

Univerzita Pardubice

Fakulta filozofická

Kvalita života seniorů jako sociální kategorie

Bc. Markéta Stehlíková

Diplomová práce

2017

Univerzita Pardubice
Fakulta filozofická
Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Markéta Stehlíková**
Osobní číslo: **H15464**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Resocializační pedagogika**
Název tématu: **Kvalita života seniorů jako sociální kategorie**
Zadávající katedra: **Katedra věd o výchově**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Diplomová práce se bude věnovat problematice kvality života seniorů a představí tuto problematiku jako sociální kategorii. V teoretické části práce bude představena problematika seniorské populace, charakteristika této cílové skupiny a determinanty kvality života seniorů včetně vlastního vymezení kvality života v multidisciplinárním kontextu. Empirická část práce bude realizována kvantitativní výzkumnou strategií za použití výzkumné techniky dotazníku. Základní soubor budou tvořit senioři v Pardubickém kraji, výběrový soubor bude vytvořen na základě záměrného výběru. Na základě výsledků výzkumu budou představeny návrhy a opatření ovlivňující kvalitu života seniorů, a to zejména z pohledu resocializační pedagogiky a gerontopedagogiky.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

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

Seznam odborné literatury:

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDVÁ. Sociální gerontologie: úvod do problematiky. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 264s. ISBN 978-80-247-3901-4.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

MÜHLPACHR, Pavel. Gerontopedagogika. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009, 204 s. ISBN 978-80-210- 5029-7.

RAPLEY, Mark. Quality of Life Research: A Critical Introduction. London: Sage, 2003. 278 s. ISBN 9780761954576

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

Vedoucí diplomové práce: **prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.**
Katedra věd o výchově

Datum zadání diplomové práce: **30. dubna 2016**

Termín odevzdání diplomové práce: **31. března 2017**



prof. PhDr. Karel Rýdl, CSc.
děkan



L.S.



Ing. Jaroslav Myslivec, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 30. listopadu 2016

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 24.3.2017

Bc. Markéta Stehlíková

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji prof. Ph.Dr.Pavlovi Mühlpachrovi, Ph.D za jeho odborné vedení, cenné rady i lidský přístup při psaní této diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří se podíleli na mém dotazníkovém šetření. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat Lůžkovému a sociálnímu centru pro seniory o.p.s. v Chrudimi, Domovu pro seniory Dubina a pečovatelskému domu ve Chvaleticích, kde mi bylo umožněno provádět výzkum.

ANOTACE

Diplomová práce na téma „Kvalita života seniorů jako sociální kategorie“ je teoreticko-výzkumná práce. Teoretická část se věnuje poznatkům týkajícím se stáří a stárnutí. Definuje obecné charakteristiky seniorské populace, popisuje možné reakce člověka na stáří a zároveň poskytuje informace o přípravě na stáří a konceptu aktivního života v pokročilém věku. Dále se zabývá problematikou demografického stárnutí populace včetně predikce dalšího demografického vývoje v České republice a ve světě. Také popisuje a vysvětluje pojmy týkající se teoretického vymezení kvality života jako sociální kategorie, popisuje různé rozsahy a přístupy ke kvalitě života a její dimenze, v neposlední řadě se zabývá kvalitou života seniorů. V závěru podává přehled o současné situaci zdravotních a sociálních služeb, které mohou senioři v České republice využívat. Ve výzkumné části jsou rozebrány výsledky dotazníkového šetření, které zjišťovalo subjektivní vnímání vlastní kvality života seniorů v Pardubickém kraji.

KLÍČOVÁ SLOVA

kvalita života, stáří, senior, sociální služba, demografické stárnutí

TITLE

Quality of life, age, seniors, social services, demographic ageing

ANNOTATION

Diploma thesis on „The quality of life of seniors as a social category” is the theoretical and research work. The theoretical part deals with the information related to the old age and aging, defines general characteristics of the senior population, describes possible reactions to aging, and at the same time, it provides the information about preparing for the old age, as well as the concept of active life in this age. Moreover, it deals with the issue of demographic aging of the population, including the prediction of further demographic development in the Czech republic and the world as well. It also describes and explains concepts related to the theoretical definition of the quality of life as a social category, describes various ranges and approaches to the quality of life and its dimensions, and finally, it deals with the quality of life of seniors. In conclusion, it provides the overview of the current situation of health and social services that can be used by seniors in the Czech republic. In the research part, the results of the survey, which found out the subjective perception of own quality of life of seniors in the Pardubice region, are mentioned.

Obsah

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 Vymezení etapy stáří a procesu stárnutí.....	13
1.1 Charakteristika stáří.....	13
1.2 Periodizace stáří.....	14
1.3 Charakteristika stárnutí.....	15
1.4 Aspekty stárnutí.....	16
2 Sociální kontexty stáří	22
2.1 Senioři v interdisciplinárním kontextu	22
2.2 Charakteristika seniorské populace	24
2.3 Reakce na stáří.....	25
2.4 Příprava na stáří.....	26
2.5 Koncept aktivního stárnutí	28
3 Demografie sénia.....	30
3.1 Demografie	30
3.2 Demografická revoluce	30
3.3 Demografický vývoj České republiky.....	32
3.4 Demografický vývoj ve světě.....	33
4 Kvalita života jako sociální kategorie	36
4.1 Vymezení pojmu kvalita života.....	36
4.2 Přístupy ke kvalitě života	37
4.3 Rozsah kvality života	38
4.4 Dimenze kvality života.....	39
4.5 Kvalita života seniorů.....	41
5 Senioři v kontextu sociální politiky	45
5.1 Současná situace v poskytování sociálních a zdravotních služeb seniorům.....	45
5.2 Sociální služby pro seniory	46
5.3 Zdravotní služby pro seniory.....	49
II PRAKTICKÁ ČÁST	52
6 Charakteristika a metodologie výzkumu.....	52
6.1 Výzkumný cíl a formulace hypotéz.....	52
6.2 Typ výzkumu.....	53
6.3 Použitá metoda	53
6.4 Dotazník SQUALA	54
6.5 Výzkumný vzorek	54
6.6 Organizace výzkumného šetření.....	55

7 Interpretace dat a vyhodnocení hypotéz.....	56
7.1 Zpracování demografických údajů	56
7.2 Vyhodnocení hypotéz	64
7.3 Analýza dotazníku	68
7.4 Diskuze	71
ZÁVĚR.....	74
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	76
PŘÍLOHY	81

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázky:

Obrázek 1 - Pohlaví respondentů (zdroj: autorka)	56
Obrázek 2 - Věk respondentů (zdroj: autorka).....	57
Obrázek 3 - Bydliště respondentů (zdroj: autorka)	58
Obrázek 4 - Vzdělání respondentů (zdroj: autorka)	59
Obrázek 5 - Hmotné zabezpečení respondentů (zdroj: autorka)	60
Obrázek 6 - Rodinný stav respondentů (zdroj: autorka)	61
Obrázek 7 - Děti respondentů (zdroj: autorka).....	62
Obrázek 8 - Prostředí bydlení respondentů (zdroj: autorka)	63

Tabulky:

Tabulka 1 - Věková struktura vybraných zemí – údaje z roku 2014 (zdroj: Čeledová, Kalvach, Čevela)	33
Tabulka 2 - Naděje dožití pro muže a ženy při narození a ve věku 65 let (zdroj: Čeledová, Kalvach, Čevela)	34
Tabulka 3 - Pohlaví respondentů (zdroj: autorka).....	56
Tabulka 4 - Věk respondentů (zdroj: autorka)	57
Tabulka 5 - Bydliště respondentů (zdroj: autorka).....	58
Tabulka 6 - Vzdělání respondentů (zdroj: autorka)	59
Tabulka 7 - Hmotné zabezpečení respondentů (zdroj: autorka).....	60
Tabulka 8 - Rodinný stav respondentů (zdroj: autorka).....	61
Tabulka 9 - Děti respondentů (zdroj: autorka)	62
Tabulka 10 - Prostředí bydlení respondentů (zdroj: autorka).....	63
Tabulka 11 - Skóre kvality života podle pohlaví respondentů (zdroj: autorka).....	64
Tabulka 12 - Skóre kvality života podle věku respondentů (zdroj: autorka)	65
Tabulka 13 - Skóre kvality života podle dosaženého vzdělání respondentů (zdroj: autorka).....	65
Tabulka 14 - Skóre kvality života podle velikosti bydliště respondentů (zdroj: autorka)	66
Tabulka 15 - Skóre kvality života podle velikosti hmotného zabezpečení respondentů (zdroj: autorka)	66
Tabulka 16 - Skóre kvality života podle prostředí života respondentů (zdroj: autorka)	67
Tabulka 17 - Skóre kvality života podle rodinného stavu respondentů (zdroj: autorka)	67
Tabulka 18 - Skóre kvality života podle dětí respondentů (zdroj: autorka)	67

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ATS – American Thoracic Society, Americká hrudní společnost

ČR – Česká republika

EORTC – European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Evropská organizace pro výzkum a léčbu rakoviny

HRQOL – Health Related Quality Of Life, Kvalita života související se zdravím

ICHS – Ischemická choroba srdeční

LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

OECD – Organisation for Economic Co-Operation and Development, Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj

OSN – Organization United Nations, Organizace spojených národů

SQUALA – Subjective quality of life analysis, Dotazník subjektivní kvality života

QOL – Quality Of Life, Kvalita života

WHO – World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

Každý člověk stárne. Stárnutí je v dnešní době přirozená součást našeho života. V minulosti nebylo obvyklé dožívat se vysokého věku. Dnes se v důsledku civilizačního vývoje setkáváme se stářím jako se zcela normálním jevem.

