

„Strašák jménem stáří“

Fear of consequences of old age

Dagmar Vejmělková

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Institut mezioborových studií Brno
akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Dagmar VEJMĚLKOVÁ**
Osobní číslo: **H118345**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **"Strašák jménem stáří"**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách" (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovědního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na postavení seniorů ve společnosti;

- na kvalitu života starých lidí v domácím prostředí a sociálním zařízení;

- na zmapování nabídky sociálních služeb pro seniory;

Součástí práce bude kvalitativní výzkum zaměřený na zjištění rozdílů v oblasti kvality života seniorů v rodinném prostředí a v ústavním zařízení, konkrétní potřeby starých lidí.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

Dienstbier, Z. Průvodce stárnutím aneb jak ho oddálit. Praha: Radix, 2009.

Haškovcová, H. Fenomén stáří. Praha: Havlíček Brain Team, 2010.

Mühlpachr, P. Gerontopedagogika. Brno: MU, 2004.

Vágnerová, M. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. Praha: Karolinum, 2007.

Další literatura bude obsažena v Projektu bakalářské práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Olga Doňková

Katedra psychologie

Datum zadání bakalářské práce:

16. března 2012

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. dubna 2013

V Brně dne 16. března 2012


prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.
vedoucí ústavu




doc. PhDr. František Vizdal, CSc.
vedoucí katedry

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 prezenčnímu 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.

.....
Jméno, příjmení studenta

V Brně
22. 4. 2013

.....
Podpis

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). Odpírá-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 jim 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 přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Hlavním tématem mé bakalářské práce je životní spokojenost seniorů. Obsahuje dvě části, teoretickou a praktickou.

V první části charakterizuje základní termíny – stárnutí a stáří. Popisuje fyzické, psychické a sociální změny ve stáří. Je zde popsán systém sociální péče v městě Brně. Závěr teoretické části vysvětluje pojem životní pohoda a faktory, které ji ovlivňují.

Cílem praktické části je zjišťování životní spokojenosti seniorů. Porovnání životní spokojenosti starých lidí žijících v rezidenčním zařízení a seniorů žijících v přirozeném prostředí.

Klíčová slova:

Stárnutí, stáří, sociální služby, životní spokojenost, domov pro seniory, přirozené prostředí.

ABSTRACT

The main subject of my bachelor thesis is the senior's satisfaction with life. It contains two parts, theoretical and practical.

The first part deals with the characteristics of the basic terms – ageing and the old age. It describes physical, mental and social changes in the old age. There is a descriptions of the system of social services in Brno. At the end of the theoretical part it explains the term well-being and factors affecting it.

The aim of the practical part was to determine the subjective life satisfaction of seniors. It compares life satisfaction of old people living in residential home and seniors living in their natural environment.

Keywords:

Ageing, old age, social services, life satisfaction, residential home, natural environment.

Děkuji tímto vedoucí práce Mgr. Olze Doňkové za odborné vedení a poskytnuté cenné rady během vypracování bakalářské práce.

Motto:

S prodlužujícím se věkem se lidé čím dál víc bojí, čeho se dožijí.

Pavel Kosorin

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

OBSAH

ÚVOD.....	8
I TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ	11
1.1 PŘÍPRAVA NA STÁŘÍ	13
1.2 FYZICKÉ, PSYCHICKÉ A EMOČNÍ ZMĚNY VE STÁŘÍ	15
1.3 SOCIÁLNÍ ASPEKTY VE STÁŘÍ.....	18
1.4 SPECIFICKÉ POTŘEBY VE STÁŘÍ	22
2 MOŽNOSTI PÉČE O SENIORY	25
2.1 ÚSTAVNÍ PÉČE.....	25
2.2 DOMÁCÍ PÉČE.....	28
2.3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY V MĚSTĚ BRNĚ.....	30
3 ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST	33
3.1 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST.....	35
3.2 ZJIŠŤOVÁNÍ ŽIVOTNÍ SPOKOJENOSTI.....	37
3.3 ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST SENIORŮ	39
II PRAKTICKÁ ČÁST	42
4 VÝZKUM ŽIVOTNÍ SPOKOJENOSTI SENIORŮ	43
4.1 CÍLE VÝZKUMU A FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK.....	43
4.2 METODOLOGIE VÝZKUMU	44
4.3 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT	48
4.4 CHARAKTERISTIKA REZIDENČNÍCH ZAŘÍZENÍ	48
4.5 ANALÝZA JEDNOTLIVÝCH RESPONDENTŮ.....	49
4.6 ANALÝZA JEDNOTLIVÝCH SKUPIN	62
4.7 DISKUSE	66
ZÁVĚR	67
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	68
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	72
SEZNAM TABULEK.....	73
SEZNAM PŘÍLOH.....	74

ÚVOD

„Mám vrásky na obličejích a šedivé vlasy. Nechci si stěžovat, ale tobě to, Pane, řeknu. Je mi úzko ze stáří. Je mi, jako bych se musel rozloučit, nemohu žít naplno a musím zažívat, že den po dni ztrácím sílu, ubývá mi vnější krása. Dej mému srdci sílu, přijmout život tak, jak ho posíláš. Ne mrzutě, v žalostné večerní náladě, ale vděčně a připravený ke všemu, k čemu mě ještě chceš zavolat. A k tomu mi dej sílu srdce.“

sv. František Sáleský

Stáří a smrt jsou jediné dvě spravedlivé veličiny v životě každého člověka. Momentem zplození začínáme stárnout. Každý jedinec jiným způsobem a jiným tempem, ale stárne. Stáří není o nic horší životní etapou než mládí nebo střední věk, jen jinou. Patří k životu jako narození a smrt. Čeká každého člověka a je dobré se na něj připravit, naučit se jej akceptovat se všemi klady i zápory. Zestárneme tak, jak jsme žili.

Média propagují a idealizují mládí, krásu a bezstarostnost, opomíjejí a odmítají moudrost, odpovědnost, spolehlivost, rozvážnost, vyzrálou a nadhled stáří. Člověk, který nemá mladistvý vzhled a nepodává určitý výkon, je v nevýhodě, je symbolicky či fakticky diskriminován. Společnost se ke starým lidem chová negativně, odmítavě a podceňuje je. Nevhodná politika vlády a prezentace seniorů v médiích se na ageismu a s ním spojených mýtech o seniorech podílí. Období stáří je společností vnímáno jako doba, kdy jedinec pouze chátrá, ztrácí, v lepším případě si zachovává získané zkušenosti a kompetence. Prioritními hodnotami současné společnosti je mládí a výkon, stáří je nepříjemné, nekompetentní, nežádoucí. Předsudek, ageismus, za méněcenné považuje všechny staré lidi, bez rozdílu. Nezohledňuje jejich individualitu a diferenciaci. Senioři se stávají nevýznamnou minoritou v majoritní společnosti. Nelze ji však opomíjet, neboť každým rokem roste.

Tradiční, obecně uznávané hodnoty, neplatí. Děti jsou vychovávány jako osobnosti, které mají práva, ale žádné povinnosti. Výchova neprobíhá v rámci širší rodiny, nemohou tedy vidět mezigenerační sounáležitost a solidaritu. Prarodiče nechápou jako součást sebe sama, jako předky, se kterými nemusí souhlasit, měly by je však respektovat a ctít.

Vyspělost společnosti vidím v její lidskosti, akceptaci a dodržování etických norem, schopnosti empatie, solidarity, prosociálního citění. Nutná je celoživotní výchova každého

jedince k uznávání a dodržování tradičních hodnot, k čemuž může nemalou měrou přispět obor Sociální pedagogika.

TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

„Vědět, jak zestárnout, to je mistrovské dílo moudrosti a jedna z nejdůležitějších kapitol velkého umění žít.“

Henri Amiel

Stáří, zákonitá etapa v životě každého člověka, pokud neumře mladý. Stárnutí, proces, který nás provází od početí k smrti.

Stáří je obtížně definovatelná konečná fáze života, v níž se nápadně projevují involuční změny zhoršováním se zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu, úbytkem potencionálu zdraví. Stárnutí je souhrn především biofyziologických pochodů probíhajících v čase. Postupné změny jsou nezvratné a končí zánikem organismu, tedy smrtí. Stáří je výsledný proces stárnutí.

Stárnutí

Stárnutí je proces, involuce, projevující se změnami v závislosti na čase (Hartl, Hartlová, 2010). Ačkoli bývá tento pojem často spojován se seniory, dochází k němu již od adolescence. První projevy stárnutí se začínají objevovat na přelomu 4. a 5. decennia, a to v závislosti na prostředí (Mühlpachr, 2004). Stárnutí a stáří není nemocí, ale přirozeným fyziologickým procesem, který doprovázejí nemoci a pokles funkcí (Jarošová, 2006). Jak uvádí Pichaud, Thareauová (In Jarošová, 2006, s. 12): *„Stárnutí je působení času na lidskou bytost“*.

Stárnutí dle Hayflicka (1997, s. 28): *„není pouhé plynutí času, je projevem biologických dějů, které nastávají v čase a po určitý čas trvají, průběh a tempo je u každého člověka různé.“* Dále Hayflick uvádí (1997, s. 32): *„Stárnutí představuje postupnou ztrátu běžných životních funkcí od okamžiku dovršení pohlavní dospělosti až po maximální délku života, která je pro každého jedince daného druhu jiná.“* Dle Pacovského (1990) je stárnutí přechodným vývojovým obdobím mezi dospělostí a stářím.

Dessaintová (1999, s. 19) definuje: *„stárnutí je přirozený proces, při kterém jsou ohroženy některé faktory a jestliže víme které, pak lze nalézt nejvhodnější prostředky k tomu, jak stárnutí, když ne zastavit, tak alespoň zpomalit, pozitivně ho využít, zaměřit se na jeho nejlepší součásti, přizpůsobit se mu.“*

Stáří

„Nevyhnutelné přijímej s klidnou myslí.“

Seneca

Pojem stárnutí je odborníky definován různě, podobně je to se stářím, které je různými autory popisováno taktéž odlišně. Hartl a Hartlová (2010, s. 562) ve svém slovníku uvádějí, že stáří představuje: *„konečnou etapu geneticky vyměřeného trvání života.“* Podle Mühlpachra (2004, s. 18) je stáří: *„obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života.“* Stejný autor dále uvádí, že stáří je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory (chorobami, životním způsobem a životními podmínkami) a je spojené s řadou významných sociálních změn (osamostatnění, penzionování, změny sociálních rolí). Pacovský (1990) hovoří o stáří jako přirozené poslední etapě ontogenetického vývoje, která má specifické (biologické) znaky, které je odlišují od předcházejících životních etap. Pichaud, Thareauová (1998) doporučují pohlížet na stáří, jako na určitou změnu, která s sebou nese životní ztráty a celkové zhoršení. Dle Haškovcové (1990, s. 59) je: *„stáří přirozené období lidského života, které vztahujeme také k ostatním životním obdobím, k dětství, mládí, k době zralosti.“* Stáří není nemocí, ale přirozeným procesem změn, které trvají celý život, ale patrné jsou až v průběhu pozdějšího věku (Jarošová, 2006).

Ukazatelem stáří je věk jedince. K vymezení věku můžeme přistoupit na základě několika kritérií (Mühlpachr, 2004).

Rozlišujeme:

- kalendářní věk (chronologický): přesné vymezení, určen datem narození,
- sociální věk (sociálně – historický): u seniorů označován jako „třetí věk“, zachycuje změny sociálních rolí, životní styl a ekonomický status,
- biologický věk (funkční): biologické stárnutí organismu.

Křivohlavý (2002) se zmiňuje navíc o věku psychologickém, jedná se o subjektivní vnímání vlastního věku jedincem.

Kalendářní věk je nejběžnějším měřítkem pro určení stáří. Období stáří začíná nastupovat kolem 60. roku věku a Světová zdravotnická organizace rozděluje stáří na následující tři období:

- časné stáří (stárnutí, senescence) 60-74 let
- vlastní stáří (kmetství, sérum) 78-89 let
- dlouhověkost (patriarchum) 90 let a výše

1.1 Příprava na stáří

„Nahlédneme-li hlouběji do dějin pedagogiky, zjistíme, že zdaleka nejde o jev nový, ale o původní myšlenky Jana Amose Komenského, které vyslovil a formuloval ve svém díle *Pampedia* nebo-li *Vševýchova*, která by podle něho měla obsáhnout osm stupňů výchovy: školu dětství, chlapectví, jinošství a mladosti, dále mužného věku čili životní praxi a posléze školu stáří a školu smrti, které dohromady představují školu celého lidského života a tvoří dosud nejrozsáhlejší výchovný plán člověka v dějinách pedagogiky.“ (Wolf, 1982)

Dle Pacovského (1990) je příprava na stáří celoživotním úkolem každého člověka a rozděluje ji do tří etap:

1. Dlouhodobá příprava na stáří – vychází ze skutečnosti, že kvalitu života ve stáří si každý člověk určuje sám, a to způsobem života v mládí a dospělosti. Poukazuje na důležitost celoživotní výchovy, vzdělávání a zdravotně-osvětového působení na celou populaci.
2. Středně dlouhá příprava na stáří – měla by začít kolem 45. roku jedince, tedy ve středním věku a měla by se zaměřit na tři základní problémové okruhy, a to v rovině biologické na správnou životosprávu, v psychické rovině na osvojení si praktik duševní hygieny a postupnou akceptaci stáří, v sociální rovině na pěstování vztahů, věnování se koníčkům a rozvíjení různých aktivit, které budou sloužit k seberealizaci v období stáří.
3. Krátkodobá příprava na stáří – začíná 3 až 5 let před samotným odchodem do důchodu. Jedná se o psychicky náročnou etapu, kdy jedinec přichází o své dosavadní sociální postavení a adaptuje se na penzijní dobu.

Dienstbier (2009) uvádí, že bojovat se stářím můžeme začít v každém věku, ale nejlépe v mládí. Délka života každého jedince je velkou měrou dána geneticky. Dalšími neopominutelnými faktory jsou životní styl, výživa, kvalita zdravotní péče, prostředí, stres, tedy skutečnosti, které můžeme v menší či větší míře ovlivnit. Důležité je zaměřit se na omezení rizik, o kterých je prokázáno, že působí negativně na délku přežití člověka.

Kalvach (2004) zastává názor, že s prevencí napomáhající adaptaci člověka na proces stárnutí je nutné začít ve středním věku. Dále hovoří o nutnosti seznamovat seniory s psychologií a filozofií stáří, trénovat poznávací funkce, zabývat se tématy smrti a umírání. Na stáří je důležité připravit se především duševně, aby jedince nepřekvapilo a nevyvolalo depresivní stavy.

Podle Švancary (2004, s. 110) je důležitou součástí přípravy na stáří také psychohygiena, dosud opomíjená oblast v prevenci duševního zdraví. Sestavil koncept „pěti pé“ optimální adaptace, který zahrnuje *„důležité předpoklady a vodítka pro duševní životosprávu ve vyšším věku.“* Obsahuje následující zásady:

1. Perspektiva

Senior si plánuje svoji budoucnost, má své cíle, vize. Udrží si a dále pěstuje svůj životní program, těší se z maličkostí.

2. Pružnost

Senior je schopen přizpůsobit se novému prostředí, je otevřen novým podnětům, má touhu a chuť se nadále vzdělávat. V rámci svých možností drží krok s technickým pokrokem, který mu umožňuje využívat moderní technologie v každodenním životě.

3. Prozíravost

Prozíravý jedinec dokáže využít svých celoživotních zkušeností, opatrnosti a cílevědomosti k dosažení maximálního výkonu s využitím minimálního úsilí. Naplňuje si svůj další život s ohledem na možné ztráty a obtíže, které stáří s sebou nese, přemýšlí o jejich kompenzaci.

4. Porozumění

Pro udržení dobrých rodinných a sociálních vztahů je důležitá empatie, dar pochopit druhého. Nejedná se pouze o porozumění ze strany seniora, o toleranci a pochopení by se měla snažit celá společnost, především mladí lidé.

5. Potěšení

K prožití šťastného stáří je důležité zachovat si zdroje radosti a potěšení, která se odvíjí od individuálních potřeb a možností každého starého člověka. Pěstovat si dobrou náladu, těšit se z drobných radostí každého dne.

1.2 Fyzické, psychické a emoční změny ve stáří

„Stárneme tak, jak jsme žili.“

Ajuriaguerra

Fyzické změny

Haškovcová (1990, s. 25) uvádí, že starý člověk je prezentován a společností vnímán jako: *„slabý, sehnutý, pomalu se pohybující, nepružně reagující a zapomínající. Aby obraz byl celistvý, přidejme hrozící hluchotu, slepotu, demenci a inkontinenci.“*

Fyzickým stárnutím rozumíme změny organismu, které probíhají na fyziologické úrovni a postihují pohybové ústrojí, tělesné tkáně a orgány. Dle Vágnerové (2007, s. 312) se jedná o individuálně variabilní proces a tělesné změny jsou výsledkem společného působení genetických vlivů (tzv. genetických hodin) a vlivů vnějšího prostředí, které na organismus po celý život působily.

Regenerační funkce organismu se každoročně snižuje až o 1%. K dalšímu zřetelnému úbytku dochází po padesátém roce věku, především u svalových tkání. Zpomaluje se látková výměna, část mozkových buněk přestává fungovat, zhoršuje se smyslové vnímání, porozumění řeči (Říčan, 2004, s. 314). Ke zrychlení tělesné involuce a kvantitativnímu zintenzivnění změn dochází po šedesátém roce věku.

Pacovský (In Jarošová, 2006) rozlišuje tři typy funkčních změn: úbytek na úrovni tkáňové, orgánové a systémové, vyčerpání buněčných rezerv, které se projeví při reakci organismu na určitou zátěž a zpomalení většiny funkcí.

Kalvach (In Jarošová, 2006) za obecný rys stárnutí považuje atrofii, která postihuje všechny orgány a tkáně. Nejvíce ohrožen je mozek – centrální řídicí orgán, u kterého je specializovaná tkáň nahrazována tkání pojivovou.

