního dotazníku Světové zdravotnické organizace WHOQOL – 100. Dotazník je standardizovaný na českou populaci a zahrnuje důležité oblasti týkající se zjišťování kvality života a každodenních činností. Obsahuje 100 otázek, je sebeposuzovací a je určen k samostatnému vyplnění respondentem. (Příloha č.2)

Dotazníky kvality života Světové zdravotnické organizace

Podnět k vytvoření mezinárodního dotazníku pro měření kvality života dal Odbor duševního zdraví Světové zdravotnické organizace v roce 1991. Instrument s názvem WHOQOL měl překonat a rozšířit dosavadní pojetí kvality života, chápaného jako subjektivní hodnocení zdravotního stavu a každodenních činností. (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 12). Nový dotazník měl naplnit čtyři principy, které se po intenzívním rozvoji měření kvality života ukázaly jako nezbytné:

- Komplexnost – instrument by měl pokrývat široké spektrum aspektů života.
- Subjektivnost – hodnocení jinou osobou je nahrazeno sebeposouzením.
- Relativní důležitost – pro daného jedince je důležitost různých oblastí života individuální, vztahy, nemoc, podmínky a postižení hodnotí jedinci různě.
- Kulturní relevance – má význam ve smyslu použitelnosti jednoho instrumentu v různých jazykových a kulturních podmínkách.

Zástupci z 15 výzkumných center celého světa postupovali při vytváření dotazníků v etapách, které zahrnovaly vymezení pojmu kvality života, definování oblastí a podoblastí zkoumaných položek a vytvoření společné databáze položek. Výsledný soubor položek byl zpracován v národních centrech a upraven tak, aby odpovídal kvalitě života respondenta v dané kultuře. Úkolem každého národního centra bylo získat data od souboru 300 osob určitých požadavků. (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 13) Nejdříve byl vyvinut instrument obsahující 100 položek s názvem WHOQOL - 100, dělí se na 6 oblastí a 24 podoblastí. Zkrácenou verzí tohoto dotazníku je WHOQOL – BREF, byl vytvořen pro potřeby klinické praxe na základě analýzy dat z 20 výzkumných center.

Dotazníky WHOQOL - 100

Dotazníky WHOQOL překračují úzké vymezení zaměřené pouze na oblast zdravotního stavu a doplňují ukazatele, ovlivňující dopad nemoci a léčby na každodenní život člověka. Byly vytvořeny speciální moduly instrumentu WHOQOL – 100 např. pro určitý druh onemocnění WHOQOL- HIV pro osoby s HIV pozitivitou, pro duchovní oblast v kvalitě života a WHOQOL-OLD pro populaci nad 60 let. Srovnání zdravých a nemocných respondentů

prokázalo při analýze nástroje citlivost vzhledem k různé úrovni zdravotních potíží, rozdíly mezi soubory zdravých a nemocných byly statisticky významné.

Česká verze instrumentu WHOQOL – 100 je stopoložkový sebesposuzovací dotazník, který pokrývá šest domém (oblastí): **fyzické zdraví, prožívání, fyzickou nezávislost, sociální vztahy, prostředí a duchovní oblast**. Každá oblast se skládá ze 4 aspektů života (facet – podoblastí), tedy celkem 24 a každá z nich obsahuje 4 položky, což vytváří celkem 96 položek. Poslední faceta hodnotí 4 položkami celkovou kvalitu života a celkové zdraví a tím je pokryto 100 položek. Položky se hodnotí na pětibodových Likertových škálách vyjadřujících množství, kapacitu, četnost, hodnocení a spokojenost. Dotazník je určen pro dospělou populaci ve věku do 65 let a nezachycuje zkušenosti typické pro vyšší věk, bylo ho použito v mnoha studiích, jež prověřovaly použitelnost u různých skupin osob. (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 14 – 17)

4.4 Metody zpracování dat

Výsledkem dotazníku WHOQOL -100 (Příloha č.2) je profil kvality života, neposkytuje souhrnný skór nebo její index. Data získaná pomocí vyplněných dotazníků se budou zpracovávat výpočtem a tvorbou tří druhů součtových skórů, kdy vyšší skór představuje vyšší kvalitu života. Pracuje se s těmito skóry:

1. **24 facetových skórů** – součet hodnot odpovědí u příslušných položek, každá faceta obsahuje 4 položky se škálou od 1 do 5 tzn. hrubý facetový skór dosahuje hodnotu od 4 do 20.
2. **6 doménových skórů** – představují průměrné hrubé skóry vypočítané z facetových hrubých skórů, dosahuje hodnoty od 4 do 20. (Příloha č. 3)
3. **Skór celkového hodnocení** – součet hodnot odpovědí 4 položek, které hodnotí celkový zdravotní stav a kvalitu života a dosahuje hodnoty od 4 do 20. (Příloha č. 3)

Pro výpočet součtových škál a hrubých skórů facet , které budou následně využity pro výpočet hrubých skórů domén, je nutné u některých položek (3,4,9,12,13,18,19,20,22,23, 24,26,27,30,32,34,94,95) škály otočit, aby nebyly výsledky zkreslené. Škály musí mít ve facetách stejný směr a proto odečteme od čísla 6 příslušné položky.

Při vytváření průměrných hrubých skórů domén je nutné otočit škály u facet 1,8,11, aby nedošlo k jejich zkreslení, tentokrát odečítáme příslušné facety od čísla 24. Hrubé skóry 6 domén – **fyzické zdraví, prožívání, nezávislost, sociální vztahy, prostředí, spirirualita** jsou průměrné hodnoty odpovídajících facet pro jednotlivé domény. Poslední skór celkového hodnocení získáme součtem hodnot 4 položek facety – celkový zdravotní stav a kvalita života. (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 26 – 27)

Přehled domén a facet WHOQOL – 100

DOM I. fyzické zdraví – facety 1,2,3 – bolest a nepříjemné pocity, energie a únava, spánek a odpočinek.

DOM II. prožívání – facety 4,5,6,7,8 - pozitivní pocity, myšlení paměť učení a soustředění, sebedůvěra, vnímání těla vzhledu, negativní pocity.

DOM III. nezávislost – facety 9,10,11,12 – pohyblivost, každodenní činnosti, závislost na lécích nebo léčbě, pracovní výkonnost.

DOM IV. sociální vztahy - facety 13,14,15 – osobní vztahy, sociální podpora, sexuální život.

DOM V. prostředí – facety 16,17,18,19,20,21,22,23 – osobní bezpečí, domácí prostředí, finanční situace, zdravotní a sociální péče, nové informace a dovednosti, volný čas a záliby, životní prostředí, doprava.