Stáří je označováno jako poslední životní etapa člověka. Tato etapa však nemá jednoznačně vymezenou hranici, kdy začíná. Vnímání stáří je velmi subjektivní, stejně jako vnímání vlastní kvality života. Pro někoho stáří začíná první vráskou, pro jiného začíná odchodem do penze, nebo narozením prvního vnoučete. Lidé mají stáří nejčastěji spojené s dosažením konkrétního číselného věku. Pro mnohé je vlastní stáří vzdáleným obrazem, ale čas pomalu a jistě dožene každého z nás a je na každém jedinci, jak se na stáří připraví. Vědomá připravenost může ve stáří zvýšit kvalitu života nejen jedince, ale i jeho okolí.

Kvalita života je pro mnohé stále neobjeveným pojmem, přesto se tato problematika začíná stávat aktuálním tématem společnosti. S přibývajícím počtem seniorů se začínají zkoumat vlivy, které ovlivňují kvalitu života. Hledají se možnosti, jak ji zlepšit, či alespoň udržet na stejné úrovni. U starých lidí je potřeba zaměřit se především na kvalitu života v oblasti zdraví a soběstačnosti. To může přispět ke snížení vysokých finančních nákladů na zdravotní péči a zplnohodnotnit život samotných seniorů.

Toto téma jsem si vybrala, protože je nezbytné rozšiřovat vědomosti jak v oblasti stáří a stárnutí, tak v oblasti kvality života. Tato tematika je aktuální pro každého z nás. Všichni řešíme jak úroveň svého života, tak přibývající věk, se kterým přichází různé změny. Cílem této práce je analyzovat současnou úroveň kvality života seniorů v Pardubickém kraji a porovnat kvalitu života seniorů žijících v odlišném prostředí.

Práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou. Teoretická část je členěna do pěti kapitol. Úvodní kapitola se zabývá vymezením etapy stáří a procesu stárnutí. Nejprve vymezují charakteristiku stáří a její periodizaci, následně se věnují samotnému stárnutí, biologickým, psychickým a sociálním změnám, které stárnutí přináší.

Druhá kapitola se zaměřuje na stáří z pohledu sociálního kontextu. V rámci této kapitoly nejprve popisují vědní disciplíny zabývající se seniorskou problematikou, následně se zabývám samotnou charakteristikou seniorské populace, reakcí na stáří, přípravou na stáří a konceptem aktivního stárnutí.

V třetí kapitole teoretické části se věnuji problematice demografického stárnutí. V úvodu se zabývám samotnou demografií, poté poskytuji informace o demografické revoluci a demografickém vývoji v České republice a ve světě.

Čtvrtá kapitola se zaměřuje na problematiku kvality života jako na sociální kategorii. V rámci této kapitoly nejprve vymezuji pojem kvality života, dále popisuji přístupy ke kvalitě života, její rozsah a dimenze. V závěrečné části této kapitoly se zabývám samotnou problematikou kvality života seniorů.

Poslední kapitola se zabývá seniorskou populací v souvislosti se sociální politikou. Kapitola poskytuje přehled o současné situaci v poskytování sociálních a zdravotních služeb seniorům a popisuje jednotlivé sociální a zdravotní služby jim určené.

V praktické části zjišťuji kvalitu života seniorů v Pardubickém kraji za pomoci standardizovaného dotazníku SQUALA, který jsem pro potřeby svého výzkumu modifikovala. Dále v rámci výzkumu porovnávám výsledky seniorů žijících v domácím prostředí a v pobytovém zařízení sociálních služeb. Ke zpracování diplomové práce byla použita analýza odborné literatury, řízený rozhovor, modifikace dotazníku SQUALA a následné zpracování dat v programu Microsoft office Excel 2010.

I TEORETICKÁ ČÁST

„Každý člověk si přeje dlouhý život, ale nikdo nechce být starý“

Jonathan Swift

1 Vymezení etapy stáří a procesu stárnutí

Tato kapitola se zabývá základní charakteristikou stáří a stárnutí, dále je zde rozebrána problematika periodizace stáří a bio-psycho-sociální změny, které patří k procesu stárnutí.

1.1 Charakteristika stáří

Pojem „stáří“ nemá všeobecně platnou a jednotnou definici. V literatuře se uvádí, že existuje až tři sta definic, které vymezují pojem stáří a stárnutí. Autoři zabývající se touto problematikou se však shodují na skutečnosti, že stáří je konečnou etapou života (Příbyl, 2015, s. 9).

Mühlpachr (2009, s. 18) stáří definuje jako přirozenou, poslední fázi lidského života, která je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných mnoha faktory – zejména nemocemi, životním stylem a životními podmínkami, a je provázáno s řadou významných sociálních změn.

Ondrušová (2011, s. 16) uvádí stáří jako poslední vývojovou etapu, která uzavírá lidský život.

V knize Haškovcové (1990, s. 58) je staří popisováno jako období lidského života, které je zcela přirozené, vztahované k životním etapám dětství, mládí a době zralosti. Upozorňuje na fakt, že stáří není nemoc, ale vrozený proces změn, které jsou zjevné až v pozdějším věku, přestože k nim dochází celý život.

Sak a Kolesárová (2012, s. 14) na stáří nahlíží jako na životní fázi, která je ohraničena dvěma časovými body. Horním bodem je věková hranice, která je vymezena smrtí. Spodní věková hranice začíná úhrnem jevů a procesů tvořícími stáří.

Podle Světové zdravotnické organizace je „*Stařecký věk neboli senescence obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími.*“ (Kalvach, 2004, s. 64).

Stáří je charakterizováno jako konečná vývojová fáze geneticky vyměřené délky života, jinak řečeno konečné období procesu stárnutí (Topinková, Neuwirth, 1995, s. 17, In: Malíková, 2011, s. 16).

1.2 Periodizace stáří

Stáří lze rozdělit na 3 základní druhy: biologické, sociální a chronologické (kalendářní).

Biologické stáří hodnotí celkový stav organismu, je to hypotetické označení konkrétní míry involučních změn. Mezi tyto změny řadíme atrofii, pokles funkční zdatnosti či změny regulačních a adaptačních mechanismů, obvykle propojené s jinými chorobami vyskytujícími se ve značné frekvenci převážně ve vysokém věku. Biologické stáří je zcela individuální záležitost a probíhá u každého jedince odlišně. Proto lze pozorovat osoby stejného kalendářního věku s odlišnými involučními změnami a odlišnou funkční zdatností. Proces biologického stárnutí je ovlivněn dosavadním životním stylem, chorobami, úrovní zdravotní péče, genetikou a nelze opomíjet ani vliv psychiky (Mühlpachr, 2005, s. 16).

Sociální stáří je období různých sociálních změn, tj. změna životní role, životního způsobu, změna ekonomického zajištění. Toto období je spjato s významnou životní událostí, což je odchod člověka do penze. Sociální stáří souvisí se sociální periodizací života, která rozděluje lidský život do životních období, tzv. věků, podle produktivity a sociální role jedince (Mühlpachr, 2005, s. 16). První věk lze pojmenovat jako předproduktivní – je to období dětství, mládí, profesní přípravy a nabití zkušeností a znalostí. Druhý věk je označován jako produktivní – je to období dospělosti a především produktivity biologické, sociální a pracovní. Třetí věk je postproduktivní, v této fázi jedinec odchází na penzi a přestává se účastnit pracovního procesu. Čtvrtý věk je považován za období závislosti. Toto označení není příliš vhodné, naznačuje jako by závislost byla pravidlem stáří, což popírá koncepci úspěšného a zdravého stárnutí (Příbyl 2015, s. 11).

Kalendářní věk se udává podle data narození, je přesně vymežitelný a nemá žádnou vypovídající hodnotu o individuálních zvláštностech jedince. Kalendářní stáří je stanoveno na určitém věku, hledí se na něj jako na sociální konstrukt. Chronologické stáří je důležité především pro demografické a statistické záměry. Obecně uznávanou periodizaci lidského věku vydala Světová zdravotnická organizace. Tato periodizace začíná věkovou hranicí 60 let

a končí v 74 letech. Zde můžeme hovořit o stárnutí, raném stáří či senescenci. Druhá kategorie je v rozmezí 75 – 89 let. Tento věk lze považovat za vlastní stáří, kmetství a senium. Dlouhověkost a patriarchium nastává od 90 let (Příbyl, 2015, s. 10).

Vzhledem k zlepšující se zdravotní péči dochází k prodlužování doby dožití populace, proto dochází k posunutí arbitrární věková hranice (Kalvach, 2004, s. 47). Z tohoto důvodu se dnes více přiklání k členění stáří, začínající na věku 65 let. Lidé ve věku 65 – 74 let se označují jako mladí senioři či *young old*. Senioři ve věku 75 – 84 let nazýváme staří senioři nebo lze použít termín *old old*. Osoby překračující věk 85 let lze pojmenovat jako *very old old*, což znamená velmi staří senioři, neboli dlouhověci (Haškovcová, 2010, s. 20-21).

1.3 Charakteristika stárnutí

Stáří a stárnutí je všeobecně bráno jako negativní jev. Lidé mají obavy z možných zdravotních, psychických, ekonomických a sociálních problémů, které ve stáří mohou, ale nemusí nastat. Tyto obavy jsou zcela neopodstatněné, protože při přirozeném fyziologickém stárnutí nejsou tyto problémy pravidlem. Malíková (2011, s. 14) ve své knize rozlišuje dva typy stárnutí: stárnutí fyziologické a patologické. Fyziologické stárnutí probíhá přirozeně a jde o zcela normální a zákonitý jev ontogenetického vývoje od oplození jedince po jeho skon. Patologické stárnutí se může projevit různými způsoby. Mezi nejčastější patologie stárnutí patří předčasné stárnutí, snížená soběstačnost nebo viditelný rozdíl mezi věkem kalendářním a funkčním.

