

Západočeská univerzita v Plzni

FAKULTA PEDAGOGICKÁ
KATEDRA PSYCHOLOGIE

FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ SUBJEKTIVNÍ PROŽÍVÁNÍ KVALITY ŽIVOTA SENIORŮ
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Markéta Macháčková
Sociální práce
(2009 - 2012)

Vedoucí práce: *Doc. PhDr. Jana Miňhová, CSc.*

Plzeň, 13. dubna 2012

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

Plzeň , 13. duben 2012

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování

Velmi děkuji Doc. PhDr. Janě Miňhové, CSc. za odborné vedení mé bakalářské práce, za cenné rady při jejím zpracovávání a za poskytnutý čas. Mé poděkování patří i vedení Domova pro seniory Vratislavice nad Nisou a občanskému sdružení Totem za poskytnutí možnosti provádět zde šetření. Na závěr bych ráda poděkovala seniorům, za jejich ochotu účastnit se mého šetření.

OBSAH

Úvod	1
1 STÁŘÍ	2
1.1 GERONTOLOGIE A GERIATRIE JAKO VĚDNÍ DISCIPLÍNY	2
1.2 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	3
1.3 BIOLOGICKÉ STÁRNUTÍ	4
1.4 PSYCHICKÉ STÁRNUTÍ	9
1.5 SOCIÁLNÍ STÁRNUTÍ	18
2 PROŽÍVÁNÍ PROCESU STÁRNUTÍ	21
2.1 LÁSKA A SEXUÁLNÍ AKTIVITA VE STÁŘÍ	21
2.2 STÁŘÍ A VÍRA	24
2.3 STÁŘÍ A NEMOC	24
2.4 AKTIVITY SENIORŮ	26
2.5 NÁSILÍ NA SENIORECH	28
2.6 UMÍRÁNÍ A SMRT	30
3 PÉČE O SENIORY	33
3.1 SENIOŘI ŽIJÍCÍ V POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH ZAŘÍZENÍCH	34
4 PŘÍPRAVA NA STÁŘÍ A ÚSPĚŠNÉ STÁRNUTÍ	38
5 KVALITA ŽIVOTA	41
5.1 KVALITA ŽIVOTA Z HLEDISKA RŮZNÝCH VĚDECKÝCH DISCIPLÍN	42
5.2 OBECNÉ A SPECIFICKÉ NÁSTROJE MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA	43
6 ŠETŘENÍ	48
6.1 FORMULACE HYPOTÉZ A CÍLE PRŮZKUMU	48
6.2 METODY ŠETŘENÍ	48
6.3 POPIS ZKOUMANÉHO VZORKU	50
6.4 VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ A JEJICH INTERPRETACE	52
6.5 SHRNUÍ	86
ZÁVĚR	92
7 SEZNAM TABULEK	94
8 SEZNAM GRAFŮ	95
9 SEZNAM LITERATURY	96
10 RESUMÉ	98
11 PŘÍLOHY	I

ÚVOD

Názor na stáří a na to, kdo vlastně starým člověkem je, se může lišit věkem. V pubertě nám může připadat starý i čtyřicátník, kdežto právě po překročení čtyřicátého nebo padesátého roku života si najednou tak staří nepřipadáme, a to i přesto, že odchod do důchodu se blíží. Nelze popřít fakt, že se lidské tělo během života opotřebovává, ve stáří bývá křehčí a k mnoha věcem náchylnější, ale stáří nemusí být jen o tom, co nás bolí a jakými nemocemi trpíme, může být i plné hezkých chvil. Abychom však hezké stáří mohli poznat, musíme fakt, že jsme staří, někdy i nemocní nejprve přijmout. Je potřeba brát v potaz své možnosti a podle nich s volným časem nakládat. Naskýtá se prostor pro aktivity, na které dříve nebyl čas, je možné se vzdělávat i navazovat nové známosti. To, jak kvalitní bude naše stáří, záleží na mnoha faktorech, kromě přijmutí stáří je to zejména náš zdravotní stav, ale například také vztahy s našimi blízkými. V teoretické části mé práce jsem se pokusila popsat faktory, které prožívání stáří a jeho kvalitu ovlivňují. Protože jich může být velké množství, zaměřila jsem se na ty, o nichž soudím, že jsou těmi nejzásadnějšími v prožívání stáří a ty jsem se pokusila rozebrat.

V šetření byly nejprve vytyčeny hypotézy, poté metody šetření a následně charakterizován vzorek šetření. V samotném vyhodnocení jsem potom porovnávala vnímání kvality života u dvou skupin seniorů, konkrétně jak důležité jsou pro ně určité oblasti života a jak jsou s nimi spokojeni. První skupinu tvoří senioři z domova pro seniory a druhou staří lidé, klienti občanského sdružení Totem. Nakonec jsem své závěry shrnula a formovala doporučení.

1 STÁŘÍ

1.1 GERONTOLOGIE A GERIATRIE JAKO VĚDNÍ DISCIPLÍNY

Samotný pojem geront pochází z řeckého gerona, které znamená v překladu „starý muž“. V latině existuje slovo geron senex, od něhož se odvozuje lékařský pojem senilita a senilní. Tato slova jsou v laické veřejnosti spojována se stářím chorobným nebo zuboženým, jak se zmiňuje ve své knize i Pavel Říčan (2006) a raději je dále v publikaci nepoužívá.

Gerontologie je věda o stáří a stárnutí. Dle Webera (Weber, 2000 in Malíková, 2011) je to „nová gerontologie“, která má za cíl zabývat se nejen degenerativními onemocněními postihující staré lidi, ale hlavně základními fyziologickými mechanismy stárnutí, působícími na funkční zdatnost jedince. Usiluje také o delší dobu trvající aktivní život a o to, aby si mohl člověk udržet po celý život funkční kapacity. Mnoho studií propojuje poznatky z různých oborů, jako je například epidemiologie, fyziologie či sociologie a porovnává je s behaviorálními aspekty a hledá možnosti, jak udržet nebo zlepšit tělesné a mentální funkce.

Gerontologii, jejíž název vznikl ve 30. letech 20. století, můžeme dělit na experimentální, sociální a klinickou, nazývající se též jako geriatrie. Haškovcová (2010, s.202) říká, že: „*Gerontologie experimentální se zabývá mechanismy biologického procesu stárnutí buněk, tkání, orgánů a organismů a samozřejmě studuje také procesy biologického a psychologického stárnutí člověka.*“ Dozvědět se poznatky o mechanismech stárnutí je důležité pro postupy, které lze doporučit na oddálení nebo zeslabení procesu stárnutí.

U nás je průkopníkem tohoto oboru profesor Vladislav Růžička (1870-1934), který kromě jiného na pražské lékařské fakultě založil mezi lety 1911 a 1912 první biologický ústav na světě (Hlaváčková, 2009 in Haškovcová, 2010).

„*Geriatric je řádný lékařský obor, který se zabývá zvláštnostmi chorob ve stáří a specifickými aspekty a specifickými aspekty léčby starých lidí.*“ Za zvláštnost je považován

hlavně výskyt více chorob současně, často jejich netypický průběh, hojně se vyskytující komplikace a chronicita (Haškovcová, 2010, s. 202).

Za zakladatele geriatry je označován Leo Ignaz Nasher narozený roku 1863. V České republice je geriatry samostatným klinickým oborem od roku 1982 (Marešová, 2011). Za průkopníka klinické geriatry u nás je považován profesor Rudolf Eiselt (1881-1950), který nejprve na popud vedení lékařské fakulty založil Ústav pro nemoci stáří, později přestěhován a přejmenován na Klinikou nemocí stáří, zavřenou díky hitlerovské okupaci a později neobnovenou (Prusík, 1959 in Haškovcová, 2010).

Gerontologie sociální se zabývá sociálními dopady na lidské stáří. Zajímá se i o společenské a sociální faktory, které mají na proces stárnutí vliv. Dále také hledá a klasifikuje sociální potřeby starých nebo stárnoucích lidí. Podílí se na vytváření programů, týkajících se zdravého stárnutí a udržování praktické soběstačnosti gerontů (Haškovcová, 2010).

Nakonec lze zmínit gerontopsychologii a gerontopedagogiku. Gerontopsychologie je věda zabývající se změnami psychiky ve stáří. Gerontopedagogika pomáhá a podporuje seniory v uspokojování jejich potřeb (Malíková, 2011).

1.2 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Stárnutí je konečná fáze vývoje člověka a je třeba na něj nahlížet jako na součást kontinuální proměny. Právě proto, že se jedná o kontinuální proměnu, je nesnadné nalézt definici, kdy tedy končí střední věk a nastupuje stáří (Stuart-Hamilton, 1999). Podle Pacovského (Pacovský, 1990 in Malíková, 2011) je stárnutí cestou do stáří a člení ho na fyziologické a patologické. Fyziologické stárnutí je normální součástí života a zákonitá epocha ontogeneze. Za příklad patologického stárnutí uvádí předčasné stárnutí a stárnutí, kdy jedincův věk kalendářní je nižší než funkční.

V běžném životě považujeme za starého člověka toho, kdo dosáhl penzijního věku. Ve většině případů se jedná o člověka kolem 65 let věku a se zvyšujícím se věkem

odchodu do důchodu se zvyšuje i věkové pásmo, které označujeme jako období stáří. Jelikož se na počátku tohoto období člověk cítí, vypadá a má jiné schopnosti než po delší době, je potřeba odlišit tyto fáze života na:

„60-74 vyšší věk, rané stáří

75-89 let stařecký věk, vlastní stáří

90 let a výše dlouhověkost“

Kromě něj Haškovcová (2010, s.21) hovoří i o dalších děleních. Jedním z nich, které více zohledňuje neostrost mezi jednotlivými fázemi stáří, je 50+,60+, 70+ atd.

Chronologický věk však nelze pokládat za spolehlivý predikátor životního stavu jedince, jelikož proces stárnutí je individuální. Spíše se jedná stav průměrného člověka (Stuart-Hamilton, 1999).

V odborné literatuře se dnes vyskytuje i termín young old, old old a very old old. Osobami, které jsou označovány jako old old, jsou ženy a muži starší 75 resp. 80 let věku, very old old jsou lidé nad 85 let. Jednotlivé skupiny se liší oblastí, na jakou se upíná jejich pozornost. U první skupiny jsou to zejména možnosti seberealizace, různé aktivity, pro zbylé skupiny jsou to spíše nemoci či osamělost. Odborníci se shodují, že délka života každého jedince je určena především geneticky. Jedná se o jakýsi program života uložený v genech, který když je u konce, má za následek smrt člověka (Haškovcová 2010).

1.3 BIOLOGICKÉ STÁRNUTÍ

Známky stárnutí mohou být tělesné a duševní a jsou posuzovány měřítky biologického nebo psychologického věku. K určení biologického věku se pro zpřesnění užívá anatomického věku, vyjadřujícího stav kosterní soustavy a stavby těla. Dále se užívá karpální věk zjišťující stav karpálních kůstek a fyziologický věk, kde se zjišťuje stav fyziologických procesů v organismu, jako je například rychlost metabolismu. Existuje mnoho teorií, zabývajících se příčinami fyzického úpadku. Lze je rozdělit na teorie

opotřebování, kde se části těla postupně opotřebovávají a teorie buněčné, založené na tvrzení, že buňky jsou vystaveny toxinům včetně odpadních produktů metabolismu, následkem čehož tělo stárne (Stuart –Hamilton, 1999).

Během stárnutí začínají vlasy a pokožka začínají ztrácet elasticitu, dochází ke zhoršení činnosti mitochondrií, kde buňka získává energii (Aiken, 1989; Kart, 1981; Kermis, 1983). Vlasy jsou řídké, slabé a šedivé nebo se objevuje pleš s častými skvrnami na odhalené pokožce. Pokožka je vráscitá, tělo ochablé. Vzhled se mění k horšímu (Říčan, 2006).

Říčan (2006) také zmiňuje, že jakási „ošklivost“ stáří je zakotvena v biologicky účelných instinktech. Starý člověk by neměl být přitažlivý. Kdo je jím přitahován, má špatné předpoklady pro to, aby zplodil kvalitní potomstvo, a vymírá. Na mladých jedincích nás přitahuje právě odlišnost od starých jedinců. Pokud dá mladá žena přednost starci před mladým mužem, jde o úchylku s názvem gerontofilie. Výjimku ve vzhledu tvoří obličej. Někteří lidé ve stáří získají oduševnělý až vznešený výraz. To by mohlo být účelné už při vytváření našich instinktů. Když tělo chátrá, alespoň obličej bude budít sympatie, úctu nebo důvěru.

Různé orgánové soustavy přestávají viditelně fungovat jako dříve. Pokles funkcí většiny tělesných soustav ale nezačíná samotným stářím, děje se tak již zhruba od 30. roku života. Degenerace je však velmi pozvolná a každoročního úbytku o 0,8-1% si člověk až do stáří ani nepovšimne (Hayflick, 1977 in Stuart-Hamilton, 1999). Dochází k úbytku svalové hmoty a síla ve zbývajících svalech se zmenšuje. Bicepsy šedesátníka jsou o polovinu slabší než dvacátníka a o polovinu menší je i vitální kapacita plic. Již po několika dnech na lůžku dochází ke zvýšení křehkosti kostí, k atrofování svalů a ke slábnutí reflexů regulujících krevní tlak. Tato nehybnost má dopad i na psychiku, může pacientovi způsobit úzkost a rozesmutnit ho. Po 60. roce života také stoupá procento gerontů, kteří při svých každodenních činnostech berou v potaz srdeční choroby, vysoký krevní tlak, chronický zánět kloubů nebo onemocnění páteře či nohou (Říčan, 2006).

Sexuální aparát také prochází změnami. U muže dochází ke změně varlat, bývají slabší, penis se zmenšuje. Erekcce je také slabší a déle trvá, než se dostaví. Někdy je potřeba změnit techniku pohlavního styku, aby byl vůbec uskutečnitelný. Dřívější

intenzivnější sexuální aktivita má ve stáří za následek zachování potence po delší dobu. Intenzivnější sexuální aktivitou není myšlen nevázaný sexuální život. U žen se mění pochva. Dochází k jejímu zúžení, zkrácení a částečné ztrátě pružnosti. Sliznice může atrofovat, zvlhnutí je pomalejší, styk tak může být bolestivý, obzvlášť pokud trvá dlouho a žena předtím dlouho žádný styk neměla. Pokud je žena zdravá, neklesá schopnost orgasmu. Kvalita sexuálního styku může být zlepšena cvičením hlavně pánevního svalstva, které se provádí jeho stažením (Říčan, 2006).

Vylučování a s tím související odvod odpadních látek z organismu je zpomalený a toxické látky se hromadí v těle. Trávení je také pomalejší a živiny se hůře vstřebávají. Dalším příznakem stáří je menší síla srdce a snížení pružnosti periferních cév, což má za následek větší potřebu energie při rozvádění krve po těle (Aiken, 1989; Kart, 1981; Kermis, 1983).

Zhoršení výkonu dýchací a oběhové soustavy má negativní vliv na okysličování mozku. Ve stáří dochází ke zhoršování energetického zásobování mozku. V nervovém systému dochází k úbytku neuronů centrální nervové soustavy a poklesu výkonnosti těch zbývajících. Všechny tyto změny mají dopad na fungování mozku a na psychiku člověka (Stuart-Hamilton, 1999). Birren a kol. (1980 in Stuart- Hamilton, 1999) se domnívá, že pomalejší reakční doba i u zdravých starých lidí může být zapříčiněna snížením přísunu krve do mozku.

V důsledku zhoršeného vylučování může po užívání nějakého léku dojít k akutnímu stavu zmatenosti. Pokud jedinec nemá dostatečný přísun vitamínu B12, může to u něj vyvolat delirium (Stuart-Hamilton, 1999). Po 60. roce života se zvyšuje riziko obezity vlivem snížené látkové přeměny. Pokud se tedy senior snaží méně jíst, třeba i ze šetrnosti, měl by jíst zdravě a omezit málo hodnotné potraviny jako bílé pečivo nebo živočišné tuky. Člověk může jíst dostatečně i tloustnout a přitom být podvyživený, protože mu chybí zelenina, ovoce nebo kvalitní maso. Nedostatek těchto potravin může mít za následek pocity slabosti a sníženou duševní nebo tělesnou odolnost.

Proč tedy staří lidé i ti z nich, kteří si mohou velmi kvalitní stravu dovolit, neposlouchají, někdy ani neznají rady, které se objevují v mediích nebo v literatuře a stravují se nekvalitně? Říčan (2006) dodává, že kromě šetrnosti a nesprávných

stravovacích návyků z dřívější doby, může být příčinou i lhostejnost a nedostatek lásky ke svému tělu, ke své osobě. Jako další příčinu vidí vztah vlastní životosprávy a výsledný efekt. Můžeme vyznávat zdravý životní styl, a přesto zemřít ve středním věku na infarkt nebo hodně kouřit a nezdravě jíst a díky genům se dožít vysokého věku.

Nedílnou součástí biologického stárnutí jsou i změny smyslů. Smysly slouží mozku ke kontaktu s okolím a jakékoliv zhoršení má dopad na fungování mozku. Zhoršené vnímání ve stáří má za následek horší vnímání světa. Jak již bylo řečeno, pokles funkcí orgánových soustav, stejně tak jako samotných smyslů, se děje pozvolna a počátky spadají již do rané dospělosti. Stárnoucími smysly přichází informace z okolního světa do mozku v menším rozsahu, není tak přesná a také díky zpomalení nervové soustavy trvá delší čas. Stárnoucí mozek není schopen tuto smyslovou informaci využít tak jako dříve a je zde menší schopnost integrace několika zdrojů smyslových informací do jednoho celku, jako je tomu například u komplexních a jednoduchých sluchových podnětů. (Stuart-Hamilton, 1999).

Zatím není zcela jednotný názor na to, jak velké jsou změny v intenzitě vnímání základních chutí, tedy sladké, slané, hořké a kyselé (Stuart-Hamilton, 1999). Lze jen obecně říci, že rozlišování chutí bývá oslabeno (Haškovcová, 2010). Staří lidé vykazují horší výsledky při identifikaci kořeněných jídel (Murphy, 1985; Schiffman, 1977 in Stuart-Hamilton, 1999). Pokud je člověk zdravý, čich citelně neslábne, u nemocného a člověka ve vyšším věku je slábnutí znatelné (Corso, 1981; Kermis, 1983). Že čich zůstává poměrně stabilní, se lze dočíst i v knize Fenomén stáří (Haškovcová, 2010).

Staří lidé mají vyšší hmatový práh citlivosti. Je potřeba silnějšího dotyku, aby byl zaregistrován, a klesá citlivost vůči teplotě předmětů. Tyto změny nemusí být nijak velké a u jednotlivců se liší. U zraku dochází ke zhoršení akomodace, především na blízkou vzdálenost a vede k presbyopii, stařecké dalekozrakosti. Presbyopie je způsobena nejspíše ztrátou pružnosti čočky, díky které je možné zaostření (Stuart-Hamilton, 1999). Většina seniorů trpí ztrátou zrakové ostrosti (Stuart-Hamilton, 1999). Bromley (1988 in Stuart-Hamilton, 1999) uvádí, že mnohdy tento nedostatek nedokáží odstranit ani brýle.

Senioři jsou schopni také vnímat jen ostřejší světlo a zhoršuje se i adaptace oka na vidění za šera a schopnost znovu vidět po oslnění (Elias a kol., 1977; McFarland, Fisher,

1955; Pitts, 1982; Domey a kol., 1960 in Stuart-Hamilton, 1999). To může být problémem při řízení motorových vozidel. Vnímání barev je v nažloutlejších odstínech, kdy většinou po 80. roce života dochází k horší rozeznatelnosti zelené, modré a fialové, zatímco barvy jako je červená, žlutá, oranžová jsou vnímány celkem dobře (Stuart-Hamilton, 1999). S celkovým zpomalením organismu souvisí také delší dobu trvající poznávání předmětu v důsledku horšího zpracování zrakových podnětů. Zpomalení je jak na sítnici i v nervech vedoucích k mozku, tak i v mozku při zpracování vizuálních informací (Moscovitch, 1982; Walsh, 1982 in Stuart-Hamilton, 1999). Zužuje se zorné pole, což je nejvíce patrné po 75. roce života (Jaffe a kol., 1986 in Stuart-Hamilton, 1999). Kromě dílčích problémů se zrakem se ve zvýšené míře vyskytují oční choroby jako je šedý zákal, kdy čočka přestává propouštět světlo a zelený zákal, označovaný také jako glaukom, daný zvýšeným množstvím nitroočního moku v očníci a vytvářející tlak, který poškozují časem nervové i receptorové buňky. Posledním onemocněním je degenerace makuly, neboli žluté skvrny, která je místem nejostřejšího vidění (Corso, 1981).

Sluch slábne v průběhu života a je ovlivněn i prostředím, ve kterém se člověk pohybuje. Nelze však obecně stanovit, jaký je podíl zhoršení sluchu v důsledku stárnutí a jaký vlivem prostředí (Stuart-Hamilton, 1999). S přibývajícím věkem a v důsledku zvápnění nebo artrózy tvrdnou kosti středního ucha - kladívko, kovadlinka a třmínek. To má za následek zhoršení přenosu zvuku, především toho o vysokých frekvencích. Tento problém se může vyskytnout v kombinaci s úbytkem buněk postihující hlavně receptory zvuků o vysokých frekvencích (Corso, 1981; Crandall, 1980; Kermis, 1983; Marsh, 1980 in Stuart-Hamilton, 1999). Říčan (2006) zmiňuje, že citlivost pro vysoké tóny klesá rychleji hlavně po 70. roce života.

Nejrozšířenějším typem oslabení sluchu je v tomto období presbyakuze, tedy nedoslýchavost stárnoucích. Může se projevovat v několika podobách, všem je ale společné to, že dochází ke zhoršení vnímání zvuků o vysokých frekvencích. Někdy může docházet k posilování zvuku, kdy člověk slyší vysoké tóny hlasitěji než ve skutečnosti, často až bolestivě (Kermis, 1983).

Crandall (1980 in Stuart-Hamilton, 1999) doporučuje jako nejlepší formu komunikace s těmito lidmi šepot. Snižuje se tak výška hlasu a také efekt posilování hluku.

Dalším problémem, který lze zmínit, je samotná schopnost určovat výšku zvuku a určovat polohu, odkud vychází (Marsh, 1980 in Stuart-Hamilton, 1999). Mnoho lidí ve stáří trpí tinitem, který je ve společnosti nepřesně označován jako zvonění v uších. (Kart a kol., 1978 in Stuart-Hamilton, 1999). Problémy se sluchem dopadají i na sociální život jedince. Herbst (1982 in Stuart-Hamilton, 1999) říká, že společnost je proti neslyšícím zaujata již od pradávných dob. Pro antiku byl hluchý synonymem hloupého a v raném křesťanství byla hluchota dokonce prokletím, protože takový člověk se nemohl zúčastnit naslouchání svatého učení. I nyní jsou sluchově postižení vnímání hůře než například nevidomí. Takto postižení staří lidé mají obavu z komunikace, bojí se výsměchu nebo hněvu slyšících jedinců. Straní se společnosti, což může vést až k depresivním stavům a ještě větší uzavřenosti. Haškovcová (2010) ve své knize říká, že pokud starý člověk hůře slyší, co ostatní říkají, volí často taktiku, že sdělovanému rozumí, ačkoliv to tak není. Následkem toho jsou různá nedorozumění, špatně slyšící člověk může být vztahovačný a díky tomu i těžko snesitelný.

Na druhé straně však existuje mnoho důkazů, které tvrdí, že sociální izolace jen velmi málo souvisí s mírou postižení sluchu. To by ale neměl být důvod, aby se těmto lidem nedostalo pomoci. Jedním z hlavních problémů při včasném vyhledání pomoci je motivace. Díky vnímání stigmatu, které s sebou hluchota přináší, navštíví často senior lékaře až když už je pozdě a nic neslyší (Herbst, 1982 in Stuart-Hamilton, 1999).

Zhoršování sluchu a zraku má zajisté negativní vliv na jazykové schopnosti. Pokud staří lidé ještě žijí sami v domácnosti a mají závažné problémy se zdravím, které jim neumožňují časté vycházky a kontakty s okolím, četbu knih a časopisů, může docházet k sociální izolaci. Ta pravděpodobně způsobuje i zhoršení schopnosti komunikace (Stuart-Hamilton, 1999).

1.4 PSYCHICKÉ STÁRNUTÍ

V historii se psychikou společnost zabývala málo, většina lidí tvrdě pracovala, aby zajistila rodinu a mnoho z těch, kteří se tímto tématem mohli zabývat, předpokládalo, že pokud se omladí tělo, omladí se i duše. Fyzických změn si všiml každý a lidé se jim tedy snažili nějakým způsobem zabránit nebo je zpomalit. Existovali výjimky, většinou v podobě filozofů, kteří však často přisuzovali stejné vlastnosti všem seniorům (Haškovcová, 2010).

Dnes není jednoduché stanovit psychický profil seniorů, jelikož mnoho vlastností, které tomuto věku připisujeme, jsou v podstatě individuální zvláštnosti každého seniora (Kalvach, Zadák, Jiráček a kol., 2004). Mnoho odborníků mluví o životní dráze, což je výraz pro individuální osud každého člověka, potřebě poznat ji a teprve poté odvodit celkový portrét seniorů podle prvků, které jsou pravidelně zastoupeny nebo mají vysokou četnost. Poznání životní historie seniora se opírá o biologický proces a o zkušenosti, které v životě nasbíral a jejich začlenění do společenských souvislostí. Ukazuje se, že každá etapa v životě je vždy ovlivněna tou předchozí. Psychologické aspekty stáří jsou předmětem zájmu odborníků až od 20. století. Ačkoliv se tělesné změny a psychika navzájem ovlivňují, někteří odborníci hovoří o relativní autonomii psychických funkcí. Stárnutí po psychické stránce je metodicky obtížně přístupné. Stárnutí organismu je proces postupný, ale kdy přichází ten čas, že zestárne duše? (Haškovcová, 2010).

Ponechme stranou otázku kdy a raději se zabývejme tím, proč je duševní činnost ve stáří zpomalena. Děje se tak z důvodu pomalejší aktivity mozkových buněk. Existuje však i jiné zdůvodnění. Starý člověk je k činnosti méně motivován, protože řady příjemných prožitků spojeného s mladým věkem beztak nedosáhne. Dalším vysvětlením může být zvýšená opatrnost seniorů. Starému člověku například vadí, že udělá chybu v uvažování více než opoždění, času má přece více než dříve. Důležitější je pro něj přesnost než rychlost, zvláště pokud je ve stresu, což se může objevit například u psychologického vyšetření, testování. Neugartenová nabízí vysvětlení podle kohortového efektu. Pokud jsou dnešní senioři pomalejší než lidé středního věku, může to být zapříčiněno jinou výchovou a jiným psychickým vývojem. Senioři přijali odlišnou představu o stáří, než jakou mají v současné době lidé ve středním věku (Říčan, 2006).

Lidé ztrácí vitalitu, řeč je zdouhavější, gesta jsou menší a méně často se používají. Horizont toho, co máme ještě před sebou, se neustále zužuje, víme, že se nám krátí čas. Ve stáří můžeme pozorovat také větší stálost v názorech, pečlivost, rozvážnost a lepší rozvržení času (Haškovcová, 2010).

Právě větší stálost v názorech i vztazích společně s odpovědnějším přístupem ke svěřeným úkolům, trpělivostí, rozvahou a životním nadhledem jsou podle Haškovcové (2010) tzv. pozitiva stáří. Ta by měla přispívat k harmonii, kterou by si měli lidé ve stáří pěstovat. Senioři by měli o její zachování usilovat i ve vyšším věku, kdy už nejsou tak čilí, šetřit se silami a vydávat je jen za nějakým smysluplným účelem.