Změny pohybového aparátu jsou způsobeny atrofií svalových vláken, úbytkem svalové síly a následkem toho dochází k obtížím při tzv. *cílených pohybech*. V kardiovaskulárním systému se mění stav a činnost cév, důsledkem je hypertenze, ve vyšším věku přibývá mozkových příhod. Klesá vitální kapacita plic, snižuje se rychlost dýchání i množství vdechovaného a vydechovaného vzduchu. Změny postihují zažívací systém, což může způsobovat dyspeptický syndrom nebo zácpu. Dochází ke změnám v regulaci tělesné teploty, starší lidé jsou zimomřiví, těžko se přizpůsobují výraznějším změnám teploty;

mění se činnost štítné žlázy; kostra se stává křehčí, osteoporóza a zlomeniny kostí se vyskytují častěji; mění se chrup (Křivohlavý, 2002).

Vnější doprovodným znakem stáří jsou šedivé vlasy, prohlubující se vrásky v obličeji, pigmentové skvrny na kůži, úbytek tělesné hmotnosti, nachylování páteře a postupné snižování výšky, tedy celková proměna vzhledu.

Psychické změny

Změny v oblasti smyslového vnímání

Z hlediska sociálně-komunikačního bývají involuční změny smyslového vnímání mimořádně problematické. Nejvýraznějším příznakem stárnutí jsou změny zrakové ostrosti, tzv. presbyopie (stařecká dalekozrakost), dále zhoršená adaptace na tmou, změny ve vnímání barev. V oblasti sluchu se jedná o snížení citlivosti k vyšším akustickým frekvencím, výskyt nedoslýchavosti (po 75. roce věku). Vnímání chuti je poměrně stálé, ale po 70. roce dochází ke snížení prahu percepce chuti pro slané a sladké podněty. Vnímání vůní není věkem nijak zvláště ovlivněno. Obsahová stránka řeči zůstává v dobrém stavu do vysokého stáří, ale snižuje se spontaneita, latence odpovědi se prodlužuje. Krátkodobá paměť se zhoršuje, dlouhodobá paměť je relativně dobrá i ve vysokém věku (Křivohlavý, 2002).

Změny v kognitivní oblasti

Změny v intelektové oblasti jsou značně variabilní, závisejí na dědičných faktorech na vzdělání a na profesionální kvalifikaci. Pokles tzv. fluidní inteligence, která je využívána při řešení úkolů vyžadujících jemnou senzomotorickou činnost, je vyvážena vzestupnou tzv. krystalickou inteligencí, kterou se rozumí schopnost řešit úkoly, k nimž je potřeba celoživotních znalostí a vědomostí. Krystalická inteligence vrcholí v době raného stáří, mezi 60. a 65. rokem života (Jarošová, 2006; Křivohlavý, 2002). Klesá celková schopnost psychické adaptability, adaptační potíže starých lidí v nových situacích souvisejí s negativními změnami v procesu učení. Pokles schopnosti učení začíná v rané dospělosti a je způsoben změnami v krátkodobé paměti, dlouhodobá paměť zůstává zachována, taktéž paměť mechanická, i když celková kapacita paměti se snižuje (Jarošová, 2006; Křivohlavý, 2002).

Vágnerová (2007, s. 330) uvádí, že pro staršího člověka je potřebná praktická inteligence pro zvládnutí nároků běžného života. Zachovaná praktická inteligence kompenzuje úbytek

obecných intelektových schopností a slouží jako zdroj sebedůvěry starších lidí a má stabilizační vliv. K jejímu zachování napomáhá každodenní užívání zafixovaných strategií.

Emoční změny

V průběhu stáří dochází k proměně emocionality, emocionální aktivita ztrácí na intenzitě a dochází k celkovému oploštění emotivity. Klesá četnost pozitivních emocí a narůstá množství emocí negativních. Většina autorů považuje za typický projev stáří emoční labilitu, která souvisí s funkčními změnami nervové soustavy, jejíž stárnutí vede ke snižování odolnosti vůči zátěžím a krizím. Starší lidé bývají často citově nestálí a své emoční projevy hůře zvládají (Pacovský, 1990; Haškovcová, 1990; Jarošová, 2006). Gruberová (In Jarošová, 2006, s. 27) tvrdí, že: „senioři jsou citově snadno zranitelnější, mají větší potřebu projevů náklonnosti a očekávají ohledy a porozumění okolí.“

Vágnerová (2007, s. 334) ve své publikaci uvádí, že v rámci obvyklých sociálních změn (např. odchodu do důchodu) dochází ke snižování požadavků a nároků kladených na seniora, tím odpadá stres (např. v zaměstnání) a rané stáří se může stát obdobím klidu a pohody. Na straně druhé nečinnost, zhoršení fyzické soběstačnosti a zdravotní problémy mohou navozovat nepříjemné emoce, pocit nejistoty a obavy z budoucnosti. K negativním emocím u seniorů přispívají v nemalé míře rizika osobně významných ztrát (např. ztráta partnera, ekonomické soběstačnosti). Výše zmíněné skutečnosti mohou u seniorů způsobovat deprese, úzkostnost a vést k depresi.

„U starších lidí dochází v oblasti emocionality ke dvěma protikladným změnám. Na straně jedné jde o celkové zklidnění a zpomalení, které se projevuje i v dalších oblastech psychiky, na druhé straně se zvyšuje dráždivost, citlivost na určité podněty nebo na jejich kumulaci, narůstá citová labilita a snižuje se odolnost k zátěži.“ (Vágnerová, 2007, s. 335)

Osobnost člověka v seniu je výsledkem předchozího vývoje, současné adaptace na změny a s nimi spojené obtíže ve vyšším věku. Struktura osobnosti se při fyziologickém stárnutí kvalitativně nemění, mohou se změnit osobnostní vlastnosti, jejichž proměna může mít charakter akcentace některých vlastností, jiné ztrácejí na své intenzitě. (Pacovský, 1990)

Pokud dojde ke změně struktury celé osobnosti a v důsledku toho i chování, jde většinou o změny plynulé a nepřiliš nápadné. (Vágnerová, 2007, s. 347)

Důležitým ukazatelem celkového emočního ladění staršího člověka je pocit pohody, je subjektivní a závisí na způsobu interpretace určité konkrétní situace. Lze jej vyjádřit

prostřednictvím tří složek: životní spokojenosti a převahy pozitivních či negativních emocí. (Vágnerová, 2007. s. 338)

1.3 Sociální aspekty ve stáří

Vágnerová (2007, s. 350) zastává názor, že: „v období stáří dochází k postupné diferencované proměně či redukci různých sociálních dovedností, kterou lze v krajním případě chápat i jako proces desocializace.“

K. Pichaud a I. Thaeuerová (1998, s. 27) hovoří o menších ztrátách a velkých životních zvratech, kterým musí senior čelit a charakterizuje je následovně:

- „odchod do důchodu,
- odchod dětí a narození vnoučat,
- biologické a fyziologické změny,
- smrt partnera, blízkých lidí, vrstevníků,
- změny bydlení, případně vstup do domova důchodců.“

Odchod do důchodu

Jednou z nejzásadnějších změn, významným předělem, od které odborníci vymezují hranici stáří, v životě staršího člověka je odchod do důchodu. Penzionováním končí profesní role a s tím souvisí ztráta společenské prestiže. Nová sociální role důchodce s sebou nese horší sociální status a omezení privilegií. (Jarošová, 2006)

Na důchodce pohlíží česká společnost jako na méněhodnotného a méněcenného a hlavní „výhoda“ toho, že člověk nemusí pracovat a pobírá důchod, je spojena s celkově nižším hodnocením starších lidí. (Vágnerová, 2007; Jarošová, 2006)

Odchodem do penze získává starší člověk ekonomický status „osoba v postproduktivním věku“, který bývá ztotožňován s označením „senior“ a administrativní hranicí je věková hranice nad 60 let. Určení hranice stáří aktem odchodu do penze podporuje tendence pohlížet na seniory jako na skupinu „závislých“ osob, jejíž všichni členové potřebují a očekávají společenskou a ekonomickou pomoc od mladších členů společnosti. (Kubalčíková, 2006)

Haškovcová (1990) označuje odchod do důchodu jako *nálepku* a nespravedlivé synonymum vyzrálého stáří v době, kdy lidé skutečně staří nejsou.

Vágnerová (2007, s. 359) zastává názor, že: „*postoj k důchodu i jeho sociální dopad je genderově podmíněn.*“ Řičan (2004, s. 347) tvrdí, že pro ženu perspektiva důchodu může být stejně nepřijatelná jako pro muže, tak pokročila emancipace. Dodává, že pro ženu to může být ještě horší, pokud profese je její hlavní životní náplní, neboť ženy dosahují důchodového věku dříve než muži. Dodává, že vcelku se současné ženy s odchodem do penze vyrovnávají lépe než muži. Na základě vlastních zkušeností Řičan (2004, s. 347) téma uzavírá slovy: „*Pro muže je představa důchodu někdy opravdu hroznější než představa smrti.*“

Starší lidé odchodem do důchodu symbolicky odchází ze společnosti do svého soukromí a jsou mnohem více izolováni od společenského dění. Jejich život probíhá především ve vlastní rodině a narůstá počet seniorů, kteří nepřekročí hranice teritoria svého obydlí a nejbližšího okolí. Domov je místo naplněné vzpomínkami, skýtá bezpečí a představuje soukromí.

Vágnerová (2007, s. 356) hovoří o důchodcích jako sociální minoritě, která může být chápána jako bezvýznamná, neproduktivní a méně užitečná. Je to skupina starších lidí, která je vyřazena z aktivní účasti na společenském dění, ve kterém je každému člověku přisouzena určitá role od nástupu do školy až po odchod do důchodu. Každý jedinec má jasně definovaný program, ve kterém se pohybuje větší část svého života, který odchodem do důchodu končí. Nastává období svobody a senior má právo žít podle svých přání, ale neumí si buď vytvořit náhradní program za ten stávající, nebo je limitován zdravotním stavem, omezenými finančními prostředky, omezenějšími schopnostmi.

Vágnerová dále uvádí (2007, s. 357), že pocit životní spokojenosti s vlastním životem se odchodem do penze může na jedné straně zlepšit nebo zhoršit, na straně druhé se nemusí změnit vůbec nebo minimálně. Větší část seniorů se na důchod těší a bere jej jako pozitivní změnu, neboť jim umožňuje věnovat se koníčkům a činnostem, na které dosud neměli čas. Obavy mají z nedostatečného ekonomického zajištění, které po odchodu ze zaměstnání může nastat a limitovat je v uskutečňování jejich kulturních či společenských aktivit.

„Stabilitu spokojenosti, která přetrvává i po odchodu do důchodu, lze chápat jako signál osobní vyrovnanosti usnadňující přijetí vlastního stárnutí a s ním spojených změn.“
(Vágnerová, 2007, s. 457)

Ztráta životního partnera

„V životě jsme stále sami, a čím dříve si to uvědomíme, tím lépe pro nás.“

Bernard Weber

Umírání a smrt je údělem člověka, má v jeho životě přirozené místo. Pravděpodobnou událostí, kterou s sebou stáří přináší, je smrt partnera, ale lidé na ni nebývají připraveni. (Vágnerová, 2007, s. 376) Ztráta životního partnera je stresující a traumatizující událostí, která je pro ovdovělého jedince nenahraditelná a ovlivní všechny složky jeho života.

„Manželské soužití ve stáří většinou pozitivně ovlivňuje pocit životní spokojenosti a významně modeluje ostatní sociální vazby. Manželé vstupují vůči sobě primárně jako potencionální pečovatelé, jimž dospělé děti poskytují obvykle doplňkovou pomoc a citovou podporu.“ (Jarošová, 2006, s. 41)

Pokud spolu partneři prožijí většinu svého života, smrt jednoho z nich přirovnává Pichaud K., Thareaunová I. (1998, s. 30) k „*amputaci*“, partner, jenž zůstává, pociťuje opravdové roztržení, rozbití. Úmrtí partnera s sebou přináší mnoho dalších ztrát, jako je bezpečí, radost, perspektiva společné budoucnosti, plánů, smyslu života.

Vágnerová tvrdí (2007), že typickou reakcí na smrt milované osoby je zármutek, který u každého jedince má různé podoby a trvá různě dlouho. Jako první analyzoval chování pozůstalých Lindemann (in Kubíčková, 2001), který svůj model pojmenoval jako specifický syndrom ztráty. Podle něj pozůstalí mohou vykazovat následující příznaky:

- tělesné napětí,
- pocity viny ve vztahu k zemřelému nebo k příčinám smrti,
- nepřátelské reakce vůči okolí,
- ztráta dosavadních modelů chování (zejména ve vztahu ke všedním aktivitám),
- představy o zemřelém,
- objevení se rysů zesnulého v chování pozůstalého.

Říčan (2004, s. 353) uvádí, že vyrovnat se s úmrtím partnera znamená přeorganizovat svůj život, upnout se k novým cílům a nepropadat pocitům méněcennosti.

Kubíčková (2001, s. 64) rozlišuje ženské a mužské truchlení. Ženy své emoce nepotlačují, dovedou je projevit a dokážou se svěřit svým příbuzným a přátelům, u kterých hledají

oporu. Přesto se ztrátou partnera se vyrovnávají hůře a déle, protože své role vztahují ke svým manželům. Muži svůj smutek většinou neumí ventilovat, prožívají jej vnitřně. Ani společensky není žádoucí, aby muž projevoval smutek navenek, tak muži své emoce potlačují a zůstávají se zármutkem sami.

Ženy se po smrti partnera izolují, stahují do soukromí svého domova a rezignují na sociální kontakty. Především ženy vytvářejí tzv. „*teplo domova*“, proto se pro ně stává útočištěm i po smrti partnera. (Vágnerová, 2007, s. 378) Pro muže domov po smrti partnerky ztrácí svůj původní význam, když v něm není jejich žena.

Staří lidé se musí vyrovnat také s tzv. generační osamělostí. Kromě partnera postupně umírají stejně staří přátelé.

Další sociální změny v životě seniorů

Dle Pichauda a Thareauové (1998, S. 28) další životní změnu představuje odchod dětí z domova. Partneři jsou přinuceni hledat nový smysl manželského soužití bez dětí. Tato změna může partnery sblížit a upevnit jejich vztah, nebo naopak vyprovokovat či zhoršit už existující konflikty. Ztráta rodičovské role bývá kompenzována novou rolí prarodičů.

Integrita vs. zoufalství

Podle teorie psychosociálního vývoje E. H. Eriksona (in Vágnerová, 2007, s. 299) je: „*hlavním vývojovým úkolem stáří dosáhnout integrity, což se projevuje přijetím svého života jako celku, který měl určitý smysl. Vyrovnání s vlastním životem usnadňuje i přijetí smrti jako jeho nevyhnutelného důsledku*“. Člověk na sklonku života by měl být schopen přijmout svůj vlastní život takový, jaký byl, vyrovnat se s minulostí bez velké lítosti nad tím, co se přihodilo nebo mohlo být jinak.

Vágnerová (2007, s. 334) dodává, že pro stáří jsou typické ztráty zdraví, partnera, zaměstnání, které jsou definitivní. Ztracené hodnoty nelze nijak nahradit, důležité je se s nimi smířit a vyrovnat.

Říčan (2004, s. 380) popisuje integritu ve čtyřech bodech:

- Pravdivost k sobě samému – pomáhá rekapitulovat prožitý život pomocí nabytých zkušeností, zralostí a bez iluzí,
- Smíření se vším, co bylo – starý člověk akceptuje svůj život takový, jaký byl, s pozitivy i negativy, i kdyby dostal druhou možnost, prožil by jej stejně,

- Domov – místo kam jsme patřili a budeme vždy patřit, domov máme všude tam, kde jsme zapustili kořeny, je to pocit sounáležitosti s milovanými lidmi,
- Životní filozofie – moudrost, ke které jsme dospěli celoživotními zkušenostmi, zamyšlením nad sebou samým a nad světem, ujasněním si priorit v životě a vyrovnáváním se s rozporů v různých oblastech života.

Říčan (2004, s. 303) uzavírá „*Určitě se nesplní už nic z toho, co se nesplnilo dosud. A s tím se člověk musí smířit mlčky, beze strachu a je-li to možné i bez zoufalství.*“

1.4 Specifické potřeby ve stáří

Potřeby se projevují jako objektivně či subjektivně pociťované nedostatky na úrovni fyzické a sociální existence jedince (Nakonečný, 1995).

Klasifikace a hierarchie lidských potřeb je různorodá. U různých autorů nalezneme rozličná vymezení, např. Freud veškerou aktivitu vysvětloval pudovou energií, Murray uvádí až 42 lidských potřeb, Beach je rozděluje do tří skupin, a to na fyziologické, společenské a egoistické potřeby. (Jarošová, 2006, s. 32)

Nejnámější a nejvíce uznávaná je hierarchie podle Abrahama Maslowa, představitele humanistické psychologie, který vytvořil hierarchickou teorii potřeb. Maslow definuje tyto základní potřeby:

- Fyziologické potřeby – vyjadřují potřeby organismu (jídlo, teplo, sex apod.),
- Potřeba bezpečí, (vzájemné) lásky, sounáležitosti a přijetí,
- Potřeba sociální – potřeba být milován a patřit do nějaké sociální skupiny,
- Potřeba uznání a sebeúcty,
- Potřeba seberealizace a sebenaplnění. (Kubalčíková, 2006)

Žiaková (in Jarošová, 2006, s. 33) vidí Maslowův přínos v odkazech na existenci tzv. vyšších potřeb, ke kterým řadí sebeaktualizaci a sebeuskutečnění, tedy touhu člověka po zdokonalování a osobním růstu.

Dle Kubalčíkové (2006) se „*ve společnosti stále ještě vyskytuje stereotypní vzorec percepce potřeb starých lidí. Často se domníváme, že stáří s sebou přináší nějaké „speciální potřeby“, které se u ostatních příslušníků populace nevyskytují, nebo naopak máme tendenci redukovat potřeby starých lidí na úroveň základního fyziologického*

a materiálního zajištění.“ Dále dodává, že až na malé výjimky je struktura potřeb u seniorů stejná jako u ostatních členů populace, potřeby jsou neoddělitelné a vzájemně propojené, což se projevuje tím, že skrze jeden typ mohou být uspokojovány potřeby další. V průběhu stárnutí, kdy dochází k poklesu funkčního potencionálu, se struktura potřeb nemění, ke změně dochází v zaměření potřeb, osobním významu a způsobu uspokojování.