Stárnutí je zákonitý celoživotní proces, který je nevyhnutelný a končí stářím (Ondrušová, 2011, s. 13).

Mühlpachr (2009, s. 22) charakterizuje stárnutí jako druhově specifický celoživotní proces, jehož involuční projevy se stávají viditelné okolo 40 let, eventuálně na rozmezí 40 – 50 roků. Je to proces individuální, daný různou genetickou výbavou, různými životními podmínkami, interakcemi s prostředím, odlišným zdravotním stavem a životním stylem.

Zavázalová (2001, s. 12) shledává skutečnost, že stárnutí postihuje celou populaci. To znamená, že je to proces všeobecný, ale zároveň individuální, protože každý jedinec stárne individuálně.

V knize Langmeiera a Krejčířové (2006, s. 202) je stárnutí popisováno jako souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které se vážou na jeho zvýšenou zranitelnost, snížení výkonosti a úbytek schopností organismu, které vrcholí v terminálním stadiu a ve smrti.

Podle Webra (2000, s. 13) je stárnutí proces, kdy nastávají degenerativní, morfologické a funkční změny v jednotlivých orgánech na všech úrovních. Nástup těchto změn je individuální, dochází k němu v různou dobu a pokračuje různou rychlostí.

1.4 Aspekty stárnutí

V průběhu stárnutí dochází k proměně celé lidské bytosti, což se projevuje biologickými, psychologickými a sociálními změnami.

Biologické aspekty stárnutí

Biologické stárnutí probíhá u každého člověka odlišným způsobem, protože je to jev značně individuální. Na jeho proces má vliv celá řada faktorů, jedná se především o vrozenou výbavu organismu, anamnézu, zdravotní stav a životní styl (Štěpánková, Höschl, Vidovičová, 2014, s. 168).

Biologické stárnutí koreluje s termínem biologický věk, který se používá k označení celkového stavu lidského organismu. V užším slova smyslu se tento pojem používá pro veškeré typické tělesné změny v organismu odehrávající se na organické úrovni. Změny probíhají nejprve na morfologické úrovni a následně dochází ke změně funkcí (Jarošová, 2006, s. 21).

Dle Gregora (1990, s. 94) se fyzické změny ve stáří projevují: opotřebením orgánů, zpomalením metabolismu a poklesem biologických adaptačních mechanismů.

Podle Pacovského (1981, s. 15) existují tři typy funkčních změn: úbytek funkcí (molekulární, tkáňové, orgánové, systémové), vyčerpání buněčných rezerv (projeví se především při určité zátěži organismu) a zpomalení většiny funkcí.

Křivohlavý (2002, s. 198, s. 44) přidává k již uvedeným změnám také změny *„sexuální aktivity muže, rychlosti reflexů na jednoduché akustické a vizuální podněty, vitální kapacity, srdeční kapacity, svalové síly, hmotnosti a objemu mozku, bazálního metabolismu či rychlosti vedení vzruchu nervovými vlákny.“*

Jarošová (2006, s. 22-24) uvádí výčet významných biologických změn ve stáří:

- Dochází k postupné atrofii, která zasahuje všechny orgány a tkáně. Typická je atrofie mozku, kůže, svalstva, jater, ledvin a dalších orgánů.
- Snižuje se elasticita orgánů a tkání v důsledku změny struktury kolagenu. Postihuje především plíce a cévní systém.
- Snižuje se funkce endokrinních žláz, tím vzniká hormonální nerovnováha.
- Mění se distribuce tělních tekutin. Celkové množství vody se v těle nemění, ale dochází k poklesu intracelulární tekutiny, což způsobuje změnu ve složení organismu.
- Zvyšuje se obsah tělního tuku a ubývá svalové hmoty.
- Dochází k celkovému zmenšení postavy, které je způsobeno atrofií meziobratlových plotének a špatným držením těla (shrbením) v důsledku ochabnutí svalů.
- Mění se složení kostní tkáně, snižuje se podíl vápníku v kostech. Zubní sklovina hrubne, zuby žloutnou, opotřebovávají se a dochází k jejich ztrátě.
- Pružnost kosterních svalů klesá, snižuje se rychlost a síla svalových kontrakcí. Ubývá svalových snopců a klesá schopnost prodloužené svalové námahy.
- Mění se vzhled kůže, vytváří se vrásky a objevují se pigmentace. Kůže je tenčí, suchá a svraštělá.
- Vlasy šediví, řídnou a vypadávají, nehty rostou pomaleji, mohou se na nich vytvářet rýhy.
- Dochází ke stárnutí nervového systému, což se projevuje nestejnoměrným úbytkem neuronů. Vytváří se senilní plaky, mění se množství neurotransmiterů potřebných k vedení vzruchu. Mění se hluboké cití, které může způsobit poruchy chůze, rovnováhy, postoje.
- Objevují se poruchy spánku, které se projevují insomnií (subjektivní pocit zhoršení spánku), obtížným usínáním, častým nočním buzením, probouzení v ranních hodinách.
- Vznikají metabolické změny, ke kterým patří zhoršení vstupu glukózy do buňky a snížení bazálního metabolismu.
- V oběhovém systému se snižuje průtok krve všemi orgány, nejvíce ledvinami. Tepny ztrácí elasticitu, zvětšují se a pojmu více krve. Tím je porušena regulace krevního tlaku. Srdeční chlopně degenerují.
- Mění se poddajnost plic, zvětšují se alveolární prostory, kdy tento stav bývá označován jako „stařecký emfyzém“. Vitalita plic klesá a spotřeba kyslíku také.

- Ubývá ledvinových glomerulů s následným poklesem glomerulární filtrace. Snižuje se očišťovací a maximální koncentrační schopnost ledvin. Ochabují svěrače, což způsobuje inkontinenci.
- Zmenšuje se množství vylučovaných slin, snižuje se acidita žaludeční šťávy. Pohyblivost (motilita) u trávicí trubice se zpomaluje a zhoršuje se vyprazdňování žaludku. Změny v peristaltice způsobují časté zácpy.
- Snižuje se funkčnost smyslových orgánů. Oči seniorů bývají zapadlé z důvodu ztráty orbitálního tuku. Víčka jsou ochablá a akomodace oka klesá. Často vzniká oční glaukom a senilní katarakty. Objevují se poruchy sluchu, mezi které patří stařecká nedoslýchavost (presbykusie).

Jak už bylo řečeno, stárnutí je velmi individuální proces, během kterého dochází ke změnám v organismu na fyziologické, metabolické a humorální (související s tekutinami v organismu) úrovni. Ve stáří se však setkáváme se společným jevem, který je z pohledu fyziologického stárnutí charakteristický pro seniorskou populaci, tj. „polymorbiditou“ (Štěpánková, Höschl, Vidovičová, 2014, s. 168).

Polymorbidita je označována jako stav, kdy člověk trpí současně několika závažnými chorobami (Vondráček, Wirthová, Pavlicová, 2011, s. 52).

Dle epidemiologického výzkumu trpí prakticky 90 % osob nad 75 let jednou či více chronickými chorobami. Polymorbidita může vznikat dvěma způsoby. První možností je sdružování nemocí bez kauzální souvislosti, druhou variantou je příčinné řetězení nemocí, kdy jedna vyvolá druhou (Topinková, 2005, s. 8).

Topinková (2005, s. 6) stanovila žebříček nejčastějších chorob vyššího věku:

1. Kardiovaskulární choroby (ISCH, hypertenze, ikty)
2. Nemoci pohybového aparátu (osteoporóza, artróza)
3. Metabolická onemocnění (diabetes mellitus, atd.)
4. Gastrointestinální a respirační onemocnění

Psychické aspekty stárnutí

Stáří ovlivňuje nejen fyzickou stránku člověka, ale postihuje také psychickou oblast. Často se poukazuje na souvislost mezi těmito sférami. Pokud ale nedochází k patologickému stárnutí, není důvod, aby psychické aspekty podstatně ovlivňovaly negativním způsobem kvalitu života starého člověka. Spíše jde o tělesné změny, které senior vnímá negativně, a to se následně projevuje změnami psychickými. Existují ale případy, kdy tělesné změny vedly ke změnám intelektovým (Malíková, 2011, s. 21).

Psychické stárnutí zahrnuje všechny změny psychiky, které se se zvyšujícím věkem vyskytují stále častěji. Stejně jako u fyzických projevů stárnutí jsou i u psychických individuální rozdíly, které se odvíjí od různé genetiky, osobnosti, zdravotní anamnézy a životní historie jedince (Jarošová, 2006, s. 24).

Pacovský (1994, s. 23-24) upozorňuje, že změny ve stáří nemusí být pouze sestupného charakteru. Změny ve smyslu zhoršení se mohou projevovat poklesem vitality, omezováním tvůrčích schopností, nárůstem úzkosti a nejistoty a poklesem sebehodnocení. Některé funkce zůstávají nezměněny. To jsou například slovní zásoba, jazykové dovednosti a intelekt, jiné se mohou dokonce zlepšit. Jedná se o vytrvalost, trpělivost, schopnost úsudku.