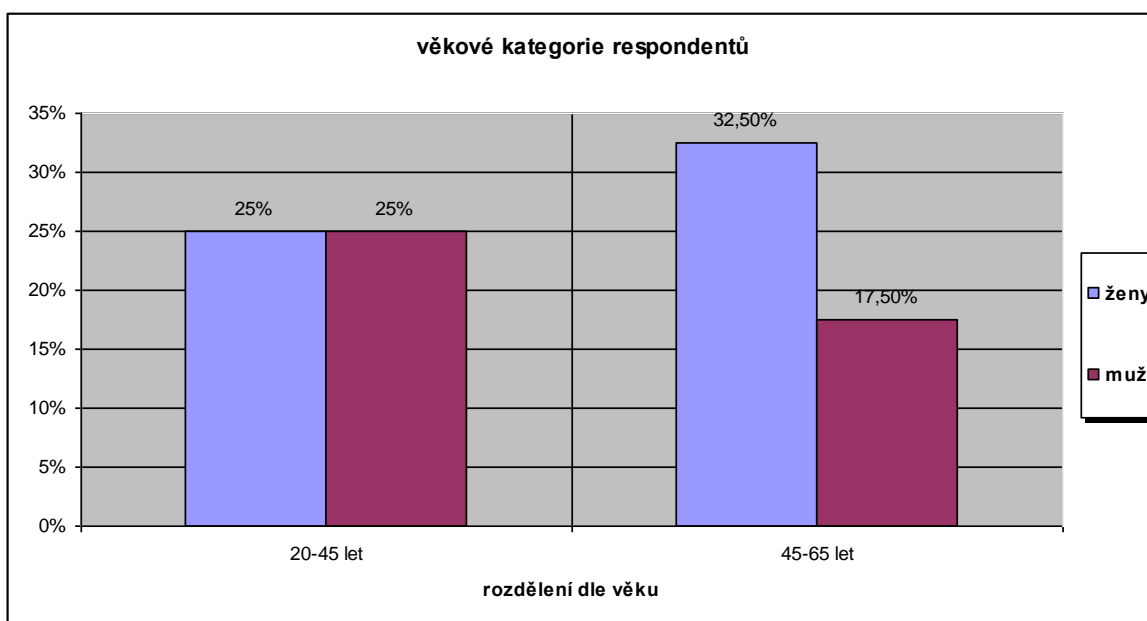
DOM VI. spiritualita - faceta 24 – spiritualita náboženství a osobní víra.

Samostatná faceta 25 – celková kvalita života a zdraví.

4.5 Výsledky výzkumu

Věkové složení respondentů

Výzkumný soubor se skládá ze 40 respondentů z toho je 23 žen – 57,5 % a 17 mužů 42,5 % z celkového počtu respondentů ve věku od 20 do 65 let. Pro znázornění věkového složení byl soubor rozdělen do 2 věkových kategorií a to: 20 – 45 let, 45 – 65 let. Do kategorie 20 – 45 let spadá u žen 10 respondentek (25 %), u mužů 10 respondentů (25 %). Ve druhé věkové kategorii 45 – 65 let je 13 žen (32,5 %) a 7 mužů (7,5 %), Průměrný věk žen je 45 let a průměrný věk mužů je 39 let.



Obrázek č.1 – Věkové složení respondentů

Vyhodnocení dotazníku WHOQOL - 100

Kvalita života rodin a jejich členů

Vyhodnocení samostatné facety, podle které se zjišťuje jak člověk hodnotí celkovou kvalitu svého života a zdravotní stav – **skór celkového hodnocení**. Průměr hodnot hrubých skórů u této samostatné facety – **celková kvalita života a zdraví** je u žen ve věku 20-45 let 14,9 a ve věku 45-65 let 11,46. U mužů ve věku 20-45 let 14,5 a ve věku 45-65 let 13,14. Nejvyššího hrubého skóru bylo dosaženo u žen v mladším věku (20-45 let) a to 16 a 18, také u mužů v tomto věku 16 a 19. Nejnížší hrubý skór byl zaznamenán u žen i mužů ve věku 45-65 let a to 8,9,10,11. Nejvíce nízkých hrubých skórů a to 9 až 12 měly ženy (7 respondentek) ve věku 45-65 let – 17,5 %. Tabulka 1

Průměrný skór celkového hodnocení celého souboru je 13,5.

Věkové kategorie	Os	Medián	Modus	Prům. skór kategorie
Ženy 20-45 let	10	15	15	14,9
Muži 20-45 let	10	15	15,5	14,5
Ženy 45-65 let	13	11,5	13	11,46
Muži 45-65 let	7	13	14	13,14

Tab.1 – Hodnoty prům.skórů samostatné facety Kvalita života a zdraví, medián, modus.

Otázka G1 samostatné facety – Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života? Příloha č. 1

Ženy: ani jedna respondentka neuvedla odpověď „velmi špatná“, 3 respondentky (13 %) označily kvalitu života jako „špatnou“, 10 respondentek (44 %) uvedlo odpověď „ani špatná ani dobrá“, 9 žen (39 %) označilo svou kvalitu života jako „dobrá“, 1 respondentka (4 %) uvedla odpověď „velmi dobrá“. Průměrný skór odpovědí je 3,34.

Muži: žádný z mužů neoznačil odpověď „velmi špatná“, 1 respondent (6 %) uvedl kvalitu svého života jako „špatnou“, 6 mužů (44 %) odpovědělo „ani špatná ani dobrá“, nejvíce mužů 9 (53 %) považuje svou kvalitu života jako „dobrou“, 1 respondent (6 %) označil odpověď „velmi dobrá“. Průměrný skór odpovědí je 3,58. Tabulka 2

Odpověď	Absolutní četnost		Relativní četnost (%)	
	Ženy	Muži	Ženy	Muži
1 – velmi špatná	0	0	0	0
2 - špatná	3	1	13	6
3 – ani špatná ani dobrá	10	6	44	35
4 - dobrá	9	9	39	53
5 – velmi dobrá	1	1	4	6
Celkem	23	17	100	100

Tab. 2 – Otázka G1 – Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života-četnost

Vyhodnocení oblasti DOM I – fyzické zdraví a kondice

Zkoumá míru fyzického zdraví a kondice, příznaky nemoci a únavy, možnosti regenerace a množství energie. Průměr hodnot hrubých skóre u DOM I u žen ve věkové kategorii 20-45 let je 15,03, ve věku 45-65 let je 12,56 u mužů ve věkovém rozpětí 20-45 let činí 15,82 a v rozpětí 45-65 let 13,18. Z celého výběrového souboru nejnižšího skóre 10, 10,66, 11,66 dosáhlo 6 respondentů (15 %) z kategorie 45-65 let. Nejvyšší skóre byl zaznamenán 17,66, 16,66, 17 u 5 respondentů (12,5 %) z celého souboru. Tabulka 3

Průměrný skóre DOM I celého souboru je 14,14.

Věkové kategorie	Os	Medián	Modus	Prům. skóre kategorie
Ženy 20-45 let	10	15,83	16,33	15,03
Muži 20-45 let	10	16,17	17,33	15,82
Ženy 45-65 let	13	12,33	12,33	12,56
Muži 45-65 let	7	14	13,33	13,18

Tab. 3 – Hodnoty průměrných skóre – DOM I, medián, modus.