Vágnerová (2007) mezi potřeby, u kterých nastávají nejvýraznější změny, řadí následující:

- Potřeba stimulace a otevřenost novým zkušenostem – dochází k poklesu stimulace, nové a intenzivní podněty staršího člověka unavují. Velké množství nových informací a změn ve starších lidech vyvolávají nejistotu a dezorientaci. Na druhou stranu potřebují přiměřený přísun podnětů k udržení informovanosti o okolním světě.
- Potřeba sociálního kontaktu – starší lidé potřebují dostatek sociálních podnětů i své soukromí. Senioři dávají přednost kontaktům se známými lidmi, s rodinou a vrstevníky, kteří posilují jejich pocit jistoty a příliš je nezatěžují.
- Potřeba citové jistoty a bezpečí – ve stáří nabývá na důležitosti a lze ji hodnotit jako jednu z nejvýznamnějších potřeb. Starší lidé se cítí mnohem více ohroženi osamocněním (ztráta partnera), úbytkem sil, úbytkem schopností, onemocněním. Nejedná se o přecitlivělost, ale o reálné riziko.
- Potřeba seberealizace – ve stáří klesá její význam, její potřeba bývá saturována symbolicky, ve formě vzpomínek. Senioři odchodem do důchodu mohou rezignovat, v roli důchodce se cítí bezvýznamní a méněcenní. Potřeba seberealizace souvisí ve stáří s udržením autonomie ve smyslu být svobodný, rozhodovat o sobě, o svém životě. Častěji bývá potřeba seberealizace ve stáří uspokojována nepřímo, a to prostřednictvím identifikace, např. s vnoučaty.
- Potřeba otevřené budoucnosti a naděje – v životním období, které je provázáno nemocemi, ztrátami blízkých a uvědomováním si nevyhnutelnosti konce vlastního života, bývá těžké uspokojit potřebu otevřené budoucnosti. Jednou z možností, jak toho dosáhnout, je duchovní transcendence (spiritualita) a představa věčného života.

Konkrétní příklady zobecnitelných změn potřeb ve stáří uvádí Pichaud a Thareauová (1998, in Kubalčíková 2007b):

- Dříve dostatečně saturované potřeby mohou být ve stáří pocíťovány jako deficitní (např. bezpečí), zatímco jiné mohou být v nadbytku (např. volný čas),
- Dochází k akcentaci jiného rozměru dané potřeby (např. seberealizace je více spojena s koníčky),

K posunu dochází i u vzájemných vazeb mezi jednotlivými potřebami:

- Propojení určitých typů potřeb zesiluje (např. bezpečí je více spojováno s fyzickou pohodou),
- Propojení určitého typu potřeb postupně oslabuje (např. ekonomické zajištění není spojeno se seberealizací v zaměstnání),
- Zajištění jedné z potřeb neguje jinou potřebu (přestěhování do domu s pečovatelskou službou zvýší pocit bezpečí, ale naruší sociální vazby).

Tošnerová (1998) poukazuje na to, že opomíjenými potřebami ve stáří je sexuální uspokojení (jako fyziologická potřeba) a potřeba intimního kontaktu (jako sociální potřeba).

2 MOŽNOSTI PÉČE O SENIORY

2.1 Ústavní péče

Vývoj ústavní péče

Ústavní péče o nemocné a sociálně handicapované se v jednotlivých etapách historie odvíjela od kulturní úrovně té které doby v úzkém sepětí s politickou a ekonomickou situací. (Mühlpachr, 2001; Mühlpachr, 2004)

V prvobytně pospolné společnosti nenajdeme žádnou z forem institucionální péče. Zdravotnická péče spočívala na magických ochranných symbolech, jako způsob léčby byl chápán exorcismus. (Mühlpachr, 2001; Mühlpachr, 2004)

V období prvních civilizací (Egypt, Čína, Mezopotámie, Indie) se stal první internační institucí chrám. Na osobnostní a zdravotní zvláštnosti bylo nahlíženo jako na nedílnou součást společnosti a postižení byli právoplatnými členy společnosti. (Mühlpachr, 2001; Mühlpachr, 2004)

V Řecku byly nejstaršími léčebnými ústavami asklépiea, která byla určena střední vrstvě společnosti. Historické prameny zaznamenaly vznik soukromých klinik – iatreií, která pečovala o nejbohatší členy společnosti. Pro ostatní příslušníky polis byla realizována péče v rodinách. (Mühlpachr, 2001; Mühlpachr, 2004)

V 10. a 12. století se vzrůstajícím vlivem a bohatstvím církve vznikají v kláštrech tzv. xenodochia, kam křesťanské obce za opatrovníky, tzv. diakony, volily některé své členy. V době feudalismu se z diakonů stali špitálníci a špitální sluhové. Funkci profesionálních ošetřovatelů vykonávali duchovní, řádoví bratři, jeptišky, kněží, lékaři a špitální sluhové. V období raného středověku se první sociální služby objevily po ustanovení křesťanství za státní náboženství. Církev byla prvním dlouhodobým poskytovatelem sociálních služeb. Při kláštrech vznikaly tzv. hospitály (špitály), které poskytovaly sociálně charitativní péči. V menší míře podporovali sociální služby šlechtici. Ve středověké Evropě o sociálně nepřizpůsobivé jedince pečovala rodina a širší komunita postiženého. (Mühlpachr, 2001; Mühlpachr, 2004)

Renesance přináší do péče o sociálně potřebné nový, sociální aspekt. Poprvé vznikají pravidla a předpisy pro zacházení s potřebnými. První právní předpisy na poli chudinské péče vydala anglická královna Alžběta I. na přelomu 16. a 17. století, kde byla obcím

uložena povinnost starat se o chudé, kteří nejsou schopni práce. Postupně k přechodu chudinské péče na města a obce začalo docházet i v Anglii, Německu a Francii.

Osvícenství s sebou přináší instituční vynález 17. století, internaci. Vznikají velké internační budovy, špitály, trestní instituce. (Mühlpachr, 2001; Mühlpachr, 2004)

Na počátku 19. století je charakter internačních zařízení polyfunkční, ale postupně dochází ke specializaci ústavních zařízení. Nové ústavy nejsou již zakládány církví, ale státem. K další změně dochází na konci 19. století a začátku století 20. Zařízení, která sloužila k vylučování lidí ze společnosti, se orientují na potřeby klientů.

Vývoj ústavní péče v Čechách a na Moravě

Zpočátku byla péče o nejpotřebnější založena na přirozené solidaritě v rodině. Nejsou dochovány indicie, které by dokazovaly existenci zařízení, kde by byla zajišťována péče v období starověku. Nemocní byli ošetřováni v domácím prostředí. Pohanští Slované vynikali péčí o staré, nemocné, bezmocné nebo opuštěné a poskytovali jim ochranu (P. L. Šafařík, in Mühlpachr, 2001). Tuláci a žebráci byli soustředěni do kostelů a chrámů, o úrovni péče se nedochovaly žádné záznamy. Žádné zprávy se nedochovaly ani z doby Velkomoravské říše. S počátkem vývoje zdravotnické péče na území Moravy se setkáváme poprvé v období raného feudalismu. Přibližně od 11. století nemocní, vdovy, sirotci a poutníci nacházeli útočiště v tzv. špitálech. Středověké špitály byly prvním zařízením pro dlouhodobý a trvalý pobyt starých lidí.

„Špitál (lat. Hospitale) v křesťanských zemích od 4. století dům pro pocestné při kláštorech a jiných církevních sídlech. Pod vlivem duchovních řádů pěstujících od dob křížových výprav charitu se pojem přenesl na církevní instituce určené pro ošetřování a výživu chudých, nemocných, starých a nemohoucích osob. S rozvojem měst ve 13. a 14. století většina špitálů přešla pod pravomoc měst, existovaly i špitály vrchnostenské. Náklady špitálu byly hrazeny obvykle z odkazů měšťanů příslušného města, které byly prodány za pravidelný roční úrok. Špitál proto také sloužil často jako místní úvěrová instituce.“ (Malá československá encyklopedie, 1987, s. 65)

V 11. století vznikl v Olomouci první hospitál na území Moravy, druh středověkého hotelu pro ty, kteří potřebovali pomoc (Elvert, 1958, in Mühlpachr, 2001). Městských špitálů přibývalo ve 14. a 15. století a byly stavěny za hradbami moravských měst. Vedle

městských špitálů vznikaly klášterní hospitály, které zřizovaly bohaté německé řády na území Moravy.

Husitská revoluce špitály rozbořila a mnichy vyhnala, čímž došlo ke zničení klášterní nemocniční soustavy. Sama nijak péči o chudé a nemocné neřešila. Ke slovu opět přišla církev.

Středověká péče o chudé byla v rukou církve až do vydání nařízení v r. 1784, podle kterého tato povinnost byla uložena vrchnosti. V tomto období vznikají farní a chudinské ústavy, tzv. chudobince, a to za účelem zaopatřování zestárlých a chudých příslušníků obce. Podle tzv. domovského práva (chudinský zákon z 3. 12. 1868) byla domovská obec povinna postarat se o chudé, handicapované a staré a poskytnout jim nutnou výživu a opatření v nemoci. Tímto zákonem byla chudinská správa s konečnou platností prohlášena za část obecní veřejné správy. (Jarošová, 2006)

Během první republiky začala vznikat nová zařízení pro staré lidi pod správou ministerstva sociálních věcí. Kromě státních institucí poskytovaly pomoc starým lidem i nadále různé charitativní organizace a církve. V roce 1929 R. Eiselt založil v Praze první specializované zařízení pro seniory na světě – Klinikum nemocí stáří, které mělo velký význam pro rozvoj specializované zdravotní péče o seniory (Staňková, 2003, in Jarošová, 2006).

K masivnímu rozvoji ústavní péče dochází po druhé světové válce, tzv. domy odpočinku pro seniory se po roce 1954 přetransformávají na domovy důchodců. V druhé polovině 20. století vznikají pečovatelské služby a budují se první domy s pečovatelskou službou. První léčebny dlouhodobě nemocných, určené převážně pro staré nemocné lidi, vznikají v 80. letech minulého století. (Jarošová, 2006)

V současné době podle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách rozlišujeme pobytová zařízení pro seniory typu:

- Domovy pro seniory,
- Domovy se zvláštním režimem.

V § 49 zákona 108/2006 Sb. je domov pro seniory vymezen jako zařízení, které je určeno pro seniory, kteří mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a neobejdou se bez pravidelné pomoci jiné fyzické osoby. Tato sociální služba zabezpečuje trvalé ubytování, pečovatelské a hygienické služby, včetně úklidu. Součástí je zdravotní péče, sociální poradenství a pomoc při vyřizování soukromých, úředních a rodinných záležitostí. Tato

služba se poskytuje za úhradu. Čekací lhůta do těchto zařízení se pohybuje v rozmezí jednoho až tří let.

Domov se zvláštním režimem dle zákona o sociálních službách poskytuje pobytové služby osobám trpícím sníženou soběstačností z důvodu svého věku a zdravotního stavu (chronická duševní onemocnění, osoby se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí nebo potřeba zvýšené lékařské péče) potřebují pravidelnou pomoc a péči jiné osoby. Režim zařízení je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. Není určen pro osoby, jejichž zdravotní stav vyžaduje poskytování zdravotní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení.

Zde se čekací lhůta pohybuje od čtyř do osmi let.

2.2 Domácí péče

Historie domácí péče

Přirozeným způsobem péče o člověka je domácí péče. První zmínky se datují od počátku 12. století, kdy služby potřebným byly poskytovány prostřednictvím řeholních řádů. K masivnějšímu rozmachu ošetrovatelství v domácnostech dochází na konci 13. století, kdy řeholnice – ženy vykonávaly opatrovnictví v domech nemocných. Dohled nad jejich prací vykonával místní farář. Od 15. století na území Prahy provozovaly návštěvní opatrovnictví Diakonky, které docházely za nemocnými, opatrovaly je, myly a praly jim prádlo. Církev tuto činnost zakázala v roce 1545, začaly vznikat lazarety a špitály a po několika dalších staletích byli nemocní ošetřováni v těchto institucích. Od druhé poloviny 18. století je věnována pozornost odborné přípravě opatrovníků (porodní báby, ranhojiči), kteří se mohli účastnit přednášek na lékařských fakultách. Od druhé poloviny 19. století jsou ženy – ošetrovatelky odborně školeny pro péči o raněné a nemocné. (Jarošová, 2006, s. 52)

Sociální ošetrovatelství vzniká v meziválečném období, kdy v r. 1919 vznikl Československý červený kříž, který ve spolupráci s městem Prahou a Ústřední sociální pojišťovnou začíná realizovat první pokusy v oblasti domácí péče, kdy středem zájmu byli děti, chudí nemocní a staří lidé. Prvními ošetrovatelkami v rodinách byly řádové sestry, které se vzdělávaly v civilních ošetrovatelských školách a byly diplomovanými sestrami. Rok 1920 je považován za oficiální počátek sociálního ošetrovatelství u nás. K významnému rozvoji této formy péče dochází ve 30. letech minulého století. Sestry v té době prováděly hlavně preventivní péči, tedy zajištění hygieny, stravování, oblečení,

staraly se o staré, invalidní a zanedbané občany. V roce 1921 vzniká Spolek absolventek školy ošetřovatelské, později byl přejmenován na Spolek diplomovaných sester a stal se šřítelem odborné ošetřovatelské a zdravotnické osvěty. Po druhé světové válce dochází k masivnímu rozvoji ošetřovatelských škol a vzniku nových oborů, jako *odborná výchova sester pro úsek ošetřovatelské a zdravotní služby v rodinách* (OZSR). Po roce 1950 organizuje ošetřovatelské a zdravotní služby v rodinách nově vzniklý Ústav národního zdraví. Postupně vzniká síť geriatrických ambulancí, která se rozpadá po roce 1989. (Jarošová, 2006)

Vývoj domácí péče po roce 1989

První pracoviště zajišťující domácí ošetřovatelskou péči, tzv. středisko ošetřovatelské péče při České katolické charitě, vzniklo v březnu 1990. V roce 1991 byla domácí péče právně legalizována a definována jako zvláštní forma zdravotní péče. MPSV vytvořilo základní kritéria pro poskytování sociální péče a pomoci nestátními subjekty. V průběhu roku 1992 výrazně přibývá agentur domácí péče v souvislosti s nově přijatým zákonem č. 160/1992 Sb. o podmínkách poskytování péče v nestátních zdravotnických zařízeních a dochází k nárůstu poskytovaných sociálních služeb klientům v rámci těchto agentur. Na jaře roku 1993 byla založena Asociace domácí péče České republiky (ADP ČR), která sdružuje poskytovatele domácí péče a ostatní participanty domácí péče. (Jarošová, 2006)

Jedním z důvodů vzniku a podpory rozvoje domácí péče u nás byl ekonomický aspekt. Uvádělo se, že domácí péče povede k úspoře finančních prostředků a celkově sníží počty hospitalizovaných pacientů. Ani jedna z prognóz se nenaplnila, a to z důvodu nekonceptnosti a nekoordinovanosti nárůstu počtu agentur.

Definice domácí péče

V zákoně č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách je domácí péče definována jako integrovaná, ošetřovatelská, diagnostická, léčebná a paliativní péče a jako léčebná rehabilitační péče, která je poskytována podle zvláštních předpisů. Může být poskytována formou akutní domácí péče, dlouhodobé domácí péče a domácí hospicové péče.

Domácí péče je integrovaná forma zdravotní péče a sociální pomoci poskytovaná pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí. O jejím obsahu, rozsahu i frekvenci rozhoduje ošetřující lékař klienta. Pokud se jedná o sociální péči nebo pomoc v rámci

domácí péče, rozhoduje o potřebnosti a rozsahu sociální pracovník na základě sociálního šetření a ve spolupráci s ošetřujícím lékařem klienta a agenturou domácí péče.

Zdravotní péče indikovaná ošetřujícím lékařem v rámci domácí péče je ve větší míře financována zdravotními pojišťovnami, na hrazení sociální péče se větší měrou spolupodílí klient.

2.3 Sociální služby pro seniory v městě Brně

Velmi početnou skupinou osob v Brně jsou senioři ve věku cca 50-70 let. Podíl osob nad 60 let v roce 2011 činil 24,2 % obyvatel Brna. Přestože se počet narozených dětí v současné době zvyšuje, je stále mladá generace ve srovnání se staršími skupinami obyvatel málo početná. Do budoucna lze tedy předpokládat prohloubení demografického stárnutí obyvatel města Brna. (Internetové stránky města Brna. Cit. 5. 3. 2013. Dostupné na www.brno.cz).

Senioři jsou skupinou, která je více ohrožena sociálním vyloučením z důvodu věku (zhoršený zdravotní stav, snížení mobility, pokles celkové fyzické výkonnosti, v některých případech úbytkem duševních schopností), omezených finančních zdrojů (jsou více ohroženi chudobou) a z důvodu dalších vlivů (např. horší informovanost, nižší míra využívání moderních technologií, nezájmem mladší generace atd.). U seniorů je také vyšší riziko sociální izolace, způsobené ztrátou partnera, ztrátou kontaktů s prostředím, problémem je i diskriminace kvůli vyššímu věku a nárůst kriminality páchané na seniorech. (Internetové stránky města Brna. Cit. 5. 3. 2013. Dostupné na www.brno.cz).

Demografické stárnutí obyvatel města Brna klade nároky na rozvoj sociálních služeb, zdravotnickou péči, bydlení, podporu rodin se seniory, bezbariérovost budov i městské dopravy, prevenci proti kriminalitě, vytváření bezpečného prostředí a aktivní začleňování seniorů. (Internetové stránky města Brna. Cit. 5. 3. 2013. Dostupné na www.brno.cz).