Jarošová (2006, s. 25-28) uvádí typické psychické a intelektuální změny, které mohou ve stáří nastat:

- Objevují se změny v percepci smyslových orgánů. Zhoršené vnímání spolu se sníženou koordinací vytváří u člověka pocit nejistoty, úzkosti, reakce na podněty bývají zpomalené či neadekvátní.
- Dochází k psychomotorickému zpomalení, které se projevuje zpomalením pohybu především při chůzi. Klesá celková vitalita a energie seniora, pro zvládání obvyklých činností potřebuje více času.
- Klesá celková schopnost psychické adaptability. Senioři se špatně přizpůsobují neznámému prostředí. Projevují nezájem i nechuť k novým věcem.
- Vzniká pokles výkonnosti v intelektových schopnostech.
- Dochází ke zvýšenému zapomínání, poruchám paměti a koncentrace a k negativním změnám v procesu učení.

- Nastávají změny v oblasti citového prožívání. Typické bývá citové oploštění či labilita, která souvisí se sníženou odolností vůči zátěži. Často se vyskytuje citová nestálost a deprese.
- Mění se hierarchie životních potřeb a hodnot. Materiální hodnoty ustupují do pozadí a jsou vyzdvihnuty hodnoty jako je spiritualita, rodina, životní smysl.
- Objevuje se celkový pokles zájmů seniora, změny v oblasti motivace a jejího zaměření.
- Nastává obrat v povahových a osobnostních rysech. Staří lidé přechází z extroverze k introverzi a zaměřují se především na vlastní osobu. Mění se jejich pohled na sama sebe, ostatní lidi, společnost.

Sociální aspekty stárnutí

Na stáří a stárnutí má vliv také hledisko sociální. Sociálních aspektů ovlivňujících stáří je mnoho a zabývá se jimi spousta autorů. S aspekty sociálního stárnutí souvisí pojem „sociální stáří“, který je definován jako kombinace různých sociálních změn, nebo splnění určitého kritéria, nejčastěji se jedná o odchod do důchodu.

Přechod do penze z aktivního pracovního života je spojen s určitými změnami, které každý člověk prožívá odlišně. Na tyto změny lze nahlížet z hlediska pozitivního a negativního.

Negativní sociální aspekty jsou:

- Odchod do penze snižuje autoritu a společenskou prestiž seniora. Penzionování hůře snášejí muži, což je vidět na jejich celkové životní spokojenosti.
- Na seniory bývá nahlíženo jako na méněcenné, méněhodnotné a zbytečné občany.
- Změna ekonomické situace může omezit kulturní a společenský život seniora.
- Se zvyšujícím se věkem narůstá závislost seniora na pomoci a péči druhých osob, nejčastěji rodiny.
- Zhoršují se možnosti sociálního kontaktu často v důsledku tělesných změn a úbytku schopností.
- Objevuje se pocit osamělosti, opuštěnosti, strach.
- Prožívání generační osamělosti, která je způsobena úmrtím vrstevníků, přátel, partnera.
- Dochází k omezení aktivit, které jsou spojné s větší námahou.

Pozitivní sociální aspekty jsou:

- Funkční rodiny a kvalitní mezilidské vztahy působí jako prevence osamělosti a izolace.
- Navýšení volného času poskytuje prostor pro předchozí koníčky a zájmy seniora. Na přebytek nestrukturovaného času by se měl každý připravit již v produktivním věku.
- Možnost věnovat se své osobě a uspokojit dříve nenaplněné potřeby.
- Změna životního stylu může být pro někoho pozitivní a pro jiné negativním faktorem.
- Finanční příprava na stáří zajistí pocit jistoty v ekonomické oblasti.

(Jarošová, 2006, s. 29-32)

2 Sociální kontexty stáří

Problematika stáří je řešena především v oblasti medicínské, protože zdraví je bráno jako nejdůležitější hodnota v životě člověka. Organismus starého člověka se zvyšujícím věkem stává křehčí, má menší adaptabilitu a vzrůstá výskyt chorob v souvislosti se stářím. Stárnutí představuje problém nejen lékařský, ale i sociální, ekonomický, politický či pedagogický.

V této kapitole je představena problematika zejména v kontextu sociálním. Nejprve se zabývá jednotlivými vědními obory, které mají ve stáří nezastupitelnou roli. Dále popisuje podstatné znaky seniorské populace, ukazuje různé reakce jedince na proces stárnutí a radí, jak se na stáří připravit. Poslední část této kapitoly nastiňuje koncept aktivního stárnutí.

2.1 Senioři v interdisciplinárním kontextu

Stárnutí populace a častější výskyt onemocnění vyššího věku představují výzvu jak pro jednotlivce, tak pro systémy zdravotní péče, sociální péče, pro biologické, epidemiologické a lékařské vědy i pro veřejné zdravotnictví. Abychom pochopili problémy související se stářím a stárnutím, potřebujeme mnoho poznatků z různých oblastí vědy a výzkumu. Na otázky stáří není možné pohlížet jen z jednoho úhlu pohledu. Je zapotřebí koordinovaného, aktivního a spojeného úsilí mnoha disciplín, které umožní pojmut širí celé problematiky (Gerontologické centrum, 2008).

Gerontologie

Slovo gerontologie je odvozeno z řeckého slova „geron, gerontos“, což znamená starý člověk, stařec, a logos, tj. nauka. Celkový význam slova znamená „nauka o starém člověku“ (Čevela, Kalvach, Čeledová 2012, s. 63). Gerontologie je interdisciplinární věda, která se zabývá souhrnem vědomostí a poznatků o stárnutí a stáří, respektive o problematice a životě starých lidí (Kalvach, 2004, s. 48). Gerontologie se tradičně dělí do tří hlavních okruhů:

- **Gerontologie experimentální** se zabývá otázkami, proč a jak živé organismy stárnou. Zaměřuje se především na biologii, na celulární a subcelulární úroveň (Mühlpachr, 2009, s. 10). Vědomosti o procesu stárnutí jsou velmi důležité, protože na jejich základě lze podat doporučení, jak stárnutí zeslabit či oddálit (Haškovcová, 2010, s. 202).

- **Gerontologie sociální** se zabývá vzájemným vztahem společnosti a starého člověka. Věnuje se otázkám populačního stárnutí, jak toto ovlivňuje společnost a její rozvoj a co staří lidé od společnosti potřebují. Jedná se o velmi rozsáhlou problematiku, která zasahuje do demografie, psychologie, sociologie, pedagogiky, antropologie, politologie, ekonomie, práva a dalších oblastí (Kalvach, 2004, s. 49). Mezi hlavní cíle sociální gerontologie patří prevence patologického stárnutí, snaha o úspěšné zdravé stárnutí a zlepšení kvality života u lidí vyššího věku (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 64).
- **Gerontologie klinická** neboli geriatrie je řádný lékařský obor zabývající se zdravotním a funkčním stavem starých lidí, zvláštnostmi chorob a specifickými aspekty výskytu, průběhu, vyšetřování, léčení i sociální souvislosti (Mühlpachr, 2009, s. 11). Předmětem geriatrie je starý člověk ve zdraví a především v nemoci. Geriatrie se podílí na rozvoji koncepce úspěšného stárnutí a prohlubuje poznatky o stáří, stárnutí a seniorské populaci nejen v oblasti medicíny. Také aktivně spolupracuje s jinými lékařskými i nelékařskými obory především s fyzioterapií, ergoterapií, sociální prací, neurologií, psychiatrií, rehabilitací i praktickým lékařem (Holmerová, Jurášková, Zikmundová, 2007, s. 12-13).

Stárnutí populace vyvolalo potřebu přizpůsobit oblast medicíny lidem vyššího věku. Tento jev se nazývá „geriatrizační medicína“. To znamená, že počet seniorů se zvyšuje téměř ve všech lékařských oborech. To vyžaduje dostatek znalostí v oboru geriatrie v lékařských i nelékařských profesích (Malíková, 2011, s. 23).

Gerontopsychologie je součástí psychologie zabývající se psychickými změnami a zvláštnostmi psychiky starých lidí (Haškovcová, 2012, s. 87).

Gerontopsychiatrie je úsek psychiatrie věnující se seniorům. Tento obor se zabývá prevencí, diagnostikou, terapií i výzkumem duševních poruch seniorů. Gerontopsychiatrie má svá specifika a liší se od psychiatrie dětí nebo osob středního věku (Jiráček, 2013, s. 17).

Gerontopedagogika je v užším slova smyslu pedagogická disciplína zabývající se vzděláváním a výchovou seniorů. Výchova a vzdělávání je dnes chápáno jako proces celoživotní. Proto vzdělávání a výchova nekončí v období dětství a mládí. Gerontopedagogika učí seniory jak ve stáří, tak ke stáří. V širším slova smyslu je gerontopedagogika teoreticko-empirická disciplína, která zajišťuje souhrnnou péči, pomoc a podporu seniorům při

uspokojování jejich potřeb v nelékařské sféře. Medicínská by však měla probíhat souběžně s ní. Lze na ni pohlížet jako na multioborovou disciplínu, ve které se propojují poznatky z různých oborů. Především se jedná o sociální práci, lékařství, psychologii, sociologii, andragogiku a právo.

Gerontosociologie je mladá věda, která se zabývá stářím a stárnutím jako sociálními kategoriemi a dále skupinami starých lidí, jejich problémy, jejich vztahem k jiným skupinám a pozicí ve společnosti. Je to aplikovaný sociologický vědní obor, který je některými autory ztotožňován s celou sociální gerontologií. Obě disciplíny jsou tedy postaveny na sociologickém základě (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 64).