Také paměť není ušetřena změn a dochází k jejím poruchám. Laická veřejnost ovšem vidí spíše zapomnětlivost, která sice neplatí jen pro stáří, avšak objevuje se hlavně ve stáří, může člověku v kombinaci s dalšími změnami ztížit život. Paměti lze rozlišit dle kvality na krátkodobou, dlouhodobou, profesní a specifickou, ta platí například pro čísla. Ve stáří dochází ke snížení podstatných složek paměti - vstípidivosti a vybavnosti. Vstípení i vybavení trvá seniorům delší dobu nebo si nejsou schopni vybavit něco konkrétního vůbec. Nejedná se však o stav, který by nešel změnit. Pokud budeme chtít vstípení zlepšit, můžeme tak učinit navštěvováním kurzů nesoucích název trénování paměti (Haškovcová, 2010).

Vybavnost lze podle Suché (2008 in Haškovcová, 2010) podpořit například luštěním křížovek, hrou scrabble nebo dalšími paměťovými cvičeními.

Staří lidé si dobře vzpomínají na minulost, ale nedokážou si vybavit, co dělali včera, kde a s kým byli. Ve stáří také stoupá zájem o historii a dění ve světě. Staří lidé dobře rozeznávají podstatné věci od nepodstatných a mají vyšší smysl pro detail. Odborníci na andragogiku tvrdí, že senioři mohou dovést znalosti z oboru, kterému se věnovali celý život téměř k virtuozitě.

Ve stáří klesá schopnost adaptability a projevuje se hlavně úzkostí a nejistotou seniorů v novém prostředí nebo situaci při kontaktu s neznámými lidmi. Takové chování je často pozorováno při seniorově přestěhování, ačkoliv se může jednat o změnu k dobrému (Haškovcová, 2010). Říčan (2006) polemizuje s názorem o duševní nepružnosti a ptá se, zda-li to také není částečně předsudek. Jak moc je pravděpodobné, že ve stáří

nastanou změny k lepšímu? Život ve stáří je spojen více se ztrátami a ty snášíme všichni stejně špatně, ať jsme mladí či staří, ovšem v mládí máme více způsobů jak se jim bránit.

Senior je postupem času čím dál tím více obkloповán mladšími lidmi, je jimi ošetřován, setkává se s nimi na všech místech, kam jde. Přestává světu „mladších“ rozumět, je nejistý a nedůvěřivý, bojí se, že bude okraden a bývá podezřívavý (Haškovcová, 2010). Podezřívavost se může rozvinout až v paranoiditu. Tou jsou nejvíce ohroženi osamělí lidé. Paranoidita však může také osamělé lidi vytvořit. Člověk, který jí trpí, se domnívá, že si ho lidé z okolí více všimají a snaží se mu nějakým způsobem uškodit. K paranoiditě mohou přispět i problémy se sluchem. Někdy však může být obava seniora na místě. Rodině je senior přítěží a hledá způsob, jak se ho zbavit a získat tak jeho majetek (Říčan, 2006).

S klesající soběstačností a stoupající závislostí je potřeba požádat o pomoc přijmout ji, což je pro mnohé seniory v dnešní době ponižující a nedůstojné. Pro to existují dva důvody. Prvním je, že se senior bojí, že bude druhému na obtíž a druhým je v dnešní době velký důraz na soběstačnost. Pocit, že je senior „na obtíž“ zažívá hlavně v nemoci nebo v době dlouhodobé nesoběstačnosti. Existují však různé stupně a někdo za nesoběstačnost může považovat už jen přijmutí pomoci v situaci, která by podle něj měla být ještě dobře zvládnutelná. Senioři se také častěji stýkají s lidmi svého věku, ví, že každý už má nějaký problém a sdělování obtíží je tak snadnější. Staří lidé mohou mít pocit, že je dokážou pochopit jen jejich vrstevníci. Mají mnoho společných témat, někdy se však zbytečně oddělují od mladších generací. Je potřeba toto spojení s vrstevníky do určité míry chápat a podporovat. Lidé stejné generace, ačkoliv mohou mít rozdílné povahy, měli podobný osud, ovlivnili je stejné události ve společnosti a doba, ve které žili. Mají tedy společné prožitky označované také jako kolektivní vědomí. Současná generace seniorů zažila alespoň jednu válku i vojnu. Bohužel čím jsme starší, tím obtížněji se hledá člověk, se kterým bychom mohli vzpomínky sdílet.

Ve stáří se lidé častěji unaví, jsou rozmrzelejší a trpí poruchami spánku, které však lze celkem dobře minimalizovat s pomocí léků. Věc, kterou zmírnit nelze, je často přítomný smutek, který může být odůvodněný, ale i bezdůvodný. Senioři se také více uzavírají do sebe a typické vlastnosti každého člověka se zvyrazňují. Záleží jen na nás, jestli

se pokusíme potlačit, utlumit nebo kompenzovat vlastnosti, které na sobě nemáme rádi nebo je nemají rádi ostatní. Předpokladem pro dobré, moudré stáří je znát zákonitosti psychického stárnutí a možnosti, jak je mírnit (Haškovcová, 2010).

Podle mnoha odborníků také dochází k oploštění emotivity, vyšší city jako je například láska k vlasti jsou oslabeny a sociální citění také. Senioři mohou jednat ve společnosti nesprávně nebo nevhodně, aniž by si to uvědomovali. Pokud ještě zanedbávají svůj vzhled a zanedbávají hygienu, přispívá to dále k negativnímu pohledu na stáří. Oploštělá emotivita bývá vysvětlována tím, že senior si během života prožil mnoho situací, které vyvolaly střídavě kladné a záporné hodnocení, je tudíž zvyklý na mnoho a banality ho většinou nevyvedou z míry. V souvislosti s oploštěním emotivity lze mluvit také o citové labilitě, u které se předpokládá, a to i přesto, že nebyla stále plně vysvětlena, úzký vztah k aktuálnímu fyzickému stavu a určitému podnětu, který ve spojení se vzpomínkou na dřívější stejnou nebo podobnou situaci může vytvořit důvod pro nepřiměřené chování. Citová labilita se projevuje například jako plačtivost, lítostivost, může to však být i negativistický projev vůči lidem nebo věcem (Haškovcová, 2010). Říčan (2006) vysvětluje lhostejnost dvěma způsoby. První souvisí s ubýváním výběžků mozkových a řídnutím jejich propojení. Díky tomu je emoční prožívání méně silné, oploštělejší a často také začínají převažovat negativní emoce jako je mrzutost nebo nespokojenost.

Nespokojenost bývá v kontrastu s kladnými vzpomínkami na mládí a vytěšňováním těch nehezkyých. Druhý způsob je podle Skinnera. Ten vidí lhostejnost v menší odměně za vynaloženou snahu a zájem. Rada jak to změnit tkví v tom, aby si staří lidé vytvořili takové prostředí, které je bude odměňovat. Například chuť k zábavě se dá povzbudit tím, když nalezneme někoho, kdo má stejné zájmy, pohlavní život může povzbudit eroticky laděná literatura.

Také Stuart-Hamilton (1999) zmiňuje v souvislosti se stářím jistou hostilitu, neboli negativní přístup k druhým. Některé studie ukazují vyšší míru v rané dospělosti a vysokém věku a pokles ve středních letech a raném stáří (Barefoot, 1992 in Hamilton, 1999). Zdravý cynismus může být u seniorů efektivní postoj v důsledku rostoucí závislosti na zdravotní

péči a pomoci státu. Někteří badatelé však poukazují na nevhodnost, protože vysoká míra hostility zvyšuje riziko srdečního infarktu a dalších nemocí (Stuart-Hamilton, 1999).

Senioři se s novými problémy mohou vyrovnávat jinak než dříve, způsobem, který je vlastní dětem. Mohou například popírat realitu, předstírat, že se nic neděje, protože to vidět nechťejí, nebo uniknout před nepříjemností do nemoci. To, jestli se tak stane a kdy, je individuální (Říčan, 2006). Psychické obtíže ve stáří jsou často zlehčovány s odůvodněním, že ke stáří jednoduše patří, ačkoliv řadu z nich lze v dnešní době minimalizovat nebo úplně odstranit. Nejčastějšími problémy souvisejícími také s psychikou jsou deprese, lékové interakce, deliria a demence. Obávanými nemocemi, hlavně v pokročilém stáří, jsou Parkinsonova choroba a také cévní mozková příhoda ve společnosti označovaná jako mrtvice (Haškovcová, 2010).

Haškovcová (2010) upozorňuje, že o depresích by měli vědět více i takzvaní laici, protože i tento zdánlivě nezávažný stav, dokáže člověku velmi znepříjemnit kvalitu života a přitom ho lze celkem dobře ovlivnit léky. Chorobných smutků, neboli také depresí přibývá s věkem a někdy jsou spojené s úzkostí a neklidem. Mají svou příčinu, vznikají například ze ztráty nebo při nemoci, která pacienta vyčerpává a díky níž trpí nespavostí či bolestmi (Říčan, 2006). K depresím také může vést nedostatečná adaptace na změny ve stáří (Raskin, 1979 in Stuart-Hamilton, 1999).

Deprese kdy příčina není dobře známá se nazývá endogenní. Odborníci se domnívají, že je tato deprese nejspíše způsobena jakousi kombinací poruchy mozkové biochemie, současných stresů a ne zcela zahojenými duševními boly z minulých let, zejména těch z raných období vývoje. Deprese lze většinou úspěšně léčit, avšak mohou i zabíjet (Říčan, 2006). Ve stáří lidé více přemýšlí o smyslu života, bilancují. Vzpomínají na to, co prožili a negativní události spíše zeslabují nebo je vytěsňují. Přesto někdy mohou přemýšlet o tom, proč tenkrát nejednali jinak, proč se rozhodli tak, jak se rozhodli a mají pocit, že měli věci udělat jinak, lépe, být prozíravější. Někdy jsou se svým životem nespokojeni, jindy spokojeni. Někteří se snaží chyby, které si přiznali napravit, ačkoliv jsou si vědomi, že nemají již moc času (Haškovcová, 2010).

Pseudodemence, která bývá často zaměňována s demencí, se může rozvinout u starších lidí majících těžké deprese (Stuart-Hamilton, 1999). Senioři trpící depresí ztrácí

motivaci, což se odráží ve špatných testech paměti a ostatních psychických funkcích. To, společně se ztrátou zájmu o okolí, může vzbuzovat podezření na demenci. Na rozdíl od dementních pacientů jsou však tito lidé dobře orientováni v čase a prostoru, mají lepší výkony v průběhu dne než ráno a také jsou si vědomi špatných výsledků v testech (Stuart-Hamilton, 1999).

Podle publikace Psychologie stáří označuje výraz demence celkový úpadek psychických funkcí zapříčiněný atrofií centrálního nervového systému (Haškovcová, 2010). Stuart-Hamilton (1999) k tomu dodává, že tento úpadek je doprovázen výraznými změnami osobnosti a někdy i změnami motorickými. Demenci lze rozdělit na korové demence, kde dochází k atrofii mozkové kůry a podkorové demence. Zde je atrofie hlavně v podkorových centrech. Mozková kůra slouží především k vyšším psychickým funkcím, kdy pro jednotlivé choroby je charakteristické hlavně snížení intelektu. Podkorová centra řídí například pohyb nebo emoce a proto se dané choroby projevují nejprve poruchou hybnosti. Demence prvního typu může být například DAT nebo Pickova choroba, za demence podkorové lze označit Parkinsonovu chorobu a Huntingtonovu chorobu. Podkorové demence často začínají ještě před nástupem stáří a mnohými odborníky nejsou nepovažovány za pravé demence (Stuart-Hamilton, 1999). Pacienti si po určité době přestanou svůj stav uvědomovat, avšak o to víc je zatěžováno okolí, které se o člověka stará, ať už je profesionální nebo sestává z blízkých. Nejde jen o fyzickou zátěž, kdy pacient trpí inkontinencí, má záchvaty vzteku a je potřeba zajistit celodenní péči. Lidé trpící demencí se často chovají nepřiměřeně a sledovat postupný, ale vcelku rychlý úpadek člověka, který se o nás po celý život staral a dával nám rady do života, je bezesporu velice náročné i na psychiku pečujících (Stuart-Hamilton, 1999). Pacienti s demencí nemohou tak dobře řídit své pohyby a ty jsou také pomalejší. Jsou postiženy zrakově prostorové schopnosti, hlavně zrakové vyhledávání a zrakově-prostorová paměť. Také se zhoršují jazykové schopnosti, hlavně u pacientů s Alzheimerovou chorobou. Jejich jazykové problémy se prohlubují a nakonec řeč ztrácí úplně (Stuart-Hamilton, 1999).

Obecně se dá říci, že pacienti s demencí mají problémy s vytvářením slov (Hart, Semple, 1990 in Stuart-Hamilton). Zachována je fonologie, lze ji definovat jako uvědomování si vyslovovaných zvuků. Znalost skladby, intonace řeči a struktury slova, neboli morfologie je také zachována. Lidé chápou společný kořen slova a chyby dělají jen

výjimečně. I přesto však řeč často postrádá smysl (Bayles, 1985b; Moss, Albert, 1988 in Stuart-Hamilton, 1999). Sémantické schopnosti jsou na špatné úrovni, a pokud se snaží porozumět nebo vytvářet delší složitější promluvy, nevýhoda se ještě zvětšuje (Stuart-Hamilton, 1999). Haškovcová (2010) zmiňuje, že nemocní i přes rozvinutou formu vnímají libé a nelibé pocity a jejich fantazie bývá také uchována, i když o ní v těchto fázích nemoci nevíme mnoho.

Bylo zjištěno, že faktorů, které výskyt této nemoci olivňují, existuje kolem 50 (Haas, 1977 in Hamilton, 1999). Zároveň se však většina z nich vyskytuje jen výjimečně. Demence bývá spojována hlavně se stářím, ale objevuje se i v mladším věku. Čím je však člověk starší, tím více stoupá pravděpodobnost, že jí onemocní (Stuart-Hamilton, 1999). V odborné literatuře se lze dočíst, že kolem 65. roku trpí demencí 1,5-3% populace, procento se neustále zvyšuje a po 80. roce života je to až 30%. U dlouhověkých seniorů se objevuje téměř v 50% případů. Nyní žije na světě asi 27 milionů lidí trpících demencí a podle prognóz nelze očekávat nic jiného než další nárůst. Hovoří se o tom, že do roku 2040 bude na světě kolem 50 milionů nemocných. (Holmerová, 2008; Holmerová, Jarolímková, Suchá a kol., 2007 in Haškovcová, 2010). Velkou část z těchto čísel zaujímá a bude zaujímat asi nejznámější forma, Alzheimerova nemoc. Ta je tedy právem považována za jakousi epidemii našeho století (Haškovcová, 2010).

Příčinou demence může být také neléčený syfilis, který způsobuje celkovou atrofii centrální nervové soustavy a následně i demenci. Za další příčiny symptomů demence lze považovat nádory, AIDS, rozpouštědla a jiné toxické chemikálie a hydrocefalus s normálním tlakem, kdy není odváděn mozkomíšní mok, hromadí se tak v mozku a tlak, který způsobuje, ničí mozkovou tkáň (Stuart-Hamilton, 1999).

Demenci nelze vyléčit, ale pokud je diagnostikována včas, lze její průběh zpomalit a závěrečná stadia tak oddálit. (Haškovcová, 2010). Na včasném odhalení má podle Stuarda-Hamiltona (1999) podíl i okolí jedince. Blízcí mohou problémy člověka popírat a zabraňovat vyšetření, které bývá chápáno jako zásah do rodinného soukromí nebo si naopak neustále na seniorův stav stěžují a nemocný tak sám vyhledá včasné pomoc, ačkoliv kdyby to bylo jen na něm, s vyšetřením by ještě počkal. Dodává také, že čím je pacient starší, tím je choroba v době, kdy se dostaví poprvé k lékaři, rozvinutější.

Kromě farmakoterapie existují i určité formy rehabilitace a lázeňské pobyty. Komunikace s takto postiženými lidmi je také specifická. Využívá se hlavně zachovalá emotivita, fantazie a často zachovaná vizuální paměť. Podporuje se tak jejich výtvarné vyjádření a využívá se vzpomínek z dřívějších návštěv muzeí nebo výstav (Haškovcová, 2010).

Akutní stav zmatenosti neboli delirium bývá často zaměňován s demencí. Je nejnebezpečnější právě u starých lidí a také u dětí. Nástup je velmi rychlý, v rozmezí několika hodin či dnů a lidé vykazují špatné paměťové a intelektové schopnosti, což je často doplněno ještě hyperaktivitou nebo nepřiměřeným utlumením. Příznakem bývá i nesouvislá řeč. To vše pak může vyvolávat pocit, že pacient trpí demencí. Odlišností od demence je zkreslené vnímání světa označované jako přeludy, kterými trpí mnoho pacientů s deliriem ale minimum pacientů s demencí. Příčinami tohoto stavu jsou horečka, infekce, předávkování léky, kdy tělo seniora nezvládne vyloučit léky předepsané lékařem, mrtvice nebo nevhodná dieta, hlavně s nedostatkem přísunu určitých vitamínů. Pokud se podaří odstranit příčinu, je tento stav dobře léčitelný (Stuart-Hamilton, 1999). Příčinou deliria je také dehydratace, poruchy spánku, smyslů nebo různé psychosociální aspekty, jako nepředpokládaná změna prostředí. Jedná se zejména o hospitalizaci v nemocnici a s ní spojený ruch. Příčinou může být i špatné sociální zázemí (Venglářová, 2007).

Ve stáří se často kromě jiných onemocnění, postihujících i psychickou stránku objevují tzv. psychogenní neurózy, tedy neurózy psychického původu. Jejich vznik je ovlivněn například zvýšenou duševní citlivostí, zranitelností, závislostí seniorů, těžkými ztrátami nebo stresy. Léčba se uskutečňuje pomocí farmak nebo psychoterapie. Ta může být u některých jedinců velmi účinná i pro vyrovnání se se skutečně těžkými ztrátami, samotou nebo problematickými vztahy s blízkými. Tyto poruchy postihující jak tělo, tak mozek jsou i ve stáří léčitelné. Pokud se podaří zjistit příčinu, pacient se může uzdravit. Často však má podobné příznaky tělesná choroba, která ovlivňuje mozek a jejíž diagnóza je nelehká i pro specialistu (Říčan, 2006).

1.5 SOCIÁLNÍ STÁRNUTÍ

Stáří ovlivňují kromě psychických a biologických aspektů také aspekty sociální. Mezi nejvýznamnější aspekty patří samotný odchod do důchodu. Ten nesou hůře muži, kteří celý život zasvětili práci a nemají žádné koníčky (Malíková, 2011). Odchod do důchodu představuje jakýsi krok do neznáma. Nikdo nám neřekl, jak se na něj máme připravit. Odborníky je označován jako „penzijní kolaps“ nebo dokonce „penzijní smrt“, kdy člověk „ztrácí program“, neboli přichází definitivně o roli zaměstnance. Pád je tím strmější, čím vyšší post jedinec zastával a čím specializovanější byla jeho profese (Haškovcová, 2010). Kromě toho, že opouštíme zaměstnání, opouštíme i kolektiv spolupracovníků a známých, ve kterém jsme po delší dobu pobývali. V souvislosti s tím hovoří odborníci o termínu sociálního bankrotu, nově můžeme říci i sociálního vyloučení (Pacovský, Heřmanová 1981 in Haškovcová, 2010).

Na penzistu práceschopní nepohlíží jako na člověka určité profese, ale pouze jako na seniora. Výjimku tvoří špičkový vědci, lékaři a umělci, z nich pak hlavně herci, o kterých se i ve stáří mluví nejen v médiích, jako o mistrech svého oboru (Haškovcová, 2010). Dalšími sociálními faktory může být změna ekonomické situace, strach ze stáří, nesoběstačnosti či samotná osamělost (Malíková, 2011). Haškovcová (2010) uvádí, že subjektivním pocitem chudoby trpí kolem poloviny osob starších 60 let a příčiny jsou různé. Přichází o vyhlídku vyšších příjmů do budoucna, mají pocit, že vše je neustále dražší, ať už oprávněně či ne. Osamocení senioři se bojí toho, kolik zaplatí za péči, až se o sebe již nebudou moci starat sami. Na tomto pocitu nemění nic ani systém dávek sociální pomoci.

Osamělost může být partnerská nebo přátelská. Někteří senioři zůstali svobodní, někteří se rozvedli a znovu manželský svazek neuzavřeli. Počátky osamělosti, která se ve stáří ještě zvyšuje, lze nalézt u osamostatňování a odchodu dětí od rodičů. Stesk po dětech může být opravdu velký a ve výjimečných případech může mít patologický charakter. V takové situaci mohou partneři nabýt pocitu, že už je nic nedrží pohromadě, nemají žádná společná témata a rozejdou se, rozvedou nebo této situace využijí

k prohloubení manželství, a to i přesto, že doteď nebylo právě ideální (Haškovcová, 2010). Dle Levensona a kol. (1993 in Stuart-Hamilton, 1999), kteří prováděli výzkum na manželských párech, jsou starší páry více vyvážené, co se týče cílů a zdrojů radosti, nejsou tolik rozdílní, mají podobný zdravotní stav a nezůstávají spolu jen proto, že by odloučení, bylo pro oba velkou finanční zátěží.

Z dalších aspektů lze jmenovat závislost na druhých, ať už díky nemoci nebo v důsledku tělesného nebo smyslového omezení a změnu dosavadního životního stylu a s tím související i přestěhování (Malíková, 2011). Sociálním faktorem je zajisté i ageismus, neboli nepřátelství a agresivní chování vůči starým lidem. Seniorský ageismus ovlivňuje a to až do takové míry, že se s ním mohou identifikovat. To se projeví v ambivalentním hodnocení vlastní situace. Ačkoliv je senior spokojený s tím co má, myslí si, že žije špatný život. Jeho postoj ke stáří je ovlivněn i tím, jak je na něj pohlíženo společností (Haškovcová, 2010). Obraz moudrého stáří z dřívějších dob je nahrazen stářím plným nemocí, strádání a hrůzy. Na špatném přístupu ke stáří mají dnes podíl i média. Politici například hovoří o seniorech pouze ve vztahu k penzijní reformě, to má potom za následek skutečnost, že je společnost vnímá jako velkou ekonomickou zátěž. Kulturní pořady určené pro většinovou společnost často zmiňují strastiplné stránky stáří, ačkoliv připouští i výjimky (Haškovcová, 2010). Jiřina Šiklová (1999 in Haškovcová, 2010) říká, že by se senioři měli sami postarat o to, aby společnosti ukázali, že jsou sice starší, ale jinak stejní jako ostatní, namísto přijímání vnucené role obtížných a ublížených. Velmi častým jevem je přílišné zdůrazňování seniorů jako obětí kriminality. Výsledkem je, že společnost očekává riziko, které ale neodpovídá skutečnému výskytu jevů. Dopad na seniory je takový, že se cítí více ohroženi (Kulovaný, 2005 in Haškovcová, 2010).

Podle Haškovcové (2010) je dalším problémem časté zdůrazňování dopadů dlouhodobě nemocných a umírajících seniorů na naše zdravotnictví. Zároveň zmiňuje, že na seniory připadá 35-40% prostředků, které jsou ve zdravotnictví k dispozici. To, že na osoby, které umírají v mladším věku je vydáváno také nezanedbatelné množství finančních prostředků, je však často opomíjeno.

I v důsledku vlivu médií pak dnešní mladá a starší, ale ekonomicky činná generace nevěří a ani necítí, že staré lidi je potřeba mít v úctě a přehlížet jejich nedostatky. Nevěří,

že senioři jsou laskaví, moudří a dobrotiví, ačkoliv se o tom snaží všechny včetně sebe přesvědčit. Senioři to vnímají, probouzí se v nich nejistota a vzpomínají na ať už faktickou nebo údajnou slávu starých lidí v dřívějších dobách. Paradoxem je, že u blízkých osob se tyto ageistické postoje většinou nevyskytují, k vlastním prarodičům cítíme obvykle úctu.

Označení důchodce je sociální status, je nutné, a to zejména pro evidenci osob, které přijímají starobní důchod. Je to však také označení, které může u některých jedinců vyvolávat představu marného, zbytečného života. Následkem toho pak má senior snížené sebevědomí a může mít pocit, že je v podstatě vydán ekonomicky aktivnímu obyvatelstvu napospas. Lidem, i těm plným síly, kteří v dnešní době dosáhli důchodového věku, jsou často přisuzovány vlastnosti vyzrálého stáří. To s sebou také přináší řadu komplikací. Mladí důchodci, kteří ještě pracují, jsou považováni za méně hodnotné pracovníky. Senior bez zaměstnání je považován za člověka, který nic nedělá a je pro společnost přítěží. To má vliv jak na hodnocení vlastního stáří, tak i na v dnešní době negativní obraz stáří ve společnosti (Haškovcová, 2010).

Aspekty však mohou být i pozitivní. Mezi ty nejvýznamnější patří pro seniora funkční rodina a dobré rodinné vztahy. Pokud je jeho stáří zabezpečeno, má vhodné bydlení a prostředky, které si ukládal na penzijní připojištění má nyní k užitku, může být jeho stáří spokojené. Stejně tak jako pokud má dostatek sil a život si naplní prací, nebo koníčky zcela novými, nebo těmi starými, na které mu do té doby nezbýval čas (Jarošová, 2006 in Malíková, 2011).

2 PROŽÍVÁNÍ PROCESU STÁRNUTÍ

2.1 LÁSKA A SEXUÁLNÍ AKTIVITA VE STÁŘÍ

Láska ve stáří je pro mnoho z nás, kteří ještě nepřekročili hranici důchodového věku, něčím zvláštním. Staří lidé držící se za ruku na veřejnosti nebo ti, kteří ve starším věku vstoupí do svazku manželského, vzbuzují údiv nebo posměch (Haškovcová, 2010). Od ženy se navíc očekává, že bude soudná a už jen kvůli svému zevnějšku se milostného života zřekne (Říčan, 2006). Ani obraz v médiích tomuto pohledu mnoho nepřidá, starý člověk toužící po sexuálním životě je chlípny nebo nebezpečný, a pokud se stane, že je senior označován jako „sexy“, bývá to většinou proto, že vypadá na méně, než mu ve skutečnosti je. Že je sexuální život ve stáří normální a zdravý víceméně neslycháme, a to jistě ovlivňuje i dnešní seniory (Stuart-Hamilton, 1999). Pokud však bude sexuální život ve stáří neustále vyzdvihován, upozorňuje Říčan (2006) na možné problémy, které to s sebou může přinést. Pohlavní život se může stát sice nepsanou, ale uznávanou a prosazovanou normou i v pokročilém věku také pro seniory, kteří ho vést nechtějí. Sexualita bývá u některých lidí zdrojem pocitů méněcennosti a ten bude pokračovat i ve stáří. Sexuálnímu životu bude věnováno více času na úkor rozvoje zájmů pro seniory cennějších. V některých manželstvích bývá sexualita zdrojem rozepří a účast na sexuálním životě ve stáří znesnadňuje zlepšení vztahu. Může také hrozit degradace stáří, protože je senior nucen srovnávat se s mladými lidmi v něčem, v čem to ani nelze.