V Brně existuje pestrá síť zařízení sociálních služeb pro seniory, která zahrnuje pobytové, terénní a ambulantní služby včetně služeb sociálně aktivizačních. Zdravotní péče je velmi dobrá, problémem je nedostatečně rozvinutá specifická péče o seniory, především geriatrické a zdravotně-sociální služby. K aktivnímu začleňování seniorů do společnosti pomáhají např. kluby důchodců, kterých působí v Brně 31. V oblasti prevence kriminality a tvorby bezpečného prostředí jsou pro seniory realizovány Městskou policií preventivní programy.

Komplexní řešení situace stárnoucích seniorů v Brně, shrnuté do jednoho koncepčního dokumentu, ale neexistovalo. Proto byl vytvořen tzv. „Plán aktivního stárnutí“, jehož vizí je plnohodnotný, aktivní, bezpečný a zdravý způsob života seniorů ve městě Brně. (Internetové stránky města Brna. Cit. 5. 3. 2012. Dostupné na www.brno.cz).

Sociální služby pro seniory ve městě Brně

- Socio-info centrum – poskytuje seniorům osobní poradenství, poradnu po telefonu, internetové poradenství při řešení obtížné životní situace.
- Ambulantní a terénní služby pro seniory:

Pečovatelská služba, která je prováděna v domácnostech občanů nebo v zařízeních pečovatelské služby.

Středisko osobní hygieny.

Centrum denních služeb nebo denní stacionář (domovinka) – denní zařízení pro seniory a osoby se zdravotním postižením.

Odlehčovací služby (přechodné pobyty) – pečují o seniory maximálně po dobu 3 měsíců, a to v jejich přirozeném prostředí nebo ve středisku dané organizace po dobu, kdy rodina z nějakých důvodů nemůže na přechodnou dobu zajistit péči o svého člena.

Dům s pečovatelskou službou – jedná se o pronájem bytu seniorům nebo osobám se zdravotním postižením s možností využití pečovatelské služby. Podmínkou je zdravotní stav žadatele, který umožňuje bydlení v tomto domě. Žadatel nevlastní dům ani byt a je poživatelem starobního nebo invalidního důchodu.

- Pobytové služby pro seniory:

Domovy pro seniory – poskytují dlouhodobou péči s ubytováním pro občany vyššího věku, pečovatelské a hygienické služby včetně úklidu. Zprostředkovávají zdravotní péči, pomoc při vyřizování úředních, soukromých a rodinných záležitostí.

Domovy se zvláštním režimem – poskytují pobytové služby občanům se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění, závislosti na návykových látkách, onemocnění Alzheimerovou, stařeckou či jinou demencí. Režim domovů je přizpůsobený specifickým potřebám klientů a zahrnuje ubytování, stravu, pomoc při osobní hygieně a péči o vlastní osobu, atd.

Chráněné bydlení – klienti bydlí v samostatných bytech nebo pokojích, mají zajištěnou stravu a je jim poskytnuta pomoc při chodu domácnosti. (Internetové stránky města Brno. Cit. 5. 3. 2013. Dostupné na www.brno.cz).

Vývojový trend na období let 2010 – 2013

Hlavním cílem do budoucna je maximální podpora života seniorů v jejich přirozeném prostředí, posunutí hranice přechodu seniorů do pobytových zařízení, individualizace poskytovaných služeb a jejich humanizace.(Internetové stránky města Brna. Cit. 5. 3. 2013. Dostupné na www.brno.cz).

3 ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST

„Jediným rozumným cílem člověka v jeho životě je být šťastný.“

Aristoteles

Termín životní spokojenost není v dostatečné míře definován a mnoho autorů nerozlišuje koncept životní spokojenosti, kvality života, štěstí, subjektivního blaha nebo osobní pohody (Hamplová, 2006). V pozitivní psychologii se můžeme setkat s termínem „well-being“, doslovný překlad zní „když je člověku dobře“, pro který Křivohlavý (2004) použil v překladu označení „*životní pohoda*“.

Na počátku 20. století se v psychologii utváří nový směr – tzv. *pozitivní psychologie*, která se zabývá studiem pozitivních aspektů lidského života. Pro vznik pozitivní psychologie jako samostatného směru jsou významné práce představitelů humanistické psychologie jako A. H. Maslowa a jeho hierarchie potřeb, V. E. Frankla poukazující na lidskou „vůli ke smyslu“ a C. R. Rogerse a jeho koncept tzv. „plně fungující osoby“. Výše zmínění autoři svými díly předznamenalí důležitost zkoumání pozitivních aspektů osobnosti člověka.

Současní badatelé se věnují tématům z kognitivní oblasti (moudrost, touha po poznání, vnímaná osobní zdatnost, tvořivost), z oblasti speciálních způsobů zvládnání náročných životních situací (smysluplnost života, pokora) či z oblasti sociální psychologie jako odpouštění a smiřování, empatie a altruismus (Křivohlavý, 2004).

Křivohlavý (2004, s. 181) uvádí, že: „*Subjektivní životní pohoda (well-being) je definována jako kognitivní a emocionální vyhodnocení vlastního života*“. Pohoda zahrnuje subjektivní kritéria konkrétního člověka (tzn. co on sám považuje za osobní pohodu, kvalitní život a spokojenost), týká se kladných i negativních emocí, afektů, nálad, plánů, očekávání.

Křivohlavý (2004, s. 181) uvádí dvě dimenze well-being:

Dimenze psychické pohody

- **Sebepřijímání** – jedinec má kladný postoj k vlastnímu životu a existenci, hodnotí pozitivně to, čeho v životě doposud dosáhl.
- **Osobní růst** – je otevřen novým zkušenostem, cítí se výkonný.
- **Účel života** – má určité životní cíle, zaměření a směřování života.
- **Začlenění do života** – je kompetentní řídit svůj život ve složitém prostředí.
- **Samostatnost – autonomie** – je schopen sám řídit své jednání.

- **Sociální dimenze života (vztah k druhým lidem)** – má uspokojivé vztahy s lidmi, je schopen empatie.

Dimenze sociální pohody

- **Sociální přijetí** – akceptuje a respektuje druhé lidi, přijímá druhé.
- **Sociální aktualizace** - věří, že společnost má v sobě něco kladného, uskutečňuje něco dobrého.
- **Spoluúčast na společenském dění** – je přesvědčen o svém podílu na společenském dění, že jeho život má nějakou společenskou cenu.
- **Sociální soudržnost** – je přesvědčen o logice a řádu světa.
- **Sociální integrace** – cítí se článkem společnosti, cítí se společností podporován.

Hamplová (2006) uvádí dělení životní spokojenosti na dvě základní komponenty ve vztahu k prožívání životní spokojenosti jedincem:

- Kognitivní odráží rozumové hodnocení vlastního života,
- Afektivní zahrnuje emoční prožívání vlastní situace.

Podle Dienera a kol. (1999, In Blatný, 2010, s. 198) kognitivní komponenty představují životní spokojenost, spokojenost ve významných oblastech života a sebehodnocení. Za emoční komponenty jsou považovány dlouhodobé pozitivní a negativní emoční stavy a štěstí.

Další autoři jsou přesvědčeni, že životní spokojenost má pouze kognitivní charakter a afektivní prožívání spojuje spíše s pocitem štěstí (Hamplová, 2006).

Pro Haybrona (2003, In Hamplová, 2006, s. 36) štěstí představuje nadřazený pojem, který obsahuje stránku kognitivní i afektivní. Dále rozlišuje tři „verze“ štěstí. Za první štěstí chápe jako stav, kdy příjemné pocity převažují nad nepříjemnými. Za druhé pokud člověk zaujímá pozitivní postoj ke svému životu, můžeme hovořit o šťastném (spokojeném) člověku. Za třetí afektivní pojetí spojuje štěstí s pozitivními emocionálními stavy. Haybron uznává, že jím uvedené definice štěstí se prolínají. Averil a More (2000, In Hamplová, 2006, s. 36) do stavu štěstí zahrnuli stav radosti, povznesené nálady, spokojenosti, pokoje, klidu a duševní rovnováhy, ale ani tento výčet není vyčerpávající.

Hartl, Hartlová (010, s. 583) definují štěstí jako: „*pocit tělesného i duševního blaha bez tlaku neuspokojené potřeby; plnost bytí, charakterizované emocemi v rozsahu od spokojenosti až k intenzivní radosti*“.

Definice životní spokojenosti mají společné to, že vyzdvihují subjektivní zhodnocení vlastního života jedincem – člověk je spokojený tehdy, když se tak cítí, nebo pokud o sobě prohlašuje, že se tak cítí. (Hamplová, 2006)

Světová zdravotnická organizace vydává v roce 1948 definici, podle níž není zdraví chápáno jen jako nepřítomnost choroby či poruchy, ale též jako stav úplné tělesné, duševní a společenské pohody (well-being). (Blatný, 2010, s. 197)

3.1 Faktory ovlivňující životní spokojenost

Diener (Mohapl, 1992, s. 68-69) se domnívá, že níže uvedené faktory mají vliv na pocit osobní pohody:

1. Sebehodnocení – vysoká sebeúcta přináší spokojenost s životem.
2. Příjem – má význam do dosažení jisté platové úrovně, je projevem určitého společenského statusu nebo moci. Efekt příjmu závisí na sociálním srovnávání. Lidé jsou spokojeni s nižším příjmem, pokud vědí, že mnoho lidí má příjem ještě nižší.
3. Věk – s rostoucím věkem spokojenost klesá, i když v některých složkách subjektivního blaha může mít stoupající tendenci, s výjimkou zdraví.
4. Pohlaví – životní spokojenost významně neovlivňuje.
5. Zaměstnání a vzdělání – vzdělání není příliš významným faktorem. Devastující vliv na celkový pocit osobní pohody má nezaměstnanost.
6. Náboženství – všeobecně se udává pozitivní vztah k celkové životní spokojenosti.
7. Manželství a rodina – spokojenost v rodině a manželství je jedním ze zásadních predikátorů subjektivního blaha.
8. Sociální kontakty – na pocit osobní pohody mají vliv vřelé a důvěrou naplnění sociální vztahy.

9. Životní události – pozitivní události jsou doprovázené kladnými emocemi a negativní události zápornými, nicméně příjemné události mohou snižovat pocit životní spokojenosti, pokud chybí pocit dostatku kontroly.
10. Biologické vlivy – zdraví je jedním z nejdůležitějších faktorů celkové životní spokojenosti.

Podle Ryffové a Keysové (1995, In Kebza, 2005, s. 69) lze strukturu osobní pohody rozdělit na šest základních dimenzí:

1. Sebe přijetí – spokojenost se sebou samým, akceptace sama sebe, vč. dobrých i špatných vlastností, přijetí a smíření se s vlastní minulostí.
2. Pozitivní vztahy s druhými – uspokojující vztahy s druhými, schopnost empatie, zájem o blaho druhých, schopnost rozhodovat se a jednat na základě vlastního názoru, nikoli tlaku společnosti.
3. Autonomie – nezávislost a sebeurčení, nezávislost na hodnocení a očekávání druhých.
4. Zvládání životního prostředí – schopnost zvládání každodenních požadavků, zvládání vnějšího, okolního světa.
5. Smysl života – smysluplnost minulého i současného života, směřování k dosažení vytyčených cílů.
6. Osobní rozvoj – pocit nepřetržitého vývoje, otevřenost všemu novému, bez pocitu nudy a stagnace.

Hamplová (2004) mezi faktory ovlivňující subjektivní hodnocení vlastního života řadí:

- Typ osobnosti,
- Objekty, s nimiž se člověk srovnává,
- Životní podmínky.

Osobnost

Blatný (et al. 2010, s. 201) uvádí souvislost mezi dlouhodobou úrovní osobní pohody a stálými osobnostními charakteristikami, které jsou spolehlivějším prediktorem spokojenosti než objektivní životní události. Výzkumy opakovaně prokázaly, že extrovertní a emočně stabilní osoby jsou spokojenější se životem než introvertní a emočně

nevyrovnané osoby. Důvodem je odlišný způsob prožívání v závislosti na temperamentových vlastnostech, kdy základem extraverte je tendence prožívat pozitivní emoce, tzv. pozitivní efektivita. Pokladem introverte je tzv. negativní efektivita, tendence prožívat negativní emoce.

Cíle

Podle Blatného (2010, s. 204) je úroveň osobní pohody dána mírou souladu či nesouladu mezi cíli, aspiracemi a životními plány a skutečným stavem věcí. Obecně můžeme říci, že nenaplnění cílů vede k nespokojenosti, dosažení cílů vede k uspokojení. Na osobní pohodu má vliv samotný proces uskutečňování cílů než samotné dosažení cílů. Cíle reprezentují spíše možnosti nežli skutečnosti. Smysl a smysluplnost cílům dává cesta k cíli, ne dosažení cíle.

Světová zdravotní organizace (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 22) rozlišuje čtyři základní dimenze lidského života bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum nebo postižení:

Fyzické zdraví a úroveň samostatnosti – energie, únava, bolest, odpočinek, mobilita, každodenní život, závislost na lékařské pomoci, schopnost pracovat apod.

Psychické zdraví a duchovní stránka – sebepojetí, negativní a pozitivní pocity, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, koncentrace, víra, spiritualita, vyznání apod.

Sociální vztahy – osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita apod.

Prostředí – finanční zdroje, svoboda, bezpečí, domácí prostředí, dostupnost zdravotnické a sociální péče, příležitosti pro získávání nových vědomostí a dovedností, životní podmínky apod.

3.2 Zjišťování životní spokojenosti

Existuje řada různých způsobů, jak měřit subjektivní pohodu. Křivohlavý (2002, s. 78) zmiňuje jednoduchou dotazníkovou metodu **FSWLC** (Five-items Satisfaction With Life Scale – Pětipoložková škála spokojenosti se životem) z roku 1985 od autorů Dienera, Emmonsa, Larsena a Griffina. Fahrenberg a kol. (2001) mezi nejčastěji používané metody v zahraničí řadí:

- Life Satisfaction Index A (LSI-A) z roku 1961 od autorů Neugartena, Havighursta a Tobina,

- Life Satisfaction Questionnaire (LSQ-32) z roku 1996 od autorů Carlssona a Hamrina

Osobní pohoda je spojována s pojmem kvalita života. Lze říci, že well-being je hodnocením kvality života jako celku. (Šolcová, Kebza 2004, s. 21). „*Postupně byly vytvořeny různé, většinou dotazníkové postupy, využívající k vyjádření úrovně kvality života nejčastěji hodnotících škál, vycházejících např. z popisu úrovně sebeobslužnosti (např. Barthelův index), schopnosti zvládat běžné každodenní situace či z pohledu různě orientovaných sebehodnocení vlastního zdraví.*“ (Kebza, 2005, s. 58)

Obsah metod pro měření kvality života zohledňuje měnící se chápání pojmu kvalita života, ekonomické a sociální změny ve společnosti a také účel, pro který byl daný instrument vytvořen. (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 60)

Rozeznáváme:

Obecné nástroje měření QOL, jejímž prostřednictvím měříme schopnosti v jednotlivých oblastech a profily zdraví. Jsou koncipovány jako dotazníky a slouží ke zjišťování nejdůležitějších aspektů QOL jedince. Jsou vhodné pro použití u programů zdravotní péče, průzkumů obecného zdravotního stavu a při porovnávání jednotlivých nemocí. (Martínez-Martin, 1998, In Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 60)

Specifické nástroje měření QOL, jsou přesnější než obecné nástroje, zohledňují aspekty, které jsou považovány za klíčové pro danou oblast měření, např. jsou specifické pro danou nemoc, populaci, schopnost nebo podmínky. (Martínek-Martin, In Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 60)

V zahraničí se pro měření kvality života seniorů používají následující metody (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 121):

- Quality of Life Profile: Senior Version (QOLPSV, Profil kvality života seniorů),
- World Health Organization Quality of Life for Older Persons (WHOQOL-OLD)

U nás se otázkám měření kvality života podrobně věnují J. Křivohlavý a J. Mareš. Mezi tři základní skupiny metod měření kvality života patří objektivní metody (např. slovní hodnocení podle daných kritérií), subjektivní (rozhovor nebo sebesposuzovací dotazník) a smíšené. Většina je konstruována pro dospělé populaci, přehled nejzajímavějších podává J. Mareš (Slezáčková, 2012, s. 68).

Křivohlavý (2001, s. 165) rozdělil metody měření QOL do tří základních skupin:

1. Objektivní metody měření kvality života – kvalitu života hodnotí druhá osoba,
2. Subjektivní metody měření kvality života – kvalitu života hodnotí sama daná osoba,
3. Smíšené metody měření kvality života – vznikly kombinací metod typu 1. a 2.

Křivohlavý (2003, s. 243) popisuje způsob zjišťování kvality života metodou SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual quality of Life – Program hodnocení individuální kvality života). Řadí se mezi subjektivní metody měření kvality života. Jde o metodu do určité míry strukturovaného rozhovoru, jehož prostřednictvím výzkumník zjišťuje závažné aspekty života dotazovaného. Nezahrnuje všechny aspekty, obsahuje pouze nejdůležitější aspekty kvality života. Mezi nejčastější podněty patří: zdraví, rodina, práce, náboženství, finance, vzdělání atd.

Další subjektivní metodou je sebesposuzovací dotazník SQUALA, který vytvořil v roce 1992 M. Zannotti. Vychází z Maslowovy třístupňové teorie potřeb a zahrnuje v sobě takové oblasti života, jako jsou vnitřní hodnoty, např. prožitek svobody, pravdy nebo spravedlnosti, kde se uplatňuje maximální míra subjektivity názoru. (Šefflová, 2001, In Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 73)

3.3 Životní spokojenost seniorů

Senioři za nejvýznamnější životní hodnoty považují dobré zdraví, sociální kontakty a přiměřené finanční zdroje. O kvalitě jejich života vypovídá míra spokojenosti s možnostmi, kterými disponují a které považují za rozhodující (choroby, sociální statut, biologickou involuci) a těmi, které ovlivní a podléhají jejich volbě (výběr přátel, způsobení trávení volného času aj.). Důležité místo v hierarchii hodnot přisuzují sebeutváření, vzdělávání a sebevýchově (Internetové stránky MU Brno. Cit. 5. 3. 2013. Dostupné na www.ped.muni.cz/capv11).