2.2 Charakteristika seniorské populace

Současní senioři vykazují některé charakteristické rysy, které jsou typické pro celou seniorskou populaci. Jde o heterogenitu, která je dána jedinečností vloh a osobnostních rysů, které s věkem nemizí, různou mírou rozvoje těchto vloh během mládí a dospělosti, variabilitou involučních biologických dějů, různou mírou morbidit, zkušenostmi, návyky, vzděláním, profesní kariérou a celkovým životním stylem, hodnotovým systémem a sociálně ekonomickým zázemím. Dalším charakteristickým znakem je ohroženost a převaha žen v seniorské populaci. K projevům ohrožení patří například pauperizace (chudnutí), věková diskriminace, segregace, generační intolerance, předsudky, podceňování léčitelnosti zdravotních obtíží, maladaptace na stáří a penzionování, osamělost v souvislosti s odchodem partnera, vyšší nemocnost, zvýšené riziko ztráty soběstačnosti, pokles schopnosti a vůle vyjadřovat své potřeby a potíže. V neposlední řadě spadá do této problematiky rychlý vývoj společnosti, díky kterému senioři zaostávají v technologických znalostech, ztrácejí konkurenceschopnost na trhu práce a zhoršuje se jejich orientace ve společenském dění (Mühlpachr, 2009, s. 9).

Na populaci seniorů se často nahlíží jako na homogenní skupiny, což je dáno předsudky a pohledem dnešní společnosti na stáří. Staří lidé však tvoří nejrozmanitější skupinu lidí v naší společnosti. Jejich odlišnost spočívá ve věku, zdravotním stavu, funkční zdatnosti, sociálním a ekonomickém zázemím, vzdělání, hodnotovém systému a životních zkušenostech. S rostoucím věkem jsou individuální rozdíly zřejmější, přesto existují pro toto období charakteristické znaky: ukončení profesní dráhy, změna životního stylu v důsledku ubývání sil a snížení finančního příjmu, zhoršení zdravotního stavu, zpomalení psychomotorického tempa a vdovectví (Ondrušová, 2011, 17).

2.3 Reakce na stáří

Změny plynoucí ze stáří jsou jedincem vnímány mnohem intenzivněji a více záporně, protože schopnost adaptace se u seniorů postupně snižuje. S nově vzniklou situací se každý jedinec vyrovnává po svém. Pro některé může být stáří plnohodnotným úsekem života, pro jiné bezradná situace (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016, s. 107).

Častým jevem je fakt, že lidé se vyrovnávají se stářím podle toho, jak se kdo uměl vyrovnat s náročnými situacemi během svého života. Ovšem postoj ke stáří je ovlivněn mnoha dalšími faktory, mezi které například patří: prostředí, postoj komunity či společnosti ke stáří, typ osobnosti, předchozí zkušenosti, výchova, vzdělání, zdravotní stav, sociální zázemí, ekonomické možnosti, vrozené dispozice, schopnost vyrovnat se s náročnými situacemi, atd. (Malíková, 2011, s. 24).

Adaptace na stárnutí je velmi složitý proces, který se během života mění a je ovlivňován mnoha sociálními, somatickými a psychickými změnami (Příbyl, 2015, s. 24).

Existuje pět strategií, jak se člověk adaptuje na vlastní stáří a stárnutí:

- **Konstruktivní přístup**

Jedinec je vyrovnaný se svým stárnutím a akceptuje všechny jeho projevy. Je soběstačný a snaží se udržovat svou fyzickou kondici. Má vlastnosti jako vstřícnost, optimismus, smysl pro humor, radost ze života a citových vztahů, tolerance a další.

- **Strategie závislosti**

Jedinec je pasivní a vyžaduje pomoc a péči od okolí. Preferuje pohodlný způsob života, spoléhá na materiální zabezpečení a poskytnutí pomoci nejlépe od rodiny nebo instituce formou institucionální péče. Nebrání se citovému vydírání a manipulaci k dosažení svých cílů.

- **Obranná strategie**

Osoba popírá své přibližující se stáří a odmítá přijmout svůj věk. Oddaluje svůj odchod do penze a snaží se udržet si co nejdéle své společenské a pracovní postavení. Většinou se jedná o jedince pohybující se ve vyšších společenských kruzích nebo mající vysokou funkci v zaměstnání.

- **Strategie nepřátelství**

Senior je hostilní (nepřátelský), nespokojený nejen se svým věkem, ale i jeho životní situací, kterou chce většinou prožívat sám v ústraní. Tato situace je zatěžující jak pro seniora, tak především pro jeho okolí (sousedé, příbuzné, osoby pečující). Obviňuje své okolí ze svých neúspěchů a má pocity křivdy.

- **Strategie sebenenávisti**

Negativní vztah seniora k sobě samému. Jedinec se obviňuje, že nebyl v životě příliš úspěšný, trpí pocity sebenenávisti.

Chování jedince nemusí odpovídat jednotlivým typům strategií, tyto strategie se mohou vzájemně prolínat nebo podle okolností mohou vzniknout i jiné postoje ke stáří. Záleží to na osobnosti každého jedince (Malíková, 2011, s. 25-26).

2.4 Příprava na stáří

Prudký nárůst seniorské populace způsobil zaměření pozornosti na otázky přípravy na stáří a aktivní stárnutí. V minulosti nebylo zapotřebí tuto problematiku řešit, protože dožití vysokého věku bylo minimální a dožití vysokého věku v dobrém zdravotním stavu bylo výjimkou. Dnes je zapotřebí se na stáří připravit, dožití vysokého věku je vysoce pravděpodobné, proto by mělo být úkolem každého jedince se na stáří postupně nachystat (Příbyl, 2015, s. 22).

Přípravou na stáří se zabývají různé národní či nadnárodní programy a evropské strategie zdravého stárnutí. Česká republika disponuje vlastním národním programem přípravy na stáří, ale laická veřejnost o něm moc neví. Navíc v těchto programech a plánech jsou cíle uvedeny velmi obecně a je zapotřebí je konkretizovat. Pozitivním příkladem fungování projektů a konkrétní pomoci je vznik *Informačního centra projektu Stárnout zdravě v České republice*, v rámci Gerontologického centra v Praze 8 v Kobylisích (Haškovcová, 2010, s. 172-173).

Otázkami přípravy a plánu na stáří se zabývají i různé výzkumy, které zjišťují, jak a kdy se senioři připravují na novou životní etapu – stáří. Výzkumy byly realizovány výzkumným ústavem práce a sociálních věcí a byly provedeny v roce 2002 a v roce 2004 pod názvem *Život ve stáří* a *Střední generace*. Z uvedených výzkumů vyplývá, že u většiny

současných seniorů začala příprava na stáří až po padesátém roce a u nemalé části respondentů neproběhla příprava vůbec. Naopak dnešní střední generace se na stáří začíná připravovat dříve, již po čtyřicátém roku svého věku (Příbyl, 2015, s. 23).

Dle Špatenkové a Smékalové (2015, s. 42) termín „příprava na stáří“ znamená „*Školit se včas pro činnosti, kterým se chce člověk věnovat ve starobním důchodu, posilovat odhodlání, posilovat odhodlání uzavřít vše, co je hotové, a začít znovu, co mimo jiné znamená realizovat a naplnit potřebu transcendence a generativity*”.

Přípravu na stáří lze rozlišit dle časového hlediska na dlouhodobou, střednědobou a krátkodobou.

- **Dlouhodobá příprava na stáří**

Jedná se o celoživotní přípravu, která má zasahovat do všech výchovných a vzdělávacích programů již od dětství. Lze pracovat s pozitivní citovou vazbou vnoučat a prarodičů a posilovat tak kladný pohled dětí na stáří (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016, s. 106). V období adolescence je účelná důsledná výchova k odpovědnému manželství, partnerství, výchově dětí a udržování a posilování respektu vůči starým lidem. Součástí výchovy je kladení důrazu na osobní zodpovědnost za svůj život ve všech obdobích života, tedy i ve stáří (Příbyl, 2015, s. 23).

- **Střednědobá příprava na stáří**

Začínat by měla zhruba deset let před nástupem do důchodu, tedy před ukončením ekonomické aktivity. V tomto období by měl člověk stáří přijmout jako zákonitou součást života a pomalu se na něj připravovat. Příprava na stáří by měla zahrnout vytvoření druhého životního programu, který začne při nástupu do starobního důchodu. Společnost může přispět tím, že bude vytvářet vhodné prostředí a nabízet různé možnosti nových aktivit, které některým seniorům pomohou v hledání nové životní náplně a některým nikoli, protože samotná realizace aktivit je závislá na chtění každého jedince. Důležité je osvojit si v této životní etapě zásady zdravého životního stylu, který zahrnuje racionální výživu, eliminaci škodlivých návyků (kouření, alkohol), dostatečný pohyb a patřičný odpočinek. Z hlediska sociologického je třeba vytvářet a udržovat interpersonální vztahy nejen v rodině ale i mimo ni (Haškovcová, 2010, s. 174-175).

- **Krátkodobá příprava a stáří**

Její realizace má být 3-5 let před plánovaným odchodem do starobního důchodu. Je na čase zjišťovat informace o možnostech aktivního způsobu života, dostupnosti zdravotních a sociálních služeb, dopravy, obchodů s potravinami, o vhodnosti svého bydlení či zvážit finanční rezervy (Čeledová, Kalvach, Čvela, 2016, s. 106). Dnešní starší senioři, kteří žili v socialistickém systému, nemohli hromadit kapitál. Dnes je situace lepší. Současná generace 50+ mohla a může kromě úspor také s předstihem investovat do penzijního pojištění, které zvýší životní standart jedince ve stáří (Haškovcová, 2010, s. 178). Z průzkumu Poštovní spořitelny bylo zjištěno, že většina společnosti přemýšlí o zajištění na stáří až okolo 55. roku života, což je pozdě (Janda, 2012, s. 21).