Vyhodnocení oblasti DOM II – prožívání

Zabývá se soustředěním, sebedůvěrou, sebeúctou, pozitivními a negativními pocity a myšlením. Průměr hodnot hrubých skóre v této oblasti je ve věkové kategorii 20-45 let u žen 14,32 u mužů 15,2, v kategorii 45-65 let u žen 13,35 u mužů 13,65. Nejnižší skór byl zaznamenán u věku 45-65 let a to 10,8, 12, 11, 8, 12,2 u 7 respondentů (17,5 %) z celkového počtu osob. Nejvyšší skór najdeme u kategorie 20-45 let 17,16,2, 18,6 u 5 respondentů (12,5 %). Tabulka 4

Průměrný skór DOM II celého souboru je 14,13.

Věkové kategorie	Os	Medián	Modus	Prům. skór kategorie
Ženy 20-45 let	10	14,6	15,2	14,32
Muži 20-45 let	10	15,3	15	15,2
Ženy 45-65 let	13	13,2	12,6	13,35
Muži 45-65 let	7	13,8	14,4	13,65

Tab. 4 – Hodnoty průměrných skóre – DOM II, medián, modus.

U každé oblasti uvádíme hodnotu mediánu a modu. **Medián** je prostřední hodnota v řadě hodnot seřazených podle velikosti. **Modus** je ta hodnota v souboru dat, která má největší četnost (je zde nejpočetnější). (Chráska, 2007, s. 36) V našem případě jde o hodnoty doménových skóre.

Vyhodnocení oblasti DOM III – fyzická nezávislost

Zahrnuje mobilitu, schopnost pracovat, vykonávat každodenní činnosti, závislost na zdravotní péči. Průměrná hodnota hrubých skóre Domény III je u žen ve věkovém rozmezí 20-45 let 16,52, ve stejném věku u mužů 17,02. U starších žen ve věku 45-65 let je průměr 12,33 u mužů 12,82. Nejnižšího skóre 10,33, 10,8, 9,75, 8,25, 11 dosáhlo 8 respondentů (20 %) v kategorii 45-65 let z celkového počtu výzkumného vzorku. Nejvyšší skór 19, 18,25, 20, 18, 17,75 byl dosažen 7 respondenty (17,5 %) ve věku 20-45 let z celého výzkumného souboru. Tabulka 5

Průměrný skór DOM III celého souboru je 14,67.

Věkové kategorie	Os	Medián	Modus	Prům. skór kategorie
Ženy 20-45 let	10	17,25	17,5	16,52
Muži 20-45 let	10	17	16,25	17,02
Ženy 45-65 let	13	11,5	15,5	12,33
Muži 45-65 let	7	12,75	13,6	12,82

Tab.5 – Hodnoty průměrných skórů – DOM III, medián, modus.

Vyhodnocení oblasti DOM IV – sociální vztahy

Patří zde blízké osobní vztahy, širší sociální prostředí a podpora. U žen ve věkové kategorii 20-45 let je průměrná hodnota hrubých skórů 14,93 a u věkové kategorie 45-65 let je 13,5. Muži ve věku 20-45 let dosáhli průměrné hodnoty 15,36 a starší muži věk 45-65 let dosáhli hodnoty 14,41. V této oblasti byl zaznamenán nejnižší skór 10,66 a 11,33 u 3 respondentů (7,5 %) z celkového počtu osob výzkumného vzorku. Nejvyšší skór dosáhlo 5 respondentů (12,5 %) a to 16,33, 17,66, 18,33 z celkového počtu osob. Tabulka 6

Průměrný skór DOM IV celého souboru je 14,55.

Věkové kategorie	Os	Medián	Modus	Prům. skór kategorie
Ženy 20-45 let	10	15,77	14,83	14,93
Muži 20-45 let	10	15,17	15,33	15,36
Ženy 45-65 let	13	13,33	13,66	13,50
Muži 45-65 let	7	14,66	15,33	14,41

Tab. 6 - Hodnoty průměrných skórů – DOM IV, medián, modus.

Vyhodnocení oblasti DOM V – prostředí

Zaměřuje se na životní podmínky, bezpečí, kvalitu životního prostředí, finanční situaci a volný čas. Průměr hodnoty hrubých skórů u DOM V je u žen ve věku 20-45 let 14,2 u mužů ve stejném věku 15,08 a ve věkové kategorii 45-65 let bylo dosaženo průměrné hodnoty u žen 13,08 u mužů 14,01. Nejnižší skór je 10,63, 11,37, 11,5, 11,62 a

to u 6 respondentů (15 %) z celkového počtu osob výzkumného souboru. Nejvyšší skóre byl zaznamenán u 5 respondentů (12,5 %) ze všech osob souboru. Tabulka 7

Průměrný skóre DOM V celého souboru je 14,09.

Věkové kategorie	Os	Medián	Modus	Prům. skóre kategorie
Ženy 20-45 let	10	14,68	14,72	14,20
Muži 20-45 let	10	14,81	17,75	15,08
Ženy 45-65 let	13	13,37	13,83	13,08
Muži 45-65 let	7	13,87	15	14,01

Tab. 7 – Hodnoty průměrných skóre – DOM V, medián, modus.

Vyhodnocení oblastí DOM VI – duchovní oblast

Zkoumá víru a osobní přesvědčení respondenta a jeho vliv na kvalitu života. Může mu pomoci vyrovnat se s životními problémy a odpovědět na otázky po smyslu života, umožnit získat pozitivní životní pocit. Průměrná hodnota hrubého skóre v této oblasti byla zjištěna u žen ve věku 20-45 let 11,8 u mužů stejného věku 12, ve věkové kategorii 45-65 let byla zjištěna průměrná hodnota u žen 11,84 u mužů 12,14. Nejnižší skóre a to 7, 6, 9, byl zjištěn u 7 respondentů (17,5 %) z celkového počtu osob v souboru, skóre 16,17,20 což je nejvyšší, dosáhlo 5 respondentů (12,5 %) ze všech osob. Tabulka 8

Průměrný skóre DOM VI celého souboru je 11,94.

Věkové kategorie	Os	Medián	Modus	Prům. skóre kategorie
Ženy 20-45 let	10	11	11	11,8
Muži 20-45 let	10	12	12	12,0
Ženy 45-65 let	13	12	13	11,84
Muži 45-65 let	7	12	12	12,4

Tab. 8 – Hodnoty průměrných skóre – DOM VI, medián, modus.

Hodnoty doménových skóre všech oblastí uvedeny v příloze č.3.