Křivohlavý (2002, s. 150) zdůrazňuje důležitost zvyšování kvality života ve stáří, které následně usnadňuje přijetí stárnutí a smíření se s ním.

Prvním předpokladem úspěšně zvládnutého stárnutí je jeho akceptace. Starý člověk si uvědomuje svůj věk, dokáže se radovat z toho, co ještě má před sebou a přijmout fakt, že mnohé už není v jeho silách.

Podle Vágnerové (2007, s. 399) důležitým úkolem pozdního stáří, který souvisí s pocitem pohody, je udržení si přijatelného životního stylu. Podmínkou je dodržení následujících bodů:

- Udržení nezbytné autonomie a soběstačnosti,
- Udržení sociálních kontaktů a vytvoření nových vztahů,
- Udržení přijatelného osobního významu a sebeúcty.

Dvořáčková (2012, s. 27) za další neméně významný faktor považuje vytvoření si náhradního programu pro období stáří. Aktivita je prevencí nesoběstačnosti. Úspěšné stárnutí rovná se uspořádat si životní náplň tak, aby zahrnovala fyzickou i duševní činnost, prohlubování mezigeneračních vazeb, snahu o adaptaci na nové požadavky. Senioři se liší zdravotním i funkčním stavem, hodnotami, rodinnou situací, životními zkušenostmi, finančními možnostmi, bytovými podmínkami apod. Důležité je zohlednění jejich individuálních možností a přání při zkvalitňování služeb a hledání nových možností v péči o seniory.

Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) vytvořilo dokument „Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří)“, ve kterém rozpracovalo základní principy přístupu ke starším osobám a stárnutí populace. Za priority při zvyšování kvality života ve stáří v dokumentu považuje oblasti zaměřené na aktivní stárnutí, prostředí a komunity vstřícné ke stáří, zlepšení zdraví a zdravotní péči ve stáří, rodinné politiky a oblast zapojení seniorů do života společnosti. Účinnost tohoto dokumentu skončila ke dni 31. 12. 2012. Nový strategický dokument vlády, který navazuje na předchozí Program, byl tvořen komunitní formou, tj. do jeho tvorby se aktivně zapojili zástupci zainteresovaných organizací a subjektů. Nová verze dokumentu má název „Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017“ („Akční plán), a je to již třetí dokument v pořadí, zaměřující se na problematiku stárnutí v ČR. Pro období 2013 až 2017 Akční plán stanovuje následující priority:

- *„Zajištění a ochrana lidských práv starších osob,*
- *Celoživotní učení,*
- *Zaměstnávání starších pracovníků a seniorů ve vazbě na systém důchodového pojištění,*
- *Dobrovolnictví a mezigenerační spolupráce,*

- *Kvalitní prostředí pro život seniorů,*
- *Zdravé stárnutí,*
- *Péče o nejkřehčí seniory s omezenou soběstačností.*“ (Internetové stránky MPSV. Cit. 5. 3. 2013. Dostupné na <http://www.mpsv.cz/cs/14540>)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUM ŽIVOTNÍ SPOKOJENOSTI SENIORŮ

Pod pojmem životní spokojenost si člověk představí subjektivní hodnocení vlastního života, které je ovlivněno průběhem života, prožitými událostmi, vnějšími podmínkami života, zdravím a osobností jedince. Pocit osobní pohody naplňuje kvalitně a uspokojivě prožitý život, radostná a aktivitou naplněná přítomnost a optimistická víra v budoucnost.

Celková životní spokojenost je dána subjektivní a individuální spokojeností lidí ve významných oblastech života. Pro každého jedince je důležité a podstatné něco jiného. Může to být rodina, zdraví, sociální vztahy, sociální status nebo profesní pozice. Každý člověk má jiné uspořádání hodnotového žebříčku.

Mou osobu zajímá, jak životní spokojenost vnímají senioři. Které radosti a starosti jim stáří přináší, které hodnoty pro ně nabývají na významu a které naopak svou důležitost ztrácejí.

4.1 Cíle výzkumu a formulace výzkumných otázek

Cílem výzkumu bakalářské práce je zjistit a porovnat životní spokojenost seniorů žijících v domácím prostředí a seniorů žijících v rezidenčním zařízení a odhalit případné rozdíly. Dílčím cílem je nalézt službu, která seniorům, popřípadě rodinným příslušníkům, kteří o staršího člena v domácím prostředí pečují, v nabídce sociálních služeb chybí.

Vzhledem k tomu, že cílem nebylo hodnocení kvality života seniorů v konkrétním domově pro seniory, zvolila jsem klienty třech rezidenčních zařízení, a to domovů pro seniory, v různých částech Jihomoravského kraje.

Formulace výzkumných otázek

1. Jaké oblasti života přikládají senioři největší důležitost?
2. Jaké faktory přispívají k větší spokojenosti seniorů?
3. Jaké faktory negativně ovlivňují spokojenost seniorů?
4. Jaká je celková spokojenost seniorů se životem?

Doplňující otázka:

Jste spokojený/á se sociální péčí ze strany státu? Je podle Vás péče o seniory ze strany státu dostačující? Jaká služba Vám v nabídce sociální péče chybí a kterou byste přivítali?

Doplňující otázka je určena, jak seniorům, tak ošetřovatelům z řad rodinných příslušníků, kteří pečují o seniora v přirozeném prostředí.

4.2 Metodologie výzkumu

Pro realizaci svého výzkumu jsem si vybrala kvalitativní strategii. Pro hlubší pochopení zkoumaného jevu se mi zdála vhodnější než kvantitativní metoda. Cílem každého výzkumu v oblasti mezilidských vztahů je zaměřit se na zkoumaný jev, popsat jeho genezi, minulý a současný stav a najít odpovědi na výzkumné otázky. Kladení otázek má za cíl daný jev popsat a vysvětlit.

Kvalitativní výzkum je nenumerické šetření a interpretace sociální reality. (Disman, 1998) Umožňuje výzkumníkovi blíže se zaměřit na problémy, které úzce souvisí s vnitřním světem osobnosti a hledat hlubší pochopení a porozumění sociálního nebo lidského problému. Kvalitativní metoda nám dovoluje proniknout ke kořenům zkoumané problematiky, porozumět, jak lidé chápou konkrétní situace, pochopit jejich jednání a nasbírat velké množství dat a informací. (Hendl, 2005)

Nespornou výhodou kvalitativní metody je získání hloubkového popisu jedince, skupiny, události či fenoménu, který výzkumník zkoumá v jeho přirozeném prostředí. Nevýhodou obtížná zobecnitelnost získaných poznatků, z důvodu omezeného počtu jedinců ve zkoumaném vzorku, se kterými výzkumník pracuje většinou na jednom místě. (Hendl, 2005)

Pro zdokumentování osobních pocitů a prožitků seniorů, individuálních okolností, které mají vliv na jejich životní spokojenost, jsem použila metodu rozhovoru s předem připravenými otevřenými otázkami, které vycházely z cíle výzkumu. Jako podkladový materiál pro vytvoření otázek jsem použila dotazník SQUALA (Zannoti, 1992, In Dragomirecká, 2009). (viz příloha č. 2)

Srozumitelnost a účelnost pokládaných otázek jsem si ověřila aplikací rozhovoru v praxi se dvěma seniory ve věku 70 a 90 let, které jsem do samotného výzkumu nezařadila. K pořízení záznamu jsem použila diktafon. Audiozáznam rozhovoru jsem přepsala do počítačové podoby a analyzovala odpovědi, odhalila nedostatky, provedla následnou korekci otázek a vytvořila finální podobu rozhovoru. (viz příloha č. 1)

Kritéria výběru výzkumného vzorku

Při sestavování výzkumného souboru jsem si stanovila kritéria, která potenciální účastníci musí splňovat:

- 1) muži a ženy v seniorském věku,
- 2) nejnižší věková hranice 65 let,
- 3) nejvyšší věková hranice neomezena,
- 4) nepřítomnost závažných zdravotních problémů.

Metoda výběru výzkumného souboru

Výběr účastníků výzkumného souboru proběhl kombinací nepravděpodobnostní metody, a to metodou sněhové koule (nabalování), a metody náhodného výběru. Probíhal v druhé polovině roku 2012 a finální výzkumný soubor byl hotov v lednu 2013. Nejprve jsem kontaktovala své blízké příbuzné v odpovídajícím věku, kteří mi zprostředkovali setkání se svými přáteli a známými. Další setkání mi domluvili moji kamarádi a přátelé, kteří mě seznámili se svými rodiči a prarodiči.

Výsledný výzkumný soubor

Tabulka č. 1 Základní data o účastnících výzkumu

	Jméno respondenta	Věk	Vzdělání	Forma bydlení	Rodinný stav	Poznámky
1.	Paní Bohumila	83	středoškolské	Vlastní byt	vdova (20 let)	Zhoršený Zrak
2.	Paní Božena	72	základní	Vlastní byt	vdova (3 roky)	
3.	Paní Dalemíra	90	středoškolské	Vlastní dům S neteří	svobodná	nedoslýchá
4.	Paní Eva	86	středoškolské	Byt S dcerou a vnukem	vdova (20 let)	
5.	Paní Josefa	87	střední odborné	V bytu Se synem a snachou	vdova (30 let)	
6.	Paní Jožka	78	středoškolské	Vlastní domek	vdova (2 roky)	Omezená Mobilita

7.	Pan František	72	středoškolské	Vlastní byt bytu	vdovec (3 roky)	
8.	Pan Jaroslav	78	středoškolské	Vlastní dům S dcerou	vdovec (6 let)	
9.	Pan Jindřich	78	základní	Vlastní dům	vdovec (26 let)	
10.	Pan Josef	70	základní	vlastní dům S manželkou	ženatý	
11.	Pan Milan	82	středoškolské	Vlastní domek	vdovec (10 let)	zhoršená mobilita

Tabulka č. 2 Základní údaje o účastnících výzkumu

	Jméno respondenta	Věk	Vzdělání	Forma bydlení	Rodinný stav	Poznámky
1.	Paní Marie	90	základní	DS Plaveč	vdova (20 let)	
2.	Paní Slávka	91	základní	DS Plaveč	vdova (45 let)	
3.	Paní Maruška	69	středoškolské	DPS Velká nad Veličkou	vdova (24 let)	zhoršená mobilita
4.	Pan Miroslav	65	středoškolské	DPS Velká nad Veličkou	vdovec (15 let)	
5.	Paní Irena	75	středoškolské	DS Blansko	vdova (15 let)	
6.	Pan Oto	91	vysokoškolské	DS Blansko	vdovec (20 let)	zhoršující se zdravotní stav
7.	Paní I.	80	středoškolské	DS Blansko	vdova (2 roky)	
8.	Pan M.	85	vysokoškolské	DS Blansko	svobodný	

Rozhovor

Pro účely své studie jsem zvolila jako techniku sběru dat polostrukturovaný rozhovor. Připravila jsem si 19 základních otázek, které měly sloužit pro získání klíčových informací a směřovat k ústřednímu tématu. Otázka č. 20 byla doplňující a byla určena, jak pro seniory, tak rodinné příslušníky, kteří primárně o seniora pečovali.

Vedení rozhovoru

V úvodu rozhovoru jsem se představila a vysvětlila cíl svého výzkumu. Po krátké neformální konverzaci jsem respondentu obeznámila s podmínkami výzkumu a požádala jej o svolení k nahrávání rozhovoru na diktafon. Svůj souhlas stvrdil podpisem smluvního ujednání, které účastníkovi výzkumu zaručuje ochranu jeho osobní údajů. (viz příloha č. 3).

Následovala hlavní fáze rozhovoru, ve které jsem pokládala předem připravené otázky. Snažila jsem se mluvit pomalu, hlasitě a výrazně artikulovat. Rozhovor probíhal v pozvolném tempu s dostatečným časem na odpovědi a prožití případných emocí účastníka. V některých případech přešel rozhovor ve volné vyprávění a v těchto případech jsem se pouze snažila jej udržovat v předem určených mezích. Snažila jsem se o zachování přirozeného průběhu rozhovoru v přátelské a uvolněné atmosféře. Otázky, které byly respondentům nepříjemné nebo vyvolávaly nepříjemné emoce, jsem vynechala.

Ve finální fázi jsem rozhovor nasměrovala do neformální roviny a ukončila poděkováním a předáním malé pozornosti.

Dále jsem hovořila s rodinným příslušníkem, který se primárně podílí na péči seniora. Otázka se týkala sociální péče ze strany státu, zda je dostačující, pokud ne, v jaké oblasti je potřeba zlepšení a jakým způsobem.

Realizační fáze

Hlavní sběr dat probíhal v měsících lednu až únoru 2013. V té době jsem základní údaje o respondentech měla zpracované ve dvou základních tabulkách. V první tabulce byla základní data seniorů žijících v přirozeném prostředí. Druhá tabulka popisovala základní údaje o seniorech žijících v rezidenčním zařízení. Setkání s respondentem jsem si domlouvala prostřednictvím rodinných příslušníků, kteří se na přání především dlouhověkých seniorů (90 a více let), setkání účastnili.

4.3 Analýza a interpretace získaných dat

Za dobu výzkumu jsem o každém respondentovi získala velké množství dat. Ta jsem zpracovala následovně:

1. Analýza jednotlivých případů,
2. Analýza každé skupiny zvlášť,
3. Srovnání obou skupin.

Audiozáznam z rozhovorů se seniory jsem přepsala do počítačové podoby. Vyprávění, která se netýkala přímo výzkumu, jsem vynechala. Přepisem zvukového záznamu jsem informace poprvé redukovala.

Přepsaný text rozhovoru jsem pročetla a zaznamenala do tabulky, do které jsem na levou stranu uvedla otázky a na stranu pravou odpovědi respondenta. Z této netříděné tabulky jsem pro každého respondenta vytvořila tříděnou tabulku, do které jsem zaznamenala faktory, které přispívají k větší spokojenosti respondenta, faktory negativně ovlivňující spokojenost seniora, oblasti života, které přikládá největší důležitost a nakonec celkovou subjektivní spokojenost respondenta se svým životem.

Po analýze jednotlivých seniorů jsem si vytvořila tabulku pro každou skupinu. V této tabulce jsem zaznamenala zredukované informace, které zjednodušeně a přehledně informují o těch oblastech života, které nejvíce ovlivňují životní spokojenost seniorů.

V poslední fázi jsem vzájemně porovnála získaná data a vyvodila závěr, který je založen na opakujících se odpovědích participantů výzkumu a shrnující podstatné determinanty, které se významně podílí na jejich životní spokojenosti.

4.4 Charakteristika rezidenčních zařízení

Domov pro seniory Blansko

DS Blansko je určen pro mladší a starší seniory, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu seniorského věku a jejich situace vyžaduje pravidelnou podporu a pomoc jiné fyzické osoby. Poskytuje ubytování, stravování, pomoc při zvládnutí každodenních běžných úkonů péče o vlastní osobu, ošetrovatelskou péči, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, rehabilitační péči. Na činnosti domova se velkou měrou podílejí dobrovolníci, jejichž posláním je především pomoc s překonáním samoty seniorů. (Internetové stránky Domova pro seniory Blansko. Cit. 20. 3. 2013. Dostupné z www.seniorcentrumblansko.cz)

V DS Blansko bydlí čtyři respondenti výzkumu.

Domov pro seniory Plaveč

DS Plaveč poskytuje komplexní péči o seniory, která spočívá v zabezpečení ubytování, stravování, všestranné sociální péči. Služby jsou určeny pro seniory, kteří v důsledku trvalé změny zdravotního stavu potřebují komplexní péči, a pro starší občany se sníženou soběstačností z důvodu věku. (Internetové stránky Domova pro seniory Plaveč. Cit. 20. 3. 2013. Dostupné z www.domovproseniory.obecplavec.cz)

V DS bydlí tři senioři z mého výzkumného souboru.

Dům s pečovatelskou službou Velká nad Veličkou

Zřizovatelem DPS je město Veselí nad Moravou. Zařízení je určeno seniorům ve věku 65 až 80 let a starším se sníženou nebo úplnou ztrátou soběstačnosti v základních životních dovednostech, a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Klienti žijí po dvou v malometrážních standardně vybavených bytových jednotkách. Pečovatelská služba je zajišťována smluvně, v režimu nastaveném dle dohody seniora a poskytovatele. Spočívá v dodání a podávání jídla, pomoci při osobní hygieně, úklidu domácnosti, nákupů a podobně. V budově DPS se nachází vývařovna, pedikúra, manikúra, kadeřnictví, rehabilitační zařízení a další služby, které jsou přednostně určeny obyvatelům zařízení. (Internetové stránky Domu s pečovatelskou službou Velká nad Veličkou. Cit. 20. 3. 2013. Dostupné z www.veselinm.caritas.cz)

V DPS Velká nad Veličkou bydlí tři senioři, kteří se účastnili mého výzkumu.

4.5 Analýza jednotlivých respondentů

Senioři žijících v přirozeném prostředí

Paní Bohumila je přes dvacet let vdova, má 83 let, vychovala dva syny. Je babičkou a prababičkou. Vystudovala obchodní akademii a pracovala jako mzdová účetní. Bydlí sama ve dvoupokojovém bytě, je soběstačná a vitální. Domácí práce si vykonává sama bez pomoci, po městě se pohybuje MHD, pouze při vyřizování na úřadech si již není jistá a doprovází ji snacha. Celý život se aktivně věnovala moderní gymnastice, a to jako trenérka a mezinárodní rozhodčí. Tuto činnost přestala vykonávat před dvěma lety, kdy ukončila kariéru profesionální gymnastky její vnučka Pavla. Ohledně stáří podotkla: „*Stáří je bolestivé, smutné a osamocené. Prostě otravné.*“

Otázku ohledně péče ze strany státu jsem položila snaše paní Bohumily. Potvrdila, že žádnou prozatím nevyužívají. Pokud by se zrak paní Bohumily zhoršil, byli by nuceni využít některé z pečovatelských služeb, které město Brno nabízí. Prozatím se o nabídku služeb sociální péče rodina nezajímala, takže nemůže zhodnotit, zda je péče ze strany státu dostačující či nikoliv.