2.5 Koncept aktivního stárnutí

Světová zdravotnická organizace definuje termín „aktivní stáří“ jako proces co nejlepšího využití příležitosti pro zdraví, participaci a bezpečnost ke zlepšení kvality života v průběhu stárnutí (WHO, 2002, s. 12). Tato definice vznikla v devadesátých letech 20. století, kdy nahradila předchozí koncept zdravého stárnutí (Štěpánková, 2014, s. 65). Pojem aktivní stáří, vychází ze zásad Organizace spojených národů, proto se netýká pouze zdraví a péče o něj, ale zahrnuje slova, jako jsou: nezávislost, účast na životě společnosti, důstojnost, péče a seberealizace (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 23). Cílem aktivního stárnutí je dle WHO prodloužit prožité roky ve zdraví a zlepšit kvalitu života všech lidí, včetně osob disabilních, nemohoucích nebo potřebujících pomoc. Jde tedy jak o zlepšení fyzického stavu, tak o podporu životní spokojenosti seniorů (WHO, 2002, s. 12). Pojem zahrnuje také respektování práva starších lidí na rovnost příležitostí, jejich zodpovědnost, účast na veřejných rozhodováních a komunitním životě (Dvořáčková, 2012, s. 29). Koncept aktivního stárnutí respektuje rozmanitost v seniorské populaci, která se stoupajícím věkem narůstá. Z tohoto důvodu je velmi důležité vytvořit pro ně takové prostředí, které jim umožní co nejsamostatnější život (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 23).

Aktivní stárnutí vede ke snížení rizika vyčleňování a přispívá k integraci seniorů do společenského života. Jedná se o způsob života, kdy se neprojevuje zhoršující se zdravotní stav seniora, menší ekonomické a finanční možnosti seniora a úbytek sociálních kontaktů (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 23-24).

Pro aktivitu ve stáří jsou určující čtyři dimenze: společenská atmosféra, individualita člověka, zdravotní stav a nabídka možností. Důležitými faktory sociálního začlenění seniorů jsou bydlení a zaměstnanost, která přináší finanční prostředky, využívá pracovní potenciál, ale poskytuje také možnost seberealizace, participaci a nabízí mnoho sociálních kontaktů. Aktivní život lze prodloužit zdravým životním stylem, prevencí onemocnění, posilováním funkčního zdraví a využíváním zkušeností a schopností, tedy pracovního potenciálu. S věkem dochází k poklesu fyzického potenciálu, ale psychický může dokonce růst (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 95).

Aktivní stárnutí znamená být pozitivní, otevřený novým věcem, zdolávat výzvy, smysluplně využívat svůj volný čas, rozšiřovat si obzory, starat se o své zdraví a udržovat bystrou mysl (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 25).

3 Demografie sénia

Následující kapitola se věnuje problematice demografického stárnutí populace. Nejprve poskytuje informace o samotné demografii, následně se zabývá demografickou revolucí, která přinesla změny v demografických procesech a poté řeší predikci demografického vývoje v České republice a ve světě.

3.1 Demografie

Demografie je věda, která zkoumá reprodukci lidských populací. Předmětem jejího studia jsou podmínky, které ovlivňují a řídí proces demografické reprodukce. Poznatky z této vědní oblasti jsou důležité pro řadu oborů, mezi které patří i gerontologie. Pro gerontologii jsou významné dva základní procesy demografické reprodukce: porodnost (natalita) a úmrtnost (mortalita), (Kalvach, 2004, s. 50).

Proces úmrtnosti neboli řád vymírání popisují tzv. úmrtnostní tabulky, které jsou ukazateli naděje dožití (předpokládaný počet let, který má jedinec určitého věku a pohlaví v průměru před sebou, pokud bude ponechaná intenzita mortality podle věku, na základě kterých byla tabulka úmrtnosti sestavena, tj. střední délka života), pravděpodobnou délku života (věk, kterého se dožije právě polovina z tabulkového počtu narozených) či normální délku života (věk, ve kterém v dospělosti umírá nejvíce lidí), (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 71-72).

Na začátku 21. století je v České republice očekávaná doba života pro ženy 80, 3 let a pro muže 74, 2 roků. V minulosti byly tyto hodnoty podstatně nižší. Do budoucna se odhaduje, že v roce 2065 bude střední délka života u žen 91 let a u mužů 86, 5 let. Z uvedených čísel je očividné, že věk dožití u žen je vyšší než u mužů. Nepoměr mezi pohlavími se rapidně zvyšuje, ve věkové kategorii 60 let připadá 100 mužů na 145 žen. U skupiny osob starších 85 let připadají tři ženy na jednoho muže (Haškovcová, 2010, s. 22-23).

3.2 Demografická revoluce

Změny reprodukčního chování se projevují nejen v porodnosti a úmrtnosti, ale zasahují také do ostatních demografických procesů, které s nimi souvisí (sňatečnost, rozvodovost, potratovost, migrace). V důsledku civilizačního vývoje dochází ke změně věkového složení populace (Kalvach, 2004, s. 51).

Populační stárnutí je zapříčiněno mnoha faktory. Může se jednat o stárnutí relativní a absolutní. Relativní stárnutí populace souvisí s úbytkem mladé populace, zvláště dětské. Jde především o pokles porodnosti, hypoteticky vysokou úmrtnost dětí, po případě vysokou emigraci mladých lidí. Absolutní stárnutí populace je dáno poklesem úmrtnosti ve středním a vyšším věku. Tento jev se projevuje prodlužováním věku dožití ve stáří a zestárnutím nezvykle početných ročníků, jako jsou například poválečné děti (Čevela, Čeledová 2014, s. 20-21).

Hlavním důvodem populačního stárnutí je dokončování demografické změny, označené v roce 1934 jako „demografická revoluce“. Tento termín jako první použil francouzský sociolog Landry. Demografická revoluce se začala pomalu projevovat v Evropě v období renesance a rapidně se zvýšila po průmyslové revoluci v 19. století (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016, s. 33).

Podstatou demografické revoluce je pokles úmrtnosti (mortality) a postupně porodnosti (natality). Demografická reprodukce byla původně extenzivní, docházelo současně k vysoké porodnosti i úmrtnosti. Rodiny byly početné, ale docházelo k vysoké úmrtnosti dětí. V důsledku civilizačního vývoje se začala zvyšovat životní úroveň populace, proto došlo k poklesu úmrtnosti a v časovém odstupu i poklesu porodnosti. Efektem změny je malá porodnost, úmrtnost, nízká početná rodina a vysoký věk dožití.

Rozlišují se tři různé typy demografické revoluce: anglický, francouzský a mexicko-japonský. Anglický typ se vyznačuje poklesem porodnosti, který následuje až ve výrazném zpoždění za poklesem úmrtnosti, což zapříčinilo nárůst v počtu obyvatel. Francouzský typ lze popsat jako paralelní pokles úmrtnosti i porodnosti, proto se počet obyvatel nijak zásadně nemění. Mexicko-japonský typ je typický pro rozvojové země. Míra porodnosti je na vzestupu, přičemž dochází k poklesu úmrtnosti. Důsledkem toho je dramatické přibývání obyvatel (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016, s. 33).

3.3 Demografický vývoj České republiky

Demografické stárnutí lze charakterizovat jako nárůst podílu osob seniorského věku. Za hranice stáří se i dnes považuje chronologický věk 65 let.

Prognóza populačního vývoje zpracovaná Českým statistickým úřadem a Katedrou demografie Přírodovědecké fakulty Univerzity Karlovy má stanovit směr populačního vývoje a představit změny ve věkovém složení obyvatel České republiky. Statistický odhad předpokládá, že dojde k celkovému snížení počtu obyvatel, zvýšení úrovně plodnosti, zvýší se pravděpodobnost dožití mužů a žen. V České republice dojde ke změně věkové struktury obyvatel. Zvýší se podíl starých lidí a tím dojde k výraznému zestárnutí celé ČR (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 83).

Lidé nad 65 let by v roce 2030 měli tvořit 22, 8 % populace. V roce 2050 se počet osob nad 65 let přiblíží dokonce k 31, 3 %, konkrétně se jedná asi o tři miliony lidí. Česká republika měla v roce 2007 celkem 14, 6 % občanů nad 65 let. V roce 2050 se počet občanů nad 85 let zvýší pětinasobně, zde jde o nejrychleji rostoucí část populace. V číslech tento údaj znamená, že zde bude žít přibližně půl milionu osob ve věku nad 85 let. Pro srovnání v České republice žilo v roce 2007 v této věkové kategorii 12 4937 osob (Malíková 2011, s. 26-27).

Česká republika bude kalendářně stárnout velice rychle. V roce 2012 připadá na sto osob do dvaceti let 71 seniorů, v roce 2050 se předpokládá, že tento počet bude mezi 150-190 seniory (Čevela, Čeledová, 2014, s. 83-84).

Mezi důležité charakteristiky v pokročilém stáří patří nepoměr mezi pohlavími. Roste počet starých žen, kdy mezi stoletými je poměr žen k mužům 4:1. Tento fakt je zapotřebí brát v úvahu při rozvoji služeb a zkvalitnění péče pro seniory (Čevela, Čeledová, 2014, s. 83-84).

V České republice se podíl seniorů a naděje dožití liší podle jednotlivých regionů. Při sčítání obyvatel bylo v roce 2011 zjištěno, že počet lidí nad 65 let tvoří 15, 8 % populace. V současnosti je nejstarším krajem v ČR Královéhradecký se 16, 8 % seniorů nad 65 let a 14, 4 % dětí. Ústecký kraj patří mezi kraje s nejmenším podílem seniorů, je zde pouze 14, 6 % seniorů při 15, 0 % dětí (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016, s. 35).

Dle Českého statistického úřadu byla střední délka života při narození v letech 2013 – 2014 nejvyšší v Praze. Naděje dožití je v Praze pro muže 77, 5 let a pro ženy 82, 5 let. V kraji Vysočina (muži 76, 2 a ženy 82, 4), Jihomoravském (muži 76, 0 a ženy 82, 0) a Královéhradeckém kraji je naděje dožití pro muže 76, 2 a pro ženy 81, 8 let.