To, že společnost vnímá stáří asexuálně, dle sociologů souvisí s ageismem. Jestliže jsou v této oblasti senioři „vyřízeni“, nekonkurují nám a nemusíme je tedy respektovat ani v jiných oblastech. Největší odpor k sexualitě gerontů mají jejich vlastní děti, obzvláště pak ty, před nimiž rodiče něžnosti skrývali nebo vytvářeli u dětí názor, že sexualita je něco nehezkého. Už od dětství však budívá sexualita rodičů z různých důvodů rozpaky. Pokud žena ovdoví a najde si milence, děti to mohou brát jako znesvěcování památky otce nebo mohou dostat strach, že přijdu o dědictví (Říčan, 2006). Mnoho starých lidí bylo vychováno v časech, kdy se o sexuálním životě na veřejnosti nehovořilo, nejsou na to tedy zvyklí a může jim chybět i vhodný slovník. Právě ve výzkumech sexuálního chování

bývají hlavními problémy zejména neochota respondentů hovořit o této, pro mnohé, intimní záležitosti nebo naopak velká ochota k hovoru na toto téma. Obojí ovlivňuje do velké míry získaná data. Je známo, že se ženy dožívají vyššího věku než muži. Ve stáří tedy nemají tolik příležitostí k heterosexuálním kontaktům a jejich sexuální aktivita klesá. Hlavním důvodem tedy není ani motivace, ani úbytek schopností (Stuart-Hamilton, 1999). Říčan (2006) dodává, že tím více jsou mezi ženami důležité přátelské vztahy, z nouze pak může dojít k pozdní lesbické orientaci. Pokud ženy partnera mají, často se obávají, že pro něj nejsou díky fyzickým změnám atraktivní. Obavu posilují média a jejich spojování atraktivity a sexu s mládím. Pokud člověk partnera hledá, pak jsou tyto obavy ještě zvýšené (Venglářová, 2007). U mužů bývá hlavním problémem udržení erekce nebo nedostatek fyzické síly k souloži (Hamilton, 1999). Kromě těchto problémů ovlivňují pohlavní život i různé choroby jako například diabetes mellitus ovlivňující erekci, kardiovaskulární choroby snižující fyzický výkon, onemocnění pohybového aparátu nebo i deprese, díky nimž klesá sexuální zájem (Venglářová, 2007). Dle Gibsona (1992 in Stuart-Hamilton, 1999) nežije sexuálním životem 10 až 20% mužů ve stáří a více než 35% žen. Hodnoty se podle různých výzkumů liší. Úroveň sexuální aktivity se však odvíjí od aktivity v rané dospělosti (Martin, 1981 in Stuart-Hamilton, 1999). Dalším problémem může být samotná definice pojmu „sex“. Pokud bereme v úvahu jen pohlavní styk (soulož), pak staří lidé opravdu vykazují výraznější pokles sexuální aktivity (Stuart-Hamilton, 1999). Jestliže sexuální aktivitu posuzujeme dle výkonů, jakých jsme schopni v mládí, můžeme hovořit o jejím úbytku, avšak erotikou ve stáří není myšlen pouze pohlavní styk jako takový. (Haškovcová, 2010). Sexuální život nabývá jiného významu, než tomu tak bylo v mládí. Říčan (2006) se domnívá, že nejde ani tolik o vybití sexuální tenze, jako o ujištění se o hodnotě svého těla a o tom, že je člověk stále stále ještě vitální a zdatný.

Sexuální aktivita obecně zmírňuje úzkost, pozvedá špatnou, depresivní náladu. Sexualita je chápána jako složka milostného života odehrávajícího se ve vztahu mezi lidmi. Tělesná blízkost při pohlavním styku poskytuje pocit bezpečí, vyjadřuje úctu, což platí hlavně ve stáří, obdiv, nebo intimitu. Je to také výraz citové blízkosti. Staří lidé se většinou velmi dobře znají, v jejich sexuální aktivitě je přítomen nadhled, humor, není zde tolik vážnosti jako dříve a objevují se i prvky jakési dětské hravosti. Více než dříve je v milostném životě přítomna estetika a kulturnost. Podle průzkumu prováděného na

seniorech psychology v Americe téměř všichni vypověděli, že jsou pro jejich milostný život důležitější doteky, pohlazení nebo polibky než samotný pohlavní styk. Milostný život jim zvedal sebevědomí, cítili tak, že je někdo potřebuje (Říčan, 2006).

Problematickou může být sexualita u seniorů v ústavní péči. Pokud tito lidé partnera ztratili a zde navázali nebo chtějí navázat partnerský vztah, mohou se setkat s nepochopením, kritickým pohledem okolí, tedy obyvatel domova a personálu i rodiny. Přístup personálu v této oblasti je více než jinde ovlivněn kulturou, výchovou, jaké se mu dostalo, postojem a životními zkušenostmi pracovníka. Problémem je také nedostatek soukromí a dosáhnout ho tedy při setkání s partnerem může být velmi obtížné. Naštěstí stále přibývá zařízení, kde jsou jednolůžkové pokoje umožňující návštěvu podle klientova přání. Prostředkem pro zjištění spokojenosti a obtíží v této oblasti je sexuální anamnéza. Jedná se o rozhovor klienta s pracovníkem, ke kterému má důvěru, zaměřený na současný stav, dřívější sexuální života a partnera, který je stále přítomen nebo na jeho ztrátu. Pokud se vyskytnou obtíže a nelze je hned vyřešit, měl by personál nabídnout odbornou konzultaci (Venglářová, 2007).

Sexuální život, ačkoliv v poněkud jiné formě, může být milým příspěvkem ke spokojenému stáří. Problém však nastává tehdy, pokud jeden partner má častější potřebu sexu než druhý, ačkoliv dříve byl zájem stejný. V partnerství, které je věkově rozdílné, může docházet k nevěrám. Problémy eroticko-sexuálního rázu přetrvávající z minulosti se ve stáří mohou ještě zhoršovat. Někdo si může začít hledat mladší partnerku. Odborníci však upozorňují, že zájem o velmi mladé partnerky, který je nepřiměřený, se vyskytuje u některých forem demencí. Čím dál častěji se také stává, že mezi sebou senioři uzavírají nová manželství. Lidé žijí déle a rozvádějí se i v pokročilém věku, také společnost je této myšlence více nakloněna, než tomu tak bylo dříve (Říčan, 2006).

2.2 STÁŘÍ A VÍRA

Spirituální dimenze může pomoci v hledání životního smyslu a pomáhá strukturovat jednotlivé životní fáze. Víra má vliv na hodnotový systém a dává životu jistotu určitého řádu. Ve stáří potřeba duchovna narůstá a tvoří základ sebehodnocení, ovlivňuje postoj starého člověka k vlastnímu stáří (Vágnerová, 2007).

Náboženská pospolitost může seniorovi napomoci od osamělosti. Církev si nevybírá své členy jako různé organizace, věřit může i člověk fyzicky omezený, plně závislý na péči ostatních. Ukazuje, jak zvládat životní problémy jako například bolest nebo strach ze smrti, usnadňuje je nést a mírnit. Může napomáhat zlepšit vztahy k nejbližším, prohloubit porozumění pro jejich obtíže a selhání. Sociální hodnota takového člověka pro okolí může být zvýšená. Pokud se starý člověk naučil meditovat, bývá psychicky vyrovnanější, lépe snáší samotu, je optimističtější. To se odráží i na jeho zdraví a kvalitě života. Existují však i negativa, která s sebou víra přináší. Senior může svému okolí znepríjemňovat život ustrašeným až fundamentalistickým moralizováním, jež může být zapříčiněno nevědomou závistí něčeho, co si on v životě nedovolil. Pokud je nevhodné pastýřské vedení, senior může být více úzkostný nebo depresivní, trpět výčitkami, že už nic nedělá, ačkoliv na to má nárok. Může se také nutit k něčemu, co mu v podstatě nic neříká a co mu brání v poctivém životním účtování (Říčan, 2004).

2.3 STÁŘÍ A NEMOC

Podle světové zdravotnické organizace je zdraví definováno jako „stav úplného tělesného, duševního a sociálního blaha“ ,později rozšířeno o pohodu duchovní, etickou a ekologickou (Haškovcová, 2010, s. 249). Mnoho lidí v dnešní době spojuje stáří a nemoc v jedno, ačkoliv nemoci postihují člověka bez ohledu na věk. Je však pravdou, že čím je člověk starší, tím je strach i z vážných nemoci oprávněnější. Současná medicína se pohybuje na vysoké úrovni a díky dobré prevenci, kvalitní a účinné léčbě a péči mnoho lidí

prožije dlouhý život téměř bez nemocí. Nemocem však zcela zamezit nelze. V mládí spíše považujeme zdraví za samozřejmost, nemoc za nespravedlnost a doufáme v uzdravení, abychom mohli být aktivní jako dříve. V pokročilém věku, až na výjimky, lidé nemoc akceptují jako nepřekvapující zlo, přejí si úlevu nebo zlepšení zdravotního stavu. Už ví, že cítit se dobře není samozřejmé. Během života se mění hodnoty a není překvapivé, že první místo ve stáří zaujímá zdraví. Zdraví má vysokou hodnotu jak společenskou, tak individuální, což si lidé uvědomují většinou až tehdy, pokud je jejich zdraví ohroženo. Nemoc mění emotivitu i reaktivitu. Pokud nemoc trvá déle, mění se chování a může docházet i k defektům určitých stránek osobnosti. Někteří lidé se s obtížemi, které nemoci ve stáří a nejen v něm přináší, nedokážou vyrovnat a mohou se cítit nešťastní. Někteří pacienti potřebují pomoc druhých, další jí mohou odmítat a přizpůsobí se jen částečně. V dnešní době se odborníci domnívají, že kvalita života je závislá na subjektivním prožívání jedince. Jen člověk sám může říci, zda se cítí šťastný nebo spokojený. Ve společnosti se často objevuje názor, že kvalitní život lze žít jen tehdy, pokud je člověk zdravý, někteří dokonce kvalitu života a zdraví považují za jedno a to samé. Kvalitní život však lze žít i s řadou zdravotních problémů nebo dlouhodobou nemocí, jen je třeba řadu věcí omezit, brát ohled na reálné možnosti. Pokud je člověk nemocný, záleží kvalita jeho života i na tom, jak tuto chorobu přijme. Určitá skupina seniorů předpokládá, že návrat kvality života přijde s navrácením zdraví zdravotnickými pracovníky. Medicína může navrátit zdraví, ale nemůže zabezpečit jeho štěstí, to je dáno aktivitou jedince. Aktivitu lze u seniorů posilovat za pomoci profesionálů různými aktivačními terapiemi. Ty se používají jak v institucích, tak i mimo ně. Aktivačními terapiemi jsou například ergoterapie, arteterapie, zooterapie nebo muzikoterapie. Pokud se staráme o nemocného člověka, je důležité vědět, jakou kvalitu života pociťuje právě nyní a po čem touží. Pokud již nemoc nedovoluje aktivity, je v pokročilém stádiu nebo graduje, je třeba zajistit kvalitní, někdy i finální péči. Kvalita života bývá často interpretována také jako osobní pohoda a té by se mělo dostat i osobám dlouhodobě nemocným nebo umírajícím. Osobní pohoda se zde týká hlavně péče. Bylo opakovaně zjištěno, že i lidé, kteří nemluví, nepohybují se, jen leží na lůžku, svým způsobem vnímají to, jak se k nim staví okolí, které člověka ošetřuje. Jestli je vstřícné nebo mu dává najevo, že jeho život již nemá cenu a je jen na obtíž (Haškovcová, 2010).

Jestliže se jedná o nemoc trvalou, je adaptace nepochybně náročnější. Staří lidé si tuto skutečnost většinou uvědomují, nechtějí být nemocní. Někdy mohou začátek nemoci přehlédnout, někteří si ho nechtějí přiznat nebo nemoc podceňují. Existuje však určitá skupina starých lidí, kteří se do nemoci uchylují záměrně, vlastně z nich žijí, protože porozumění ani přívětivost nikde jinde hledat nemohou (Haškovcová, 2010).

2.4 AKTIVITY SENIORŮ

K obvyklým aktivitám patří chalupaření či chataření, sběratelství všeho druhu nebo kutilství. Oblíbenými aktivitami jsou zpěv, tanec a turistika. Také sport se u některých seniorů těší oblibě, není jich však velký počet i přes všeobecně známý dobrý dopad na zdraví. O tom však můžeme hovořit pouze v případě, když je aktivita vhodně zvolena a senior nepřepíná vlastní síly. Dle odhadů 39% seniorů provozuje sport jednou týdně, plných 48% nesportuje vůbec.

Většina tanečních aktivit pro seniory je dnes určena i lidem v pokročilém věku, příkladem mohou být seniorské bály. Nutno podotknout, že velká část seniorek, které ve stáří zpívají nebo tančí, je z domovů pro seniory. Seniorům, kterým tyto aktivity neumožňuje zdravotní stav, ale dříve rádi tančili, je určena taneční a pohybová terapie. Ta zlepšuje komunikaci mezi tančícími. Tanečníci jsou v psychickém i fyzickém kontaktu a zároveň se jedná o rehabilitaci. Tyto tance bývají pořádány v domovech pro seniory. Taneční a pohybová terapie se začala rozvíjet po 2. světové válce a u nás ji rozšířil baletní mistr Petr Veleta.

Senioři sami zakládají i různé zájmové spolky, například divadelní. Za poslední léta dochází i k nárůstu seniorské turistiky. Senioři rádi a často cestují nejen po Čechách, ale také do zahraničí, nebo se účastní různých výletů, které pořádají turistické organizace. V mnoha zemích se také pořádají geroolympiády, kde si senior může zasportovat a vybrat si aktivitu podle svého uvážení (šipky, lukostřelbu, kuželky atd.) a tělesných možností. V poslední době také vznikají fitness centra pro osoby starší 50 let (Haškovcová, 2010).

Senioři také mají možnost navštěvovat jazykové, počítačové nebo další kurzy v místě svého bydliště. Za zmínku stojí také univerzity třetího věku. Dnes je systém celoživotního vzdělávání uznávanou realitou, ale nebylo tomu tak vždy. První univerzita třetího věku byla založena ve Francii v 70. letech, od té doby se tato idea celkem rychle rozšířila po celém světě. U nás byla prvně realizována v Olomouci v roce 1986/7 pod záštitou Červeného kříže. O rok později byla univerzita třetího věku otevřena na Karlově Univerzitě v Praze.

Nemůžeme ale říci, že univerzity třetího věku jsou vhodnou aktivitou pro každého seniora. Jsou uskutečnitelné pouze v sídlech univerzit, navíc každý senior není studijní typ a má zájem se na tomto způsobu druhého životního programu podílet. Bylo opakovaně doloženo, že pokud senioři aktivně studují a účastní se některého z odborných garantovaných programů, méně se zaměřují na osobní problémy, a pokud se vyskytnou, lépe je zvládají. Také je tolik netrápí zdraví, mají méně času se nemocemi zabývat a trávit čas u lékařů. Návštěvy lékařů jsou ve stáří častější, tělo je bolavější, náchylnější k nemocem, a proto se není čemu divit. Existuje však určitá skupina seniorů, která navštěvuje lékaře spíše ze společenských důvodů. Touží po komunikaci s celospolečensky uznávanou autoritou.

Vzdělání má hodnotu jak individuální, tak společenskou. Kromě profesní přípravy omlazuje i duši seniora a snaží se smysluplně kultivovat čas ve stáří. Má pozitivní účinek na proces stárnutí a kvalitu života, plní funkci rehabilitační nebo také komunikační, senior má možnost navázat kontakt s vrstevníky a rozvíjet tak přátelské vztahy. Staří lidé tím, že navštěvují univerzity třetího věku také uspokojují potřebu porozumět dnešnímu světu a mladším lidem. Největší zájem bývá o studium historie, teologie a filosofie. Vzdělávat se senioři mohou i na akademii třetího věku, populární již za socialismu. Stejně jako univerzita má dvousemestrální organizační strukturu. Rozdíl spočívá v tom, že poskytuje cykly přednášek na jedno nebo více témat, které seniorům zpříjemňuje čas v důchodu, zatímco na univerzitách si senior přednášky doplňuje samostudiem, píše práce a skládá zkoušky. Zkoušky jsou však tvořeny tak, aby v nich měl šanci uspět každý. Smyslem nejsou dobré výsledky, ale to, aby se senioři zapojili a aby byli aktivní (Haškovcová, 2010).

2.5 NÁSILÍ NA SENIORECH

Násilí může být tělesné, psychické ale také zanedbávání. Je pácháno osobou z rodiny (domácí násilí), pečovatelem, ale i sousedem nebo někým neznámým (Buriánek, Kovařík a kol., 2006). Rizikovou skupinou jsou podle Kalvacha, Zadáka, Jiráka a kol. (2004) hlavně ženy a vdovy mezi 70-80 lety, staří lidé s nízkým vzděláním, senioři na hranici chudoby, také dobře zaopatření staří lidé, kteří mají fyzické nebo mentální postižení, žijící ve společné domácnosti s příbuznými.

Při tělesném týrání je seniorovi úmyslně působena bolest, nemůže uspokojovat základní životní potřeby, je omezována jeho osobní svoboda a v krajním případě dochází až k usmrcení. Tělesným násilím je myšleno bití, škracení a jiné agresivní způsoby zacházení ale i odpírání stravy, potřebných léků nebo úmyslné vystavování chladu. Poranění způsobená tímto zacházením zůstávají většinou neošetřena a nachází se tam, kde by si je člověk sám jen těžko způsobil např. podlitiny v podpaží. Rozpoznat zanedbávání i násilí by měl ošetřující lékař, bohužel se tak někdy neděje.

Zanedbávání je často podceňováno, hlavním důvodem bývá tabuizování tohoto tématu. Někdy se objevuje i nechuť zasahovat, protože řešení takovéto situace je komplikované. Pro psychické násilí je typické ponižování, hrozby. Agresor oběti nadává, vysmívá se jí a úmyslně ji snižuje sebevědomí a sebeúctu. Často tak, že zdůrazňuje její bezmocnost, nepotřebnost, obtížnost nebo snižuje její hodnotu. Dochází i k porušování práv pod pohrůzkou přestěhování do domova pro seniory nebo do zařízení pro dlouhodobě nemocné. Patří sem i úmyslné odpírání nebo ničení věci, ke které má senior citovou vazbu, agrese vůči domácím zvířatům, zabraňování v kontaktech s přáteli. Oběti psychického týrání jsou vyděšené, bojácné a trpí depresemi (Buriánek, Kovařík a kol., 2006). Obvyklé jsou poruchy spánku, rezignace a omezený přímý oční a slovní kontakt (Úlehlová a kol., 2009). Existuje však i ekonomické násilí, to je způsobeno dlouhou dobu přetrvávajícím názorem, že rodiče zodpovídají za finanční situaci svých dětí, a to i pokud dospějí. Díky tomu je v mnoha domácnostech výpomoc chápána jako běžná věc, která je považována za přiměřenou pozornost. Ekonomické násilí může být také povinnost, ačkoliv

nepsaná, dávat určité finanční částky pracovníkům terénních služeb, kteří chodí vypomáhat do domácnosti seniora (Buriánek, Kovařík a kol., 2006).

Příčinami násilí mohou být špatné rodinné vztahy, choroba agresora (epilepsie, poškození mozku), osobnost agresora, na kterou má vliv výchova a dědičnost. Také to může být diskriminace ve společnosti či v institucích, malý zájem, špatná právní ochrana a ochrana důstojnosti klientů ústavní péče. Za jednu z možných příčin lze označit i syndrom vyhoření, týkající se hlavně ošetrovatelského personálu, zapříčiněný dlouhodobým setrváním v situacích emocionálně zatěžujících, vyskytující se v souvislosti s pracovní zátěží. Je definován jako „stav psychického, fyzického a emocionálního vyčerpání.“ (Venglářová, 2007, str. 80). Více ohroženi jsou nemocní staří lidé, sociálně izolovaní a nesoběstační jedinci, kteří jsou také často na agresorovi závislí (Úlehlová a kol., 2009). Nejčastějšími prameny násilí v ústavní péči jsou podle Buriánka, Kovaříka a kol. (2006, str. 100) kultura a struktura organizace, patologické rysy zaměstnanců nebo pracovní stres a syndrom vyhoření. Do souvislosti s násilím na seniorech v ústavní péči je dáván nedostatek finančních příjmů pracovníků. Případy neoprávněného vymáhání určitých částek za lepší péči označovaných jako sponzorské dary od seniorů nebo jejich příbuzných nejsou v naší společnosti neobvyklým jevem. Násilí nahrává i prostředí. Zdejší klienti jsou často izolovaní, bezbranní a závislí na zařízení (Buriánek, Kovařík a kol., 2006).

Senioři většinou nehlásí, že se stali oběťmi násilí. Někteří občasné plácnutí nepovažují za něco tak závažného jako je domácí násilí, častěji se však stydí přiznat, že jsou svými příbuznými týráni, stydí se za to, jak vychovali své děti. Nejčastěji je násilí zakrýváno osobami závislými na agresorovi. Pro ně je v mnoha případech péče od rodiny, která je sice plná fyzického násilí, přijímána lépe než péče od profesionálů. Určitá skupina týraných seniorů také zapírá násilí z obav ze stupňující se agresivity. Pokud je navíc senior hendikepovaný, je obrana téměř nemožná a prosba o pomoc by nebyla zaregistrována, ani pokud by ji senior chtěl vyslovit (Buriánek, Kovařík a kol., 2006). Mlčení v této věci ovlivňuje i pocit některých seniorů, že i přes to, že řeknou pravdu, nikdo jim nedokáže pomoci (Úlehlová a kol., 2009).

2.6 UMÍRÁNÍ A SMRT

V dnešní době umírá ve věku nad 60 let více než 80% populace, a to nejčastěji v nemocnicích. I přesto, že se smrt týká každého z nás, je toto téma stále tabuizované. Reakcí pak může být zvýšený zájem o smrt prezentovanou symbolicky v médiích. Behavioristé říkají, že pokud je zvýšená frekvence kontaktu s určitou věcí, vede to k adaptaci a reakce na podobné podněty je méně intenzivní. To platí i u mediální smrti. Zkušenosti se skutečnou smrtí jsou omezené, což se projeví tím, že člověk nemá vytvořeny účinné a přiměřené obranné strategie.

Odmítání smrti západní společností se projevuje hlavně v názoru, že smrt nemá pozitivní význam a smysl a nic člověku nepřináší, jen bere. Díky tomu se ani nelze divit, že vyrovnání se se smrtí znamená přijmout něco, čemu se nelze vyhnout (Vágnerová, 2007).

Haškovcová (2010) zmiňuje, že základ pro odmítání smrti se může vytvořit už v dětství. Již v předškolním věku má dítě určitou představu o smrti. Dětské otázky týkající se smrti poskytují prostor pro přiměřenou rozmluvu, kterou však dospělí vést často nechtějí. Pokud se tak stane víckrát a konverzaci zmaří, dítě si vytvoří v mysli negativní postoj na vše, co se týká smrti a naučí se o ní mlčet.

Čím je člověk starší, tím je pro něj smrt aktuálnějším tématem a také o ní častěji hovoří. To však kromě jiného záleží i na zdravotním stavu a osobní zkušenosti se smrtí blízkých. Staří lidé o smrti uvažují a chtějí mluvit hlavně o obavách, které souvisí se závěrem života. Tento pro ně významný rozhovor může být blokován členy rodiny. Rozhovory se také často týkají úmrtí konkrétních osob a okolností, za kterých se tak stalo (Vágnerová, 2007).

Pokud se jedná o smrt neznámého vrstevníka, je reakce většinou ambivalentní. Je pociťováno uspokojení, že je člověk ještě živ, avšak je to také připomínka, že se blíží konec životní cesty. Někdy senioři mohou i závidět vrstevníkovi, že „už to má za sebou“ (Vágnerová, 2007). Říčan (2006) hovoří o „závistivém soutěžení s vrstevníky“ kdo déle přežije, mísící se se škodolibostí. Je to také jakési sebepotvrzení o tom, že je člověk lepší než ten druhý, což může pro seniora znamenat naději, útěchu i zvýšení sebevědomí.

Strach z vlastní smrti je emotivní, pokud ho člověk nepotlačil. Nejde ani tak o strach z konce života, jako o strach z toho, jaké utrpení může umírání přinést. Senioři se bojí, že budou bezmocní, umírání bude pomalé a plné utrpení. Mají strach, že ztratí soudnost a schopnost sebekontroly a nedokážou tak ovlivňovat to, co se s nimi děje. Bojí se, že budou manipulováni a jejich přání a vůle nebudou vyslyšeny. Staří lidé si chtějí sami rozhodnout o své budoucnosti, dokud jsou toho ještě schopni (Vágnerová, 2007). Strach ze smrti závisí na věku, lze říci, že s přibývajícím věkem ho ubývá, ženy se bojí méně než muži a lépe představu vlastní smrti akceptují. Emoční postoj mužů je více ambivalentní. Buď smrt popřou, nebo ji racionálně přijmou, ale nemají potřebu o ní mluvit. Záleží také na osobnostních vlastnostech, těžkostech současného života, protože většinou platí, že čím složitější život člověk prožil, tím menší má strach ze smrti (Niemeyer, Werth, 2005 in Vágnerová, 2007). Bylo zjištěno, že častěji si přejí umřít lidé v domově důchodců (Hájková, 1998 in Vágnerová, 2007). Strach ze smrti je ovlivněn i vyrovnaností člověka se životem. Pokud člověk nesplnil to, co si myslí, že měl splnit, je strach větší. Významnou roli také hraje víra. Věřící lidé se méně bojí smrti a lépe se s ní vyrovnávají (Niemeyer, Werth, 2005 in Vágnerová, 2007). K popírání a vytěšňování smrti dochází často u seniorů v dobré kondici jak tělesné, tak duševní, žijících v celkem dobrých podmínkách, kdy rozhovory na toto téma nejsou ještě aktuální (Vágnerová, 2007).

„Opravdové smrti“ může předcházet sociální smrt, ta je dána dlouhou dobu trvající hospitalizací seniora, při které ztrácí kontakty i své sociální role (McKinlay, 2005; Niemeyer a Werth, 2005 in Vágnerová, 2007).

Smrt nemusí přijít jen sama od sebe, může být způsobena i úmyslně. Je smutným faktem, že ve stáří narůstá počet sebevražd. V dokonání sebevražd jsou staří lidé úspěšnější než mladší ročníky, kde dochází k více než 50% selhání (Cook, Oltjenbruns, 1989 in Hamilton, 1999). Důvody pro sebevraždy ve stáří ještě nebyly zcela objasněny, ale jsou dávány do souvislosti se ztrátou perspektiv nebo zápornou bilancí, kterou má senior, když si zrekapituluje svůj život (Haškovcová, 2010).

Smrt se také nemusí týkat přímo seniora, ale může jí být přítomen. Velkou zátěží na seniorovu psychiku je ztráta partnera. Adaptace na tuto situaci je ještě zhoršena vyčerpaností seniora, pokud se o nemocného druha dříve staral. Častěji ovdoví ženy, ty

však lépe nachází vyplnění prázdných dnů a lépe navazují a obnovují přátelské vztahy. Muži mají větší problém se postarat o sebe i domácnost, avšak tento rozdíl s dalšími generacemi postupně zaniká. (Haškovcová, 2010). Existují ale i důkazy, že dopad ztráty se odvíjí od toho, jak byla očekávána. Eisdorfer a Wilkie, zjistili, že pokud byl člověk, který zemřel, již delší dobu nemocný, ztráta nebyla tolik stresující (Cook, Oltjenbruns, 1989 in Stuart- Hamilton, 1999).

Pokud nastane vážné zhoršení zdravotního stavu a vyskytuje se riziko, že senior zemře, jsou nejčastějšími reakcemi smutek. Někdy je to také apatie nebo rezignace na smrt. Výjimečně se objevuje hostilita nebo aktivní obranná reakce, agresivita. V porovnání s mladšími lidmi senioři reagují lépe, důvodem však mohou být i chybějící aktivní obranné reakce nebo zhoršené možnosti těchto lidí. Smrt starých lidí není většinou při plném vědomí, avšak mohou trpět úzkostí, tu prožívají i lidé v pokročilém stádiu demence (Vojtěchovský, 1994; Pacovský 1994 in Vágnerová 2007).

Čím více se smrt blíží, tím více se mění i potřeby starých lidí. Potřeba jistoty a bezpečí bývá velmi silná. Jak člověku ubývá sil, hledá v okolí oporu a pomoc. Chce říci, co cítí k blízkým, potvrdit si k nim svůj vztah. Chce také, aby mu druzí naslouchali, v blízkosti smrti má někdy potřebu jim něco dát, jindy touží po pohlazení. Někdy umírající člověk cítí potřebu vyjádřit se k budoucnosti, která se týká jeho blízkých (Vágnerová, 1995; Pichaud, Thareauová, 1998 in Vágnerová, 2007).