4.6 Interpretace výzkumného šetření

U samostatné facety zjišťující **celkovou kvalitu života**, spokojenost a zdraví byla průměrná hodnota hrubého skóru u žen ve věkové kategorii 20-45 let 14,9 u věku 45-65 let 11,46 (tab.1). Srovnáme s průměrnými hodnotami populační normy – základní statistiky pro dotazník WHOQOL-100 (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 34-35) stanovené pro tuto oblast a jsou 15,15 pro zdravé a 13,52 pro nemocné. (Příloha č.1) Mladší ženy se shodují s průměrnou statistikou pro zdravé osoby, starší ženy 45-65 let vnímají celkovou kvalitu svého života podprůměrně. Muži ve věku 20-45 let dosáhli hodnoty 14,5 a ve věku 45-65 let 13,14 (tab.1). Srovnáme-li jejich průměrné hodnoty se statistikou, vidíme u mladších mužů shodu s průměrem pro zdravé, starší muži mají hodnotu blízkou průměru normy pro nemocné. Nejhuře vnímají celkovou kvalitu svého života ženy ve věku 45-65 let. Domníváme se, že právě tato věková kategorie žen nejvíce zastává v rodině péči o závislého seniora. Odráží se to i na podprůměrné hodnotě celkové kvality života 11,46 ve srovnání s normou pro zdravé i nemocné.

Srovnáme – li dosažený průměr celého výzkumného souboru (40 osob) u celkového **hodnocení kvality života, který je 13,5** se statistikou pro tuto oblast 15,15, vyplývá z výsledků, že kvalita života je mírně podprůměrná. (Příloha č. 1)

Výsledné hodnoty u **DOM I- fyzické zdraví** jsou u žen ve věku 20-45 let 15,03, starší ženy 12,56. Hodnota u mužů 20-45 let je 15,82 a u mužů 45-65 let 13,18. (tab. 3) Průměrná hodnota populační normy je pro zdravé 15,39 a pro nemocné 13,57. Mladší ženy dosáhly úrovně průměru statistické normy, u starších žen je hodnota podprůměrná vzhledem k hodnotě pro zdravé i nemocné. Muži v obou věkových kategoriích se shodují s průměrem normy, mladší pro zdravé a starší pro nemocné. V této oblasti jsou starší ženy 45-65 let pod průměrnou hodnotou statistiky. Všeobecně jsou ženy méně fyzicky zdatné než muži a vnímají huře fyzickou zátěž. Průměr pro tuto oblast 15,39 ve srovnání s celkovým průměrem výzkumného souboru 14,14 ukazuje na mírně podprůměrnou úroveň kvality života v této oblasti.

V oblasti prožívání – DOM II dosáhly ženy ve věku 20-45 let průměrné hodnoty hrubého skóru 14,32 a ve věku 45-65 let 13,35. U mužů 20-45 let je hodnota 15,2 u starších mužů 45-65 let je 13,65. (tab. 4) Porovnáme-li hodnoty se statistikou pro zdravé 14,4 pro nemocné 13,95 vidíme, že mladší ženy i muži mají hodnoty mírně nadprůměrné. Starší

ženy i muži splňují průměr pro nemocné, což považujeme odpovídající skutečnosti vyššího věku a vyšší nemocnosti. Průměr výzkumného souboru u DOM II je 14,13 a statistika udává průměrnou hodnotu 14,4 což ukazuje na dosažený průměr.

U DOM III – nezávislost jsou výsledky průměrných hodnot hrubých skóre u žen mladšího věku 20-45 let 16,52 u starších žen 45-65 let 12,33. Mladší muži 20-45 let 17,02 starší muži 45-65 let 12,82. (tab. 5) Norma pro tuto oblast je zdravý 16,85 a nemocný 14,61. (příloha č.1) Srovnáním hodnot s populační normou zjistíme výsledek odpovídající průměru u mladších žen 20-45 let a mírně nadprůměrný u mladších mužů. Starší muži i ženy mají hodnoty podprůměrné i pro kategorii nemocných. Potvrzuje se tímto snižující se nezávislost starších lidí, jestliže mají problémy s pohyblivostí, pracovním výkonem nebo s prováděním každodenních činností. Srovnáním statistiky 16,85 a dosaženého průměru celého souboru 14,67 vidíme podprůměrnou hodnotu.

U oblasti sociální vztahy – DOM IV jsou výsledné hodnoty u žen ve věku 20-45 let 14,93 u žen ve věku 45-65 let 13,50 a u mužů ve věku 20-45 let 15,36 ve věku 45-65 let 14,41. (tab. 6) Průměrné doménové skóre podle normy jsou 15,06 pro zdravé a 14,53 pro nemocné. (příloha č.1) Mladší ženy i muži 20-45 let dosáhli v této oblasti úrovně průměru, muži mírně nadprůměrný výsledek. Starší ženy 45-65 let mají podprůměrný výsledek, u starších mužů je výsledek na průměrné úrovni pro nemocné. U této oblasti dosáhli respondenti průměru 14,55, což odpovídá průměru podle statistiky – 15,06.

Výsledné hodnoty **u oblasti prostředí – DOM V** u mladších žen 20-45 let je 14,20 u starších žen 45-65 let je 13,08. U mužů ve věku 20-45 let je to 15,08 u starších mužů 45-65 let 14,01. Populační průměr pro tuto oblast je 14,6 pro zdravé a 13,9 pro nemocné osoby. V mladší věkové kategorii ženy dosáhly průměrné hodnoty podle normy, muži mírně nadprůměrné. U starších žen se jedná o mírně podprůměrný výsledek pro nemocné, starší muži splňují průměr pro nemocné osoby. Zde je průměr souboru 14,09 a statistika 14,6.

U DOM VI – duchovní oblast mají ženy ve věku 20-45 let hodnotu průměrného hrubého skóre 11,8 starší ženy 45-65 let 11,84 a muži 20-45 let mají hodnotu 12 starší muži 45-65 let hodnotu 12,14. Průměrná hodnota populační normy je 13,89 pro zdravé a 14,27 pro nemocné. U této oblasti mají všichni respondenti podprůměrné výsledky ve všech věkových kategoriích. Statistika je 13,89 a výzkumný soubor dosáhl průměru 11,94.

4.7 Shrnutí

Výzkumné šetření za účasti 40 respondentů (výzkumný vzorek 23 žen a 17 mužů) nastínilo svými výsledky, jak ovlivnila péče o závislého seniora kvalitu života členů rodin. Mladší členové rodin věk 20-45 let ženy i muži mají výsledné průměrné doménové skóry všech domén (oblastí života), kromě DOM VI – duchovní oblast, i celkové hodnocení kvality života na úrovni průměru populační normy. Muži v tomto věku mají hodnoty u některých oblastí mírně nadprůměrné. Jejich vnímání kvality života se ve většině zkoumaných oblastí neliší od průměrné kvality života populace – podle statistik pro domény dotazníku WHOQOL – 100. (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 34-35) Starší muži v rodinách věk 45-65 let většinou mají výsledné hodnoty na úrovni průměru statistik pro nemocné. (Příloha č.2) Ženy ve věku 45-65 let podle dosažených hodnot vnímají svůj život ve všech 6 oblastech (doménách) i celkovou kvalitu života podprůměrně. U duchovní oblasti – DOM VI je výsledná hodnota podprůměrná vzhledem ke statistice u všech respondentů. Dalšími faktory, které ovlivnily osobní přesvědčení a víru respondentů se tato práce podrobně nezabývala. Určitě by stály za hlubší prozkoumání. U DOM IV – sociální vztahy výsledek u starších žen ukazuje na méně možností sociálních kontaktů, navazování nových a využívání volného času s přáteli.