Nejkratší střední délka života je v kraji Ústeckém (muži 73, 6 a ženy 79, 3), Moravskoslezském a Karlovarském, kdy oba tyto kraje vykazují stejné hodnoty pro muže i ženy (74, 1 resp. 80, 3), (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016, s. 36).

3.4 Demografický vývoj ve světě

Mezi státy a oblasti s nejvyšším počtem seniorů 65+ patří Japonsko, Německo, Itálie, Řecko, Finsko a Švédsko. Pro srovnání lze v tabulce vyčíst konkrétní hodnoty procentuálního zastoupení věkových skupin z roku 2014 (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016, s. 36-38).

Tabulka 1 - Věková struktura vybraných zemí - údaje z roku 2014 (zdroj: Čeledová, Kalvach, Čevela)

Země	Věková skupina		
	0-14 let	15-64 let	65+ let
Japonsko	13, 2	61, 0	25, 8
Německo	13, 0	65, 9	21, 1
Itálie	13, 8	65,2	21, 0
Řecko	14, 1	64, 7	20,2
Finsko	15, 8	64,4	19, 8
Švédsko	16, 9	63, 3	19, 8
Bulharsko	14, 2	66, 5	19, 3
Rakousko	13,6	67, 2	19, 2
Dánsko	17, 0	64, 6	18, 4
Francie	18, 7	63, 0	18, 3
Slovinsko	13, 4	68, 7	17, 9
Španělsko	15, 4	67, 0	17, 6
Švýcarsko	15, 1	67, 4	17, 5
Velká Británie	17, 3	65,2	17, 5
Kanada	15, 5	67,2	17, 3
Norsko	18, 2	65, 7	16, 1
Česká republika	14, 6	69, 6	15, 8
Austrálie	18, 0	66, 9	15, 1

Tabulka 2 - Naděje dožití pro muže a ženy při narození a ve věku 65 let (zdroj: Čeledová, Kalvach, Čevela)

Země	Naděje dožití při narození		Naděje dožití v 65 letech	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Španělsko	80	86	17, 8	22, 0
Japonsko				
Švýcarsko	81	85	18, 6	22, 2
Austrálie	81	85	18, 5	21, 6
Itálie	80	85	17, 9	21, 8
Singapur	80	85	X	X
Francie	79	85	18, 0	22, 3
Island	81	84	18, 3	20, 6
Kanada	80	84	18, 2	21, 4
Norsko	80	84	17,5	20, 8
Izrael	80	84	18, 9	21, 2
Švédsko	80	84	18, 3	20, 6
Finsko	78	84	17, 0	21, 3
Velká Británie	79	83	18, 2	20, 7
Rakousko	78	83	17, 4	20, 8
Německo	78	83	17, 4	20, 7
Slovinsko	77	83	16, 9	21, 1
Chile	77	83	17, 1	20, 2
USA	76	81	17, 9	20, 5
Česká Republika	75	81	15, 1	18, 5
Polsko	73	81	14, 7	19, 1
Slovensko	72	80	13, 9	17, 6
Maďarsko	71	79	13, 7	17, 6
Bulharsko	71	78	13, 9	17, 3
Čína	74	77	15, 0	17, 2
Turecko	72	78	14, 8	17, 4
Írán	72	76	15, 6	16, 1
Rusko	63	75	12, 0	16, 5

Předpokládá se, že kolem roku 2050 budou ve státech jako je Japonsko a Německo tvořit staří lidé nad 65 let přes 30 % populace a to při razantním poklesu počtu obyvatel. V roce 1990 bylo na Zemi přibližně 330 milionů jedinců starších 65 let. Celkově jde o 6 % celosvětové populace, ale pouze 4, 4 % obyvatel ze států rozvojových a 12, 1 % obyvatel států hospodářsky vyspělých (Mühlpachr, 2009, s. 31).

Přibývání seniorské populace v rozvojových zemích, může vyvolat různé problémy. Zdravotní a sociální služby v těchto státech nejsou připraveny na tak markantní nárůst seniorů. Přitom se odhaduje, že v roce 1989-2020 dojde ke zvýšení seniorské populace v Indii o 100 milionů a v Brazílii o 20 milionů (Mühlpachr, 2009, s. 31).

Zajímavé informace mohou vzejít z porovnání tabulky věkové struktury vybraných zemí s tabulkou naděje dožití ve vybraných zemích. Údaje ohledně dožití mužů a žen při narození poskytla organizace OSN k roku 2013 a informace o naději dožití ve věku 65 let poskytla organizace OECD k roku 2007.

Nejkratší naději dožití při narození mají osoby žijící ve 20 zemích subsaharské Afriky, kdy věk naděje dožití se pohybuje okolo 45-52 lety (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016, s. 38).

4 Kvalita života jako sociální kategorie

Všechno lidské poznání se klasifikuje do určitých kategorií, které dávají naší mysli smysl. Členění lidských poznatků do smysluplných celků dává možnost přisuzovat určitým kategoriím vlastnosti nebo umožňuje pozorovat vztahy mezi nimi. Kvalita života může být pojmem, který spojuje určitou skupinu lidí.

Tato kapitola se věnuje vymezení samotného pojmu kvality života a odlišným přístupům ke kvalitě života. Dále vymezuje její rozsah a popisuje jednotlivé dimenze, v neposlední řadě se věnuje kvalitě života seniorů.

4.1 Vymezení pojmu kvalita života

Kvalita života je velmi široký pojem, který nebyl dosud jednoznačně vymezen. O definici se pokusilo mnoho autorů z různých vědních oborů, ale stále neexistuje jednotná všeobecně platná definice (Hudáková, Majerníková, 2013, s. 36). Jedná se o multidimenzionální a multidisciplinární pojem, který zasahuje do mnoha oblastí lidské činnosti. Proto je tato problematika zkoumána v různých vědních oborech jako je například medicína, ošetřovatelství, filozofie, sociologie, psychologie, pedagogika, andragogika, ekonomie a další (Gurková, 2011, s. 23).

Světová zdravotnická organizace vytvořila definici QOL, která vymezuje podstatu kvality života jako to, *„jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“*. Jinými slovy lze říci, že kvalita života vyjadřuje, jak člověk hodnotí svou životní situaci (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 9).

Kvalitu života lze vymezit i pomocí jiných pojmů, výčtem nebo charakteristickým znakem.

Zannotti se snažil definovat QOL pomocí jiného pojmu. Jeho výklad kvality života je popsán jako *„veškeré vnímání spokojenosti či nespokojenosti jedince v celém jeho životě, přičemž spokojenost s různými aspekty má také různou důležitost“* (Šefflová, 2001, s. 121).

Klasickou ukázkou vymezení kvality života výčtem je Bludenova (In: Dragomirecká, Škoda, 1997, s. 104) definice QOL v rámci čtyř oblastí spokojenosti:

- fyzická pohoda
- materiální pohoda
- kognitivní pohoda (pocit spokojenosti)
- sociální pohoda (sounáležitost ke společnosti).

K. Skantze (In: Dragomirecká, Škoda, 1997, s. 104) se zaměřil na typický znak QOL a definuje QOL jako subjektivní hodnocení vlastní životní situace.

4.2 Přístupy ke kvalitě života

Ke zkoumání kvality života byly vytvořeny tři základní přístupy: medicínský, psychologický a sociologický.

Psychologické pojetí kvality života se snaží postihnout subjektivně prožívanou životní pohodu a spokojenost se svým životem (Payne, 2005, s. 209). Zajímá se o prožívání, myšlení a hodnocení člověka, jeho potřeby a přání, sebehodnocení, seberealizaci, sebeaktualizaci a negativní indikátory (Vaňurová, Mühlpachr, 2005 s. 32). Psychologický přístup pracuje s pojmy jako je pohoda, štěstí, spokojenost, flow fenomén, smysl života a s mnoha dalšími pojmy (Gurková, 2011, s. 30).

Sociologické pojetí kvality života pracuje s atributy, jako jsou sociální úspěšnost, status, majetek, vybavení domácnosti, vzdělání, rodinný stav. Je zkoumán jejich vztah ke kvalitě života, která je určena jako subjektivní životní pocit. Studie, které zkoumají dopad jednotlivých sociálních nebo sociálně-zdravotních programů na kvalitu života obyvatel v určité lokalitě, mají taktéž sociologický charakter. V pojetí sociologické organizace Mezinárodní společnosti pro kvalitu života (*International Society for Quality of Life Studies*) je kvalita života chápána jako „*produkt souhry sociálních, zdravotních, ekonomických a environmentálních podmínek ovlivňujících rozvoj lidí*“. Důležitým pojmem je také „životní úroveň“, která je charakterizována jako měřítko kvantity a kvality zboží a služeb, jež jsou pro lidi dostupné (Payne, 2005, s. 210-211).

Medicínské pojetí kvality života se zabývá zdravím podmíněnou kvalitou života (Ondrušová, 2011, s. 45). V medicíně se používá termín Health-Related Quality of Life, tedy „kvalita života týkající se zdraví“.

Dle Carra, Gibsona a Robinsona (2001) lidé hodnotí svou zdravotní kvalitu života tím, že porovnají svá očekávání a zkušenosti. Mezera mezi očekáváním a zkušeností se může posuzovat jako kvalita života.