V dnešní době se o problematiku smrti zajímá paliativní medicína pomáhající umírajícím a jejich blízkým. Cílem je postarat se o to, aby měl umírající kvalitní život do úplného konce, s tím souvisí i zmírnění a léčba bolestí. Snahou je zapojit i rodinu a zajistit, aby i smrt byla důstojná a přirozená. Paliativní neboli zmírňující medicína je praktikována v hospicích nebo ve zdravotnických a sociálních zařízeních, nově i v domácím prostředí. Může být přínosná jak pro umírajícího, tak i pro pozůstalé, kteří díky ní mohou lépe přijmout v budoucnu smrt vlastní (Haškovcová, 2010).

3 PÉČE O SENIORY

Před rokem 1989 byli lidé staří, nemocní a postižení bez ohledu na věk a zdravotní stav izolováni od společnosti v ústavech, zejména v sociálních, méně často ve zdravotnických. Dá se říci, že existence těchto skupin se popírala. Často tito lidé nebyli vidět a člověk tak mohl získat dojem, že v tehdejší společnosti bylo méně seniorů i lidí s postižením. Společnost se prezentovala jako plná zdravých, silných, výkonných a schopných jedinců, což ostatně korespondovalo s režimem. Izolovanost těchto skupin byla vnímána jako běžná. Tehdejší péče však znamenala direktivní přístup, skupinový systém péče bez pochopení a porozumění individuálním potřebám a přáním jedince a jeho pocitům (Malíková, 2011).

Pokud byla soběstačnost seniorů snížena nebo byli plně odkázáni na pomoc rodiny, která se o ně nemohla postarat, nebo rodinu neměli, byli umísťováni do jediné formy institucionální péče, a to do státních domovů důchodců. V případě nedostatku kapacit v těchto zařízeních se situace řešila dlouhodobými pobyty v nemocnici na odděleních LDN. Kromě osob částečně nebo zcela odkázaných na péči okolí, zde pobývali i senioři zcela zdraví, kteří přišli z nejrůznějších důvodů o rodinné zázemí. Péče, jak ve zdravotnických zařízeních, tak v sociálních ústavech, byla hrazena státem. Klient byl pasivní příjemce péče a nebyl mu dán téměř žádný prostor vyjádřit se k poskytovaným službám v těchto zařízeních (Malíková, 2011).

V sociálních ústavech se musel senior přizpůsobit chodu i režimu ústavu. Často tak poslední roky života strávil v pasivitě, ve zklamání, měl pocity lítosti a křivdy. Pokud senior trpěl také demencí nebo nekomunikoval, personál se mu většinou ani nesnažil porozumět. Péče byla zajišťována pracovníky zařízení, tj. zdravotními sestrami a sanitářkami. Jejich přístup byl většinou odlidštěn, seniory braly jen jako práci. Toto tvrzení pochopitelně nemůžeme paušalizovat. Také samotný výběr zařízení nebyl možný. Senior byl umístěn v tom regionu, odkud pocházel (Malíková, 2011).

3.1 SENIOŘI ŽIJÍCÍ V POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH ZAŘÍZENÍCH

V dnešní době je více než 85% ústavů sociální péče zřizováno kraji a obcemi. Nestátní organizace provozují hlavně terénní a ambulantní služby (Haškovcová, 2010). Sociální služby poskytované v pobytových zařízeních jsou financovány z více zdrojů. Kromě jiného jsou to platby od samotných klientů, jejich státem přiznané příspěvky na péči v plné výši plynoucí pobytovému zařízení (Malíková, 2011). Domovy důchodců byly přejmenovány na domovy pro seniory a domy s pečovatelskou službou se transformovaly na domovy-penziony, nebo byly zrušeny (Haškovcová, 2010).

Domovy-penziony pro důchodce lze označovat jako pobytové služby, kdy v pronajatém bytě bydlí téměř zdraví a soběstační senioři. Byt vybavují vlastním nábytkem, a pokud chtějí, mohou si služby jako praní či úklid objednat a následně zaplatit (Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2005).

Domovy pro seniory podle zákona č. 108/2006 Sb., zajišťují pobytové služby osobám se sníženou soběstačností, kdy hlavním důvodem bývá věk a vzniklá situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Kromě stravy a ubytování jsou klientům poskytovány například sociálně terapeutické činnosti, pomáhá se s hygienou nebo se k ní poskytnou podmínky. Dále se pomáhá při běžném zvládnutí péče o vlastní osobu či při obstarávání osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 49).

Rozdílem oproti dobám minulým je informovanost dnešních seniorů a možnost volby zařízení, které odpovídá jejich potřebám. Je zajímavé, že dlouhodobě se klienty domovů pro seniory stávají jen 3-4% seniorů, nikoliv každý, jak se mnoho lidí domnívá. Jednou z příčin tohoto názoru jsou média, jejichž pozornost se upírá zejména na domovy pro seniory, zmínit, že značná část seniorů žije ve svých domácnostech, však trochu zapomínají (Vágnerová, 2010).

Ačkoliv je rozhodnutí přejít do zařízení často poslední možností, senioři ho mnohdy berou velmi špatně. Ideální je, pokud si senior zařízení, kam později nastoupí a kde se mu dostane odpovídající sociální a zdravotní péče, sám vybere. Obvykle se zohledňuje lokalita zařízení, zda je blízka jeho domovu a dostupná pro příbuzenstvo. Dále se zvažuje velikost zařízení, typ poskytovaných služeb a jací klienti se zde nachází, zda jsou

či nejsou aktivní. Neméně důležitá je i měsíční cena a čekací lhůta na umístění (Venglářová, 2007). V dnešní době jsou domovy pro seniory více otevřeny veřejnosti, organizují se zde různé koncerty a trhy, kam přicházejí i cizí lidé. Vybavení je lepší, v některých, hlavně soukromých rezidenčních zařízeních, až luxusní. Dle odhadů tvoří soukromá rezidenční zařízení přibližně 15% z celkového počtu rezidentních služeb. Oproti státním nebo městským domovům pro seniory jsou dražší, ne vždy však cena znamená vyšší kvalitu služeb a lepší vybavení. Pokoje v domovech pro seniory jsou pro méně klientů než dříve, ale vlastní nábytek je většinou zakázán. Domovy zprostředkovávají kadeřnické a holičské služby, manikúru nebo pedikúru. Často jsou součástí domovů rehabilitační místnosti, sloužící ke kolektivnímu nebo individuálnímu cvičení. Pravidelně jsou poskytovány terapeuticko zábavné činnosti a čas od času jsou organizovány výlety. oblíbenou formou léčby a rehabilitace je petterapie, kdy jsou uživatelé v přímeném kontaktu se zvířaty. V některých domovech existují i kavárny a prodejny potravin (Haškovcová, 2010). Matoušek (1999) zmiňuje, že v některých domovech obyvatelé utváří výbory, které mají za úkol reprezentovat všechny obyvatele při jednání s vedením domova.

Služby jsou klientům poskytovány na základě individuálního plánu, na jehož tvorbě se klient sám podílí. Cílem není vykonávat věci za klienta, ale pomoci mu, či ho podpořit, aby mohl některé činnosti vykonávat sám a omezit tak jeho závislost. Tím, že se udržuje určitá míra soběstačnosti, je zajištěna lidská důstojnost seniora, ten získává větší sebevědomí a lépe se hodnotí (Malíková, 2011).

Problémem může být to, že jeden pracovník v přímé péči pečuje o 3 až 15 klientů. Ve srovnání s jinými zeměmi se jedná o vysoký počet neumožňující pracovníkům, aby dostatečně dobře vykonávali svou práci. Pracovníci mohou být demotivovaní nebo se u nich projeví syndrom vyhoření (Malíková, 2011).

Jak senior sám prožívá umístění do domova či jiné instituce? Je to bezesporu zásadní změna ve způsobu života, která vyžaduje delší dobu adaptace (Vágnerová, 2007). Venglářová (2007) mluví o lepší adaptaci u těch seniorů, kteří jsou v době přestěhování ještě aktivní.

S délkou adaptace souvisí hned několik problémů. Senior v instituci ztratil své dřívější zázemí, prostor, který znal a byl spojený s jeho osobní identitou. Každý člověk potřebuje někam patřit a senior není výjimkou. Vymezení místa i skupiny je součástí toho, kdo jsme, zabraňuje anonymizaci. Při přestěhování do ústavního zařízení dochází k narušení této složky identity a senior vnímá ohrožení. Stává se pouze anonymním obyvatelem určité instituce. Potřeba umístit seniora do ústavu, ač symbolicky, potvrzuje ztrátu nezávislosti a soběstačnosti. Příčinu této změny vidí senioři v úpadku vlastní osobnosti. Samotný přesun z domova je pojímán starým člověkem jako signál, že se blíží konec života. Senioři si uvědomují, že pobyt zde je konečnou fází, proto je to také změna velmi stresující, mající převážně negativní charakter. Seniorovy problémy narůstají, příjemných věcí je méně a vyhlídky do budoucnosti nejsou lepší, ba naopak. Reakcí bývají deprese, apatie a ztráta pozitivního očekávání či nerealistické představy, kterým člověk po čase začne i věřit (Vágnerová, 2007).

Všechny tyto zmíněné problémy se projeví v prožívání, chování i v kognitivní oblasti. Pro adaptaci v novém prostředí je potřeba se s ním seznámit. Orientace v nové situaci může být pro seniora obtížná. Najednou ho obklopuje mnohem více lidí, než byl zvyklý a teritorium je daleko větší než to dřívější. Ústavní pobyt lze také chápat jako určitou sociální izolaci, kdy senior se sníženou soběstačností pobývá jen v omezených prostorách zařízení. Senior, který má možnost pohybu po zařízení neomezeně, je doslova zahlcen kontakty s dalšími klienty, s nimiž je nucen bydlet. Nemožnost jejich výběru a zhoršená přizpůsobivost ve stáří mohou být další zátěží. Potřeba bezpečí ve stáří se může oproti té v mládí lišit. Bývá spojena s někým, kdo tuto potřebu zajistí, zejména v případech, kdy starý člověk není plně soběstačný. Z emočního hlediska může jít o vztah ambivalentní, kdy na jedné straně je k pečujícím osobám pociťován vděk, na druhou stranu i nechuť, kterou způsobuje seniorova závislost na nich. V domově není potřeba se věnovat dříve nezbytným činnostem jako například praní, úklid či vaření. Tyto činnosti obstará personál, některým seniorům však takové aktivity chybí, a proto se snaží vykonávat věci, které považují za užitečné a za které by také rádi uslyšeli pochvalu. Ta ovšem často nepřichází. Jiná skupina seniorů má pocit, že náplň dne je neustále stejná a i přes rozmanitou nabídku aktivit si nenašli něco, co by je uspokojovalo a v domově se nudí. Pokud koníčky mají, jsou přizpůsobeny aktuálním možnostem zařízení, častá je

četba, sledování televize či poslech rozhlasu. V domovech pro seniory může také docházet k vytvoření zbytečné nesoběstačnosti. Na vině je často personál, který starým lidem pomáhá, i když to není nutné. Lidé si časem odvyknou se o sebe starat, protože pohodlnější je počkat, až to udělá někdo jiný. Tím pak jejich závislost a infantilizace (Vágnerová, 2007).

Obyvatelé domova se stávají referenční skupinou seniora, se kterou se srovnává. Vazba je v porovnání s tou na rodinu a blízké malá, avšak je každodenní a může život zpříjemnit. Vytvářet nové vztahy je však pro starší lidi a zvláště pak pro ty nemocné obtížnější a snadněji se stává zdrojem stresu. Pokud má kolem sebe senior vrstevníky ve špatném zdravotním a psychickém stavu, může pociťovat ohrožení, protože v nich vidí vlastní budoucnost. Senior si v zařízení také potřebuje potvrdit důležitost pro své blízké, chce být přijímán a mít dobré vztahy s rodinou. Protože nežije doma, nedělí se s nimi každý den o zážitky, bývá potřeba potvrzení jistoty existence vztahů silnější. Senior se stává úporným, vyžaduje častější návštěvy a příbuzné si často idealizuje, což je jedním z mechanismů pomáhající uchovávat pozitivní sebeobraz (Vágnerová, 2007).

Pokud je senior nemocný, má sníženou soběstačnost a trpí duševním onemocněním, zejména různými formami demence v pokročilejším stádiu, je vhodnou volbou domov se zvláštním režimem. Stejně jako v domově pro seniory, tak i zde je kromě pobytu a stravy poskytována pomoc při osobní hygieně, sociálně terapeutická činnost, pomoc při zvládání úkonů péče o vlastní osobu nebo při obstarávání osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 50). Při vstupu do zařízení hraje důležitou roli personál, který by měl seniorovi pomoci vyrovnat se se ztrátou autonomie a zvyknout si na nový způsob života (Venglářová, 2007).

4 PŘÍPRAVA NA STÁŘÍ A ÚSPĚŠNÉ STÁRNUTÍ

Ke stáří plnému příjemných prožitků a spokojenosti přispívá od konce minulého století rozvíjející se koncept úspěšného stárnutí a zdravého stáří, zformulovaný hlavně kvůli neustálému zvyšování nemocnosti u starších a starých lidí. Tento koncept staví na tom, že lidský život lze nejen prodloužit, ale také ho zkvalitnit. Nemoci lze oddálit, lze je přesunout až na úplné stáří. Hledají se proto různé možnosti, kde by se senioři mohli realizovat a jejich život získal opět smysl. V současné době je v důchodu mnoho aktivních, čilých seniorů, kteří ještě chtějí být ekonomicky aktivní a je na nich, zda tak učiní, či zůstanou doma a budou se věnovat svým zájmům. Měli by u toho však dbát na doporučení ohledně zdravého způsobu života a chránit se před rizikovými faktory, které mohou zapříčinit vznik civilizačních chorob. Aby byl člověk v rámci možností zdravý, je důležité cítit se dobře i po psychické stránce (Haškovcová, 2010). Podle Švancary existuje několik předpokladů pro prožití spokojeného stáří. Senior by měl brát ohled na ubývající čas a rozhodnout se, kterým aktivitám se bude dále věnovat a které vyloučí. Protože aby měl život smysl, je pro něco potřeba žít, neplatí to jen o aktivitách, může to být i partner (Kalvach, Zadák, Jirák a kol., 2004).

Ve stáří ubývá schopnost pohotově reagovat na změnu, lidé preferují přesně stanovený řád před něčím novým, stávají se více pohodlnějšími. Dřívější pružnost by však měli posilovat ve všech ohledech. Měli by pěstovat pohyb, který odpovídá jejich individuálním možnostem, rozvíjet duševní pružnost, například tzv. duševní gymnastikou. Senior by měl být také smířen s tím, že existují nemoci, které ho mohou postihnout a že se ho v budoucnu budou možná týkat také. Staří lidé by se měli snažit porozumět nejen vrstevníkům, ale i mladším lidem, ne pouze pasivně neočekávat a předpokládat, že ostatní porozumí jim. Malá osobní motivace může způsobit v rodině seniora mnoho nedorozumění. Posledním předpokladem je najít si cokoliv, co působí člověku a pečovat o to. Mohou to být setkání s blízkými a přáteli, někomu může přinášet potěšení starat se o zahradu, na což například v Německu existuje také odborná metoda zvaná Gartenterapie (Haškovcová, 2010).

Projekt úspěšného stárnutí se promítá i do samotného oboru geriatric. Takzvaná nová geriatric by neměla znamenat jen péči o dlouhodobě nemocné a nemohoucí seniory ale také by se měla zajímat a starat o zdravé stáří (Haškovcová, 2010).

Na to, aby byl život seniora kvalitní, existují různé národní i nadnárodní programy zdravého stárnutí. K jejich realizaci je zapotřebí nejen samotného seniora, ale také celé společnosti. Rady, jak je provádět lze nalézt v dokumentech s označením „příprava na stáří.“ Haškovcová (2010) vychází z úspěšného programu z minulého století s názvem „Úcta ke starším“, který následně doplnila o nové poznatky. Uvádí, že příprava na stáří může být dlouhodobá, střednědobá a krátkodobá. Dlouhodobou je myšlena celoživotní příprava, která má být součástí všech vzdělávacích a výchovných programů od dětského věku. Hlavní myšlenkami jsou budovat v dětech respekt k seniorům a upevňovat pozitivní obraz stáří. Střednědobá příprava se týká skupiny dnešních padesátníků, kterým zbývá kolem deseti let do důchodu. Ve středním věku by již každý měl akceptovat, že stáří je součástí života a pomalu se na něj připravovat. Měl by přemýšlet o tom, jaký bude jeho druhý životní program, až nebude moci vykonávat své povolání a s touto činností začít včas. Také v dosavadním životě by člověk ideálně neměl spoléhat jen na jedinou věc, ale vždy uvažovat o více alternativách, protože pokud to, na co se člověk upínal, selže, může to mít velmi negativní dopad na psychiku. Měla by se také angažovat i společnost a pomoci seniorovi v hledání nových aktivit tím, že je nabídne. První životní program, kdy byl člověk ekonomicky aktivním, by měl být postupně nahrazen druhým životním programem. Pro ten jsou důležitými složkami obnova a zlepšení rodinných a přátelských vztahů, které se například kvůli péči o rodinu tolik nerozvíjely. V této době je také vhodné osvojit si zásady zdravého životního stylu, který pomáhá udržet seniorovu soběstačnost. Zdravý životní styl tkví hlavně v racionální výživě a omezení škodlivých návyků z minulosti, pravidelném a dostatečném pohybu a odpočinku. Krátkodobá příprava by trvala 3-5 let před samotným odchodem do důchodu. Člověk by měl přehodnotit svůj dosavadní život, pokud má velký byt, prodat ho a přestěhovat se do menšího, který se nachází v nižším patře a v blízkosti dětí. Pokud to znamená odstěhování z lokality, kde celý život pobýval, je potřeba zvážit kvalitu a funkčnost nového bydlení. Vhodné je i zjistit si dostupnost veřejné dopravy, obchodů a praktického lékaře. Je třeba i pamatovat na vhodné zařízení bytu, vyjadřující pojem ekologie stáří. Byt by měl být bezpečný bez obtížně překonatelných

bariér. V koupelně je vhodné vyměnit vany za bezpečnější sprchové kouty a doplnit madla. Staré spotřebiče, které ohrožují bezpečnost vyměnit, pokud k nim má senior vztah, potom je přesunout na místo, kde nepřekáží. Pokud vlastní senioři chalupu nebo chatu, měli by i zde pamatovat na bezpečnost. Nároky dnešní generace seniorů na bydlení nejsou nijak velké, ale je potřeba mít na paměti, že s nástupem příštích generací budou stoupat. To je dobré vědět už v předstihu, hlavně kvůli residenčnímu bydlení.

Poslední připomínka se týká finančních rezerv, hlavně u dnešních mladých seniorů, jelikož starší senioři, kteří převážnou část života prožili v socialismu, neměli většinou šanci cokoliv naspořit. Dnešní doba umožňuje uzavírat penzijní připojištění či různé investice, jejichž částka se posléze stává vítaným přilepšením k důchodu (Haškovcová, 2010).

5 KVALITA ŽIVOTA

Podle Světové zdravotnické organizace je kvalitou života vnímání jedince jeho pozice v životě, v kontextu své kultury a systému hodnot a ve vztahu k jeho cílům, obavám, normám a očekávání. Tento koncept je ovlivněn mnoha faktory, mezi které patří fyzické zdraví a psychický stav jedince, osobní vyznání, sociální vztahy a vztahem k důležitým oblastem jeho životního prostředí (Mühlpachr, Vaďurová, 2005).

Podle Zanottiho, autora v České republice hojně používaného dotazníku SQUALA, je kvalitou života veškeré vnímání spokojenosti či nespokojenosti jedince v celém jeho životě, kde má spokojenost s různými aspekty také různou důležitost (Šefflová, 2001 in Mühlpachr, Vaďurová, 2005).

Dle Halečky (2001 in Mühlpachr, Vaďurová 2005) však kvalita života jako taková neexistuje, význam má jen pokud je vymezeno konkrétní prostředí, ve kterém se měří. Kvalita života by měla být spojována s řešením otázky „jaká kvalita a pro koho“.

Měření kvality života se nevztahuje pouze na jedince. Engel a Bergsma (Křivohlavý, 2001 in Mühlpachr, Vaďurová 2005) rozlišují 3 důležité sféry pro hlubší pojetí kvality života. Jedná se o makro-rovinu, mezo-rovinu a personální rovinu. V makro-rovině jde o kvalitu života velkých společenských celků, příkladem může být kontinent. V problematice kvality života se zde odráží hladomory, boj s terorismem atd. V mezo-rovině se jedná o kvalitu života v malých sociálních skupinách, jako jsou školy nebo podniky. Na této úrovni se například zohledňuje uspokojování potřeb každého člena skupiny. Personální rovina je dána životem jednotlivce, v kvalitě života se subjektivně hodnotí zdravotní stav, spokojenost nebo naděje.

Existují dvě hlediska, jak lze přistupovat ke konceptu kvality života. Subjektivní hledisko je mnoha odborníky považováno za základní a určující pro lidský život. Subjektivní kvalita života souvisí s tím, jak jedinec vnímá své postavení v kontextu jeho kultury a hodnotového systému. Spokojnost se odvíjí od jeho osobních cílů, zájmů a očekávání. Objektivní kvalita života hledí na materiální zabezpečení, sociální podmínky, tělesné zdraví a sociální status (Mühlpachr, Vaďurová 2005).

5.1 KVALITA ŽIVOTA Z HLEDISKA RŮZNÝCH VĚDECKÝCH DISCIPLÍN

Kvalita života z pohledu sociologie

Ve vztahu k jednotlivci se kvalita života v sociologii vymezuje proti konzumnímu způsobu života zaměřeného na vlastnictví. To samo o sobě nemůže člověku přinášet plné uspokojení nebo vykompenzovat jiné potřeby, zejména ty duchovní. Mühlpachr a Vaďurová (2005) uvádí, že pojem kvalita života je v sociologii užíván ve čtyřech určeních jako:

- Odborný pojem týkající se kvalitativní stránky životních procesů a podmínek jejich hodnocení. Kvalita života je posuzována podle úrovně bydlení, mezilidských vztahů, ukazatelů zdraví a nemoci atd.
- Programové politické heslo, které obrací pozornost veřejnosti na nové společenské úkoly stojící nad materiální úrovní a vojenskou silou.
- Sociální hnutí vznikající díky různým ekologickým, protirasovým a protikonzumentským hnutím.
- Reklamní, bezobsažný slogan, který nabízí jedinci oblasti konzumu jako je volný čas nebo bydlení.

Kvalita života z pohledu psychologie

V psychologickém přístupu je kladen důraz na prožívání, myšlení a hodnocení člověka, jeho sebehodnocení a seberealizaci, sebeaktualizaci, potřeby a přání. Důraz je však kladen i na životní traumata, krize, deprese či poruchy nálad. Neméně důležitými složkami psychologického přístupu jsou také autonomie daná rozhodováním a sebeřízením, autenticita a kompetentnost člověka, čili to, jak člověk rozumí světu a jak ho může ovlivnit (Mühlpachr, Vaďurová 2005).

Kvalita života z pohledu medicíny

Pro medicínský pohled je důležitý pojem zdraví a nemoc. Protože pojem „zdraví“ tak, jak je uváděn Světovou zdravotnickou organizací, je uveden výše, postačí definice nemoci jako „stav organismu, vznikající působením vnějších nebo vnitřních okolností, narušující správné fungování a rovnováhu. Dochází k poruchám funkce a struktury orgánů, vedoucích k výskytu příznaků nemocí a dalším důsledkům“ (Mühlpachr, Vaňurová, 2005, s.24). Seedhouse říká, že „optimální zdravotní stav určité osoby závisí na splnění souboru podmínek, které jí umožňují žít a pracovat tak, aby byly splněny její realisticky zvolené a biologické možnosti“ (Mühlpachr, Vaňurová, 2005, s.26).

V medicíně se nyní prosazuje Health-Related Quality of Life, neboli kvalita života týkající se zdraví. Jedná se o hodnotu, která je připisována životu, který je pozměněn postižením, funkčním stavem či sociálními příležitostmi ovlivněnými nemocí, zraněním či léčbou. HRQOL porovnává skutečné prožívání jedince, jeho zvládnání sociálních rolí se stavem, který on považuje za ideální. Jde o to, jak je kvalita života prožívána. Nástrojem měření je dotazník nebo strukturovaný rozhovor (Mühlpachr, Vaňurová, 2005).

5.2 OBECNÉ A SPECIFICKÉ NÁSTROJE MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA

Obecné nástroje obsahují měření schopností v jednotlivých oblastech a profily zdraví. Používají se dotazníky, které zjišťují nejdůležitější aspekty kvality života člověka. Užívá se jich především u programů zdravotní péče či různých průzkumů zdravotního stavu. Obecné nástroje se dají použít u osob s různým zdravotním stavem a nemocemi. (Mühlpachr, Vaňurová 2005).

Specifické nástroje jsou zaměřeny na nejdůležitější aspekty pro danou oblast měření. Může se jednat o specifika určité nemoci, populace, schopnost či podmínky.

Výhodou je citlivé zhodnocení určité oblasti, proto jsou přesnější než obecné nástroje. Příkladem může být Epilepsy Surgery Inventory. Vyvíjené nástroje musí reflektovat oblasti, které jsou pro pacienty důležité. Měření by mělo zahrnovat jak psychické, tak fyzické zdraví a výsledné hodnoty by měly sloužit i pro statistickou analýzu. Sestavený dotazník by měl být validní, jednoduchý a krátký a také relevantní (Mühlpachr, Vaňurová, 2005).

Dělení nástrojů měření

Jak říká Křivohlavý (2001 in Mühlpachr, Vaňurová 2005), lze nástroje rozdělit podle objektivnosti na objektivní, kde kvalitu života hodnotí osoba druhá, subjektivní, kdy je hodnotitelem osoba, které se dotazník týká a smíšené, vzniklé sloučením metody první a druhé.

Objektivní metody

Apache II neboli hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu se snaží obsáhnout celkový stav pacienta fyziologickými a patofyziologickými kritérii (Knaus et al. 1998 in Mühlpachr, Vaňurová 2005). Předpokladem pro tuto metodu je, že lze pacientův stav kvantitativně porovnat s normou, kdy výsledek je vyjádřen číslem. Také se předpokládá, že mezi údaji o vážnosti nemoci a úmrtností pacientů existuje korelace (Mühlpachr, Vaňurová 2005). Skóre Apache je v rozmezí 0 až 71 bodů, kdy větší skóre značí vyšší pravděpodobnost úmrtí pacienta (Poses et al, 1996 in Mühlpachr, Vaňurová 2005).

The Karnofsky Performance Scale

Nástroj z roku 1949 byl původně vytvořen pro zhodnocení paliativní léčby u osob s rakovinou plic. Hodnota indexu, která je zároveň i názorem na celkový zdravotní stav

pacienta ke konkrétnímu datu, je udávána lékařem. Metoda užívá procentuální škálu od 0 do 100 (Bowling, 1992 in Mühlpachr, Vaďurová 2005). Přičemž index 100 značí normální stav bez obtíží a index 0 udává, že pacient je mrtev. Tento nástroj je zaměřen převážně na tělesnou dimenzi kvality života (Mühlpachr, Vaďurová, 2005).

Visual Analogue Scale (VAS)

U VAS lze uvést metodu vizuálního škálování celkového stavu pacienta. Ta je v úhlu 45 stupňů stoupající úsečkou se dvěma označenými extrémy. Oba extrémy se týkají zdravotního stavu pacienta, kdy první je mimořádně dobrý a druhý je mimořádně špatný (Křivohlavý, 2001 in Mühlpachr, Vaďurová, 2005).