Z uvedených výsledků vyplývá, že sníženou (podprůměrnou) kvalitu života vnímají ženy ve věku 45-65 let, kvalita života starších mužů 45-65 let je srovnatelná s průměrem kvality života pro nemocné podle statistik pro domény dotazníku WHOQOL – 100. U starších osob všeobecně ve vyšším věku nastupují zdravotní problémy a stupňují se, tak výsledky u mužů odpovídají průměrným statistickým údajům. (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 34-35) Mladší muže a ženy péče o jejich nemohoucí členy významně neovlivnila, muži mají u některých oblastí i nadprůměrné hodnoty a ženy dosáhly většinou průměrných výsledků. Jejich kvalita života je na úrovni nadprůměrné, nebo průměrné – podle statistik pro WHOQOL – 100 pro zdravou populaci. Vidíme, že mladší členové rodin sice péči o seniora vnímají, ale neovlivňuje a nezatěžuje jejich život ve větší míře. Je to dáno i věkem, kdy si určité starosti nepřipouští a dokážou se s nimi vypořádat po svém a je k dispozici někdo druhý, který problémy vezme na sebe.

Výsledky výzkumu u kategorie starších žen 45-65 let ovlivnily faktory, které souvisí s péčí o závislého seniora. Jak uvádí Vágnerová (2007, s. 292) zátěž takové péče působí individuálně na členy rodiny, omezuje pečující osobu v mnoha směrech – sociální izolace, volný čas a záliby, ztráta soukromí, relaxace, omezení vlastního života. Ženy staršího věku většinou nemají dospělé a samostatné děti a zároveň se starají o své staré rodiče. Všechny jmenované aspekty se odráží v jejich hodnocení kvality života ve všech oblastech. Stuart-Hamilton (1999, s. 173) upozorňuje na vliv péče o blízkou osobu v rodině na psychické možnosti pečovatele. Rodinná péče podle něho vyžaduje odolnost fyzickou i psychickou a také soudržnost rodiny. Morální hodnoty, které svou péčí o své rodiče rodinní příslušníci prokazují by neměly zůstat bez povšimnutí a podpory ostatních členů rodiny i společnosti.

Výzkum ukázal na potřebu a nutnost pomoci pro skupinu osob, které se starají o své nesoběstačné členy rodiny v našem případě ženy ve věku 45-65 let. Pro další praxi v problematice rodinné péče o seniory by bylo vhodné zjistit, který z jevů spojených s výkonem péče o závislého seniora má největší negativní dopad na kvalitu jejich života. Prostřednictvím zjištěných poznatků zacílit odbornou pomoc pro členy pečujících rodin, naučit je konstruktivně řešit tuto životní situaci a jakým vyhovujícím způsobem se postarat o své stárnoucí, či nemocné členy rodiny. Středem odpovídající pomoci těmto rodinám a pečovatelům by mělo být úsilí odpovědných pracovníků o spolupráci se jmenovanými rodinami, aby se jejich členové dokázali se složitou, zatěžující situací vyrovnat a byli schopni přijmout nové povinnosti z ní plynoucí. Morální hodnoty, jimiž se pečující osoby ve svém životě nechávají vést, by určitě neměly mít za následek snížení kvality jejich života, významné omezení uspokojování jejich potřeb, snížení finančních jistot a úpadek do chudoby a ztrátu sociálních kontaktů s přáteli, rodinou i společností. V Národním programu přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (MPSV, 2008, s. 43) se uvádí, že péče neformálních rodinných pečovatelů musí být ceněna a uznávána společností, nedá se očekávat v příštích letech pokles významu rodiny v zajištění potřebné pomoci a podpory starým a nemocným lidem. Nedostatek pomoci a sociální izolace ohrožují zdraví rodinných pečovatelů a jejich důstojnost. Rodinná politika našeho státu by měla věnovat pozornost komplexním opatřením na podporu rodin a dostupnosti profesionální a odborné podpory všem jejich členům.

Jestliže vedou rodinné příslušníky k náročné a pro seniora významné péči a starostlivosti o něj, morální a etické hodnoty, je potřeba uznání a ocenění věnované jim společností, státem, okruhem blízkých a přátel. Velmi důležité a pozitivní pro pečovatele se jeví jejich sebedůvěra, smysl jejich dalšího života a vize příznivé budoucnosti. Potřebují pochopení, uznání a sounáležitost druhých, ale musí si věřit a vážit si sami sebe. V jedné věci mohou mít jistotu již nyní, že dali a pořád dávají kladný příklad svým dětem, že i přes potíže a problémy se starají o své rodiče v domácím prostředí a umožňují tím být s nimi i v možná posledních chvílích života. Takový příklad je spontánní, nenásilný a vlastně je dáván samotným během života rodiny několika generací.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala tématem rodinné péče o závislého seniora a kvalitou života členů pečujících rodin. V první části práce byly uvedeny teoretické poznatky o rodině, jejím vývoji a významu pro seniora v současné době a pro jeho důstojný život ve stáří. Je zaměřena i na problematiku péče o závislé seniory v profesionálních institucích i v rodině seniora a na postavení seniora v dnešní společnosti. Popisuje aspekty kvality života ve stáří a v rodině závislého seniora, míru mezigenerační solidarity v rodině a způsob adaptace rodiny na péči o závislého seniora. Teoretické poznatky v této části bakalářské práce byly čerpány z dostupné odborné literatury.

Výzkumná část bakalářské práce se zabývá zkoumáním kvality života členů rodin, které žijí se závislým seniorem a pečují o něho. Cílem výzkumného šetření bylo pomocí dotazníku WHOQOL – 100 prozkoumat a porovnat vlivy v různých oblastech života (domény v dotazníku) působící na kvalitu života rodiny a jejich členů a také celkovou kvalitu života. Byla použita metoda kvantitativního výzkumu pomocí dotazníkového šetření. Dotazník WHOQOL – 100 vyplnilo 40 respondentů - osob z rodin pečujících o závislého seniora 23 žen a 17 mužů. Výsledné hodnoty z výběrového souboru byly porovnány s průměrnými hodnotami a základní statistikou pro dotazník WHOQOL -100. Osoby z výzkumného vzorku byly rozděleny do 4 věkových kategorií, pro přehlednější srovnání jednotlivých členů rodin. Výsledky dotazníkového šetření jsou zpracovány v přehledných tabulkách a následně rozvedeny v kapitole – Interpretace výzkumného šetření.

Stanovených cílů bakalářské práce se podařilo dosáhnout, byl splněn primární cíl práce zjistit kvalitu života rodin a jejich členů pečujících o závislého seniora. Podařilo se splnit i dílčí cíle – prozkoumat jednotlivé oblasti pro posuzování kvality života (6 domén dotazníku WHOQOL – 100). Cílů bylo dosaženo s pomocí vybraných rodin a vyplněním dotazníků a jejich dalším zpracováním a vyhodnocením. Byla nutná spolupráce rodin a všech jejich členů a ochota podílet se na výzkumném šetření a spolupracovat s výzkumníkem. Díky pochopení ze strany zkoumaných osob se podařilo dotazníky podle návodu a instrukcí správně vyplnit, aby mohly být dále vyhodnoceny a získaná data jasně a přehledně analyzována pomocí tabulek a grafů.