Tabulka 3a: Paní Bohumila

Faktory, které kladně ovlivňují	-dobré zdraví a fungující rodina
životní spokojenost	
Faktory, které negativně ovlivňují životní spokojenost	-zhoršující se zdraví a následná fyzická nesoběstačnost, samota
Nejdůležitější oblast života	-fungující rodina
Celková ŽS	-velmi dobrá

Paní Božena bydlí v malém okresním městě na Moravě. Byla vdaná přes 40 let, když manžel před třemi roky náhle zemřel. Vychovala dvě dcery. Celý život pracovala jako dělnice u pásu. Nemohla jít studovat ani se něčím vyučit, protože rodiče na to neměli peníze. Oslavila 73. narozeniny, je plná života a optimismu. Dlouho se nemohla vyrovnat se ztrátou manžela. Pomohly jí dcery a vnoučata. Jako mladá milovala jízdu na motorce. Když se jí narodily děti, tuto svoji vášeň opustila. Vrátila se k ní v důchodu, když jí dcery koupily k narozeninám malou motorku.

Paní Božena veškerou péči o svou osobu i byt zvládá sama bez cizí pomoci. Pokud by v budoucnu potřebovala péči, byt by prodala a najala si byt v pečovatelském domě. Svě děti by nerada v budoucnu zatěžovala péčí o svoji osobu.

Tabulka 3b: Paní Božena

Faktory, které kladně ovlivňují	-zdraví, rodina,
životní spokojenost	
Faktory, které negativně ovlivňují životní spokojenost	-samota, zdravotní potíže
Nejdůležitější oblast života	-rodina
Celková ŽS	-velmi dobrá

Paní Dalemíra oslavila letos své devadesáté narozeniny. Bydlí v rodinném domku v krajském městě s rodinou své neteře. Nikdy nebyla vdaná, protože si to její matka nepřála. Vlastní děti nemá. Vystudovala střední školu uměleckých řemesel a ve svém

životě se živila různými profesemi, hlavně v oblasti reklamy. Za války jí hrozilo pracovní nasazení v Německu, kterému na poslední chvíli unikla. Celý život obdivovala T. G. Masaryka. Jejím životním krédem je: „*život nejde jen po vyšlapané cestičce*“. Jejím hlavním koníčkem byla móda, ráda se pěkně oblékala a oblečení si sama navrhovala i šila včetně doplňků.

S neteří paní Dalemíry jsem se bavila po ukončení rozhovoru s její tetou. Žádnou péči ze strany státu ani města nevyužívají. Ani v budoucnu neuvažuje, že by tetu dala do ústavního zařízení. Péči o ni vnímá jako svoji povinnost, byla tak vychována. Bojí se, že v budoucnu by se zdravotní péče o seniory mohla celkově zhoršit. Léky i různé zdravotní pomůcky se neustále zdražují a velmi staří senioři by v budoucnu nemuseli mít na ně peníze, což by zhoršilo celkovou kvalitu jejich života.

Tabulka 3c: Paní Dalemíra

Faktory, které kladně ovlivňují	-zdraví, rodina,
životní spokojenost	
Faktory, které negativně ovlivňují životní spokojenost	-samota, špatný zdravotní stav
Nejdůležitější oblast života	-rodina
Celková ŽS	-uspokojivá

Paní Eva má 86 let, žije ve společném bytě se svojí dcerou a mentálně postiženým vnukem, o kterého se stará. Svůj věk vůbec nevnímá, jejím smyslem života je její vnuk David, kvůli kterému chce žít co nejdéle. Je její každodenní starostí, náplní, láskou. Byla jedináček a mrzelo ji, že nemá sourozence. Bohužel i ona má pouze jednu dceru. Když se její dceři narodil syn David, celé rodině to změnilo život. Její vnuk je mentálně retardovaný s těžce poškozeným centrem řeči, v jehož důsledku se nerozvíjel a je na úrovni tříletého dítěte. Aby dcera mohla pracovat, paní Eva převzala péči o vnuka. Nepřipouští si své starosti, nemoci, fyzická omezení. V poslední době ji zlobí srdíčko, ale má strach jít na vyšetření. Uvědomuje si, že stárne, ale nepřipouští si to. Nemá na to čas. Zhoršující se péči ze strany státu vnímá při každodenní péči o vnuka. V systému ubývají peníze pro ty nejpotřebnější. O sebe se nebojí, bojí se o budoucnost zdravotně hendikepovaných v tomto státě.

Tabulka 3d: Paní Eva

Faktory, které kladně ovlivňují	-zdraví, vnuk David
životní spokojenost	
Faktory, které negativně ovlivňují životní spokojenost	-zhoršující se zdravotní stav
Nejdůležitější oblast života	-rodina
Celková ŽS	-uspokojivá

Paní Josefa má 87 let, žije sama v rodinném domku v malé moravské vesnici. Její rodiče vlastnili mlýn, o který po roce 1948 přišli. Paní Josefa se vyučila na obchodním učilišti a živila se, jak se dalo. Maminka jí zemřela v 16 letech a s macechou si nerozuměla, proto se brzy vdala a odešla z domu. Vychovala celkem čtyři děti. Manžel, který byl o 18 let starší, zemřel před třiceti lety. Je ve všech směrech soběstačná a samostatná. Má rozvětvenou rodinu, se kterou se pravidelně stýká. Práce je jejím koníčkem, nemá čas odpočívat a ani se na to nechystá. Při práci nemá čas přemýšlet nad zbytečnostmi. Je soběstačná, žádnou péči zatím nepotřebuje, využívá pouze levnější jízdné a do místního JZD si chodí pro levnější obědy.

Tabulka 3e: Paní Josefa

Faktory, které kladně ovlivňují	-dobré zdraví, dobré vztahy s rodinou
životní spokojenost	
Faktory, které negativně ovlivňují životní spokojenost	-zhoršující se zdravotní stav
Nejdůležitější oblast života	-rodina
Celková ŽS	-velmi dobrá

Paní Jožka žije se svým prvorozeným synem a snachou ve třípokojovém bytě na brněnském sídlišti. Je jí 79. Sama byla jedináček a vyrůstala se svojí maminkou a babičkou bez otce. Vystudovala obor zubní laborantka, ale v ordinaci dlouho nepracovala. Potřebovali s manželem peníze a byt, tak šla pracovat do brněnské Zbrojovky. Celkem se svým mužem vychovala tři děti. Tři roky je vdova. Poslední rok má problémy s chůzí, po bytě se pohybuje bez problémů, ale venku používá berle. Za života manžela žili bohatým společenským životem, který jí nyní chybí. Děti mají svůj život. Péči v důsledku zhoršujícího zdravotního stavu přenechala snaše. I když spolu žijí pod jednou střechou, moc si nerozumějí. Paní Jožka nekriticky miluje své třetí dítě, syna Petra. Podle jejích slov

pouze on ji má rád a stará se o ni. Žádnou péči ze strany státu nevyužívá a ani v budoucnu s ní nepočítá. Spoléhá na syna Petra.

Po ukončení rozhovoru s paní Josefou jsem hovořila se snachou, o samotě, beze svědků. Nedokázala posoudit, zda stát pečuje dostatečně o staré lidi, protože tchýně je zatím soběstačná a schopná samostatného života. Pokud by se v budoucnu zhoršila její mobilita, uvažovali by o nějaké formě pečovatelské služby. Umístění do domova je pro ně až krajním řešením. Pochybuje, že by syn Petr, na kterého spoléhá, se o paní Josefu postaral. Nejeví o svoji matku větší zájem.

Tabulka 3f: Paní Jožka

Faktory, které kladně ovlivňují	-dobrý zdravotní stav, milující děti
životní spokojenost	
Faktory, které negativně ovlivňují životní spokojenost	-fyzické omezení, nezájem rodiny (dcera Eva)
Nejdůležitější oblast života	-rodina, syn Petr, vnučka Petra
Celková ŽS	-celkem spokojená

Pan František žije v panelákovém bytě v krajském městě. Má 72 roků a tři roky je vdovcem, s čímž se doposud nevyrovnal. S manželkou vychovali dvě děti, dceru a syna. S rozhovorem souhlasil, ale moc se na něj nesoustředil. Celkově působil roztržitě a roztěkaně. Celý život pracoval v kanceláři, práce jej netěšila, ale nějak peníze vydělávat musel. Těšil se do důchodu, pořídili si s manželkou malý domek na vesnici a postupně jej zvelebovali. Když dokončili rekonstrukci, žena zemřela na rakovinu. Domek prodal a vrátil se zpátky do města. Musel vyměnit i byt, ve kterém žili s manželkou. Nemohl v něm dál žít. Smrt manželky vnímá jakou velkou nespravedlnost. Pokud by v budoucnu byl nesoběstačný, chce raději zemřít. Do žádného zařízení nechce a ani si nepřeje, aby o něj pečovala cizí osoba.

Po rozhovoru s panem Františkem jsem hovořila s jeho dcerou, která mi rozhovor zprostředkovala. Nemusí prozatím o otce pečovat, je samostatný, jen občas potřebuje, aby na něj někdo dohlédl. Byl zvyklý, že o vše se stará jeho žena. Pokud by otec nebyl schopen se sám o sebe postarat, počítá s tím, že primárním ošetřovatelem bude ona, ale nemá představu, kterou službu ze strany státu by mohla využít. Až nastane čas, bude se o to teprve zajímat.

Tabulka 3g: Pan František

Faktory, které kladně ovlivňují	-zdraví, žijící partner
životní spokojenost	
Faktory, které negativně ovlivňují životní spokojenost	-ztráta manželky, osamocení
Nejdůležitější oblast života	-zdraví, rodina
Celková ŽS	-momentálně nespokojený

Pan Jaroslav žije v dvougeneračním domku na okraji krajského města s rodinou své dcery. V prosinci minulého roku oslavil 78. narozeniny. Byl ženatý skoro čtyřicet let, manželka před šesti lety zemřela na následky těžké dopravní nehody. Pan Jaroslav se vyučil automechanikem a již jako ženatý muž vystudoval večerní průmyslovku. Protože celý život má jako koníčka auta, dlouhé roky pracoval jako učitel autoškoly. Autům se věnuje každou volnou chvíli i v důchodu. Myslel si, že se nikdy nedočká vnoučat, ale i tento sen se mu splnit. Má tříletého vnuka. Jen lituje, že se toho manželka nedožila. Pan Jaroslav je zdravý, vitální, pracovitý muž, který se o sebe a své zdraví celý život staral. Pravidelně cvičil, každý týden chodil do sauny, dbal na preventivní lékařské prohlídky. Jeho přáním je zemřít ve spánku. Na otázku, zda využívá nějakou sociální službu poskytovanou státem, odpověděl: *„jakou službu, jaká péče, tento stát na staré lidi kašle, naši zákonodárci se starají jen sami o sebe.“*

Tabulka 3f: Pan Jaroslav

Faktory, které kladně ovlivňují	-neutuchající zdraví, koníčky, vnuk
životní spokojenost	
Faktory, které negativně ovlivňují životní spokojenost	-ztráta manželky
Nejdůležitější oblast života	-zdraví, partner
Celková ŽS	-nemůže si zatím stěžovat, je spokojený se svým životem

Pan Jindřich má 78 let. Žije sám v domku v okresním městě na východě Moravy. Neměl možnost získat žádné vyšší vzdělání a od 15 let pracoval těžce v lese, v kamenolomu, na pile, těsně před důchodem byl zaměstnaný ve Zbrojovce. S manželkou vychovali čtyři děti, ale žena mu v padesáti letech zemřela. Pan Jindřich mluvil, jak mu: *„zobák narostl“*. Žádným koníčkům se nikdy nevěnoval, pouze pracoval, neměl na ně čas. Nejlépe se cítí

doma, ve svém prostředí. V poslední době se mu špatně chodí a nemá o nic zájem. Ale nechce do žádného zařízení: „*chcu zůstat doma, nikam nechcu, ani na zámek*“.

Poslední rok mu s péčí pomáhají jeho dcery. Navaří, uklidí, vyperou, dohlédnou, aby se najedl. Dcera B. mi řekla, že dokud bude otec pohyblivý a psychicky v pohodě, nemá strach, že by se o otce nepostarali. Jsou čtyři a v péči se střídají. Jaké konkrétní služby jejich město poskytuje, ale neví. Například, že by na úřední vývěsce byl nějaký konkrétní odkaz na informace ohledně seniorů, si nevšimla. Člověk si musí všechny informace zjistit a najít sám. Na to paní B. momentálně nemá čas ani trpělivost: „*kdo nemá čas, jako já, tak to vzdá dopředu*“.

Tabulka 3g: Pan Jindřich

Faktory, které kladně ovlivňují	-sloužící nohy, hodné děti
životní spokojenost	
Faktory, které negativně ovlivňují životní spokojenost	-pocit samoty, děti mají málo času, starají se, ale pořád spěchají
Nejdůležitější oblast života	-zdraví, partner
Celková ŽS	-nestěžuje si, děti ho mají rády a starají se o něj

Pan Josef je ženatý, má 70 let a s manželkou mají celkem tři děti. Bydlí v domku po rodičích v rodné vesnici na jižní Moravě. Neměl možnost se ani vyučit, rodiče neměli peníze. Bylo jich doma 6 dětí a tatínek byl alkoholik. Zato maminka byla obdivuhodná žena. Od patnácti let pracoval v JZD, jezdil s koňmi, později s traktorem. Koně a psi jsou jeho velkou zálibou. Dokud byl zdravý, měl chovnou stanici na německé ovčáky, které cvičil pro pohraniční stráž. Dodnes chová poštovní holuby a zúčastňuje se soutěží: „*pořád ti moji kluci mají úspěchy*“. Pan Josef měl dvakrát mozkovou mrtvici, jak říká: „*utekl hrobníkovi z lopaty*“, vliv na jeho psychickou pohodu to nemá. Pohyb mu činí problémy, na velké procházky to není, ale po domě, zahradě i dvorku chodí s hůlkou, bez cizí pomoci. Je spokojený a šťastný. Těší se z každého dne, kdy otevře oči a zjistí, že žije. Má dílnu, ve které tráví celé dny, neustále něco kutí.

Po rozhovoru s panem Josefem jsem hovořila s jeho ženou paní Annou. Manžel je plně soběstačný, žádnou pomoc při sebeobsluze nepotřebuje. Nerad opouští dům, mimo něj si není jistý po stránce motorické. Na otázku, zda se stát dostatečně stará o své potřebné odpověděla, že konkrétně ona a její manžel mají pouze špatné zkušenosti. Zajímali se o pořízení nebo zapůjčení pomůcek, které by manželovi ulehčily život, ale narazili pouze

na neochotu, nezájem nebo dokonce neznalost. Neví, kde získat potřebné informace, zda existuje ucelený přehled, na co mají senioři nárok. Vše potřebné nakonec zjistily a vyřídily jejich děti. Při současném vývoji na politické scéně nevěří, že péče o seniory se bude zlepšovat, spíše naopak. Jak bude seniorů přibývat, tak bude ubývat peněz. Proto spoléhají na sebe a rodinu.

Tabulka 3h: Pan Josef

Faktory, které kladně ovlivňují životní spokojenost	-milující žena, hodné děti, dobré zdraví
Faktory, které negativně ovlivňují životní spokojenost	-nemoc, úraz
Nejdůležitější oblast života	-rodina, což je manželka a děti
Celková ŽS	-je šťastný, nic by neměnil

Pan Milan je energický, optimistický, vzdělaný muž ve věku 82 let. Bydlí sám v rodinném domě, žena mu zemřela před deseti lety. Vždy jej bavily technické věci, tak vystudoval brněnskou techniku a získal titul inženýra. Po revoluci se vrhl na vývoj a výrobu různých zdravotních a kompenzačních pomůcek a materiálů pro postižené a staré lidi. Jeden svůj prototyp každodenně využívá. Jedná se o vozítko na elektropohon s dojezdem 50 km. Využívá ho při cestě na nákup, poštu či k lékaři. Pracoval do svých 80 let, jezdil autem po celé republice i do zahraničí. V 80 letech podstoupil operaci kolena, ale ta nebyla úspěšná, tak ze zdravotních důvodů firmu předal své dceři. Jeho práce byla i jeho celoživotním koníčkem. Rodinu zajišťoval především finančně, jejich tři děti hlavně vychovávala manželka. Vnoučat a pravnoučat se užívá dosyta až nyní. Rád pobývá na zahradě, manuální práce již pro něj není. S péčí o domácnost mu vypomáhá nejstarší dcera.

Po rozhovoru s panem Milanem jsem vyzpovídala jeho dceru. Otec je samostatný, čínorodý, s firmou pomáhá i nyní, neustále se věnuje vývoji. Pomáhá s pravnoučaty, dokáže je pohlídat, věnovat se jim. Je inteligentní, sečtělý, miluje hudbu, dobré víno a jídlo. Nemá žádné vážné zdravotní problémy, až na to koleno. Testuje na sobě firmou vyráběné a vyvíjené pomůcky. Od státu nic neočekávají a žádnou péči nevyužívají. Ví, že na stránkách města je speciální portál pouze pro seniory, kde jsou veškeré informace o nabízených sociálních službách v městě Brně. Stránky jsou přehledné a srozumitelné, pokud ale člověk neví, kde je hledat, chvíli to trvá. Sama vidí, že v systému ubývají peníze. Stát má tendenci veškeré služby i pomůcky zpoplatnit. Kdo bude mít peníze, dosáhne na

ně. Senioři, kteří nebudou mít dostatečné finanční zdroje, budou odkázáni na pomoc rodiny. Budoucí vývoj nevidí růžově.