Index kvality života ILF

V této metodě jsou slovně formulována kritéria jako například samoobslužnost pacienta nebo sociální opora pacienta (Křivohlavý, 2001 in Mühlpachr, Vaďurová 2005). Výběr hodnotících kritérií kvality života záleží na shodě pacienta se zdravotnickým personálem, klinickým psychologem apod., nikoliv pouze a jen na hodnotiteli (Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

Spitzer Quality of Life Index-QL

Nástroj vytvořený pro lékaře pracující s pacienty, kteří měli rakovinu nebo byli chronicky nemocní, je nyní užíván především odborníky při terapiích. Zjišťuje se stav před a po terapii (Křivohlavý, 2001 in Mühlpachr, Vaďurová 2005). Index kvality života je rozdělen do pěti oblastí považovaných za klíčové pro aktivní život, jako například vnímání zdraví, podpora rodiny a přátel nebo samotná aktivita. Každá z oblastí zahrnuje různé lidské činnosti a respondent označuje, do jaké míry jsou platné pro jeho život. Respondent rozhoduje pouze o tom, zda je aktivity schopen či nikoliv. Škála má pět částí se třemi možnostmi pro odpověď. Odpovědi jsou bodově hodnoceny od 0 do 2 bodů a každou část lze hodnotit buď samostatně, nebo jsou všechny části sečteny do celkového skóre (Mühlpachr, Vaďurová, 2005).

Subjektivní metody

Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life-metoda SEIQoL

System individuálního hodnocení kvality života vychází z metody Repetory Grid, vytvořené na základě Kellyho osobnostních konstruktů. Ta říká, že myšlenky a činy jsou důsledkem osobnostních představ, které všichni máme o věcech, lidech atd. Kvalita života podle SEIQoL vychází z toho, jak definuje kvalitu života dotazovaný a jak ji hodnotí. Kvalita života se odvíjí od systému hodnot člověka, které se mohou v průběhu života měnit (Křivohlavý, 2001 in Mühlpachr, Vaďurová 2005). Tato metoda se provádí strukturovaným rozhovorem. V něm se uvádí 5 životních cílů v danou chvíli nejdůležitějších. U každého z cílů se v procentech uvádí i to, do jaké míry je s jeho dosahováním člověk spokojený. Nespokojenost značí 0 % a plnou spokojenost 100 % (Mühlpachr, Vaďurová, 2005).

Schedule for the Evaluation of individual Quality of life-Direct Weighting (SEIQoL-DW)

Jedná se o nástroj odvozený od SEIQoL. Respondenti zde označují ty oblasti života, o nichž si myslí, že jsou nejdůležitější a hodnotí v nich také svůj výkon a spokojenost s nimi. Nástroj je koncipován jako polostrukturovaný rozhovor, kde se nejprve identifikují jednotlivé životní cíle, poté se zjistí jejich stav a nakonec se porovnává jejich důležitost (Hickey et al., 1996 in Vaďurová, Mühlpachr, 2005). Umožňuje stejně jako SEIQoL zcela individualizované měření kvality života. Jak ale autoři uvádí na základě výzkumu, který provedli, měří tento nástroj spíše determinanty kvality života než kvalitu samotnou, a to díky tomu, že jsou respondenti vyzváni, aby označili nejdůležitější oblasti pro kvalitu života. Nástroj se hodí pro klinickou a výzkumnou praxi, jelikož zdravotníkům poskytuje důležité informace k lepšímu pochopení dopadu jejich péče na kvalitu života jedince (Mühlpachr, Vaďurová, 2005).

Lancashire Quality of Life profile-LqoLP, European Version -LQoLP-EU

Nástroj byl vytvořen s cílem postihnout subjektivní i objektivní aspekty kvality života. Jedná se o sebeposuzující rozhovor, který čítá 105 položek rozdělených do 9 oblastí. Měl by být zaznamenán školeným tazatelem. Jednotlivé oblasti se týkají například práce a vzdělání, volného času, životní situace, zdraví nebo sociálních vztahů. Subjektivní komponenty oblastí jsou posuzovány na stupnici životní spokojenosti o sedmi bodech, kdy první bod značí, že nemůže být hůře a sedmý, že nemůže být lépe. Nástroj LQoLP se užívá především při hodnocení výsledků péče (Mühlpachr, Vaďurová, 2005).

Dotazník SQUALA

Viz. podkapitola Metody šetření

Smíšené metody

Mansa

Cílem metody Krátkého hodnocení kvality života je vytvořit co nejpřesnější obraz kvality života určité osoby v určité chvíli. Její variací je LQoLP (Mühlpachr, Vaďurová, 2005). Mansa zjišťuje spokojenost v 11 oblastech, jako je například zdravotní stav, sebepojetí, rodinné vztahy, náboženství nebo zaměstnání (Křivohlavý, 2001 in Mühlpachr, Vaďurová, 2005).

Life Satisfactory Scale

Škála životního uspokojení vychází z metody Mansa, která je dále rozpracována. Hodnotí kromě celkové životní spokojenosti i různé dílčí dimenze. Jde o sedmidílnou vizuální stupnici se dvěma extrémy a pěti mezistupni (Křivohlavý, 2001 in Mühlpachr, Vaďurová, 2005).

6 ŠETŘENÍ

6.1 FORMULACE HYPOTÉZ A CÍLE PRŮZKUMU

Cílem mého šetření bylo zjistit, jaké faktory v životě považují vybrané skupiny seniorů za podstatné a jak hodnotí kvalitu svého nynějšího života. Jelikož se jednalo o dvě rozdílné skupiny, mým druhým cílem bylo zjistit, zda se ve faktorech nebo v hodnocení kvality života skupiny odlišují.

V závislosti na zvoleném tématu a výzkumných cílech jsem formulovala několik hypotéz:

H1: Předpokládám, že být zdravý považuje většina zkoumaných seniorů za nejpodstatnější.

H2: Předpokládám, že si zkoumaní senioři velmi váží své soběstačnosti.

H3: Předpokládám, že ve stáří se zvyšuje potřeba dobrých vztahů s blízkými lidmi.

H4: Předpokládám, že pro zkoumané seniory je podstatné cítit se v bezpečí.

6.2 METODY ŠETŘENÍ

K psychologickému šetření jsem použila metodu pozorování, strukturovaného interview a sebeposuzovací dotazník kvality života SQUALA.

Pozorování bývá částečně zkresleno díky individuální interpretaci pozorovatele (Spinelli, 1989 in Miovský, 2006). Ovlivněno může být jeho emocemi a zkušenostmi. Pozorování zahrnuje pohybové znaky chování (mimika, gestikulace, pohyb celého těla), dále obsahové a formální znaky verbálního chování (rychlost řeči, bohatost slovníku, dialekt, význam výroků, reakce na výroky) nebo i znaky prostředí sloužící zejména k dotvoření pozorované situace. Jedná se nejen o samotné místo, ale i jeho okolí, vybavení prostoru nebo teplotu (Maršálová, Mikšík, 1990 in Miovský, 2006).

V tomto případě se jednalo o zúčastněné pozorování. V obou zařízeních, kde bylo prováděno šetření, jsem měla možnost působit na odborné praxi, během níž jsem klienty poznávala. Někteří z nich pak byli požádáni, aby vyplnili dotazník. Kromě toho jsem těm, kteří z nějakého důvodu sami nemohli, pomáhala dotazník vyplnit. Znalost prostředí i samotných respondentů se ukázala být jako nesporná výhoda v pochopení odpovědí.

Strukturované interview jsem do metod šetření zahrnula, jelikož jsem některým respondentům pomáhala s vyplněním dotazníku. Označení „rozhovor“ se nepoužívá z důvodu odlišení výzkumné metody od běžné formy lidské komunikace. Samotné interview je jednou z nejsložitějších, ale také nejvýhodnějších metod pro získání kvalitativních dat, kdy tazatel je zároveň pozorovatelem. Kromě pozorování účastníka, extrospekce, by měl být tazatel schopen sebereflexe své i svojí práce. Důležitá je i atmosféra, protože čím důvěrnější a otevřenější je, tím budou data validnější. Denní doba, kdy je interview prováděno, by měla být co nejvíce časově neutrální a respektovat zvyklosti cílových skupin. Důležitý je i samotný tazatel, jeho chování, oblečení, nebo výraz (Miovský, 2006).

Strukturované interview stojí na pomezí metod dotazníkových a interview. Má pevně dané schéma, které neumožňuje tazateli výraznější změny a úpravy. Otázky mají pevně stanovené pořadí a znění a často je používán i předem stanovený časový prostor. Odpovědi bývají validnější než u dotazníku, ale je zapotřebí náročné přípravy. Tazatelé mohou být trénováni v mimice, gestikulaci, chování nebo intonaci hlasu (Arksey, Knight, 1999 in Miovský, 2006). Důležité je zajistit srovnatelné podmínky průběhu interview pro všechny účastníky, což umožňuje sledovat jejich odlišné reakce a odpovědi, jejich gesta, pohyby či výrazy (Denzin, 1989 in Miovský, 2006). Hlavní nevýhodou je omezený prostor pro tazatele na rozvíjení souvisejícího tématu, které vzniklo během interview. Další zápory jsou podobné těm dotazníkovým, jedná se zejména o příliš úzké vymezení otázky, různý výklad nebo různé porozumění zadání (Miovský, 2006).

Poslední používanou metodou je sebeposuzovací dotazník kvality života SQUALA. Dotazník vytvořený roku 1992 v Nice, který do české podoby přepracovala Eva Dragomirecká a kol., vychází z Maslowovy třístupňové teorie potřeb. SQUALA obsahuje demografické údaje a 23 oblastí života, kde nejprve respondent hodnotí, jak jsou pro něj

důležité a poté svou spokojenost s nimi. Subjektivní důležitost je hodnocena na 5 bodové škále (0 =bezvýznamné -4 =nezbytné). Spokojenost je taktéž hodnocena na 5 bodové škále od 0 znamenající „velmi zklamán“ až po 4 „zcela spokojen“. Hodnocenými oblastmi jsou například zdraví, psychická pohoda, mezilidské vztahy a víra. Na vyplnění je doporučen čas 15 minut (Dragomirecká a kol., 2006).

6.3 POPIS ZKOUMANÉHO VZORKU

Ke svému šetření jsem si vybrala klienty Domova pro seniory Vratislavice nad Nisou v Liberci a klienty občanského sdružení Totem, žijící v bytech vzniklých zrušením Domova-penzionu pro důchodce Bolevec se sídlem v ulici U Jam 23 v Plzni.

Domov pro seniory Vratislavice nad Nisou je jak domovem pro seniory, tak domovem se zvláštním režimem. V zařízení se poskytují pobytové sociální služby seniorům, jejichž tělesný a psychický stav vyžaduje pomoc druhého člověka, mají akutní infekční onemocnění nebo jejich péče vyžaduje specifický způsob komunikace. Kapacita tohoto zařízení je 104 klientů žijících na třech odděleních ve dvou budovách, kam jsou umístováni podle svého fyzického a psychického stavu. O klienty se stará přibližně 70 pracovníků. V objektech se nachází 50 jednolůžkových pokojů pro samostatnější klienty s vlastní koupelnou a sociálním zařízením, kuchyňkou a obývacím pokojem. Pro manželské páry jsou k dispozici dvoulůžkové pokoje ve stejném provedení a o větší rozloze. Ostatní pokoje jsou dvoulůžkové, vždy jedno sociální zařízení a koupelna pro dva pokoje (viz. O nás. Domov pro seniory Vratislavice nad Nisou [online]. 2008 [cit. 2012-03-16]. Dostupné z: <http://www.domovprosenioryvratislavice.cz/onas.htm>).

Občanské sdružení Totem je regionální dobrovolnické centrum založené roku 1999. Od té doby se kromě rozvoje dobrovolnictví v Plzeňském kraji zabývá poskytováním sociálně aktivizačních služeb seniorům a osobám se zdravotním postižením a rodinám s dětmi. Aktivity nabízené centrem umožňují seniorům nacházet a rozvíjet své schopnosti, navazovat nové kontakty a aktivně žít. Tyto činnosti slouží jako prevence před sociálním

vyločením a závislostí na sociálních zařízeních. Nabízeny jsou počítačové a jazykové kurzy na různých úrovních, akademie třetího věku nebo projekt Letokruhy (Naše činnost. TOTEM regionální dobrovolnické centrum [online]. 2011 [cit. 2012-03-16]. Dostupné z: <http://totem-rdc.cz/?q=onas>).

Občanské sdružení je podle zákona č. 83/1990 Sb. útvar, ve kterém se občané svobodně sdružují a nebylo vytvořeno za účelem politické strany, církevní společnosti nebo pro podnikání osob. Členství je dobrovolné a členy mohou být jak fyzické, tak právnické osoby. Sdružení vzniká registrací, návrh na registraci se předkládá Ministerstvu vnitra České republiky. K návrhu se přikládají stanovy, které obsahují název sdružení, sídlo, cíl činnosti sdružení, orgány sdružení a zásady hospodaření (Zákon č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů, §2-7, §12).

Projekt Letokruhy je zájmovým klubem nacházející se v budově bývalého Domova-penzionu pro důchodce v ulici U Jam, který propojuje různé činnosti s muzikoterapií a ergoterapií. Dále si zde klienti mohou zacvičit nebo trénovat paměť. Všechny tyto aktivity slouží k osobnímu rozvoji, relaxaci a udržení psychických a fyzických sil. Převážnou část klientů projektu tvoří zde žijící osoby. Domov-penzion pro důchodce Bolevec byl určen pro seniory, kteří jsou soběstační. Každý senior měl k dispozici vlastní byt, kde si sám hospodařil, avšak pro případ potřeby zde byla pečovatelská služba. V roce 2008 bylo toto zařízení zrušeno a změněno na nízkometrážní byty. Zrušením tak vznikla skupina seniorů, kteří nebydlí v domácím prostředí, ale také nejsou klienty žádného zařízení, pouze jsou jim dováženy obědy. Po přeměně na byty zde většina seniorů zůstala. Jestliže to jejich zdravotní stav vyžadoval, byli umístěni do jiného zařízení, kde jim byla poskytnuta potřebná péče. (Letokruhy. TOTEM regionální dobrovolnické centrum [online]. 2010 [cit. 2012-03-16]. Dostupné z: <http://www.totem-rdc.cz/?q=node/86>)

V Domově pro seniory Vratislavice nad Nisou jsem s pomocí sociální pracovnice vybrala skupinu seniorů, u nichž byl předpoklad, že budou schopni a ochotni dotazník vyplnit. Skupinu jsem následně oslovila a požádala o vyplnění. Získala jsem 21 dotazníků. Ostatní klienti nebyli schopni dotazník vyplnit z důvodu špatného zdravotního a psychického stavu. Od klientů občanského sdružení Totem žijící v budově bývalého Domova-penzionu pro seniory Bolevec jsem získala 20 dotazníků. Tito klienti dochází do

zájmového klubu Letokruhy nebo na počítačové a jazykové kurzy do Rodinné ulice. Skupina vybraných klientů Totemu bydlela v Domově-penzionu Bolevec ještě před jeho zrušením. Celkem jsem získala 41 respondentů

6.4 VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ A JEJICH INTERPRETACE

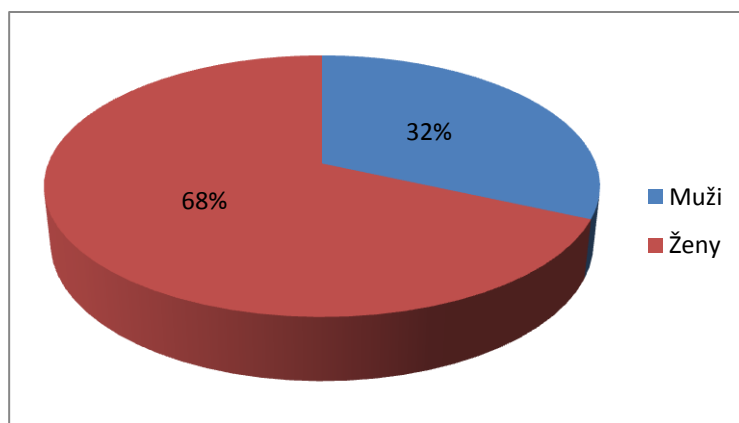
Demografické údaje

a) Pohlaví

Tabulka č. 1 Pohlaví

	Četnost	%
Muži	13	32
Ženy	28	68

Graf č. 1 Pohlaví



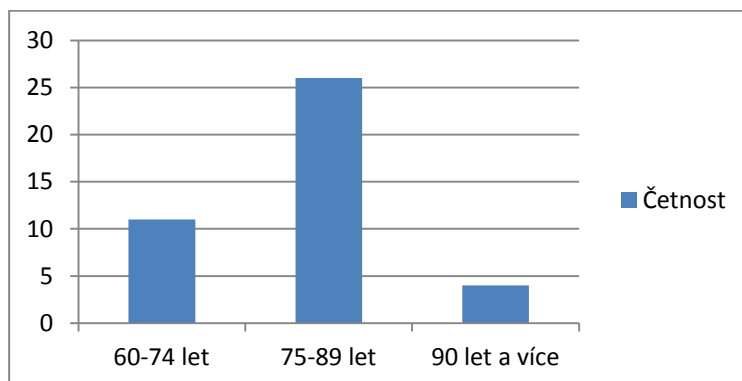
Celkový počet respondentů byl 41. Z toho muži tvořili 32 % a ženy 68 %. To, že více než polovinu respondentů tvořily ženy, odpovídá i skutečnosti. Ženy se dožívají obecně vyššího věku než muži.

b)Věk

Tabulka č. 2 Věk

Věk	Četnost	%
60-74 let	11	27
75-89 let	26	63
90 let a více	4	10

Graf č. 2 Věk



Věk respondentů jsem rozdělila pro větší přehlednost do tří skupin podle často uváděného dělení stáří. Jak je patrné z grafu, nejpočetnější skupinu (26 respondentů) tvoří senioři ve věku mezi 75 a 89 lety, což tvoří 63 % z celkového počtu. Na druhém místě jsou senioři, jejichž věk se pohybuje od 60 do 74 let, tvoří 27 %. Tato skupina je složena především z klientů bývalého Domova-penzionu pro seniory Bolevec. Poslední skupinou jsou senioři, jejichž věk je 90 a více let. Jedná se o 4 osoby, ženy, žijící výhradně v Domově pro seniory Vratislavice nad Nisou. Ty zaujímají 10 % z celkového počtu. Z tohoto grafu lze

vyvodit, že se stoupajícím věkem stoupá i závislost seniorů, proto také poslední skupinu tvoří výhradně klienti Domova pro seniory Vratislavice nad Nisou.

c) Bydlení

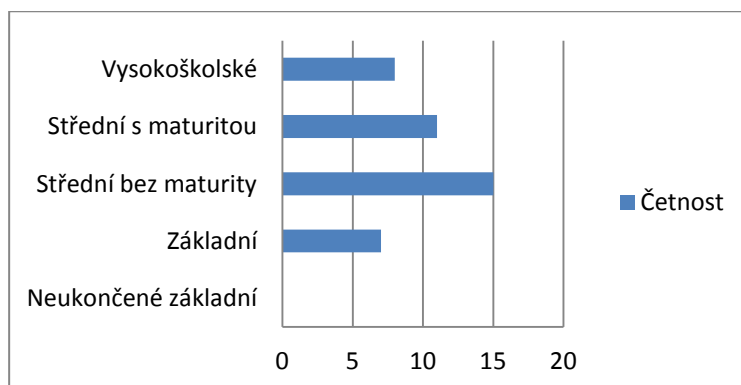
V otázce ohledně bydlení byli respondenti dotazováni, zda bydlí v obci, městě či velkoměstě. Jelikož velkoměsto bylo dáno velikostí nad 1 000 000 obyvatel a šetření bylo prováděno v Plzni a Liberci, všichni respondenti odpověděli shodně. Zvolena byla všemi poslední možnost, tedy velkoměsto.

d) Ukončené vzdělání

Tabulka č. 3 Ukončené vzdělání

	Četnost	%
Neukončené základní	0	0
Základní	7	17
Střední bez maturity	15	37
Střední s maturitou	11	27
Vysokoškolské	8	19

Graf č. 3 Ukončené vzdělání



Všichni respondenti mají alespoň základní vzdělání. Nejméně se vyskytovalo základní vzdělání, kterého dosáhlo 17 % z celkového počtu respondentů. Druhou nejméně početnou skupinu tvořili vysokoškolsky vzdělaní senioři, těch bylo 19 %. Nejvíce (37 %), zaujímalo střední vzdělání bez maturity. Středního vzdělání s maturitou dosáhlo 27 % seniorů.

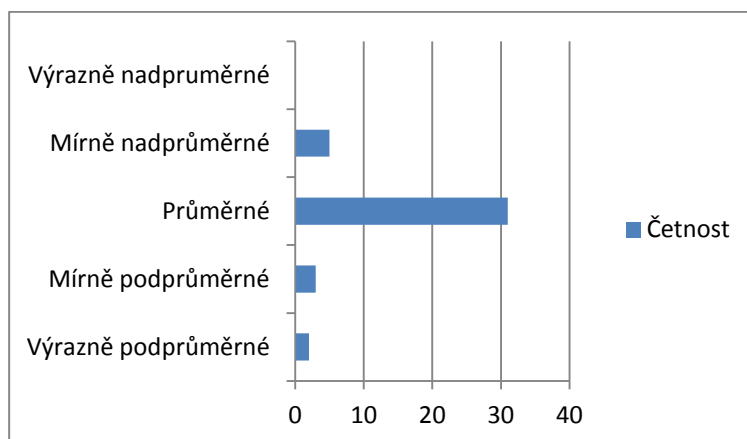
e) Zaměstnání

Na otázku týkající se zaměstnání odpovědělo plných 100 % shodně, že nepracují a jako důvod vybrali z nabídky „důchodce (nepracující.)“. Senioři, které jsem si vybrala pro své šetření, jsou klienty domova pro seniory a senioři, kteří žijí v pronajatých bytech od města vzniklých zrušením domova-penzionu pro důchodce, a proto nejsou jejich odpovědi nikterak překvapující. Domnívám se však, že někteří klienti občanského sdružení Totem, žijící v bytech v Bolevci pracovat mohou, pouze se nevyskytovali ve vzorku šetření.

f) Hmotné zabezpečení

Tabulka č. 4 Hmotné zabezpečení

	Četnost	%
Výrazně podprůměrné	2	5
Mírně podprůměrné	3	7
Průměrné	31	76
Mírně nadprůměrné	5	12
Nadprůměrné	0	0

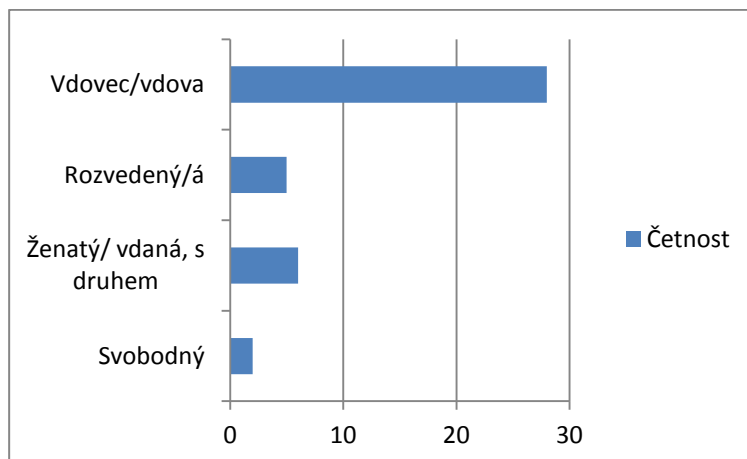
Graf č. 4. **Hmotné zabezpečení**

Většina respondentů (konkrétně 76 %) hodnotila svou finanční situaci a hmotné zabezpečení jako průměrné. Následuje možnost „mírně nadprůměrně“, kterou zvolilo 12 % respondentů. Mírně podprůměrně se vyskytlo u 7 % respondentů a 5 % seniorů označilo svou situaci za výrazně podprůměrnou. Z výsledků lze odhadnout, že většina seniorů dokáže vyžít s finančními prostředky, které má k dispozici a zajistit si tak to, co potřebuje. Pro spokojený a bezstarostný život ve stáří, to však podle nich nejspíše nestačí a ostatní senioři se mají podobně.

g) Rodinný stav

Tabulka č. 5 **Rodinný stav**

	Četnost	%
Svobodný/á	2	5
Ženatý/vdaná, s druhem	6	15
Rozvedený/a	5	12
Vdovec/vdova	28	68

Graf č. 5. **Rodinný stav**

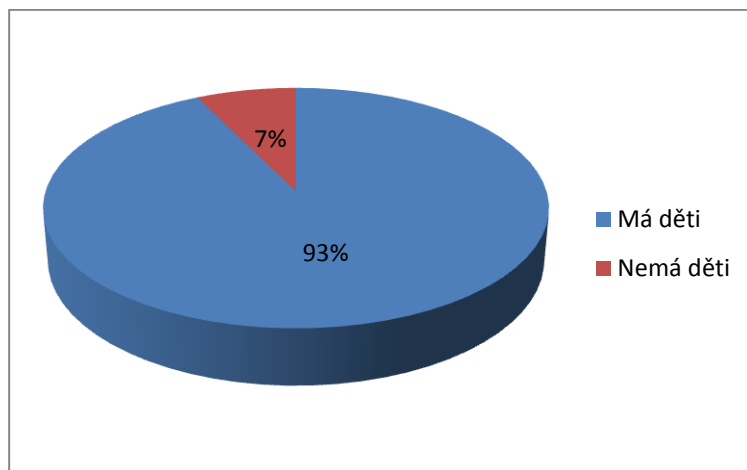
Nadpoloviční většinu (68 %) tvoří vdovci a vdovy. Ženatých nebo vdaných, žijících s druhem či družkou je 15 % dotazovaných. Rozvedených je 12 %, svobodných 5 %. Tyto výsledky jsou vzhledem k vybranému vzorku pochopitelné. Do domova nebo penzionu přicházejí většinou lidé osamělí, kteří nemají rodinu, nebo se o ně rodina postarat z různých důvodů nemůže.

h) Počet dětí

Tabulka č. 6 **Počet dětí**

	Četnost	%
Má děti	38	93
Nemá děti	3	7

Graf č. 6 Počet dětí



Na tuto otázku odpovědělo 93 % seniorů kladně, tedy že děti mají. Jen 7 % z respondentů děti nemá. Součástí otázky bylo uvést počet dětí, žijí-li ve společné domácnosti. Všichni senioři odpověděli, že s nimi žádné dítě nežije.