V předložené práci jsme snažili postihnout některá aspekty života osob, které pečují o

závislého seniora ve své rodině. Je nutné si uvědomit, že na způsob a styl života i na jeho kvalitu u těchto pečujících osob působí celá řada faktorů. Jsou spojené se schopností adaptace rodiny a jejích členů na náročnou situaci při péči o starého člověka i se změnami, které se individuálně promítají do životů jednotlivých členů rodin. Každý člen rodiny vnímá a snáší úskalí této zátěže jiným způsobem a jinak se projevuje v jeho pocitech a reakcích. Tato práce se podrobným zkoumáním jmenovaných aspektů hlouběji nezabývala i když jejich zmapování by přineslo další informace, jak pomoci rodinám a jednotlivcům při péči o své nemohoucí rodiče a prarodiče.

Vypracováním bakalářské práce se rozšířil a obohatil rozsah našich vědomostí o nové teoretické poznatky získané studiem odborné literatury několika oborů, týkajících se tématu bakalářské práce. Hlouběji jsme v rodinách respondentů poznali důsledky a problémy péče o závislého seniora, většinou také významnou míru soudržnosti celé rodiny. V některých se značně projevila solidarita jednotlivých osob s pečujícím členem. Překvapilo nás zjištění, že celkem malé množství rodin využívá pomoci sociálních služeb, až na výjimky, kdy senior byl ležící, upoutaný na lůžko. Zde již pečovatel potřeboval fyzickou pomoc při péči o něj a hlavně psychickou podporu.

Stárnutí a stáří, významné etapy přirozeného průběhu života, nelze spojovat pouze s nemocí, nepříjemnostmi a nemohoucími seniory, ale také s pozitivní vírou, moudrostí a rozvážností. Tyto kladné aspekty ve většině případů umožňuje svým láskyplným přístupem naplnit rodina a přátelé a pomáhají starému člověku spokojeně a smysluplně prožít zbytek života v milujícím prostředí své rodiny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ, 2006. *Whoqol – bref. Whoqol – 100: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum, 92 s. ISBN 80-85121- 82-4.
- HARTL, Pavel, 2004. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 312 s. ISBN 80-7178-803-1
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 1990. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, ISBN 80-7038-158-2.
- CHRÁSKA, Miroslav, 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
- JANDOUREK, Jan, 2001. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 288 s. ISBN 80-7178-535-0.
- KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
- KRAUS, Blahoslav, 2008. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál, 216 s. ISBN 978-80-7367-383-3.
- MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ a kol., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2007. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MOŽNÝ, Ivo, 2002. *Sociologie rodiny*. Vyd. 2. Praha: Slon, ISBN 80-86429-05-9.
- ONDRUŠOVÁ, Jiřina, 2011. *Stáří a smysl života*. Praha: UK v Praze Karolinum, ISBN 978-80-246-1997-2.
- MPSV, 2008. *Kvalita života ve stáří: národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*. Praha: MPSV, 60 s. ISBN 978-80-86878-65-2.

ŘÍČAN, Pavel, 2004. *Cesta životem*. Vyd. 2. Praha: Portál, 392 s. ISBN 80-7178-829-5.

SOBOTKOVÁ, Irena, 2012. *Psychologie rodiny*. Vyd. 3. Praha: Portál, 224 s. ISBN 978-80-262-0217-2.

SCHMEIDLER, Karel a kol., 2009. *Problémy mobility stárnoucí populace*. Brno: Novopres, ISBN 978-80-87342-05-3.

TOPINKOVÁ, Eva, 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, ISBN 80-7262-365-6.

TOŠNEROVÁ, Tamara, 2009. *Jak si vychutnat seniorská léta*. Brno: Computer Press, ISBN 978-80-251—2104-7.

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

ŠRAJER, Jindřich a kol., 2008. *Etické kontexty sociální práce s rodinou*. Brno: Albert, 152 s. ISBN 978-80-7326-145-0.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Vývojová psychologie II dospělost a stáří*. Praha: UK v Praze Karolinum, ISBN 978-80-246-1318-5.

SEZNAM TABULEK

Tabulka č.1 – hodnoty průměrných skóreů samostatné facety – **Kvalita života a zdraví**

Tabulka č.2 – Otázka G1 – Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?- četnost

Tabulka č.3 – hodnoty průměrných skóreů – DOM I, medián a modus

Tabulka č.4 – hodnoty průměrných skóreů – DOM II, medián a modus

Tabulka č. 5 – hodnoty průměrných skóreů – DOM III, medián a modus

Tabulka č.6 – hodnoty průměrných skóreů – DOM IV, medián a modus

Tabulka č.7 – hodnoty průměrných skóreů – DOM V, medián a modus

Tabulka č.8 – hodnoty průměrných skóreů – DOM VI, medián a modus

SEZNAM OBRÁZKU

Obrázek č.1 – věkové složení respondentů

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1 – základní statistiky pro domény WHOQOL – 100 pro zdravé a nemocné
(Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 34-35).

Příloha č.2 – dotazník WHOQOL - 100

Příloha č.3-doménové-skóry

Příloha č.1

Domény	Zdravý/á	Nemocný/á
Celková kvalita života a zdraví	15,15	13,52
DOM I – fyzický stav	15,39	13,57
DOM II - prožívání	14,40	13,95
DOM III - nezávislost	16,85	14,61
DOM IV – sociální vztahy	15,06	14,53
DOM V - prostředí	14,60	13,90
DOM VI – duchovní oblast	13,89	14,27

Příloha č.2

WHOQOL 100 – česká verze

Instrukce

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí.

Odpovězte prosím na všechny otázky. Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, vyberte prosím odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na Váš život za **poslední dva týdny**.

Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

Děláte si starosti se svým zdravím?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, do jaké míry jste se strachoval/a o své zdraví během posledních dvou týdnů. Pokud jste se „hodně“ strachoval/a o zdraví, zakroužkoval/a byste číslo 4; pokud jste si „vůbec“ nedělal/a starosti o zdraví, zakroužkoval/a byste číslo 1. Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

Děkujeme Vám za spolupráci

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci, např. kladné pocity jako je štěstí nebo spokojenost. Pokud jste měl/a tyto pocity v maximální míře, zakroužkujte číslo u slova „maximálně“. Pokud jste tyto pocity vůbec neměl/a, zakroužkujte číslo u výrazu „vůbec ne“. Pokud chcete vyjádřit, že Vaše odpověď leží někde mezi „vůbec ne“ a „maximálně“, měl/a byste zakroužkovat jedno z čísel ležících mezi nimi. Otázky se týkají posledních dvou týdnů.