Tabulka 3i: Pan Milan

Faktory, které kladně ovlivňují životní spokojenost	-děti, vnoučata, pravnoučata
Faktory, které negativně ovlivňují životní spokojenost	-nemoc, nekvalitně provedená operace kolene
Nejdůležitější oblast života	-dobré zdraví, děti, rodina
Celková ŽS	-„jsem šťastný, jak jen můžu být“

Senioři žijící v rezidenčním zařízení

Paní Marie je milá devadesátiletá paní, s věčným úsměvem na tváři a dobrou náladou. S manželem, který zemřel před 20 lety, žili v dvougeneračním domě ve vesnici u Znojma. Po smrti muže dům přenechala své nejstarší dceři s příslibem, že ona dožije na výminku. Před pěti lety začalo docházet k neshodám a dcera nechala maminku umístit do DPS Plaveč. Paní Marie je na tom dobře psychicky a fyzicky. Celý život těžce pracovala v místním JZD, doma vychovávala tři děti, starala se o zahradu, zvířata, pole. Nedokáže jen tak sedět s rukama v klíně. Je ráda, když může pomáhat spolubydlícím i sestřičkám. Nemá žádné zdravotní problémy, jak říká: „*už to není, co to bývalo, ale dokud mi bude sloužit paměť, všechno bude dobré.*“ Dává si za vinu, že dceru špatně vychovala, ale nezanevřela na ni. Je obklopena lidmi, rodina ji také navštěvuje a není svým blízkým na obtíž. Jen té práce, kdyby bylo více.

Tabulka 4a: Paní Marie

Faktory, které kladně ovlivňují životní spokojenost	-dobrá paměť, dobří lidé
Faktory, které negativně ovlivňují životní spokojenost	-zdravotní problémy, neshody v rodině, samota
Nejdůležitější oblast života	-zdraví, nenudit se
Celková ŽS	-„vždycky může být lépe, ale i hůře“, spíše spokojená

Paní Slávka je další respondentkou, která bydlí v DPS Plaveč. Oslavila 91. narozenin a do domova pro seniory šla na doporučení lékařky po fraktuře krčku. Jediný syn by se rád o maminku postaral, ale bydlí v čtyřpodlažním domě bez výtahu. Paní Slávka velmi brzy

ovdověla, bylo jí teprve 45 let. Vychovala dva syny, ale starší syn tragicky zahynul. Celý život bydlela v rodném domě, ve vesnici u Znojma. Nikdy si nedovedla představit, že by šla někam jinam. Všechny sousedy dobře znala, všichni ji měli rádi a nikdy se necítila sama nebo opuštěná. Na víkendy jezdil syn s manželkou, pomáhali jí s domem a zahradou. Ví, že si ji nemohli vzít k sobě a ani se přestěhovat k ní. Oba ještě pracují. Zvykla si na nové prostředí i obyvatele domova. Personál je příjemný a ochotný, se spolubydlíci si rozumí. *„Život nebyl jen procházka růžovou zahradou“*, ale byl různorodý a ona přijala vše, co ji nachystal. Myslela si, že dožije doma, jako její maminka, kterou dochovala. Ale ona sama nemá dceru a se snachou si: *„úplně nepadly do noty“*. Syn ji pravidelně navštěvuje a pokaždé vezme s sebou některou sousedku či kamarádku.

Tabulka 4b: Paní Slávka

Faktory, které kladně ovlivňují životní spokojenost	- zdraví, nezávislost, rodina
Faktory, které negativně ovlivňují životní spokojenost	-zdravotní problémy, nepochopení si se snachou
Nejdůležitější oblast života	-zdraví, přátelé, rodina
Celková ŽS	-„ <i>doma bylo doma, ale když to jinak nejde</i> “, spíše spokojená

Paní Maruška je obdivuhodná žena. Má 69 let, vychovala tři děti, manžel ji zemřel, když nejmladší dceří bylo teprve dvanáct. V DPS Velká nad Veličkou bydlí přes 10 let. Přestěhovala se tam sama dobrovolně v důsledku zhoršení její vrozené nemoci plic. Léky, které pravidelně užívá, nemoc pouze stabilizují, ale neléčí. Její prostřední syn minulý rok onemocněl rakovinou pánevní kosti. *„Rakovina je naše prokletí, zemřel na ni manžel v pouhých 56 letech, všichni jeho sourozenci i jeho tatínek.“* Starší syn trpí stejnou nemocí jako ona. Paní Maruška má problémy s pohybovým aparátem, v důsledku toho nemůže cestovat na dlouhé vzdálenosti. Bez pomoci nenastoupí do autobusu ani vlaku. Dlouhé sezení jí nedělá dobře. Má dlouholetou kamarádku, která ji pravidelně navštěvuje. Vzpomínají na krásné staré časy, mládí, bezstarostnost. Paní Marušku nezlomila její vrozená nemoc ani smrt manžela, velmi ji trápí onemocnění jejího prostředního syna. *„Je to chlap, jako hora. V důsledku nemoci je upoutaný na invalidní vozík. Má tři děti, hypotéku a já mu nijak nemůžu pomoci.“*

Tabulka 4c: Paní Maruška

Faktory, které kladně ovlivňují životní spokojenost	-zdraví, zdravé děti
Faktory, které negativně ovlivňují životní spokojenost	-onemocnění syna
Nejdůležitější oblast života	-zdraví, rodina, přátelé
Celková ŽS	-je ovlivněna vážnou nemocí syna, uspokojivá

Pan Mirek má 65 let. Je nemladším účastníkem mého výzkumu. Vystudoval střední průmyslovou školu, ale celý život pracoval jako řidič z povolání. V DPS Velká nad Veličkou bydlí pouze rok. S manželkou vychovali dvě děti, syna a dceru, když bylo panu Mirkovi 50, žena mu zemřela na rakovinu. Po odchodu do důchodu žil s rodinou své dcery v rodinném domku na jižní Moravě. Harmonické soužití to nebylo, neboť nemá rád druhého manžela své dcery. Před třemi roky rodinu postihlo neštěstí, syn spáchal sebevraždu. Pan Mirek se po té rozhodl po bydlení v DPS. Má svůj klid, pohodlí, na nikoho nemusí brát ohledy. K jeho velkým vášním patří rybolov. Každou volnou chvíli sedí u vody a medituje: „*když k tomu chytím nějakou tu mřenku, nemá to chybu*“. Neumí být sám, tak vždy si našel nějakou přítelkyni, aby mu nebylo smutno. Miluje vnoučata a často za nimi jezdí, ale je šťastný, že s dcerou už nebydlí.

Tabulka 4d: Pan Mirek

Faktory, které kladně ovlivňují životní spokojenost	-zdraví, láska
Faktory, které negativně ovlivňují životní spokojenost	-úmrtí v rodině
Nejdůležitější oblast života	-zdraví, rodina, láska
Celková ŽS	-dobrá

Paní Irena má 75 let, ale vypadá nejméně o 10 let mladší. Je obyvatelkou DPS Blansko. Sama celý život pracovala v sociálních službách, byla vdaná, ale jak sama dodává: „*děti nám nebyly dopřány*“. Nemá sourozence, ale rodinu jí po smrti manžela nahrazují přátelé a známí, kterých má bezpočet. Není divu, je velmi milá, vstřícná, komunikativní, usměvavá. Do ústavního zařízení se rozhodla jít před pěti lety, kdy se objevily zdravotní komplikace po úrazu (blíže je nespecifikovala). U obyvatel domova i personálu je velmi

oblíbená. Je ochotna vždy pomoci činem i radou. Jejím koníčkem byli lidé a práce s nimi, mezi nimi: „*se cítím, jako ryba ve vodě*“. V domově je šťastná, protože není sama.

Tabulka 4e: Paní Irena

Faktory, které kladně ovlivňují životní spokojenost	-zdraví, láska
Faktory, které negativně ovlivňují životní spokojenost	-nemoc, smrt blízké osoby
Nejdůležitější oblast života	-zdraví, rodina
Celková ŽS	-velmi dobrá

Pan Oto je podle svých slov velmi starý a unavený muž. Je mu 91 let. V DPS Blansko bydlí se svojí přítelkyní. Několik let po smrti své ženy bydlel v původním bytě, ale s přibývajícím věkem se rozhodl pro ústavní zařízení. „*Chtěl jsem mít vyřešenou budoucnost, nebylo na co čekat*“. Pan Oto vystudoval vysokou školu a větší část profesního života zastával vedoucí funkce. Celoživotním koníčkem bylo umění ve všech svých podobách. S manželkou navštěvovali divadla, koncerty, výstavy, plesy. Prostě žili. Věnovali se svým dvěma dětem, v rámci možností cestovali i do zahraničí. Teď kulturně žije skrze televizi a rádio. O politiku se moc nezajímá, nelíbí se mu, jaký je v naší zemi nepořádek: „*ti naši poslanci to tady vedou od desíti k pěti*“.

Tabulka 4f: Pan Oto

Faktory, které kladně ovlivňují životní spokojenost	-zdraví, partner, děti
Faktory, které negativně ovlivňují životní spokojenost	-nemoc, úbytek fyzických a psychických sil
Nejdůležitější oblast života	-zdraví, rodina
Celková ŽS	-ke zhoršujícímu se zdravotnímu stavu dobrá

Paní I. je čerstvá osmdesátnice. Pro pobyt v domově se rozhodla, když její manžel vážně onemocněl a potřeboval celodenní péči. Rok se snažila za pomoci svých dvou dětí o manžela pečovat v domácím prostředí, ale nakonec sama onemocněla. Přestěhování do domova považuje za správné rozhodnutí. Paní I. vystudovala obchodní akademii a pracovala v jednom jediném podniku až do důchodu. S manželem prožila krásný, šťastný a dlouhý život. Na svůj věk byl manžel zdravý a nesmírně vitální. Ve svých 86 letech na doporučení lékařů podstoupil operaci, která nebyla úplně úspěšná, a za dva měsíce musel

být operován znovu. Bohužel po operaci zůstal nepohyblivý a dementní. „*A bylo po životě. Že bych manžela dala do LDN, to ani náhodou*“. Přestěhování do domova pro seniory bylo jediné možné řešení. „*Ulevilo se mně i dětem*“. Před třemi roky manžel paní I. zemřel. Děti ji pravidelně navštěvují. Nenudí se, plete, háčkuje, vyšívá. Našla si nové přátele, pokud chce, můžete se zúčastnit různých aktivit, které domov pořádá.

Tabulka 4g: Paní I.

Faktory, které kladně ovlivňují životní spokojenost	-dobré zdraví, děti
Faktory, které negativně ovlivňují životní spokojenost	-vlastní nemoc, smrt blízkého člověka
Nejdůležitější oblast života	-pevné zdraví, rodina, koníčky
Celková ŽS	-uspokojivá

Pan M. je vysokoškolský profesor na odpočinku. Letos oslavil své 85. narozeniny. Celý život žil se svojí maminkou, otce nepoznal, sourozence neměl. Žil svojí prací a nikdy se neoženil. Nechtěl svoji maminku opustit a bál se, že by si jeho dvě životní lásky nerozuměly. Stálou přítelkyni si našel až v důchodovém věku po smrti maminky. Když mu přítelkyně zemřela, rozhodl se pro pobyt v domově pro seniory. „*Děti ani žádné jiné příbuzné nemám. Kdybych umřel, nikdo by na to ani nepřišel*“. Své sny o cestování si splnil až v pozdním věku, s přítelkyní. Těžce nesl její odchod. Byla činorodá, aktivní, měla pořád nějaké nové nápady. Chodili na výstavy, do divadel, na procházky, zatančit si, nebo jen tak posedět na lavičku do parku. Teď se cítí osamělý a opuštěný. Mrzí jej, že neměl odvahu se oženit a opustit svoji matku. V domově mezi svými vrstevníky se necítí tak sám. Našel si zde nové známé a přátele.

Tabulka 4h: Pan O.

Faktory, které kladně ovlivňují životní spokojenost	-rodina, přátelé
Faktory, které negativně ovlivňují životní spokojenost	-samota, ubývání sil
Nejdůležitější oblast života	-dobré zdraví, velká rodina
Celková ŽS	-„ <i>škoda, že nemohu některé věci vrátit</i> “, málo uspokojuje

4.6 Analýza jednotlivých skupin

Tabulka č. 5 Respondenti žijící v domácím prostředí - srovnání

Respondent	Faktory, které kladně ovlivňují ŽS	Faktory, které záporně ovlivňují ŽS	Oblast života, které přikládá největší důležitost	Celková ŽS
Bohumila 83 let	dobré zdraví fungující rodina	špatné zdraví fyzická nesoběstačnost samota	zdraví	zcela spokojená
Božena 72 let	zdraví rodina	rodina zdravotní potíže	rodina	zcela spokojená
Dalemíra 90 let	zdraví rodina	rodina špatný zdravotní stav	rodina	velmi spokojená
Eva 86 let	zdraví vnuk David	zhoršující se zdravotní stav	rodina	velmi spokojená
Josefa 87 let	dobré zdraví dobré vztahy s rodinou	zhoršující se zdravotní stav	rodina	velmi spokojená
Jožka 78 let	dobrý zdravotní stav milující děti	fyzické omezení nezájem rodiny	rodina	spíše spokojená
František 72 let	zdraví žijící partner	ztráta manželky osamocenosť	zdraví rodina	nespokojený
Jaroslav 78 let	zdraví koníčky vnuk	ztráta manželky	zdraví rodina	spokojený
Jindřich 78 let	mobilita dětí	rodina nedostatek času dětí	zdraví partner	spokojený
Josef 70 let	rodina zdraví	nemoc úraz	rodina	je šťastný
Milan 82 let	děti vnoučata pravnoučata	nemoc nepovedená operace	dobré zdraví dětí rodina	je maximálně šťastný

Odpovědi na výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1

Jaké oblasti života přikládají senioři největší důležitost?

Životní spokojenost seniorů ovlivňuje celá řada faktorů. Senioři z první skupiny mého výzkumu největší důležitost přikládají oblasti zdraví a rodiny. Tyto dvě položky se

u respondentů vyskytují na prvním či druhém místě. Menší důležitost přikládají finančnímu zajištění, širším sociálním vazbám, způsobu bydlení nebo aktivitám.

Výzkumná otázka č. 2

Jaké faktory přispívají k větší spokojenosti seniorů?

Respondenti shodně uváděli zdraví a rodinu jako dva prioritní determinanty, které přispívají k jejich spokojenosti. Oblasti jako láska, přátelství, koníčky jsou dalšími významnými faktory, které jsou důležité pro spokojený život.

Výzkumná otázka č. 3

Jaké faktory negativně ovlivňují spokojenost seniorů?

Mezi hlavní faktory, které negativně ovlivňují životní spokojenost, patří strach ze ztráty zdraví a fyzické soběstačnosti. Následuje obava ze samoty, ztráty samostatnosti, být na někom závislý.

Výzkumná otázka č. 4

Jaká je celková spokojenost seniorů se životem?

Na základě získaných poznatků mohu konstatovat, že senioři žijící v domácím prostředí jsou nadprůměrně nebo velmi spokojeni se svým životem, jsou šťastní, popřípadě uvádějí spíše spokojeni. Souvisí to s kvalitou zdraví, ale starší lidé zhoršující se zdravotní stav a s tím související potíže berou jako přirozenou součást stáří. Nejdůležitější je pro ně zachování zdraví po stránce fyzické soběstačnosti a harmonické rodinné zázemí.

Doplňující otázka

Jste spokojený/á se sociální péčí ze strany státu? Je podle Vás péče o seniory ze strany státu dostačující? Jaká služba Vám v nabídce sociální péče chybí a kterou byste přivítali?

Senioři shodně uváděli, že prozatím žádnou speciální službu sociální péče nevyužívají a z toho důvodu nemohou objektivně zhodnotit, zda péče ze strany státu je dostačující či nikoliv. Neví, kde konkrétně informace o stávajících službách v regionu hledat a na koho se obrátit v případě potřeby. Budoucí vývoj nevidí růžově, peníze v systému ubývají a šetří se na těch nejpotřebnějších.

Rodinní příslušníci spoléhají na internet, kde předpokládají, že veškeré potřebné informace v případě potřeby naleznou. Jejich rodiče a příbuzní prozatím speciální péči nevyžadují,

tudíž se o nabídku sociálních služeb nebo péče nezajímali. U dotázaných převládal názor, že dochází ke zhoršování péče ze strany státu v důsledku celkového úbytku peněz v sociální oblasti.

Tabulka č. 6 Respondenti žijící v rezidenčním zařízení - srovnání

Respondent	Faktory, které kladně ovlivňují ŽS	Faktory, které záporně ovlivňují ŽS	Oblast života, které přikládá největší důležitost	Celková ŽS
Marie 90 let	dobrá paměť dobří lidé	zdravotní problémy neshody v rodině samota	zdraví nenudit se	spíše spokojená
Slávka 91 let	zdraví nezávislost rodina	zdravotní problémy neshody se snachou	zdraví přátelé rodina	spíše spokojená
Maruška 69 let	zdraví zdravé děti	onemocnění syna	zdraví rodina přátelé	spíše spokojená
Mírek 65 let	zdraví láska	smrt blízké osoby neshody v rodině	zdraví rodina láska	dobrá
Irena 78 let	zdraví láska	nemoc smrt blízké osoby	zdraví rodina	velmi dobrá
Oto 91 let	zdraví láska	nemoc smrt blízké osoby	zdraví rodina	dobrá
I. 80 let	dobré zdraví děti	vlastní nemoc smrt manžela	pevně zdraví rodina koníčky	uspokojivá
M. 85 let	přátelé	samota ubývání sil	dobré zdraví	málo uspokojivá

Odpovědi na výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1

Jaké oblasti života přikládají senioři největší důležitost?

Pro respondenty druhé skupiny mého výzkumu, kteří trvale žijí v rezidenčním zařízení, nejdůležitější oblastí pro spokojený život je především zdraví, ať již jejich vlastní nebo rodinných příslušníků. Na dalších místech zmiňovali koníčky (ve smyslu nenudit se), kontakty s přáteli a vrstevníky.

Výzkumná otázka č. 2

Jaké faktory přispívají k větší spokojenosti seniorů?

Nejdůležitějšími faktory, které pozitivně ovlivňují životní spokojenost účastníků výzkumu, jsou dobrý zdravotní stav, láska, hodné děti, přátelé.