Preferované hodnoty

a) Zdraví

Tabulka č. 7 Zdraví

	Důležitost			Spokojenost	
	Četnost	%		Četnost	%
Nezbytné	22	54	Zcela spokojen	2	5
Velmi důležité	19	46	Velmi spokojen	5	12
Středně důležité	0	0	Spíše spokojen	24	59
Málo důležité	0	0	Nespokojen	10	24
Bezvýznamné	0	0	Velmi zklamán	0	0

Pro seniory je zdraví velmi podstatnou hodnotou. Více než polovina (54 %) považuje zdraví za nezbytné, zbývající část (46 %) za velmi důležité. Zcela spokojeno je s ním však jen 5 % dotázaných, 12 % je velmi spokojených, nejvíce respondentů (59 %) je se zdravím spíše spokojeno a 24 % je nespokojeno. Domnívám se, že je to způsobeno horším se zdravotním stavem a zvyšujícím se počtem nemocí s přibývajícím věkem respondentů.

b) Fyzická soběstačnost

Tabulka č. 8 Fyzická soběstačnost

	Důležitost			Spokojenost	
	Četnost	%		Četnost	%
Nezbytné	6	15	Zcela spokojen	3	7
Velmi důležité	33	80	Velmi spokojen	9	22
Středně důležité	2	5	Spíše spokojen	25	61
Málo důležité	0	0	Nespokojen	4	10
Bezvýznamné	0	0	Velmi zklamán	0	0

Fyzickou soběstačnost považuje 80 % respondentů v životě za velmi důležitou a 15 % přímo za nezbytnou, pouze pro 5 % je středně důležitá. S vlastní soběstačností je spíše spokojeno 61 % seniorů. Druhou nejčastěji volenou možností bylo velmi spokojen (22 % seniorů). V 10 % byli senioři nespokojeni a pouze v 7 % spokojeni zcela. Nikdo nebyl velmi zklamán. Většinu velmi a zcela spokojených respondentů tvoří plně soběstační klienti občanského sdružení Totem, žijící v budově bývalého Domova-penzionu pro důchodce Bolevec.

c) Psychická pohoda

Tabulka č. 9 Psychická pohoda

	Důležitost			Spokojenost	
	Četnost	%		Četnost	%
Nezbytné	6	15	Zcela spokojen	3	7
Velmi důležité	31	75	Velmi spokojen	9	22
Středně důležité	4	10	Spíše spokojen	20	49
Málo důležité	0	0	Nespokojen	9	22
Bezvýznamné	0	0	Velmi zklamán	0	0

Většina dotázaných (75 %) považuje za velmi důležité cítit se dobře, 15 % za nezbytné. Jen pro 10 % seniorů je psychická pohoda středně důležitou hodnotou. Po psychické stránce je zcela spokojeno 7 %. Shodně, po 22 %, získaly možnosti velmi spokojen a nespokojen. Nejvíce procent získala možnost „spíše spokojen“, zvolilo ji 49 % respondentů.

d) Příjemné prostředí a bydlení

Tabulka č. 10 Příjemné prostředí a bydlení

	Důležitost			Spokojenost	
	Četnost	%		Četnost	%
Nezbytné	2	5	Zcela spokojen	4	10
Velmi důležité	31	76	Velmi spokojen	20	49
Středně důležité	8	19	Spíše spokojen	17	41
Málo důležité	0	0	Nespokojen	0	0
Bezvýznamné	0	0	Velmi zklamán	0	0

Příjemné prostředí a bydlení je pro 76 % respondentů velmi důležité. S velkým rozdílem se objevila jako druhá nejčastěji volená možnost „středně důležité“ (19 %). Poslední volenou možností (5 % dotázaných) bylo „nezbytné“. Téměř polovina seniorů (49 %) je s bydlením a prostředím, ve kterém žijí velmi spokojeno, 41 % je spíše spokojeno a jen 10 % je zcela spokojeno.

e) Spánek

Tabulka č. 11 Spánek

	Důležitost			Spokojenost	
	Četnost	%		Četnost	%
Nezbytné	3	7	Zcela spokojen	2	5
Velmi důležité	34	83	Velmi spokojen	12	29
Středně důležité	4	10	Spíše spokojen	19	47
Málo důležité	0	0	Nespokojen	8	19
Bezvýznamné	0	0	Velmi zklamán	0	0

V 83 % případů byl dotazovanými spánek hodnocen jako velmi důležitý, v 10 % středně důležitý a pro 7 % respondentů považuje dobrý spánek za nezbytný pro kvalitní život. Zcela spokojeno s ním bylo 5 %, velmi spokojeno 29 % a téměř polovina seniorů byla se spánkem spíše spokojena. Nespokojeno bylo 19 % a velmi zklamán nebyl nikdo.

f) Rodinné vztahy

Tabulka č. 12 Rodinné vztahy

	Důležitost			Spokojenost	
	Četnost	%		Četnost	%
Nezbytné	6	15	Zcela spokojen	5	12
Velmi důležité	35	85	Velmi spokojen	19	46
Středně důležité	0	0	Spíše spokojen	12	30
Málo důležité	0	0	Nespokojen	4	10
Bezvýznamné	0	0	Velmi zklamán	1	2

Senioři vztahům v rodině přikládají velkou váhu. Rodina je základem pro dobrý život každého z nás. Nacházíme zde podporu a poskytuje nám bezpečí. Pro 85 % jsou rodinné vztahy velmi důležité a 15 % je považuje za nezbytné. Více než polovina seniorů považuje vztahy s vlastní rodinou za dobré. Zcela spokojeno je s nimi 12 % dotázaných, 46 % je velmi spokojeno a průměrně je hodnotí 30 %. Nespokojeno je 10 % respondentů.

g) Vztahy s ostatními lidmi

Tabulka č. 13 Vztahy s ostatními lidmi

	Důležitost			Spokojenost	
	Četnost	%		Četnost	%
Nezbytné	5	12	Zcela spokojen	3	7
Velmi důležité	24	59	Velmi spokojen	12	30
Středně důležité	10	24	Spíše spokojen	26	63
Málo důležité	2	5	Nespokojen	0	0
Bezvýznamné	0	0	Velmi zklamán	0	0

Více než polovina dotazovaných seniorů (59 %) považuje v životě za velmi důležité i vztahy s ostatními lidmi, jako nezbytné je hodnotí 12 % dotázaných, středně důležité jsou pro 24 % a jen 5 % jim nepřikládá velký význam a považuje je za málo důležité. Za bezvýznamné je nepovažuje nikdo. S těmito vztahy je nadpoloviční většina (63 %) spíše spokojena, 30 % seniorů je velmi spokojeno a zcela spokojeno je pouhých 7 %.

h) Mít a vychovávat děti

Tabulka č. 14 Mít a vychovávat děti

	Důležitost			Spokojenost	
	Četnost	%		Četnost	%
Nezbytné	4	10	Zcela spokojen	7	17
Velmi důležité	29	71	Velmi spokojen	17	42
Středně důležité	8	19	Spíše spokojen	9	22
Málo důležité	0	0	Nespokojen	5	12
Bezvýznamné	0	0	Velmi zklamán	1	2
Nehodnoceno	0	0	Nehodnoceno	2	5

Pro 71 % seniorů je velmi důležité mít a vychovávat děti, 19 % to hodnotí jako středně důležité a pro 10 % jsou děti pro kvalitní život nezbytné. Převažuje spokojenost nad nespokojeností a nejspíše tedy i uspokojivé rodinné vztahy. Mnoho dotázaných je s dětmi spokojeno zcela (17 %), 42 % velmi a spíše spokojeno je 22 %. Nespokojeno je 12 % a velmi zklamána jsou 2 %. Na tuto otázku neodpovědělo 5 % respondentů. V obou případech se jednalo o osoby, které jsou bezdětné.

ch)Postarat se o sebe

Tabulka č. 15 Postarat se o sebe

	Důležitost			Spokojenost	
	Četnost	%		Četnost	%
Nezbytné	6	15	Zcela spokojen	3	7
Velmi důležité	34	83	Velmi spokojen	7	17
Středně důležité	1	2	Spíše spokojen	25	61
Málo důležité	0	0	Nespokojen	6	15
Bezvýznamné	0	0	Velmi zklamán	0	0

Tato hodnota je v životě seniorů podstatná a téměř všichni jí přikládají velký význam. Nezbytná je pro 15 % seniorů a pro 83 % je velmi důležitá, 2 % respondentů ji přikládají střední důležitost. S tím, jak se o sebe dokážou postarat, je zcela spokojeno jen 7 % a velmi spokojeno 17 %. Převážná část (61 %) je spíše spokojena a nespokojeno je 15 %. Soudím, že tyto výsledky souvisí s častou zhoršenou pohyblivostí a zhoršujícím se zdravím ve vyšším věku.

i)Milovat a být milován

Tabulka č. 16 Milovat a být milován

	Důležitost			Spokojenost	
	Četnost	%		Četnost	%
Nezbytné	5	12	Zcela spokojen	2	5
Velmi důležité	35	86	Velmi spokojen	13	32
Středně důležité	1	2	Spíše spokojen	10	24
Málo důležité	0	0	Nespokojen	12	29
Bezvýznamné	0	0	Velmi zklamán	0	0
Nehodnoceno	0	0	Nehodnoceno	4	10

Láska je pro většinu seniorů velmi důležitá, vyjádřilo se tak 86 %. Milovat a být milován považuje za nezbytné 12 % a jen pro 1 osobu, tedy 2 % z celkového počtu je tato životní oblast středně důležitá. Zcela spokojeni jsou jen 2 respondenti (5 %). Největší procento získala možnost „velmi spokojen“ (32 %), možnost „nespokojen“ získala 29 %. Spíše spokojeno je 24 % dotazovaných a 10 % respondentů tuto otázku nehodnotilo. Láska je chápána jak ve smyslu partnerské lásky, tak lásky mezi rodičem a dítětem. Domnívám se, že mnoho ze spokojených respondentů chápalo lásku více ve smyslu rodičovské lásky, jelikož velká část z nich vypověděla, že jsou ovdovělí a s dětmi spokojeni.

j) Sexuální život

Tabulka č. 17 Sexuální život

	Důležitost			Spokojenost	
	Četnost	%		Četnost	%
Nezbytné	0	0	Zcela spokojen	0	0
Velmi důležité	5	12	Velmi spokojen	0	0
Středně důležité	9	22	Spíše spokojen	10	24
Málo důležité	7	17	Nespokojen	13	32
Bezvýznamné	8	19	Velmi zklamán	2	5
Nehodnoceno	12	30	Nehodnoceno	16	39

Tato otázka zůstala v mnoha případech nehodnocena, a to jak důležitost (30 %), tak i spokojenost (39 %), což může ukazovat na malou ochotu seniorů o této oblasti hovořit, protože sexuální život je pokládán za ryze privátní záležitost. Pokud někdo přesto tuto otázku hodnotil, přikládal většinou sexuálnímu životu střední důležitost (22 %) nebo jej považoval za zcela bezvýznamný (19 %). Velmi důležitá byla pak tato oblast pro 12 % seniorů a málo důležitá pro 17 %. Převažovala nespokojenost (32 %) nad spokojeností. Nikdo z dotázaných nebyl zcela ani velmi spokojen, spíše spokojeno bylo 24 %. Velmi zklamáno potom 5 %. Mnoho respondentů má zdravotní problémy, které pociťují jako

překážku v oblasti sexuality nebo žijí bez partnera. Tyto důvody mohou být i příčinami nezodpovězení nebo nespokojenosti s touto otázkou.

k)Politika

Tabulka č. 18 Politika

	Důležitost			Spokojenost	
	Četnost	%		Četnost	%
Nezbytné	0	0	Zcela spokojen	0	0
Velmi důležité	4	10	Velmi spokojen	0	0
Středně důležité	12	29	Spíše spokojen	7	17
Málo důležité	16	39	Nespokojen	10	24
Bezvýznamné	9	22	Velmi zklamán	20	49
Nehodnoceno	0	0	Nehodnoceno	4	10

Z výsledků šetření vyplynulo, že politice není přikládán takový význam, jako například zdraví. Pro 4 % je velmi důležitá, spíše je však středně důležitá (29 %), málo důležitá (39 %) nebo bezvýznamná (22 %). Zcela nebo velmi spokojen není nikdo, spíše spokojeno je 17 %. Převažuje nespokojenost (24 %) a nejvíce z dotázaných je velmi zklamáno (49 %). V 10 % případů nebyla spokojenost hodnocena. Tento výsledek odráží názor na situaci v současné české politické scéně.

I)Víra

Tabulka č. 19 Víra

	Důležitost			Spokojenost	
	Četnost	%		Četnost	%
Nezbytné	2	5	Zcela spokojen	2	5
Velmi důležité	9	22	Velmi spokojen	5	12
Středně důležité	20	49	Spíše spokojen	23	56
Málo důležité	1	2	Nespokojen	3	7
Bezvýznamné	7	17	Velmi zklamán	2	5
Nehodnoceno	2	5	Nehodnoceno	6	15

Víra je pro téměř polovinu (49 %) dotázaných středně důležitá a nepřikládají jí tedy až tak zásadní význam. Víra je nezbytná pro 5 % a velmi důležitá pro 22 % klientů obou zařízení. Málo důležitá je pro 2 % a bezvýznamná pro 17 %. Na tuto otázku neodpovědělo 5% seniorů. Se svou vírou je zcela spokojeno jen 5 %, tedy stejné množství, jaké ji považuje za nezbytnou. Nejvíce osob je s vírou spíše spokojeno, 56 % a velmi spokojeno, 12 %. Nespokojeno je 7 % a 5 % je velmi zklamáno. Otázka spokojenosti nebyla v 15 % případů zodpovězena vůbec. Nehodnocení této oblasti přikládám ateistickému zaměření dotázaných.

m)Odpočinek

Tabulka č. 20 Odpočinek

	Důležitost			Spokojenost	
	Četnost	%		Četnost	%
Nezbytné	0	0	Zcela spokojen	5	12
Velmi důležité	33	80	Velmi spokojen	17	42
Středně důležité	8	20	Spíše spokojen	19	46
Málo důležité	0	0	Nespokojen	0	0
Bezvýznamné	0	0	Velmi zklamán	0	0

Odpočinek je pro převážnou část respondentů (80 %) velmi důležitý, pro zbývající je středně důležitý (20 %). Většina seniorů je také se svým odpočinkem spokojena. Zcela spokojeno se svým odpočinkem je 12 % dotázaných, velmi spokojených je 42 % a spíše spokojených je 46 %. Ve stáří se lidé snadněji unaví, a proto je velmi důležité odpočívat a načerpat nové síly na další činnosti.

n) Mít koníčky

Tabulka č. 21 Mít koníčky

	Důležitost			Spokojenost	
	Četnost	%		Četnost	%
Nezbytné	1	2	Zcela spokojen	2	5
Velmi důležité	27	66	Velmi spokojen	16	39
Středně důležité	9	22	Spíše spokojen	22	54
Málo důležité	4	10	Nespokojen	1	2
Bezvýznamné	0	0	Velmi zklamán	0	0

V 66 % považují senioři koníčky za velmi důležité, nezbytné jsou pro 1 respondenta, 22 % je považuje za středně důležité a pro 10 % dotázaných jsou málo důležité. Zcela spokojeno je s nimi však jen 5 % respondentů. Velmi spokojeno je 39 % dotázaných a spíše spokojeno je 54 %. 2 % vyjádřila nespokojenost a nikdo není velmi zklamán.

o)Bezpečí

Tabulka č. 22 Bezpečí

	Důležitost			Spokojenost	
	Četnost	%		Četnost	%
Nezbytné	5	13	Zcela spokojen	3	7
Velmi důležité	33	80	Velmi spokojen	21	51
Středně důležité	3	7	Spíše spokojen	15	37
Málo důležité	0	0	Nespokojen	2	5
Bezvýznamné	0	0	Velmi zklamán	0	0

Pro většinu seniorů je pocit bezpečí velmi důležitý (80%). 13% dotazovaných považuje bezpečí za nezbytné k životu a pro 7% seniorů je pocit bezpečí v porovnání s jinými hodnotami středně důležitý. Zcela v bezpečí se v prostředí kde žijí, cítí 7 % dotázaných a velmi spokojeno je 51 %. Spíše spokojeno je 37% a nespokojeno je 5% z hodnotících seniorů.

p)Práce

Tabulka č. 23 Práce

	Důležitost			Spokojenost	
	Četnost	%		Četnost	%
Nezbytné	1	2	Zcela spokojen	3	7
Velmi důležité	24	59	Velmi spokojen	6	15
Středně důležité	12	30	Spíše spokojen	24	58
Málo důležité	3	7	Nespokojen	5	13
Bezvýznamné	1	2	Velmi zklamán	1	2
Nehodnoceno	0	0	Nehodnoceno	2	5

Práce je pro 2 % nezbytná, v nadpoloviční většině (59 %), je velmi důležitá a pro 30 % středně důležitá. Málo důležitá je pak práce pro 7 % respondentů a bezvýznamná pro 2 % respondentů. Zcela spokojeno je s prací 7 % seniorů, velmi spokojeno 15 % a spíše spokojeno 58 %. Nespokojeno je 13 % a velmi zklamána jsou 2 % z dotazovaných. Položku „práce“ nehodnotilo 5 % z celkového počtu 41 respondentů. Pod pojmem práce si každý představí něco jiného, pro některého seniora je to pouhé umytí nádobí, pro jiného je to přímá účast v pracovním procesu, což může představovat nehodnocených 5 %.

q) Spravedlnost

Tabulka č. 24 Spravedlnost

	Důležitost			Spokojenost	
	Četnost	%		Četnost	%
Nezbytné	6	15	Zcela spokojen	2	5
Velmi důležité	30	73	Velmi spokojen	0	0
Středně důležité	5	12	Spíše spokojen	21	51
Málo důležité	0	0	Nespokojen	11	27
Bezvýznamné	0	0	Velmi zklamán	7	17

Spravedlnost je pro seniory vysoce ceněnou hodnotou. V 73 % je považována za velmi důležitou, v 15 % za nezbytnou. Zbytek tvoří možnost „středně důležité“ (12 %). Nikdo z dotazovaných nevedl, že by považoval spravedlnost za bezvýznamnou nebo málo důležitou hodnotu. Se současnou spravedlností jsou však senioři spíše spokojeni (51 %), nebo nespokojeni (27 %). Objevuje se i možnost „velmi zklamán“ (17 %) z celkového počtu.

r) Svoboda

Tabulka č. 25 Svoboda

	Důležitost			Spokojenost	
	Četnost	%		Četnost	%
Nezbytné	6	15	Zcela spokojen	4	10
Velmi důležité	33	80	Velmi spokojen	8	19
Středně důležité	2	5	Spíše spokojen	16	39
Málo důležité	0	0	Nespokojen	9	22
Bezvýznamné	0	0	Velmi zklamán	4	10

Svoboda je hodnocena jako velmi důležitá, jak uvedlo 80 % respondentů. Pro 15 % je nezbytná. Středně důležitá je pro 5 % seniorů. Zcela spokojeno je 10 % z dotázaných, 19 % je velmi spokojeno a spíše spokojeno je 39 %. Nespokojeno je se svobodou 22 % a 10 % velmi zklamáno. Kromě názoru na vlastní svobodu se zde odráží i názor na svobodu ve společnosti, potažmo v celém světě.

s) Krása a umění

Tabulka š. 26 Krása a umění

	Důležitost			Spokojenost	
	Četnost	%		Četnost	%
Nezbytné	2	5	Zcela spokojen	2	5
Velmi důležité	7	17	Velmi spokojen	6	15
Středně důležité	12	29	Spíše spokojen	23	56
Málo důležité	15	37	Nespokojen	10	24
Bezvýznamné	5	12	Velmi zklamán	0	0

Průzkum ukázal, že krása a umění nepřikládají dotazovaní senioři velký význam. Nezbytná je pro 5 % dotázaných a velmi důležitá pro 17 %. Nejčastěji byla vybírána odpověď „málo důležité“ (37 %) a „středně důležité“ (29 %). Zcela bezvýznamná je tato oblast pro 12 % hodnotících. Zcela spokojeno je 5 % a velmi spokojeno 15 % respondentů. Více než v polovině případů (56 %) byla vybrána možnost „spíše spokojen“, nespokojeno je 24 % respondentů.

t)Pravda

Tabulka č. 27 **Pravda**

	Důležitost			Spokojenost	
	Četnost	%		Četnost	%
Nezbytné	5	12	Zcela spokojen	1	2
Velmi důležité	33	81	Velmi spokojen	6	15
Středně důležité	3	7	Spíše spokojen	20	49
Málo důležité	0	0	Nespokojen	11	27
Bezvýznamné	0	0	Velmi zklamán	3	7

Pravda se ukázala být pro seniory důležitou hodnotou. Nezbytná je pro 12 % dotázaných a pro 81 % je velmi důležitá. V 7 % případů byla hodnocena jako „středně důležitá“. Spokojen s pravdou je však pouze 1 respondent, tedy 2 % z celkového počtu. Velmi spokojeno je pouze 15 % dotázaných. Většinou jsou senioři spíše spokojení (49 %) nebo nespokojeni (27 %). Velmi zklamáno je 7 % respondentů.

u) Peníze

Tabulka č. 28 Peníze

	Důležitost			Spokojenost	
	Četnost	%		Četnost	%
Nezbytné	2	5	Zcela spokojen	0	0
Velmi důležité	12	29	Velmi spokojen	13	32
Středně důležité	26	64	Spíše spokojen	22	54
Málo důležité	1	2	Nespokojen	6	14
Bezvýznamné	0	0	Velmi zklamán	0	0

5 % dotázaných seniorů považuje peníze za nezbytné. Velmi důležité jsou pro 29 % dotázaných a pro 64 % jsou středně důležité. Málo důležité jsou peníze ve stáří pro 2 %. Nikdo ze seniorů není s jejich množstvím zcela spokojen. Velmi spokojeno je 32 %, více než polovina (54 %) je spíše spokojena, nespokojeno je 6 seniorů, tedy 14 %. Nikdo není velmi zklamán.

v) Dobré jídlo

Tabulka č. 29 Dobré jídlo

	Důležitost			Spokojenost	
	Četnost	%		Četnost	%
Nezbytné	1	2	Zcela spokojen	0	0
Velmi důležité	18	44	Velmi spokojen	20	49
Středně důležité	21	52	Spíše spokojen	20	49
Málo důležité	1	2	Nespokojen	1	2
Bezvýznamné	0	0	Velmi zklamán	0	0

Dobré jídlo je nezbytné pro 2 % dotázaných. Pro 44 % je velmi důležité a 52 % mu přisuzuje střední důležitost. Málo důležité je pro 2 % respondentů. Velmi spokojeno s tím, co si sami uvaří nebo co dostanou v zařízení je 49 % seniorů, spíše spokojeno také 49 %. Nespokojen je pouze jediný z dotazovaných, tvořící 2 %.

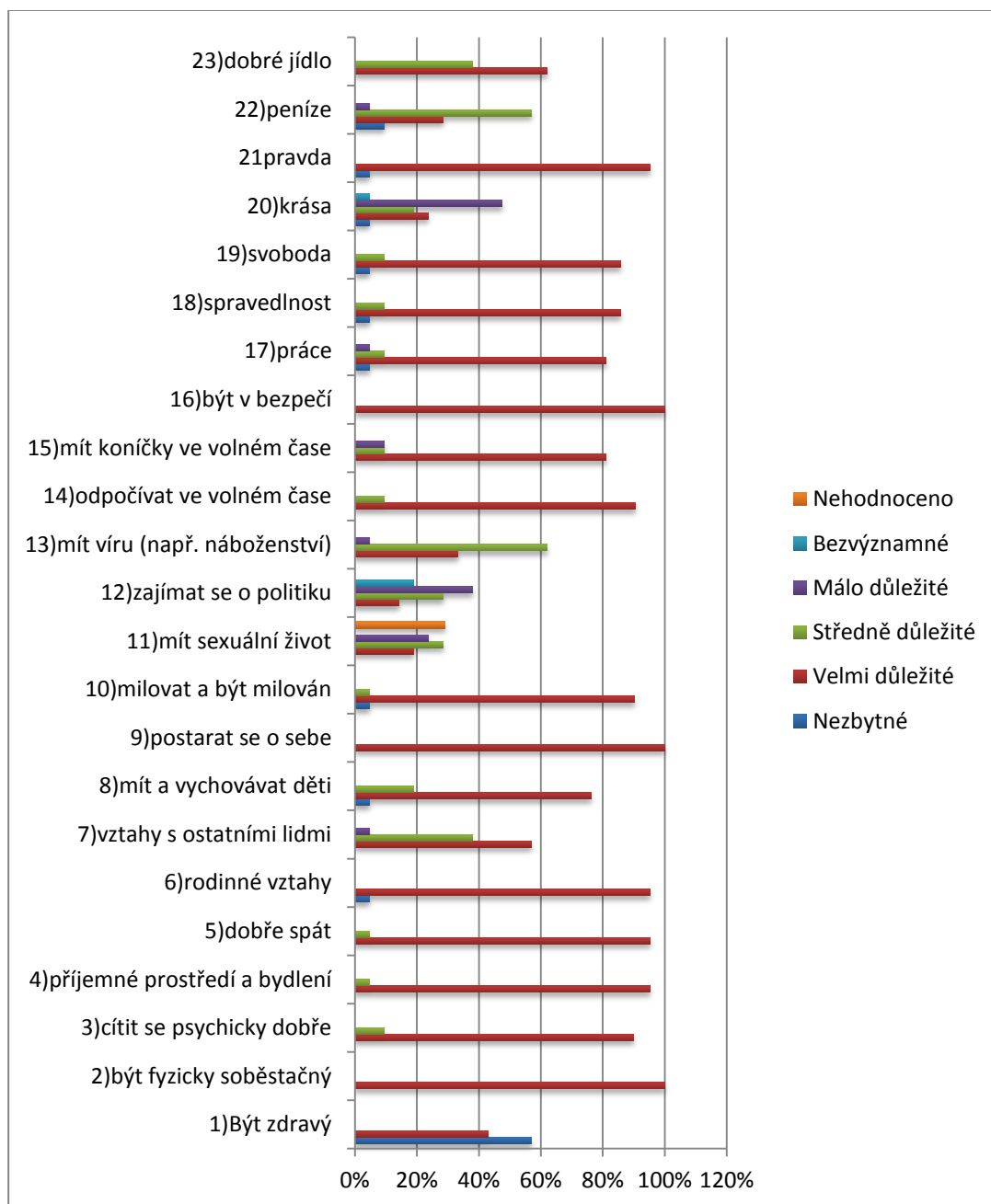
Je ještě něco jiného, co považujete v životě za důležité?

Na tuto otázku nikdo neodpověděl, domnívám se tedy, že senioři považují vyjmenované oblasti života za dostatečně obsáhlé.