F1.2 Znepokojuje Vás bolest nebo nepříjemné pocity?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F1.3 Jak je pro Vás těžké zvládat bolest nebo nepříjemné pocity?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F1.4 Do jaké míry Vám bolest brání dělat věci, které potřebujete dělat?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F2.2 Jak snadno se unavíte?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F2.4 Jak moc Vás trápí únava?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F3.2 Máte nějaké problémy se spaním?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F3.4 Jak moc Vás problémy se spaním znepokojují?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F4.1 Jak moc Vás těší život?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F4.3 Nakolik vidíte svou budoucnost příznivě?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F4.4 Nakolik ve svém životě prožíváte kladné pocity?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F5.3 Jak se dokážete soustředit?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F6.1 Jak moc si vážíte sám/sama sebe?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F6.2 Jak moc si věříte?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F7.2 Cítíte se znevýhodněn/a svým vzhledem?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F7.3 Je ve Vašem vzhledu něco, kvůli čemu se necítíte dobře?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F8.2 Nakolik si děláte starosti?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F8.3 Jak moc Vám pocity smutku nebo deprese překážejí ve vašich každodenních činnostech?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F8.4 Jak moc Vás trápí pocity deprese?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F10.2 Do jaké míry máte problémy při vykonávání každodenních činností?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F10.4 Jak moc Vás obtěžují případná omezení při provádění každodenních činností?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F11.2 Jak moc potřebujete léky, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F11.3 Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F11.4 Do jaké míry závisí kvalita Vašeho života na užívání léků nebo na lékařské péči?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F13.1 Jak osamělý/á se cítíte ve svém životě?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F15.2 Jak jsou naplněny Vaše sexuální potřeby?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F15.4 Trápí vás nějaké problémy v sexuálním životě?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F16.1 Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F16.2 Připadá Vám, že žijete v bezpečném prostředí?

vůbec ne	spíše ne	středně	spíše ano	maximálně
1	2	3	4	5

F16.3 Jak moc si děláte starosti se svým bezpečím?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F17.1 Jak příjemné je místo, kde žijete?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F17.4 Jak moc máte rád/a místo, kde žijete?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F18.2 Máte finanční potíže?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F18.4 Jak moc si děláte starosti kvůli penězům?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F19.1 Je pro Vás kvalitní lékařská péče snadno dostupná?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F21.3 Jak moc Vás těší volný čas?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F22.1 Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?

vůbec ne	spíše ne	středně	spíše ano	maximálně
1	2	3	4	5

F22.2 Obtěžuje Vás v místě, kde žijete, hluk?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F23.2 Do jaké míry máte problémy s dopravou?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F23.4 Jak moc omezují problémy s dopravou Váš život?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **v jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech, např. každodenní činnosti jako je mytí, oblékání a jídlo. Pokud jste mohl/a provádět tyto činnosti v plném rozsahu, zakroužkujte číslo u slova „zcela“. Pokud jste je vůbec nemohl/a provádět, zakroužkujte číslo u výrazu „vůbec ne“. Pokud chcete naznačit, že vaše odpověď leží někde mezi „vůbec ne“ a „zcela“, měl/a byste zakroužkovat jedno z čísel, která leží mezi nimi. Otázky se vztahují k posledním dvěma týdnům.

F2.1 Máte dost energie pro každodenní život?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

F7.1 Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

F10.1 Nakolik jste schopen/schopna provádět každodenní činnosti?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

F11.1 Jak nezbytně potřebujete léky?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

F14.1 Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

F14.2 Do jaké míry můžete počítat se svými přáteli, když je potřebujete?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

F17.2 Nakolik odpovídá kvalita Vašeho bydlení Vaším potřebám?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

F18.1 Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

F20.1 Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

F20.2 Máte možnost získat informace, které podle Vašeho názoru potřebujete?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

F21.1 Máte možnost věnovat se svým zálibám?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

F21.2 Nakolik si můžete odpočinout a pobavit se?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

F23.1 Máte k dispozici vhodné dopravní prostředky?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á** nebo **spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech. Např. se svým rodinným životem nebo s tím, kolik jste měl/a energie. Rozhodněte, jak jste spokojený/á nebo nespokojený/á s každou oblastí svého života a zakroužkujte číslo, které nejlépe odpovídá tomu, jak se cítíte. Otázky se vztahují k posledním dvěma týdnům.

G2 Jak jste spokojen/a s kvalitou svého života?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

G3 Jak jste celkově spokojen/a se svým životem?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

G4 Jak jste spokojen/a se svým zdravím?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F2.3 Jak jste spokojen/a s tím, kolik máte energie?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F3.3 Jak jste spokojen/a se svým spánkem?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F5.2 Jak jste spokojen/a se svou schopností se učit nové věci?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F5.4 Jak jste spokojen/a se svou schopností se rozhodovat?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F6.3 Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F6.4 Jak jste spokojen/a se svými schopnostmi?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F7.4 Jak jste spokojen/a se svým tělesným vzhledem?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F10.3 Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F13.3 Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F15.3 Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F14.3 Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytuje rodina?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F14.4 Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F13.4 Jak jste spokojen/a s tím, co můžete dělat pro druhé?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F16.4 Jak jste spokojen/a se svým osobním bezpečím?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F17.3 Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F18.3 Jak jste spokojen/a se svou finanční situací?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F19.3 Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F19.4 Jak jste spokojen/a se sociální péčí?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F20.3 Jak jste spokojen/a s možnostmi získávat nové dovednosti?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F20.4 Jak jste spokojen/a se svými možnostmi dozvědět se něco nového?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F21.4 Jak jste spokojen/a s tím, jak trávíte svůj volný čas?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F22.3 Jak jste spokojen/a se svým životním prostředím (např. znečištění ovzduší, podnebí, hluk, krása místa)?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1		3		

	2		4	5
--	---	--	---	---

F22.4 Jak jste spokojen/a s podnebím v místě, kde žijete?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F23.3 Jak jste spokojen/a s dopravou?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F13.2 Cítíte se šťastný/á ve vztazích se členy své rodiny?

velmi nešťastný/á	nešťastný/á	ani šťastný/á ani nešťastný/á	šťastný/á	velmi šťastný/á
1	2	3	4	5

G1 Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?

velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
1	2	3	4	5

F15.1 Jak byste hodnotil/a svůj sexuální život?

velmi špatný	špatný	ani špatný ani dobrý	dobrý	velmi dobrý
--------------	--------	-------------------------	-------	-------------

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

F3.1 Jak dobře spíte?

velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
1	2	3	4	5

F5.1 Jak byste hodnotil/a svou paměť?

velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
1	2	3	4	5

F19.2 Jak byste hodnotil/a kvalitu sociálních služeb, které máte k dispozici?

velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
1	2	3	4	5

Následující otázky se týkají toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci, jako je například podpora od rodiny nebo přátel, nebo nepříjemné zážitky jako například pocit ohrožení. Pokud jste během posledních dvou týdnů neměl/a žádné takové zážitky, zakroužkujte číslo u výrazu „nikdy“. Pokud jste je prožil/a, uvědomte si, jak to bylo často, a zakroužkujte příslušné číslo. Pokud jste například měl/a během posledních dvou týdnů neustále bolesti, zakroužkujte číslo u výrazu „neustále“. Otázky se vztahují k posledním dvěma týdnům.