Výzkumná otázka č. 3

Jaké faktory negativně ovlivňují spokojenost seniorů?

Primárním negativním faktorem, který má vliv na životní spokojenost seniorů, jsou zdravotní problémy a neshody v rodině, které se staly prvním impulsem pro bydlení v domově. V menší míře zmiňují smrt blízké osoby, pocit samoty nebo ubývání funkčního potenciálu ve fyzické rovině.

Výzkumná otázka č. 4

Jaká je celková spokojenost seniorů se životem?

Celková spokojenost seniorů se životem, žijících v rezidenčním zařízení, je průměrná nebo podprůměrná. Hlavními determinanty, které negativně ovlivňují celkovou spokojenost, je zhoršující se zdravotní stav a neuspokojivé rodinné vztahy.

Srovnání obou skupin

Dobré zdraví a harmonické rodinné soužití jsou nejdůležitějšími aspekty pro kvalitní a spokojený život, což potvrzují odpovědi respondentů v obou skupinách. Senioři zůstávající v přirozeném prostředí vnímají zhoršující se zdraví jako omezující faktor pro budoucí setrvání ve své domácnosti. Na straně druhé přicházející zdravotní potíže berou jako nedílnou a zákonitou součást stáří. Senioři žijící v ústavním zařízení vnímají úbytek fyzických a psychických sil také víceméně negativně. Obě skupiny menší důležitost přikládají finančnímu zajištění, aktivitám nebo širším sociálním kontaktům (přátelé, vrstevníci). Větší spokojenost se svým životem uvádějí senioři žijící v přirozeném prostředí oproti seniorům, kteří žijí v rezidenčním zařízení.

4.7 Diskuse

Jak jsem již předeslala na začátku praktické části, zajímalo mě subjektivní vnímání životní spokojenosti seniorů ve věku nad 65 let. Hledala jsem hodnoty, které na sklonku života nabývají na důležitosti a ty, které naopak svůj význam ztrácejí. Zvolila jsem si kvalitativní metodu sběru dat, jejíž výsledky jsou obtížně zobecnitelné na jedné straně, na straně druhé umožňují zkoumat problém do hloubky. Předpokládám, že přes veškerá opatření jsou výsledky zkresleny mým pohledem výzkumníka na danou problematiku i samotnými osobami respondentů. Odpovědi účastníků mohly být zkreslené (s vědomým či nevědomým úmyslem). Bolestivé a nepříjemné informace mohli respondenti zamlčet. Výsledky mohly být ovlivněny zpomalenou psychickou činností dotazovaných v důsledku věku, nedoslýchavostí a omezenou slovní zásobou. Získaná data jsem zpracovala v dobré víře, že odpovědi oslovených seniorů maximálně odpovídají realitě a jsou pravdivé.

Ve svém výzkumu jsem hledala odpověď na otázku jaká je životní spokojenost seniorů a které faktory jí pozitivně nebo negativně determinují. Většina zúčastněných respondentů se narodila před nebo v průběhu druhé světové války. Zažili útrapy a strádání válečných i poválečných let. Někteří přišli následně o majetek s nástupem komunistů, jiné režim perzekvoval. Zmiňují se o prožitých těžkostech, ale není v tom hořkost, berou to jako životní zkušenost. Vlivem prožitých událostí jim ke skutečnému štěstí a spokojenosti stačí málo. Zdraví úměrné jejich věku a harmonické rodinné zázemí. Umí se radovat z každého dne, budoucnost neplánují. Za podstatné a důležité považují být co nejdéle zdravý a soběstačný. Uvědomují si konečnost svého života a čas, který jim zbývá, chtějí prožít v klidu a důstojně. „*Mí seniori*“ jsou smíření a vyrovnání se svou minulostí a akceptují život takový, jaký je. Nepřipouští si negativní postoj společnosti vůči seniorům jako skupině. Narodili se a vyrostli v době, kdy rodiny měly více dětí. Pamatují si časy, ve kterých děti přicházely na svět doma, a lidé umírali ve své vlastní posteli. Vychovávali své děti tak, aby pro ně péče o starého člověka byla samozřejmostí. Ne vždy byli úspěšní, i to ukazují závěry mého výzkumu. Pro společnost by bylo přínosné, aby se tento model vrátil. Aby se smrt opět stala součástí každodenního života. Aby staří lidé dožívali a umírali doma a rodina i společnost to byla schopná nejen akceptovat, ale i za pomoci odpovídající služby umožnit a uskutečnit.

ZÁVĚR

Lidé se dožívají vyššího věku. Prodlužování délky lidského života je výsledkem vyšší životní úrovně a kvalitní lékařské péče dostupné všem. Prodlužování průměrného věku nezaručuje úměrné prodloužení věku schopného výkonu.

Proces stárnutí probíhá u každého člověka rozdílně. Závisí na genetické výbavě, životním stylu, prostředí, výživě a dalších oblastech, které individuálně ovlivňují proces stárnutí jedince.

Staří lidé nepotřebují žádné zvláštní zacházení ani ohledy. Stačí, když se k nim budeme chovat s respektem a úctou. Každý máme svého seniora. Chovejme se k němu tak, jak chceme, aby se jednou naše děti chovaly k nám. Bezohlednost, sobeckost a ageismus společnosti tvoří bezohlednost a nepřátelský postoj každého jedince této společnosti.

Dožívání se vyššího věku je komplexní proces, který v sobě sjednocuje proces stárnutí jedince a populace s vývojem a ekonomickým rozvojem společnosti. Úroveň a vyspělost každé společnosti je dána úrovní a péčí o ty nejpotřebnější. Představitelé státu a zákonodárci by se neměli podílet na šíření mýtů o seniorech a jejich negativní prezentaci v médiích. Měli by řešit otázky, zda zmenšující se procento pracujících bude schopno vytvořit dostatečné zdroje pro pokrytí potřeb stárnoucí populace. Zda vyšší počet seniorů nepovede ke zhroucení zdravotnického a sociálního systému. Jakým způsobem staré lidi udržet, co nejdéle nezávislé, soběstačné a aktivní. Jak rovnoměrně rozložit péči o staré lidi mezi rodinu a stát. Jedním z možných přístupů k řešení těchto otázek, může být zvýšení podílu starších osob na chodu společnosti.

Vznikají národní programy a celoevropské projekty, které se aktivně zabývají stárnutím populace. Snaží se o vytvoření jednotné politiky, jejímž hlavním cílem je právě aktivní zapojení starších osob a seniorů do společnosti a zvýšení jejich kvality života. Na tvorbě těchto programů se podílí kromě zainteresovaných stran i sami senioři. Důležité je, aby tato opatření, byla uvedena do praxe a nezůstala pouze v teoretické rovině. Senioři mají své místo ve společnosti. Využijme jejich celoživotní moudrost, zkušenost, vysokou profesní odbornost a další jejich přednosti ku prospěchu ekonomiky a celé společnosti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Zákon č. 108/2006Sb o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

ADLER, A., *Smysl života*. Havlíčkův Brod: Práh. 1995.146 s. ISBN 80-858009-34-6.

BLATNÝ, Marek. *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 301 s. ISBN 978-80-247-3434-7.

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

DIENSTBIER, Zdeněk. *Průvodce stárnutím, aneb, Jak ho oddálit*. Vyd. 1. Praha: Radix, 2009, 184 s. ISBN 978-80-86031-88-0.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000, 374 s. ISBN 80-246-0139-7.

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka PRAJSOVÁ. *WHOQOL-OLD: příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2009, 72 s. ISBN 978-80-87142-05-9.

DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 112. s. ISBN 978-80-247-4138-3.

HAMPLOVÁ, Dana. *Životní spokojenost: rodina, práce a další faktory*. 1. vyd. Praha: Sociologický ústav AV ČR, c2004, 43 s. ISBN 80-7330-063-x.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990, 407 s. ISBN 80-7038-158-2.

HARTL, Pavel. *Psychologický slovník*. 1. vyd. v ČR. Praha: Budka, 1993, 297 s.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. Vyd. 4., V Portálu 1. Praha: Portál, 2010, 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5.

HAYFLICK, Leonard. *Jak a proč stárneme*. Vyd. 1. Praha: Knižní klub, 1997, 426 s. ISBN 80-7176-536-8.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-7367-040-2.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2005, 263 s. ISBN 80-200-1307-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003, 279 s. ISBN 80-7178-774-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pozitivní psychologie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004, 195 s. ISBN 80-7178-835-x.

KUBALČÍKOVÁ, K. *Expertíza pro cílovou skupinu "senioři"*. Brno: Masarykova univerzita, 2006. 2-34 s.

KUBÍČKOVÁ, N. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Praha: Nakladatelství ISV, 2001. ISBN 80-85866-82-X.

Malá československá encyklopedie. 1. vyd. Praha: Academia, 1987, 927 s.

MOHAPL, Přemysl. *Úvod do psychologie nemoci a zdraví*. Olomouc, 1992.

MÜHLPACHR, P. *Vývoj ústavní péče*. 1. vyd. Brno: Masarykova Univerzita, 2001, 49 s. ISBN 80 – 210 – 2512 – 3.

MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004, 203 s. ISBN 80-210-3345-2.

NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. Vyd. 1. Praha: Academia, 1995, 336 s. ISBN 80-200-0525-0.

PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1990, 135 s. ISBN 80-201-0076-8.

PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1998, 156 s. ISBN 80-7178-184-3.

ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. Vyd. 2., přeprac., V Portálu 1. Praha: Portál, 2004, 390 s. ISBN 80-7178-829-5.

ŠVANCARA, Josef. *Psychická involuce a psychologické aspekty adaptace*. In Z. Kalvach et al. (Eds) *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. 14 s. Geriatric a gerontologie. ISBN 80-247-0548-6.

ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory. In: *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004, 120 s. ISBN 80-86625-20-6

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

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005, 143 s. ISBN 80-210-3754-7.

WOLF, Josef. *Jan Amos Komenský - osobnost dneška*. 1. vyd. Praha: Unitaria, 1992, 58 s. ISBN 80-900305-6-4.

Internetové zdroje

Internetové stránky sociální péče pro seniory Brno [cit. 2013-03-05]. Dostupné z: <http://www.brno.cz/sprava-mesta/magistrat-mesta-brna/usek-socialne-kulturni/odbor-socialni-pece/#c4460823>

Internetové stránky Domova pro seniory Blansko [cit. 2013-03-20]. Dostupné z: <http://seniorcentrumblansko.webnode.cz/>

Internetové stránky Domova pro seniory Plaveč [cit. 2013-03-20]. Dostupné z: <http://domovproseniory.obecplavec.cz/>

Internetové stránky Domu s pečovatelskou službou Velká nad Veličkou [cit. 2013-03-20]. Dostupné z: <http://www.veselinm.caritas.cz/>

KUBALČÍKOVÁ, Kateřina. 2007b. *Expertíza pro cílovou skupinu „Senioři“*. [online]. ©2013. [cit 2013-03-05]. Dostupné z: http://www.domovypotrebnych.cz/main/docs/vyzkumuziv/vyzkumu_s.doc

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky [online]. ©2013. [cit. 2013-05-03]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/14540>

SLEZÁČKOVÁ, A. (2010). Pozitivní psychologie – věda nejen o štěstí. *E-psychologie* [online], 4 (3), 55-69 [cit. 2013-03-05]. Dostupný z WWW:

<<http://e-psycholog.eu/pdf/slezackova.pdf>>. ISSN 1802-8853.

ŠEMBEROVÁ, J. Univerzita třetího věku jako součást celoživotního učení. In: *Sociální a kulturní souvislosti výchovy a vzdělávání: 11. výroční mezinárodní konference ČAPV: Sborník referátů* [online]. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, 2003 [cit. 2013-03-05].

Dostupné z: http://www.ped.muni.cz/capv/11/6sekce/6_CaPV_Semberova.pdf

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

apod.	a podobně
atd.	a tak dále
např.	například
DPS	Dům s pečovatelskou službou
DS	Domov pro seniory
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MU	Masarykova univerzita
QOL	Quality of Life
Sb.	Sbírký
SQUALA	Subjective Quality of Life Analysis
tn.	to znamená
tzv.	tak zvaný

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Základní data o účastnících výzkumu

Tabulka č. 2: Základní data o účastnících výzkumu

Tabulka č. 3a: Paní Bohumila

Tabulka č. 3b: Paní Božena

Tabulka č. 3c: Paní Dalemíra

Tabulka č. 3d: Paní Eva

Tabulka č. 3e: Paní Josefa

Tabulka č. 3f: Paní Jožka

Tabulka č. 3g: Pan František

Tabulka č. 3f: Pan Jaroslav

Tabulka č. 3g: Pan Jindřich

Tabulka č. 3h: Pan Josef

Tabulka č. 3i: Pan Milan

Tabulka č. 4a: Paní Marie

Tabulka č. 4b: Paní Slávka

Tabulka č. 4c: Paní Maruška

Tabulka č. 4d: Pan Mirek

Tabulka č. 4e: Paní Irena

Tabulka č. 4f: Pan Oto

Tabulka č. 4g: Paní I.

Tabulka č. 4h: Pan O.

Tabulka č. 5: Respondenti žijící v domácím prostředí – srovnání

Tabulka č. 6: Respondenti žijící v rezidenčním zařízení - srovnání

SEZNAM PŘÍLOH

P1 Otázky pro seniory

P2 Formulář životní spokojenosti SQUALA

P3 Souhlas se správou, uchováním a zpracováním citlivých a osobních údajů

PŘÍLOHA P I: OTÁZKY PRO SENIORY

Demografické údaje:

1. Pohlaví
2. Věk
3. Ukončené vzdělání
4. Hmotné zabezpečení
5. Rodinný stav
6. Máte děti

Otázky:

1. Jak jste spokojený/á se zdravím? Jak je pro Vás důležité být zdravý/á?
2. Jak jste spokojený/á se fyzickou soběstačností? Jak je pro Vás důležité být FS?
3. Jak jste spokojený/á s psychickou pohodou? Jak je pro Vás důležité cítit se PD?
4. Jak jste spokojený s prostředím bydlení? Jak je pro vás důležité příjemné prostředí bydlení?
5. Jak jste spokojený/á s rodinnými vztahy? Jak jsou pro Vás důležité dobré RV?
6. Jak jste spokojený/á se vztahy s ostatními? Jak jsou pro Vás důležité vztahy s přáteli, vrstevníky?
7. Jak jsou spokojený/á s dětmi? Jak jsou pro Vás důležité Vaše děti, jejich návštěvy, pomoc?
8. Jak jste spokojený/á s péčí o sebe sama? Jak je pro Vás důležité moci se postarat o sebe?
9. Jak jste spokojený/á s láskou? Jak je pro Vás důležité milovat a být milován?
10. Jak jste spokojený/á s odpočinkem? Jak je pro Vás důležité odpovídat?
11. Jak jste spokojený/á s koníčky? Jak je pro Vás důležité mít koníčky a možnost se jim věnovat?
12. Jak jste spokojený/á s pocitem bezpečnosti? Jak je pro Vás důležité cítit se bezpečně?
13. Jak jste spokojený/á s prací? Jak je pro Vás důležitá práce?
14. Jak jste spokojený/á s penězi? Jak je pro Vás důležité mít peníze?
15. Jak jste spokojený/á s prožitím svého života?
16. Jak jste spokojený/á s tím, co jste v životě dokázal/a?
17. Jak jste spokojený/á se svým životem nyní?
18. Jaká další oblast Vašeho život přispívá k Vaší spokojenosti?
19. Jak jste celkově spokojený/á se svým životem?
20. Jste spokojený/á se sociální péčí ze strany státu. Je podle Vás péče seniory ze strany státu dostačující? Pokud není dostačující, v jaké oblasti je potřeba zlepšení a jakým způsobem.

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK SQUALA

Dotazník kvality života (SQUALA)

Pořadové číslo ____

Id. Číslo ____

Vážený pane, vážená paní,

Cílem tohoto dotazníku je hodnocení kvality života.

V první části dotazníku Vás prosíme, abyste odpověděl/a, jaké hodnoty považujete v životě za důležité, jak si jich ceníte. Ve druhé části zjišťujeme, nakolik jste Vy osobně spokojen/a v různých oblastech životních hodnot.

Odpovědi jsou anonymní a důvěrné. Následné počítačové zpracování bude omezeno jen na vyhodnocení získaných údajů, v žádném případě nebudou získaná data použita k jakýmkoli komerčním účelům.

Děkujeme Vám za spolupráci na naší výzkumné práci.

HODNOCENÍ DŮLEŽITOSTI

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

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

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

HODNOCENÍ SPOKOJENOSTI

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

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

PŘÍLOHA P III:

Souhlas se správou, zpracováním a uchováním osobních a citlivých údajů

V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., v platném znění uděluji tímto statutárnímu městu Brnu svůj souhlas se správou, zpracováním a uchováním svých osobních a citlivých údajů uvedených v žádosti č. ze dne pro účely vedení evidence žadatelů o byt v elektronické nebo jiné podobě na dobu neurčitou.

Správa a zpracování osobních a citlivých údajů budou probíhat v rozsahu nezbytném pro naplnění účelu stanoveného v předchozí větě.

Beru na vědomí, že pokud svůj souhlas odvolám, budu z evidence žadatelů o byt vyřazen(a).

Zároveň prohlašuji, že osobní údaje uvedené v mé žádosti a přiložených dokumentech jsou pravdivé a přesné.

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa trvalého bydliště:

V Brně dne

.....
Podpis

Poučení dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů v platném znění:

Data uvedená v této žádosti jsou zpracována bytovým referátem Úřadu městské části Brno-Kohoutovice, Bašného 36, 623 00 Brno pro účely pronájmu obecního bytu ve výše uvedeném rozsahu. Osobní data jsou za tímto účelem uvedena v zápisech ze zasedání orgánů města Brna (včetně bytové komise) v jejich usneseních. Údaje jsou poskytovány dobrovolně za účelem pronájmu bytu a uzavření nájemní smlouvy. Jako subjekt údajů máte právo přístupu k osobním údajům a právo obracet se na Úřad pro ochranu osobních údajů v případě porušení zákona č. 101/2000 Sb.