Hodnocení spokojenosti a důležitosti jednotlivých oblastí u vybraných skupinTabulka č. 30 **Hodnocení důležitosti klienty Domova pro seniory Vratislavice nad Nisou**

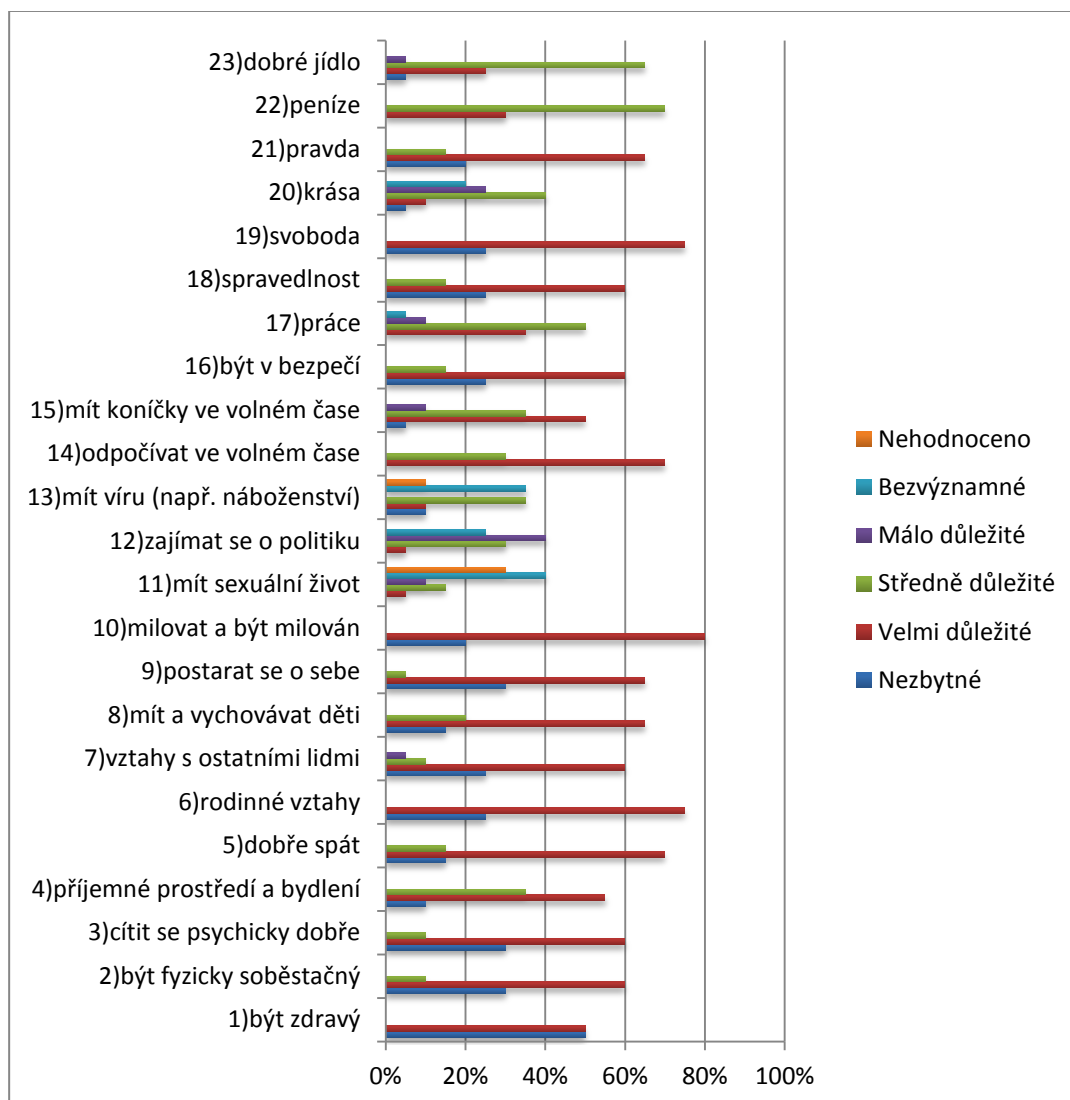
	Nezbytné	Velmi důležité	Středně důležité	Málo důležité	Bezvýznamné	Neh.
1)být zdravý	57%	43%	0%	0%	0%	0%
2)být fyzicky soběstačný	0%	100%	0%	0%	0%	0%
3)cítit se psychicky dobře	0%	90%	10%	0%	0%	0%
4)příjemné prostředí a bydlení	0%	95%	5%	0%	0%	0%
5)dobře spát	0%	95%	5%	0%	0%	0%
6)rodinné vztahy	5%	95%	0%	0%	0%	0%
7)vztahy s ostatními	0%	57%	38%	5%	0%	0%
8)mít a vychovávat děti	5%	76%	19%	0%	0%	0%
9)postarat se o sebe	0%	100%	0%	0%	0%	0%
10)milovat a být milován	5%	90%	5%	0%	0%	0%
11)mít sexuální život	0%	19%	28%	24%	0%	29%
12)zajímat se o politiku	0%	15%	28%	38%	19%	0%
13) mít víru (např. náboženství)	0%	33%	62%	5%	0%	0%
14)odpočívat ve volném čase	0%	90%	10%	0%	0%	0%
15)mít koníčky ve volném čase	0%	80%	10%	10%	0%	0%
16)být v bezpečí	0%	100%	0%	0%	0%	0%
17)práce	5%	80%	10%	5%	0%	0%
18)spravedlnost	5%	85%	10%	0%	0%	0%
19)svoboda	5%	85%	10%	0%	0%	0%
20)krása	5%	24%	19%	47%	5%	0%
21)pravda	5%	95%	0%	0%	0%	0%
22)peníze	10%	28%	57%	5%	0%	0%
23)dobré jídlo	0%	62%	38%	0%	0%	0%

Graf č. 7 Hodnocení důležitosti klienty Domova pro seniory Vratislavice nad Nisou



Tabulka č. 31 **Hodnocení důležitosti klienty občanského sdružení Totem**

	Nezbytné	Velmi důležité	Středně důležité	Málo důležité	Bezvýznamné	Neh.
1)být zdravý	50%	50%	0%	0%	0%	0%
2)být fyzicky soběstačný	30%	60%	10%	0%	0%	0%
3)cítit se psychicky dobře	30%	60%	10%	0%	0%	0%
4)příjemné prostředí a bydlení	10%	55%	35%	0%	0%	0%
5)dobře spát	15%	70%	15%	0%	0%	0%
6)rodinné vztahy	25%	75%	0%	0%	0%	0%
7)vztahy s ostatními lidmi	25%	60%	10%	5%	0%	0%
8)mít a vychovávat děti	15%	65%	20%	0%	0%	0%
9)postarat se o sebe	30%	65%	5%	0%	0%	0%
10)milovat a být milován	20%	80%	0%	0%	0%	0%
11)mít sexuální život	0%	5%	15%	10%	40%	30%
12)zajímat se o politiku	0%	5%	30%	40%	25%	0%
13)mít víru (např. náboženství)	10%	10%	35%	0%	35%	10%
14)odpočívat ve volném čase	0%	70%	30%	0%	0%	0%
15)mít koníčky ve volném čase	5%	50%	35%	10%	0%	0%
16)být v bezpečí	25%	60%	15%	0%	0%	0%
17)práce	0%	35%	50%	10%	5%	0%
18)spravedlnost	25%	60%	15%	0%	0%	0%
19)svoboda	25%	75%	0%	0%	0%	0%
20)krása	5%	10%	40%	25%	20%	0%
21)pravda	20%	65%	15%	0%	0%	0%
22)peníze	0%	30%	70%	0%	0%	0%
23)dobré jídlo	5%	25%	65%	5%	0%	0%

Graf č. 8 **Hodnocení důležitosti klienty občanského sdružení Totem**

Pro klienty Domova pro seniory Vratislavice nad Nisou jsou podstatnými hodnotami v životě fyzická soběstačnost, cítit se psychicky dobře, dobrý spánek, odpočívání, dobré rodinné vztahy, milovat a být milován, postarat se o sebe, příjemné prostředí a bydlení a pocit bezpečí. Tyto hodnoty byly u více než 90 % seniorů hodnoceny jako nezbytné nebo velmi důležité pro život. Nejdůležitější je pro seniory zdraví, nezbytné je pro 57 %, pro 43 % respondentů je velmi důležité. Spravedlnosti a svobody si senioři také velmi cení, získala shodně 5 % v možnosti „nezbytné“ a 85 % v možnosti „velmi důležité“. Málo důležité jsou pro respondenty politika a krása. Oblastí, na kterou senioři odpovídali nejméně, se stal sexuální život, nehodnotilo ho 29 % dotázaných.

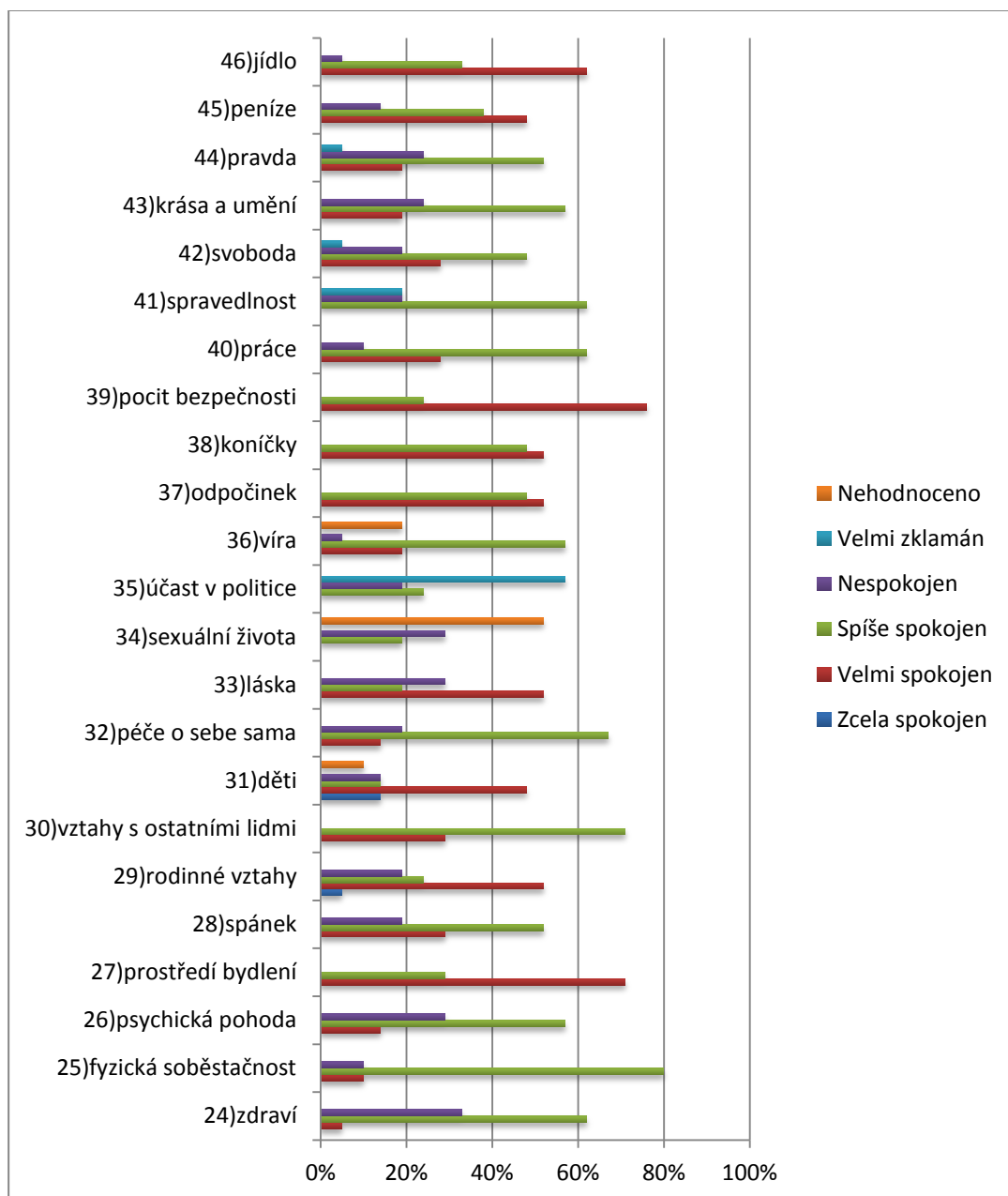
U klientů občanského sdružení Totem žijících v budově bývalého domovopenzionu pro důchodce nezískala v důležitosti žádná z hodnot u některé z možností přes 90 %. Zdejšími seniory byla však častěji volena možnost „nezbytné“. Nejdůležitější hodnotou je pro ně také zdraví, shodně pro 50 % velmi důležité a nezbytné. Hodnoty, které považuje 90% seniorů a více za velmi důležité a nezbytné, jsou fyzická soběstačnost, pocit psychické pohody a schopnost se o sebe postarat. Milovat a být milován, rodinné vztahy a svoboda jsou nezbytné nebo velmi důležité pro plných 100 %. Menší význam přikládají tito senioři politice, víře a kráse. Krása je však pro klienty občanského sdružení Totem stále o něco důležitější než pro staré lidi z libereckého domova pro seniory. To bych připisovala celkově nižšímu věku zdejších obyvatel. Ti jsou často vitální, mohou mít větší chuť navazovat další vztahy, a tudíž pro ně může být krása důležitější než u skupiny druhé. Sexuální život je jako u druhé skupiny oblastí, na kterou senioři odpovídali nejméně, v 30 % nebyla respondenty hodnocena.

Obě skupiny považovaly vztahy s rodinou za důležitější než vztahy s ostatními lidmi. Shodně dokonce 5 % u obou skupin za málo důležité. Příkladala bych to vyššímu věku seniorů, pro něž je charakteristické, že význam rodiny stoupá a naopak význam vrstevníků klesá. Vrstevníci jsou pro ně důležití, protože s nimi i žijí, upřednostňují však své děti. Mít a vychovávat děti je pro ně také podstatné, nikoliv však tak jako zdraví nebo jako vlastní soběstačnost. Nejvíce získala v obou skupinách možnost „velmi důležité“, 65 % u klientů občanského sdružení Totem a 76 % u klientů z Vratislavic nad Nisou. Podstatnější jsou koníčky pro seniory žijící ve vratislavském domově pro seniory, v 80 % velmi důležité. Zřejmě je to dáno tím, že tito staří lidé nemají tolik možností, jak trávit svůj volný čas jako druhá porovnávaná skupina. Nechodí si sami nakupovat, nenavštěvují své přátele v jejich domovech v různých částech města, jsou jen v domově, a proto každá chvíle, která není stejná jako ta předchozí, je vítaným zpestřením jinak stereotypních dní. Práce je důležitější pro skupinu seniorů z Liberce, v 80 % je pro ně velmi důležitou hodnotou. Největší procento u seniorů z Plzně získala pro tuto otázku možnost „spíše spokojen“, a to v 50 %. Také jídlo je pro seniory z Vratislavic nad Nisou důležitější. Opět bych to přikládala menším možnostem, jak trávit čas ve stáří. Lidé zde mají omezené možnosti ve výběru koníčků a způsobů trávení volného času a mohou přikládat větší význam věcem, kterými se ti více samostatní a s možností větší volby tolik nezabývají.

Tabulka č. 32 **Hodnocení spokojenosti klienty Domova pro seniory Vratislavice nad Nisou**

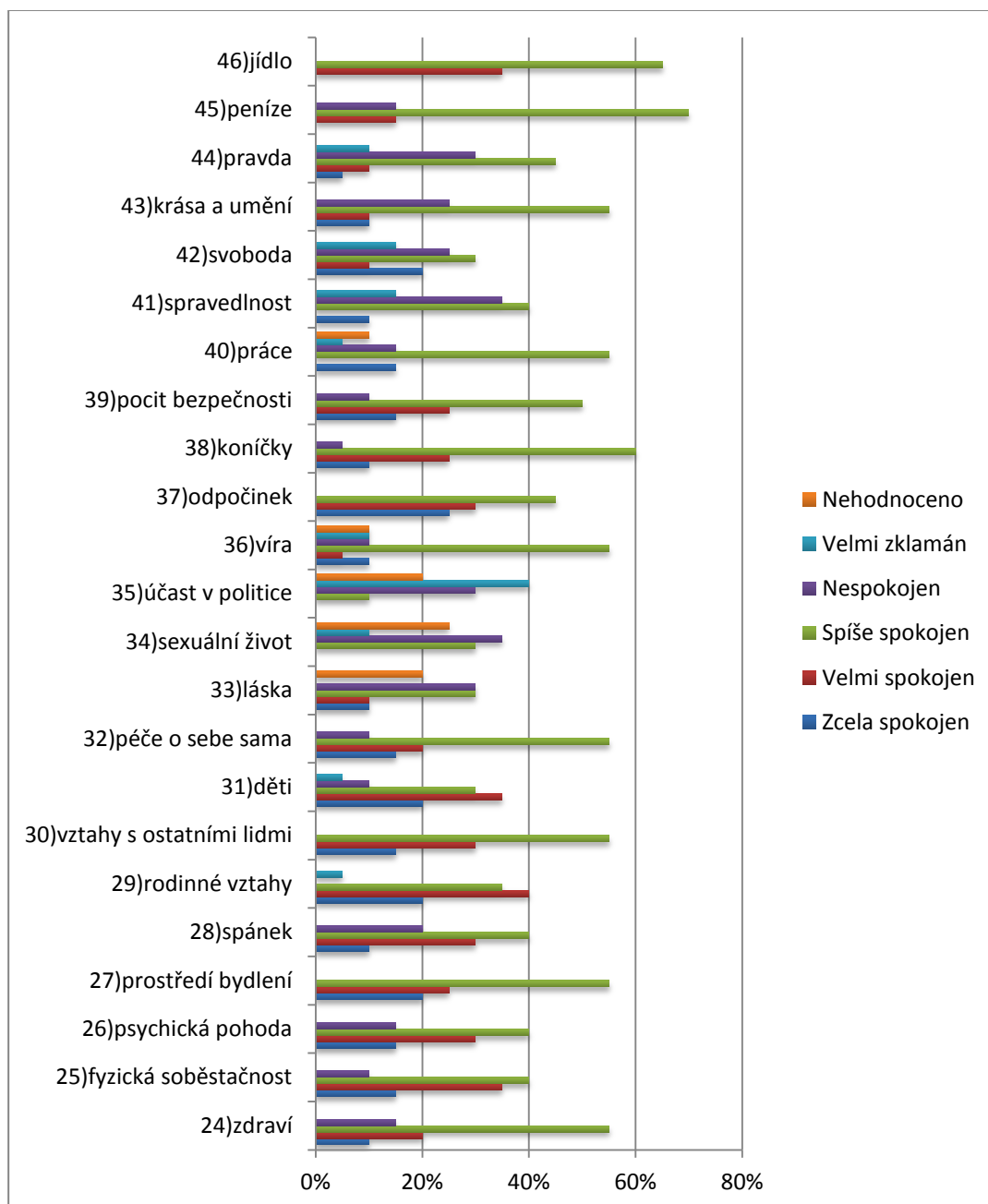
	Zcela spokojen	Velmi spokojen	Spíše spokojen	Nespokojen	Velmi zklamán	Neh.
24) zdraví	0%	5%	62%	33%	0%	0%
25) fyzická soběstačnost	0%	10%	80%	10%	0%	0%
26) psychická pohoda	0%	14%	57%	29%	0%	0%
27) prostředí bydlení	0%	71%	29%	0%	0%	0%
28) spánek	0%	29%	52%	19%	0%	0%
29) rodinné vztahy	5%	52%	24%	19%	0%	0%
30) vztahy s ostatními lidmi	0%	29%	71%	0%	0%	0%
31) děti	14%	48%	14%	14%	0%	10%
32) péče o sebe sama	0%	14%	67%	19%	0%	0%
33) láska	0%	52%	19%	29%	0%	0%
34) sexuální život	0%	0%	19%	29%	0%	52%
35) účast v politice	0%	0%	24%	19%	57%	0%
36) víra	0%	19%	57%	5%	0%	19%
37) odpočinek	0%	52%	48%	0%	0%	0%
38) koníčky	0%	52%	48%	0%	0%	0%
39) pocit bezpečnosti	0%	76%	24%	0%	0%	0%
40) práce	0%	28%	62%	10%	0%	0%
41) spravedlnost	0%	0%	62%	19%	19%	0%
42) svoboda	0%	28%	48%	19%	5%	0%
43) krása a umění	0%	19%	57%	24%	0%	0%
44) pravda	0%	19%	52%	24%	5%	0%
45) peníze	0%	48%	38%	14%	0%	0%
46) jídlo	0%	62%	33%	5%	0%	0%

Graf č. 9 Hodnocení spokojenosti klienty Domova pro seniory Vratislavice nad Nisou



Tabulka č. 33 **Hodnocení spokojenosti klienty občanského sdružení Totem**

	Zcela spokojen	Velmi spokojen	Spíše spokojen	Nespokojen	Velmi zklamán	Neh.
24) zdraví	10%	20%	55%	15%	0%	0%
25) fyzická soběstačnost	15%	35%	40%	10%	0%	0%
26) psychická pohoda	15%	30%	40%	15%	0%	0%
27) prostředí bydlení	20%	25%	55%	0%	0%	0%
28) spánek	10%	30%	40%	20%	0%	0%
29) rodinné vztahy	20%	40%	35%	0%	5%	0%
30) vztahy s ostatními lidmi	15%	30%	55%	0%	0%	0%
31) děti	20%	35%	30%	10%	5%	0%
32) péče o sebe sama	15%	20%	55%	10%	0%	0%
33) láska	10%	10%	30%	30%	0%	20%
34) sexuální život	0%	0%	30%	35%	10%	25%
35) účast v politice	0%	0%	10%	30%	40%	20%
36) víra	10%	5%	55%	10%	10%	10%
37) odpočinek	25%	30%	45%	0%	0%	0%
38) koníčky	10%	25%	60%	5%	0%	0%
39) pocit bezpečnosti	15%	25%	50%	10%	0%	0%
40) práce	15%	0%	55%	15%	5%	10%
41) spravedlnost	10%	0%	40%	35%	15%	0%
42) svoboda	20%	10%	30%	25%	15%	0%
43) krása a umění	10%	10%	55%	25%	0%	0%
44) pravda	5%	10%	45%	30%	10%	0%
45) peníze	0%	15%	70%	15%	0%	0%
46) jídlo	0%	35%	65%	0%	0%	0%

Graf č. 10 **Hodnocení spokojenosti klienty občanského sdružení Totem**

V hodnocení spokojenosti se u klientů občanského sdružení Totem, kteří žijí v bytech bývalého Domova - penzionu pro seniory Bolevec, vyskytuje častěji než u druhé skupiny možnost „zcela spokojen“. Zatímco u respondentů z Vratislavic nad Nisou se objevuje jen zřídka a její nejvyšší hodnota je 14 % u dětí, zde se objevuje i 25 % a to u odpočinku. Ve Vratislavicích nad Nisou jsou s nabízenými oblastmi vybraní seniři nejčastěji spíše spokojeni. Domnívám se, že je to dáno celkovým stavem klientů

občasného sdružení Totem, kteří jsou na tom v mnoha věcech o něco lépe než klienti domova pro seniory ve Vratislavicích nad Nisou.

Více seniorů z Bolevce je spokojeno se zdravím, 10 % zcela a 20 % velmi, oproti druhé porovnávané skupině, kde je pouze 5 % velmi spokojených respondentů. Tito senioři většinou nemají takové problémy se zdravím, jako tomu je v domově pro seniory. Vybraná skupina plzeňských seniorů se také cítí lépe, 15 % je zcela, 30 % velmi spokojeno, oproti druhé skupině, kde je pouhých 14 % respondentů velmi spokojeno. Vybraní plzeňští senioři jsou také spokojenější se svou soběstačností, 50 % je zcela a velmi spokojeno, v druhé skupině je pouze 10 % seniorů velmi spokojeno. Vzhledem ke skupině, která zde žije, je to pochopitelné. V otázce bydlení jsou méně spokojení klienti občanského sdružení Totem, ačkoliv jsou v 20 % zcela spokojeni, v 25 % převažuje možnost „spíše spokojen“ v 55 % případů. Klienti domova pro seniory jsou spokojeni velmi v 71 %, v 29 % spíše spokojeni. Senioři bydlící v městských bytech v Bolevci lépe hodnotí svůj spánek, 10 % je spokojeno zcela. Obě skupiny se však přiklání v této oblasti spíše ke spokojenosti a nejsou zde nějak výrazné rozdíly. Respondenti z Plzně jsou také spokojenější jak v rodinných vztazích, tak ve vztazích s ostatními lidmi. V rodinných vztazích jsou ve 20 % zcela a ve 40 % velmi spokojeni, zatímco vybraní vratislavičtí senioři jsou zcela spokojeni jen v 5 %. S dětmi jsou obě skupiny celkem spokojeny, o něco spokojenější jsou klienti Domova pro seniory Vratislavice nad Nisou, kde také nebyla tato oblast od 10 % respondentů hodnocena, jednalo se o bezdětné klienty. V péči o sebe sama jsou spokojenější klienti Totemu, v 15 % jsou dokonce spokojeni zcela, na rozdíl od druhé skupiny seniorů. Senioři z Liberce jsou více spokojeni s láskou, v 52 % případů jsou velmi spokojeni, druhá skupina je sice spokojena i zcela, ale jen v 10 %. V sexuálním životě získaly u obou skupin nejvíce procent možnosti spíše spokojen a nespokojen a vyskytla se zde i značná část těch, kteří odmítli odpovídat. V případě domova pro seniory byl podíl těch, kteří na tuto otázku odpověděli nižší než počet těch, kteří na ni neodpověděli. Z tohoto důvodu byli klienti občanského sdružení Totem více spokojení i nespokojení. V hodnocení politiky je situace u obou skupin také obdobná, obě skupiny jsou s politikou převážně nespokojeny. Politika je nejhůře hodnocenou oblastí ze všech. Více jak polovina všech respondentů je spokojena s vírou, 10 % vybraných plzeňských seniorů tuto oblast nehodnotilo. Pro obě skupiny je velmi důležitý odpočinek, se kterým jsou také převážně

spokojeni, 25 % vybraných plzeňských seniorů je s odpočinkem spokojeno zcela, 35 % velmi. Nikdo z libereckého domova pro seniory není s odpočinkem zcela spokojen, v 52% jsou spokojeni velmi. S koníčky jsou více spokojeni senioři z domova pro seniory v Liberci. V 52% velmi spokojeni a v 48 % spíše spokojeni. Senioři, žijící v městských bytech v Bolevci, jsou z větší části spíše spokojeni, a to v 60 %, v 5 % dokonce nespokojeni. Tyto výsledky bych přikládala tomu, že vybraná skupina z plzeňského kraje má oproti seniorům z domova pro seniory v Liberci větší výběr koníčků, jsou na ně náročnější, a mohou častěji srovnávat své záliby se zálibami vrstevníků a připadat si málo aktivní. S bezpečností jsou více spokojeni obyvatelé Domova pro seniory Vratislavice nad Nisou, v 76 % velmi spokojeni, u druhé skupiny je více než polovina (55 %) spokojena spíše. S prací jsou více spokojeni vybraní liberečtí senioři. Domnívám se, že práci chápou jako činnost, kterou jsou schopni ještě sami vykonávat, tedy jednoduché domácí práce, na které nepotřebují asistenci personálu. S tím, co zvládají, jsou spokojeni. Senioři z bývalého penzionu pro důchodce jsou samostatnější, nemají většinou problém si sami věci obstarat, připadají si plně soběstační a hůře nesou, pokud jim něco nejde. Také mohou někteří z nich práci brát spíše jako placenou činnost. To by mohlo vysvětlovat i nehodnocení práce u 10 % seniorů. Se spravedlností jsou obě skupiny spíše spokojeny, nespokojeny nebo velmi zklamány. V 10 % případů jsou vybraní plzeňští senioři sice zcela spokojeni avšak více spíše spokojených je libereckých respondentů, velmi spokojen nebyl nikdo. Dotazovaní senioři z Vratislavic nad Nisou jsou spokojenější se svobodou, přikládala bych to vyššímu věku, vyšší závislosti na druhé osobě a menšímu zájmu o politiku. Větší zájem o politiku dle mého názoru umožňuje poznávat i svobodu ve světě. S krásou a uměním jsou obě skupiny ve více než polovině případů spíše spokojeny a jejich hodnocení se nijak výrazně neliší. S pravdou jsou více nespokojení a zklamaní klienti občanského sdružení Totem, žijící v budově bývalého penzionu pro seniory v Bolevci. V oblasti peněz jsou obě skupiny celkem spokojené, nikdo však není spokojen zcela. Nespokojenost je vcelku vyrovnaná, 14 % a 15 % a nikdo není velmi zklamán. Senioři nemají tolik peněz, kolik by si přáli. Na pokrytí nákladů a na občasné malé radosti to však zřejmě stačí. Více velmi spokojených je ve Vratislavicích nad Nisou, a to celých 48 %. Často mi zdejší klienti říkali, že jsou s penězi spokojeni, že jsou již staří, moc toho nepotřebují a většinu jim zajistí zařízení. Více spokojeni s jídlem jsou klienti vratislavského domova pro seniory, v 62 % velmi spokojeni.

6.5 SHRNUÍ

Z mého šetření vyplynulo, že velká část nabízených oblastí je pro život vybraných seniorů podstatná. Nejdůležitějším faktorem ovlivňující život seniora je zdraví, na druhém místě jsou rodinné vztahy. Nejméně důležité jsou pro ně krása, politika, víra a sexuální život, který byl zároveň nejvyšším procentem respondentů nehodnocen. Spokojenost se však výrazně liší. Nejvíce spokojeni jsou senioři s prostředím bydlení a dětmi, nejméně naopak s politikou. Zároveň se v mém šetření potvrdily i všechny hypotézy formulované na začátku kapitoly. Výsledky získané výzkumným šetřením nelze generalizovat, i tak ale přináší zajímavé poznatky obohacující praxi i teorii.