F1.1 Jak často máte bolesti?

nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
-------	-------	---------	--------------	----------

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

F4.2 Cítíte se celkově spokojený/á?

nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
1	2	3	4	5

F8.1 Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?

nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
1	2	3	4	5

Následující otázky se týkají jakékoli **práce**, kterou děláte. Prací se zde míní jakákoli hlavní činnost, kterou se zabýváte. Patří sem dobrovolná práce, studium, starost o domácnost, péče o děti, placená i neplacená práce. Za práci zde považujeme ty činnosti, kterým věnujete podstatnou část svého času a energie. Otázky se vztahují k posledním dvěma týdnům.

F12.1 Jste schopen/schopna pracovat?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

F12.2 Máte pocit, že dokážete plnit své povinnosti?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

F12.4 Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

F12.3 Jak byste hodnotil/a svoji schopnost pracovat?

velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
1	2	3	4	5

Několik dalších otázek zjišťuje, **jak jste se mohl/a pohybovat** v posledních dvou týdnech. Týká se to Vaší fyzické schopnosti se pohybovat a zabývat se věcmi, které chcete dělat nebo které potřebujete vykonávat.

F9.1 Jak se dokážete pohybovat?

velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
1	2	3	4	5

F9.3 Nakolik Vás obtěžují případné problémy s pohyblivostí?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F9.4 Do jaké míry narušují pohybové obtíže Váš způsob života?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F9.2 Jste spokojen/a s tím, jak se můžete pohybovat?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

Následujících několik otázek je zaměřeno na Vaši **osobní filosofii nebo víru** a její vliv na kvalitu Vašeho života. Tyto otázky se týkají náboženství, duchovní oblasti a dalších názorů a přesvědčení, které zastáváte. Otázky se opět vztahují k posledním dvěma týdnům.

F24.1 Dává Vaše osobní víra smysl Vašemu životu?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F24.2 Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F24.3 Nakolik Vám Vaše osobní víra dává sílu čelit těžkostem?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

F24.4 Nakolik Vám pomáhá Vaše osobní víra chápat těžkosti života?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

OSOBNÍ ÚDAJE

Pohlaví: muž žena

Datum narození: _____ (den, měsíc, rok)

Nejvyšší ukončené vzdělání:

základní

střední bez maturity

střední s maturitou

vysokoškolské

Rodinný stav:

svobodný/á

ženatý/vdaná

žiji v partnerském svazku jako bych byl/a ženatý/vdaná

žiji odděleně

rozvedený/á

ovdovělý/á

Jaký je Váš zdravotní stav? (G1.2)

velmi špatný	špatný	ani špatný ani dobrý	dobrý	velmi dobrý
1	2	3	4	5

Jste v současné době nemocný/á? Ano Ne

Pokud ano, uveďte diagnózu _____

Máte nějaké připomínky k dotazníku?

Děkujeme vám za spolupráci

Příloha č. 3 DOMÉNOVÉ SKÓRY

Celková kvalita života

Ženy 20 – 45 let: 16, 15, 15, 16, 15, 15, 18, 12, 12, 15

Ženy 45 – 65 let: 13, 13, 13, 9, 13, 10, 13, 11, 13, 9, 10, 12, 10

Muži 20 – 45 let: 14, 15, 16, 11, 19, 16, 15, 16, 15, 14

Muži 45 – 65 let: 13, 12, 11, 14, 15, 14, 8

DOM I – FYZICKÝ STAV

Ženy 20 – 45 let: 17, 16.33, 16.66, 16.33, 15.33, 13, 16.33, 14.66, 13, 11.66

Ženy 45 – 65 let: 12, 12.66, 11.66, 12.33, 13.33, 13.66, 13, 15, 16.66, 10.66, 10, 12.33, 10

Muži 20 – 45 let: 15, 17.33, 17.66, 14.33, 16.66, 16.33, 13.66, 17.66, 13.66, 16

Muži 45 – 65 let: 13, 10.66, 13.33, 11.66, 15, 14, 14.66

DOM II – PROŽÍVÁNÍ

Ženy 20 – 45 let: 15.2, 15, 14.6, 17, 13.4, 12.2, 17, 12.2, 14.6, 12

Ženy 45 – 65 let: 13.6, 14.8, 13.2, 16.2, 14.4, 10.8, 14.4, 12.6, 15.2, 12.4, 11.8, 12.4, 11.8

Muži 20 – 45 let: 15.66, 15, 16.2, 13.4, 18.6, 15.6, 15, 15.8, 12.2, 14.6

Muži 45 – 65 let: 12, 12.6, 13.8, 13.6, 14.8, 14.4, 14.4

DOM III – NEZÁVISLOST

Ženy 20 – 45 let: 17, 15.75, 16.25, 19, 17.5, 17.5, 18.25, 17.5, 13.75, 12.75

Ženy 45 – 65 let: 10.33, 14.75, 11.75, 11, 15.5, 11.5, 15.5, 15.75, 18.25, 9.75, 8.25, 10, 8

Muži 20 – 45 let: 16.25, 18, 17, 16.25, 20, 17.75, 16.25, 17.75, 14, 17

Muži 45 – 65 let: 11.5, 10, 12.75, 13.75, 13.5, 12, 16.25

DOM IV – SOCIÁLNÍ VZTAHY

Ženy 20 – 45 let: 15.33, 15.66, 15.33, 16.33, 15, 14.33, 17.66, 11.33, 14, 14.33

Ženy 45 – 65 let : 16, 14.33, 15.33, 12.33, 13.33, 12.66, 13, 10.66, 15, 12.33, 13.33, 13.66

Muži 20 – 45 let: 15, 14.66, 16, 14, 18.33, 18.33, 15.33, 16.33, 10.66, 15

Muži 45 – 65 let : 14.33, 12.6, 14.66, 13.66, 15.33, 15, 15.33

DOM V – PROSTŘEDÍ

Ženy 20 – 45 let: 14.62, 14.75, 13.87, 16.37, 15.12, 14.87, 15.63, 10.63, 14.37, 11.87

Ženy 45 – 65 let: 13.87, 14.5, 13.75, 13, 14.5, 11.37, 14.5, 12.87, 14.12, 12.37, 11.5, 11.62

Muži 20 – 45 let: 14.87, 15.25, 15.5, 14.12, 17.75, 17.75, 14.75, 14.62, 11.5, 14.75

Muži 45 – 65 let: 13.37, 12.87, 13.87, 13.5, 15, 14.5, 15

DOM VI – DUCHOVNÍ OBLAST

Ženy 20- 45 let: 12,12,11, 20, 11, 12, 11, 7, 11, 11

Ženy 45 – 65 let: 16, 9, 11, 11, 13, 13, 13, 12, 9, 13, 9, 13, 12

Muži 20 – 45 let: 11, 11, 13, 6, 17, 17, 12, 9, 12, 12

Muži 45 – 65 let: 12, 10, 13, 16, 9, 13, 12