Zdraví je nejdůležitější hodnotou pro všechny seniory, 54 % ho považuje za nezbytné, 46 % za velmi důležité. Nejvíce seniorů je s ním však spíše spokojeno (59 %) nebo nespokojeno, a to 24 % z celkového počtu. Více jsou se svým zdravím spokojeni senioři z Bolevce, kteří mají méně zdravotních problémů a nižší věk. Převaha možnosti „spíše spokojen“ ukazuje na vyšší výskyt zdravotních problémů ve stáří. Senioři si však zároveň uvědomují, že by mohlo být i hůře. **Fyzická soběstačnost** je ve stáří pro většinu respondentů (80 %) velmi důležitá. Mnoho starých lidí se snaží, jak to jen jde, aby byli co nejdéle soběstačnými. Nechtějí být na ostatních závislí a ztrácet tak svou hodnotu a být na obtíž. Nejvíce respondentů je s vlastní soběstačností spíše spokojeno (61 %) a velmi spokojeno (22 %). Více jsou spokojeni klienti občanského sdružení Totem, žijící v bývalém Domově-penzionu pro důchodce Bolevec, kteří ji také hodnotí jako méně důležitou. Tato skupina má lepší zdravotní stav a je soběstačnější. **Psychická pohoda** je pro většinu respondentů nezbytná nebo velmi důležitá. Nejvíce seniorů je s ní spíše spokojeno (49 %) a uvědomují si tedy, že by mohlo být i hůře. Ve stáří se objevuje vyšší výskyt nemocí, více umírají vrstevníci a přátelé a člověk se tak může cítit osamělejší. Psychickou pohodu ovlivňuje i spánek, který leckdy není ve vyšším věku dobrý. Převážnou část spokojených respondentů tvoří klienti občanského sdružení Totem, mající lepší zdravotní stav, díky kterému mohou navštěvovat své přátele a rodinu a mají i větší výběr zájmových činností, kde mohou trávit více času. **Příjemné prostředí a bydlení** je pro většinu seniorů (76 %) velmi důležité a respondenti jsou s ním ze všech hodnocených oblastí nejnejspokojenější.

Menší důležitost přikládají této oblasti senioři z městských bytů v Bolevci a spokojenějšími jsou senioři z Vratislavic nad Nisou, v 71 % jsou dokonce velmi spokojeni. Respondenti, kterým jsem pomáhala s vyplňováním dotazníku, mi svěřili, že jsou s ubytováním spokojeni a že jim zde nic nechybí. Nespokojenost, kterou jsem ohledně bydlení zaznamenala, se týkala pouze vztahů mezi spolubydlícími. Ve většině případů byl senioři **spánek** zvolen jako velmi důležitý (83 %). Kvalitní spánek je důležitý pro načerpání energie, které mívají senioři nedostatek. Téměř polovina respondentů je se spánkem spíše spokojena a to v 47 % z celkového počtu, v 29 % jsou respondenti velmi spokojeni, nespokojeno je 19 % dotazovaných. Méně důležitý je spánek pro vybranou skupinu seniorů z Bolevce, kteří jsou s ním i spokojenější. Z výsledků vyplývá, že zatím spí celkem dobře a nejspíše proto této oblasti nepřikládají takový význam jako druhá skupina.

Ve stáří stoupá potřeba uspokojivých **rodinných vztahů**, které jsou upřednostňovány před vztahy ostatními. Rodinné vztahy byly respondenty hodnoceny společně se zdravím a schopností se o sebe postarat jako nejdůležitější. Více spokojenější jsou s nimi klienti občanského sdružení Totem, žijící v bývalém Domově-penzionu pro důchodce v Bolevci a to proto, že jsou více mobilnější a mohou rodinné příslušníky navštívit, pokud oni čas na návštěvu nemají. Senioři z Vratislavic nad Nisou mi často říkali, že by si přáli více návštěv od dětí, které prý ale nemají vzhledem jejich práci čas. Většina o svých dětech vyprávěla s radostí a byla na ně pyšná. U některých jsem měla dojem, že si příbuzné idealizují, což je však obranný mechanismus, zajišťující uchování pozitivního sebeobrazu i dobré emoční bilance. **Vztahy s ostatními lidmi** nejsou pro seniory tak důležité jako vztahy s rodinou. Pro 59 % dotazovaných jsou velmi důležité, pro 24 % jsou však jen středně důležité a pro 5 % i málo důležité. Většina je se vztahy spokojena velmi nebo spíše. Důležitější a zároveň spokojenější se vztahy s ostatními lidmi jsou klienti občanského sdružení Totem, žijící v bytech zrušeného Domova-penzionu pro důchodce v Bolevci. Přikládám to mladšímu věku, lepšímu psychickému a fyzickému stavu a s tím souvisejícímu většímu zájmu o okolní svět. Mnohdy jsem od seniorů zaslechla, že hlavní je rodina a vztahy s ostatními jsou vedlejší. Dobré vztahy udržují proto, aby nebyli sami a mohli si s někým popovídat, o konflikty nikdo z nich pochopitelně nestojí. **Mít a vychovávat děti** je pro většinu seniorů (71 %) velmi důležité. Převažuje spokojenost nad nespokojeností, související s kladně hodnocenými rodinnými vztahy. Na tuto otázku

neodpovědělo 5% dotazovaných, jednalo se osoby bezdětné. Větší spokojenost s dětmi se objevila u skupiny seniorů z Vratislavic nad Nisou. Zdejší senioři nemohou děti sami navštěvovat, váží si každé jejich návštěvy a omlouvají jejich častou nepřítomnost pracovní vytížeností. **Být schopen se o sebe postarat** je třetí nejpodstatnější faktor ovlivňující život vybraných respondentů. Převážná část (61 %) je s touto oblastí spokojena spíše a nespokojeno je 15 %. Tyto výsledky ukazují na zhoršující se zdravotní stav ve vyšším věku, kdy si senioři uvědomují, že zdraví se může prudce a náhle zhoršit. Spokojenější jsou s touto oblastí klienti občanského sdružení Totem, kteří mají lepší zdravotní stav, a proto jsou schopni se o sebe lépe postarat.

Být milován a milovat je pro většinu všech respondentů velmi důležité nebo nezbytné. S láskou je největší procento seniorů velmi spokojeno (32 %) o něco méně, v 29 % případů jsou nespokojeni. Láska je seniory chápána jak ve smyslu partnerské lásky, tak lásky mezi rodiči a dětmi, jelikož část spokojených respondentů uvedla, že jsou vdovci nebo vdovy. Vyšší spokojenost v této otázce se objevila u seniorů z Vratislavic nad Nisou, z nichž někteří žijí ještě s partnerem. **Sexuální život** je brán mnoha lidmi jako ryze soukromá záležitost, proto se také domnívám, že největší procento seniorů nebylo ochotno odpovídat jak na důležitost sexu (30 %), tak i na spokojenost v této oblasti (39 %). Pro hodnotící seniory byl většinou sexuální život středně důležitý (22 %), pro některé málo důležitý (17 %), nebo bezvýznamný (19 %). S vlastním sexuálním životem bylo 32 % respondentů nespokojeno. Žádný z dotázaných nebyl zcela ani velmi spokojen, spíše spokojeno bylo 24 %. Mnoho dotázaných žije bez partnera i ve vyšším věku. U těch seniorů, kterým jsem s dotazníkem pomáhala, mi bylo vynechání odpovědi zdůvodňováno kromě nepřítomnosti partnera i jakousi neproveditelností z důvodu zdravotních problémů. Větší část respondentů, kteří na tuto otázku neodpovídali, pocházela z domova pro seniory ve Vratislavicích nad Nisou, přičítala bych odlišnější době a výchově, ve které vyrůstali. **Politika** pro seniory není v životě podstatná. Je jí přiřazována nejvíce střední důležitost, malá důležitost nebo je bezvýznamná. Převažuje s ní nespokojenost (24 %) a velké zklamání (49 %). Respondentů, kteří se k politice odmítli vyjádřit, bylo 10%. Všichni jsou klienty občanského sdružení Totem. Tři ze 4 těchto respondentů mi sdělilo, že tuto otázku nevyplňovali, protože nechtěli být „sprostí“. Z toho, jak se k otázce senioři vyjadřovali, jsem pochopila, že politika některé zajímá a zlobí, cítí se však bezmocní a mají

strach jak o své důchody, tak v budoucnu i o zajištění svých dětí. Výsledky korespondují s názorem na politickou situaci ve společnosti. **Víře** v životě seniorů není přikládán příliš velký význam, téměř pro polovinu respondentů je středně důležitá (v 49 %), pro některé (17 %) je dokonce bezvýznamná. Na tuto otázku neodpovědělo 5 % seniorů, všichni patřili ke klientům občanského sdružení Totem, pro něž je také víra oproti druhé skupině méně důležitá. V nadpoloviční většině jsou s vírou respondenti spíše spokojeni. Otázka spokojenosti nebyla v 15 % případů zodpovězena. Více spokojena s tím, v co věří nebo nevěří je skupina plzeňských seniorů. Výsledky ukazují na relativní spokojenost respondentů se svou vírou nebo se svým ateistickým zaměřením. Nehodnocení a malá důležitost této oblasti ukazuje na menší počet věřících, což se ostatně shoduje i se současnou mentalitou české společnosti.

Odpočinek je pro většinu respondentů (80 %) velmi důležitý, pro ostatní je důležitý středně (20 %). Ve stáří se lidé snadněji unaví, je tedy důležité odpočívat a nabrat síly. Většina je také se svým odpočinkem spokojena, zcela spokojeno je 12 % dotázaných, velmi spokojených je 42 % a spíše spokojených je 46 %. Větší důležitost přikládají odpočinku klienti z domova pro seniory ve Vratislavicích nad Nisou, spokojenější jsou s ním vybraní plzeňští senioři. Plzeňští senioři jsou většinou mladší, vitálnější a tolik odpočinku jako druhá skupina nepotřebují. Navštěvují mnoho kroužků, které pro ně mohou být zároveň i odpočinkem a lépe spí, proto nejsou ani tak unavení. **Koníčky**, pomáhající vyplnit volný čas ve stáří, jsou pro nadpoloviční většinu všech seniorů velmi důležité (66 %) nebo spíše důležité (22 %) Převážná část je s nimi také spokojena. Spokojenější s koníčky a vyšší důležitost jim přikládají klienti Domova pro seniory Vratislavice nad Nisou, v 80 % jsou pro ně velmi důležité. Tito senioři mají méně možností, jak trávit svůj volný čas a jsou tedy i vděčnější za jakýkoliv program. **Být v bezpečí** je pro většinu respondentů velmi důležité (80 %), nezbytné je to pro 13 % a jen 7 % považuje bezpečí za středně důležitou oblast. Cítit se a být někde v bezpečí je pro člověka důležité. Pokud se jedinec cítí v neustálém ohrožení, může to mít dopad na jeho zdravotní stav. S vlastním bezpečím je více jak polovina (51 %) dotazovaných spokojena, v 37 % jsou spokojeni velmi, zcela spokojeno je 7 % dotázaných a nespokojeno 5 %. Méně důležité je bezpečí pro vybranou skupinu seniorů z Bolevce, kteří jsou s ním i méně spokojeni. Tito senioři jsou soběstačnější a nejspíše se necítí tak zranitelní v případě ohrožení. Bydlí však

v domě, který není hlídán žádnými osobami, jako je tomu u druhé skupiny, a proto se někteří z nich mohou cítit méně bezpečně. **Práce** je většinou pro seniory velmi důležitá (59%) nebo středně důležitá (30 %). Nejvíce jsou s ní respondenti spíše spokojeni (58 %) nebo nespokojeni (13 %) v 5 % respondenti práci nehodnotili. Pod pojmem „práce“ si každý člověk představí něco jiného, pro některého seniora je to pouhé umytí nádobí, pro dalšího pak placená práce. Nehodnocení v 5 % příkládám pochopení pojmu práce jako činnosti vykonávané za úplatu. Bez ohledu, jak senioři práci chápou, je pro ně významnější hodnotou. Placená práce umožňovala zajistit rodinu a možnost dopřát si materiální statky, ta neplacená forma práce pomáhá seniorům cítit se lépe, soběstačněji a naplňuje jim pocit osobní užitečnosti pro své okolí. Méně důležitá je práce pro klienty občanského sdružení Totem, ti také byli nespokojenější a 5 % ji nehodnotilo. Pokud jim nějaká práce nejde jako dříve, byť jde o běžný úklid, nesou to hůře, protože se chtějí cítit soběstační.

Spravedlnost je nadpoloviční většinou respondentů považována za velmi důležitou nebo nezbytnou. Vybraní senioři jsou s dnešní spravedlností spíše spokojeni (51 %) nespokojeni (27 %) a velmi zklamáni (17 % z celkového počtu). Důležitější je spravedlnost pro klienty občanského sdružení Totem, žijící v budově bývalého penzionu pro důchodce, kteří jsou s ní také více nespokojeni (v 35 % nespokojeni oproti 19 % u druhé skupiny). Zdejší klienty více trápí, co se děje v dnešním světě, což se ukázalo i v oblasti politiky, kde se 10 % odmítlo vyjádřit. **Svoboda** je jednou z nejvíce důležitých oblastí pro respondenty. Právo svobodné volby v tom, co děláme a co říkáme, je pro každého člověka důležité. Svoboda může být pojímána obecně v celosvětovém měřítku, kterou každý člověk vnímá individuálně. U seniorů může být svoboda omezena zdravotním stavem, kvůli zvyšující se závislosti na druhé osobě. V 80 % případů je pro respondenty svoboda velmi důležitá. Jsou s ní však poměrně málo spokojeni, převažují spíše spokojení senioři (39 %) a nespokojení (22 %), pouze v 19 % jsou senioři velmi spokojeni s mírou svobody. Objevuje se i možnost „velmi zklamán“ (10 % respondentů), která nebyla volena u otázek často. Méně spokojena je skupina plzeňských seniorů. U respondentů příkládám menší spokojenost (v případě klientů Domova pro seniory Vratislavice nad Nisou) stoupající závislosti na druhé osobě, v případě klientů občanského sdružení Totem, kteří jsou samostatní, většímu zájmu o světové dění a s ním související nespokojenosti. **Krása a umění** není v porovnání s ostatními hodnotami pro seniory

důležitá. Pro více než polovinu je středně nebo málo důležitá (37 % a 29 %). Pro 12 % hodnotících je dokonce bezvýznamná. Seniori krásu a umění upozadují, může být brána jako příjemné zpestření života, ale do popředí se dostává zdraví, vlastní soběstačnost, případně uspokojivé rodinné vztahy. Nejvíce seniorů je s uměním a krásou spíše spokojeno (56 %), a nespokojeno 24 %. Obě skupiny hodnotily svou spokojenost obdobně, více důležitější je tato oblast pro vybranou skupinu seniorů, žijících v bytech na Bolevci. Ti nemusí tolik řešit své zdravotní problémy, jsou často mladší a více se účastní společenského života, proto mohou umění a krásu vnímat jako důležitější.

Pravda je v životě seniorů vysoce ceněna. Pro převážnou část seniorů je velmi důležitá, v 81 %. Většina seniorů je s pravdou spíše spokojena (49 %) nebo nespokojena (27 % případů). V 7% jsou dotazovaní v této dimenzi velmi zklamáni. Mnohými z těch, kterým jsem u vyplňování dotazníku asistovala, mi bylo sděleno, například, že: „v dnešní společnosti se ve velkém krade a podvádí, lidé si lžou“, existují však i světlé výjimky. Seniori zároveň zdůraznili, že by ale mohlo být ještě hůře. Více nespokojeni jsou klienti občanského sdružení Totem. Ukazuje to na jejich celkově větší zájem a nespokojenost s děním ve světě. Pro nadpoloviční většinu (64 %) jsou **peníze** středně důležité, v 29% velmi důležité. Nikdo ze seniorů není s jejich množstvím zcela spokojen. Velmi spokojeno je 32 %, 54 % je spíše spokojeno. Spokojenější jsou s nimi vybraní seniori z Vratislavic, v 48 % velmi. Nikdo není velmi zklamán. Z výsledků lze usuzovat, že ačkoliv penězům není přikládána taková váha, přesto však převažuje pocit jejich nedostatku. K negativnímu vnímání v této oblasti mohou přispívat i média. **Dobré jídlo** je pro více než polovinu respondentů (52 %) důležité středně, pro 44 % velmi důležité. Většina seniorů je velmi nebo spíše spokojena s tím, co si sami uvaří nebo dostanou. Převážná část spokojenějších respondentů pochází z domova pro seniory ve Vratislavicích nad Nisou, pro které je také jídlo důležitější.

ZÁVĚR

V teoretické části mé práce jsem se pokusila vybrat nejvýznamnější faktory ovlivňující kvalitu života ve stáří. Dle literárních pramenů má velký význam na prožívání procesu stárnutí zdravotní stav jedince, fyzický i psychický, a sociální aspekty, kdy tím hlavním je pro seniory samotný odchod do důchodu. Z teoretické části vyplývá, že existuje celá řada dalších faktorů, které mohou život seniorů ovlivňovat. V teoretické části je popsána charakteristika pobytových zařízení pro seniory. Tato část také zahrnuje přípravu na stáří a s tím spojené úspěšné stárnutí. Dále pak byla v teoretické části zpracována kapitola o kvalitě života, která s tímto tématem velmi úzce souvisí. V praktické části byl k výzkumnému šetření použit nástroj, který ji měří. Jednalo se o sebeposuzovací dotazník kvality života SQUALA. Domnívám se, že obsah teoretické části vesměs koresponduje s částí praktickou.

Ve výzkumném šetření byly nejprve stanoveny hypotézy a cíle, poté výzkumné metody a vzorek šetření, který byl tvořen vybranými klienty Domova pro seniory Vratislavice nad Nisou a klienty občanského sdružení Totem z Plzně. Nejprve byla zjišťována spokojenost a důležitost jednotlivých oblastí u všech seniorů, následně byly tyto hodnoty u obou skupin porovnány. Z šetření vyplynulo, že nejpodstatnějším faktorem ovlivňující život všech vybraných seniorů je zdraví. Nejvíce respondentů bylo spokojeno s prostředím bydlení a dětmi, klienti Totemu navíc ještě s odpočinkem a vybraní vratislavičtí senioři s bezpečností a rodinnými vztahy. Nejméně důležitá je pro naše respondenty politika, se kterou jsou také obě skupiny nejméně spokojené. Nejmenší ochota odpovídat se vyskytla u otázky týkající se sexuálního života.

Zdraví by mělo být nejdůležitější pro každého člověka a měli bychom si ho chránit. Bohužel mnoho lidí si to uvědomí, až když je pozdě. Když jsme mladí a fyzicky zdraví, cítíme se většinou dobře i po psychické stránce. Ve stáří bývá obtížnější udržet se v dobré psychické kondici. Stoupá počet nemocí, kterými se cítíme být ohroženi nebo které se již projeví, stejně tak pocit osamělosti, protože blízkých osob v našem okolí ubývá. Zlepšit pohled na svět a dodat starému člověku více optimismu by měl být úkol jak rodiny, tak osob pracujících se seniory. Pracovníci organizací nebo pobytových zařízení by měli mít

vřelý přístup ke každému klientovi a vytvořit dostatečné nabídky koníčků, v nichž by se senior mohl realizovat a být tak se svým životem spokojenější. Podstatné je také nevykonávat práci za seniory, pokud jsou ještě schopni si své potřeby zajistit sami a zbytečně tak nevytvářet ze starých lidí nesamostatné a neschopné jedince. Bylo by dobré vzbudit větší zájem seniorů o světové dění, umění a politiku, dát jim vědět, že na jejich mínění záleží. Společnými silami můžeme věci, se kterými nejsme spokojeni ještě změnit.

Ve svém výzkumném šetření jsem si také potvrdila všechny své formulované hypotézy. Vybrané seniory jsem měla možnost více poznat díky praxi, kterou jsem na obou místech vykonávala. Znalost prostředí i klientů se později ukázala jako velká výhoda, senioři byli více ochotní se na mém šetření podílet a ti, kterým jsem dotazník pomáhala vyplňovat, byli velmi sdílní. Stáří je nedílnou součástí života člověka a vážím si toho, že jsem prostřednictvím těchto lidí mohla nahlédnout do životního stylu seniora.

7 SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Pohlaví	52
Tabulka č. 2 Věk	53
Tabulka č. 3 Ukončené vzdělání	54
Tabulka č. 4 Hmotné zabezpečení	55
Tabulka č. 5 Rodinný stav	56
Tabulka č. 6 Počet dětí	57
Tabulka č. 7 Zdraví	58
Tabulka č. 8 Fyzická soběstačnost	59
Tabulka č. 9 Psychická pohoda	60
Tabulka č. 10 Příjemné prostředí a bydlení	60
Tabulka č. 11 Spánek	61
Tabulka č. 12 Rodinné vztahy	62
Tabulka č. 13 Vztahy s ostatními lidmi	62
Tabulka č. 14 Mít a vychovávat děti	63
Tabulka č. 15 Postarat se o sebe	64
Tabulka č. 16 Milovat a být milován	64
Tabulka č. 17 Sexuální život	65
Tabulka č. 18 Politika	66
Tabulka č. 19 Víra	67
Tabulka č. 20 Odpočinek	67
Tabulka č. 21 Mít koníčky	68
Tabulka č. 22 Bezpečí	69
Tabulka č. 23 Práce	69
Tabulka č. 24 Spravedlnost	70
Tabulka č. 25 Svoboda	71
Tabulka š. 26 Krása a umění	71
Tabulka č. 27 Pravda	72
Tabulka č. 28 Peníze	73
Tabulka č. 29 Dobré jídlo	73
Tabulka č. 30 Hodnocení důležitosti klienty Domova pro seniory Vratislavice nad Nisou	75
Tabulka č. 31 Hodnocení důležitosti klienty občanského sdružení Totem	77
Tabulka č. 32 Hodnocení spokojenosti klienty Domova pro seniory Vratislavice nad Nisou	80
Tabulka č. 33 Hodnocení spokojenosti klienty občanského sdružení Totem	82

8 SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Pohlaví	52
Graf č. 2 Věk	53
Graf č. 3 Ukončené vzdělání	54
Graf č. 4. Hmotné zabezpečení	56
Graf č. 5. Rodinný stav	57
Graf č. 6 Počet dětí	58
Graf č. 7 Hodnocení důležitosti klienty Domova pro seniory Vratislavice nad Nisou .	76
Graf č. 8 Hodnocení důležitosti klienty občanského sdružení Totem	78
Graf č. 9 Hodnocení spokojenosti klienty Domova pro seniory Vratislavice nad Nisou	81
Graf č. 10 Hodnocení spokojenosti klienty občanského sdružení Totem	83

9 SEZNAM LITERATURY

- AIKEN, L.R. 1989. *Later Life Hillsdale*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- BURIÁNEK, J., KOVAŘÍK, J. a kol. 2006. *Domácí násilí: násilí na mužích a seniorech*. Praha/Kroměříž: Triton, ISBN 80-7254-914-6.
- CORSO, J.F. 1981. *Aging Sensory Systems and Perception*. New York: Praeger.
- DRAGOMIRECKÁ, E. a kol. 2006. SQUALA: *Příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA*. Praha: Psychiatrické centrum Praha. ISBN 80-85121-47-6.
- HART, S., SEMPLE, J.M. 1990. *Neuropsychology and the Dementias*. London: Taylor & Francis.
- HAŠKOVCOVÁ, H. 2010. *Fenomén stáří*. Praha : Havlíček Brain Team, ISBN 978-80-87109-19-9.
- KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. a kol. 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, ISBN 80-247-0548-6.
- KART, C.S. 1981. *The Realities of Aging*. Boston: Allyn and Bacon.
- KERMIS, M.D. 1983. *The Psychology of Human Aging. Theory, Research and Practice*. Boston: Allyn and Bacon.
- MALÍKOVÁ, E. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-3148-3.
- MATOUŠEK, O. 1999. *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství, ISBN 80-85850-76-1.
- MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. 2005. *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, ISBN 80-7367-002-X.
- MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, ISBN 80-247-1362-4.
- MÜHLPACHR, P., VAĐUROVÁ, H. 2005. *Kvalita života: Teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, ISBN 80-210-3754-7.
- ŘÍČAN, P. 2006. *Cesta životem*. Praha : Portál 2006; ISBN 80-7367-124-7.
- STUART-HAMILTON, I. 1999. *Psychologie stárnutí*. Praha : Portál, ISBN 80-7178-274-2.

ÚLEHLOVÁ, D. a kol. 2009. *Problematika domácího násilí pro zdravotnické pracovníky*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, ISBN 978-80-7013-502-0.

VÁGNEROVÁ, M. 2007. *Vývojová psychologie II: Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, ISBN 978-80-246-1318-5.

VENGLÁŘOVÁ, M. 2007. *Problematická situace v péči o seniory*. Praha : Grada, ISBN 978-80-247-2170-5.

Další zdroje

Zákon č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů.

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

Letokruhy. TOTEM regionální dobrovolnické centrum [online]. 2010 [cit. 2012-03-16].

Dostupné z: <http://www.totem-rdc.cz/?q=node/86>

Naše činnost. TOTEM regionální dobrovolnické centrum [online]. 2011 [cit. 2012-03-16].

Dostupné z: <http://totem-rdc.cz/?q=onas>

O nás. Domov pro seniory Vratislavice nad Nisou [online]. 2008 [cit. 2012-03-16].

Dostupné z: <http://www.domovprosenioryvratislavice.cz/onas.htm>

.

10 RESUMÉ

Tato bakalářská práce se zabývá faktory, které mohou ovlivňovat prožívání života ve stáří, jeho kvalitu. Teoretická část obsahuje charakteristiku věd, které se stářím zabývají-gerontologii a geriatrii a biologické, psychické a sociální změny, kterými ve stáří člověk prochází. Následně jsou vymezeny další aspekty, které mohou mít na prožívání stáří vliv, patří sem láska a sexuální aktivita, víra, nemoc, zájmové činnosti, násilí na seniorech a umírání a smrt, ať už samotného seniora, jeho partnera nebo jeho vrstevníků. Pozornost je věnována také péči o seniory a přípravě na stáří, aby bylo úspěšné. Konec teoretické části patří kvalitě života z pohledu vědních disciplín a charakteristice jejich nástrojů.

Cílem praktické části bylo zjistit, jaké faktory v životě považují vybrané skupiny seniorů za podstatné a jak jsou spokojeni s kvalitou svého života. K šetření byly použity 3 metody a to pozorování, sebeposuzovací dotazník SQUALA a strukturované interview.

Resume

This bachelor's dissertation considers factors which could influence the quality of life during the aging process. The theoretical section contains the characteristics of sciences which deal with aging, like gerontology, geriatrics, while also giving a description of biological, psychological and social changes that people undergo during the aging process. Following this, the next part deals with other possible factors influencing people through the aging process, such as love, sexual activity, faith, hobbies, and mortality. Attention is paid to the caring for of senior citizens and the preparing for old age.

The end of the theoretical section is devoted to the quality of life from the perspective of the social sciences and the characteristics of their methods. The goal of the practical section was to discover which of the set areas of life are the most important for

seniors and how satisfied with these areas they are. Subsequently the seniors were divided into two groups and their responses were compared This research used three methods: observation, the self-assesed survey SQUALA, and a structured interview.

11 PŘÍLOHY**Dotazník SQUALA****Dotazník kvality života
(SQUALA)**

Pořadové číslo _____

ID. Číslo _____

Vážená paní, vážený pane,
cílem tohoto dotazníku je hodnocení kvality života.

V první části dotazníku vás prosíme, abyste odpověděli, jaké hodnoty považujete v životě za důležité, jak si jich ceníte. Ve druhé části zjišťujeme, nakolik jste Vy osobně spokojen(a) v různých oblastech života.

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 za spolupráci na naší výzkumné práci.

DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Zaškrtněte, prosím, odpovídající položky

1) Pohlaví

Muž.....1

Žena.....2

2) Věk _____

3) Bydlíte v:

Obci do 10 000 obyvatel.....1

Městě nad 10 000 do 50 000 obyvatel.....2

Městě nad 50 00 do 100 000 obyvatel.....3

Velkoměstě nad 100 000 obyvatel.....4

4) Ukončené vzdělání

Neukončené základní.....	1
Základní.....	2
Střední bez maturity.....	3
Střední s maturitou.....	4
Vysokoškolské.....	5

5) Zaměstnání

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

d) Pokud nepracujete uveďte jeden z důvodů:

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

6) Hmotné zabezpečení

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

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

7) Rodinný stav

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

8) Máte děti?

ano – ne
 pokud ano, pak počet dětí žijících s vámi _____

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					
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 života spokojen/a a zaškrtněte příslušné okénko.

	zcela spokojen	velmi spokojen	spíše spokojen	nespokojen	velmi zklamán
24) zdraví					
25) fyzická soběstačnost					
26) psychická pohoda					
27) prostředí bydlení					
28) spánek					
29) rodinné vztahy					
30) vztahy s ostatními lidmi					
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					