V knize Vad'urové a Mühlpachra (2005, s. 28) je HRQOL popsáno jako „*hodnota, připisovaná životu, modifikovanému postižením, funkčním stavem, vnímáním a sociálními příležitostmi, které jsou ovlivněny nemocí, zraněním nebo léčbou.*“

V knize Payneho (2005, s. 211-212) je termín HRQOL specifikován jako „*subjektivní pocit životní pohody, který je asociován s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky.*“ Tento přístup je aktuální při léčení onkologických a psychiatrických pacientů, kdy nelze dosáhnout úplného uzdravení, ale terapie by měla být prostředkem ke zlepšení kvality života. Pro měření kvality života týkající se zdraví byly vyvinuty různé dotazníky (Payne, 2005, s. 212). Lze je rozdělit na obecné, což jsou např. Nottingham Health Profile, Sickness Impact Profile, Euro QOL nebo WHOQOL-100 a WHOQOL-BREF, a dotazníky specificky zaměřené na určité onemocnění, jeho průběh a léčbu, např. dotazník zjišťující QOL onkologických pacientů – EORTC (Vad'urová, Mühlpachr, 2005, s. 29).

Repley (2003, s. 145) rozlišuje přístupy ke kvalitě života mnohem rozsáhleji. Podle něho existuje sedm přístupů ke kvalitě života. Jedná se o přístup ekonomický, zdravotní, psychologický, sociologický, ekologicko-enviromentální, náboženský a filozofický.

4.3 Rozsah kvality života

Křivohlavý (2002, s. 163-164) rozlišuje tři různé oblasti:

- **Makro-rovina**

Tato rovina kvality života se týká velkých společenských celků například dané země, nebo kontinentu. Téma kvality života se na této úrovni stává součástí základních politických úvah. Zde jde o hlubší zamyšlení nad kvalitou života – o absolutní smysl života.

- **Mezo-rovina**

Mezo-rovina se zabývá měřením kvality života v malých sociálních skupinách, např. podniku, škole, nemocnici. Do popředí vystupují záležitosti týkající se respektu k morální hodnotě člověka, sociálního klimatu a vzájemných vztahů mezi lidmi, sdílení hodnot, uspokojování nebo neuspokojování základních potřeb každého člena dané skupiny.

- **Personální rovina**

Na této úrovni je středem zájmu život jednotlivce. Při hodnocení kvality života u individua se bere ohled na subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, nadějí atp. Vzhledem k získávaným osobním informacím je nutné připustit také individuální hodnoty jednotlivce, představy, očekávání, přesvědčení atp., které mohou vnímání QOL značně ovlivnit.

- **Rovina fyzické existence**

Čtvrtá rovina se zabývá fyzickou (tělesnou) existencí člověka. Jedná se o pozorovatelné chování druhých lidí, které se dá objektivně měřit a srovnávat, např. chůze před a po ortopedické operaci.

4.4 Dimenze kvality života

Koncept kvality života lze rozdělit na dvě základní hlediska, na subjektivní a objektivní. V současné době je upřednostňováno subjektivní hodnocení kvality života, které umožňuje lepší poznání jedince. Tento trend se dostal i do medicíny, kde se po dlouhou dobu preferovaly objektivně měřitelné ukazatele zdraví.

Objektivní kvalita života se zabývá materiálním zabezpečením, sociálními podmínkami života, sociálním statutem a fyzickým zdravím. Lze říci, že jde o souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které ovlivňují jakýmkoliv způsobem život člověka.

Subjektivní kvalita života sleduje jedincovo vnímání svého postavení ve společnosti v souvislosti jeho kultury a hodnotového systému. Výsledná spokojenost člověka je závislá na jeho osobních cílech, očekávání a zájmech (Vymětal, 2001, s. 198-199, In: Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 20).

Přesto, že se dříve preferovalo objektivní hodnocení kvality života a dnes se přikláníme spíše opačným směrem, tak obě hlediska mají nepostradatelnou funkci v celkovém hodnocení, protože poskytují zcela odlišná a nenahraditelná data v hodnotícím procesu kvality života (Dvořáčková, 2012, s. 69).

Kvalitou života se zabývalo mnoho odborníků proto, že existují různé pohledy na stejnou problematiku, což se projeвило i v dimenzionalitě kvality života.

Světová zdravotnická organizace rozčlenila oblasti kvality života za účelem měření, které vystihují dimenzi lidského života bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum nebo postižení. WHO rozeznává čtyři základní oblasti:

- *Fyzické zdraví a úroveň samostatnosti* – energie a únava, bolest, odpočinek, mobilita, každodenní život, závislost na lékařské pomoci, schopnost pracovat atp.
- *Psychické zdraví a duchovní stránka* – sebepojetí, negativní a pozitivní pocity, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, koncentrace, víra, spiritualita, vyznání atp.
- *Sociální vztahy* – osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita atp.
- *Prostředí* – finanční zdroje, svoboda, bezpečí, dostupnost zdravotnické a sociální péče, domácí prostředí, příležitosti pro získávání nových vědomostí a dovedností, fyzikální prostředí (znečištění, hluk, provoz, klima, atp).

Tyto jednotlivé oblasti se shodují s oblastmi, které jsou zahrnuty v měřicích nástrojích WHOQOL-BREF a WHOQOL-100

(www.who.int/evidence/assessmentinstruments/qol/index.htm, In: Vad'urová, Mühlpachr, 2005, s. 18-19).

Také *QOL Research Unit* v Torontu vytvořila koncepční model QOL, který na rozdíl od na zdraví zaměřené WHO, zohledňuje při měření jak zdravotní determinanty, tak i spokojenost. Koncept kvality života navrhovaný QOL Research Unit se skládá ze tří základních oblastí života, z nichž každá obsahuje tři podoblasti. V konceptu se vyzdvihují jedincovy fyzické, psychické a duševní schopnosti, ale také jeho vazby na prostředí a možnosti udržování a zlepšování schopností a vědomostí (www.utoronto.ca/qol/projects.htm, In: Vad'urová, Mühlpachr, 2005, s. 19).

Další organizací zabývající se kvalitou života je *American Thoracic Society (ATS)*, která bere kvalitu života nejobecněji. Koncept QOL zahrnuje veškeré oblasti života, které ovlivňují jeho rozmanitost a složitost. Dle ATS má jedincova spokojenost se životem dvě subjektivní složky: jakou důležitost jedinec dané oblasti přikládá a jak je s danou oblastí spokojen. Znamená to, že jedinec může mít dobrou kvalitu života i přesto, že je nespokojen s určitou oblastí, která je pro něj málo důležitá. A naopak nespokojenost v oblasti velmi důležité sníží celkovou kvalitu života (www.ats.org/qol/key.asp, In: Vad'urová, Mühlpachr, 2005, s. 20-21).

V České republice se výzkumem kvality života zabývala Dragomirecká a Škoda (1997, s. 27). Jejich pojetí kvality života je velmi široké, zahrnuje všechny oblasti, které lze měřit dostupnými dotazníky QOL. Nepřiklání se ke zdravotnímu, sociálnímu ani psychologickému profilu, ale snaží se o vytvoření komplexní a subjektivní charakteristiky QOL. Koncepce Dragomirecké a Škody zahrnuje čtyři oblasti: zdravotní stav, každodenní aktivity, sociální oblast, vnitřní realitu. Každý tento okruh pojímá různý počet podoblastí.

Dle českého psychologa Karla Balcara má kvalita života 3 dimenze. Jedná se o dimenzi tělesnou, která je charakteristická fyzickou zdatností a harmonií. Za druhé dimenzi duševní (prožitkovou), která se vyznačuje štěstím, které je chápáno jako prožívání slasti. Za třetí je považována duchovní (existenciální) dimenze, která je chápána jako prožitek smysluplnosti vlastního života (Kubátová, 2010, s. 127).

4.5 Kvalita života seniorů

Dle Tokárové (2002, s. 8) si člověk uvědomí kvalitu života tehdy, když se jeho životní situace nějakým způsobem změní. Zásadní změnou v životě seniora je ukončení produktivního života a zahájení postproduktivního, tedy odchod seniora do penze. Dochází ke změnám dosavadní sociální pozice a ke změnám hodnot, které dávaly předchozímu životu smysl. Nově vzniklá situace by měla seniora vést k tvorbě a aplikaci dalších norem a hodnot. Ty by měly být zaměřeny na osobní aktivitu, která naplní představy o kvalitním životě. Subjektivní pohled seniora je ovlivněn vnějšími faktory (politické, ekonomické, kulturní podmínky), které mohou působit jako determinanty kvality života, avšak nejdůležitějším činitelem je samotný člověk.

Problematika kvality života se stala terčem globálního úsilí o vytvoření univerzálního životního stylu, který by naplňoval všechny dimenze kvality života. Za společensko-politickou snahu zvýšit kvalitu života seniorů je brán Národní program ochrany starších lidí, který byl přijat v roce 1999. Jeho cílem bylo uplatňovat princip nezávislosti, seberealizace, zúčastněnosti, péče a důstojnosti u starých lidí. (Balogová, 2005, In: Hudáková, Majerníková, 2013, s. 44).

Podle českého Národního programu přípravy na stárnutí na období 2008-2012 je ke zvýšení kvality života seniorů zapotřebí kladný celoživotní přístup ke zdraví, vzdělávání, zaměstnanosti, bydlení, sociální participaci a k hmotnému zabezpečení. Důležitá je také podpora mezigeneračních vztahů, podpora znevýhodněných jedinců, zohlednění převahy žen v seniorské populaci a snižování sociálních a geografických rozdílů v republice.

(MPSV, 2008, s. 13-16). Na tento program navazuje další, který je připraven na období 2013 - 2017. Jeho hlavním cílem je využít potenciál rostoucího počtu starších občanů, proto se zaměřuje především na oblast zdraví a celoživotního vzdělávání. Od nich se odvíjí účast na trhu práce, umožnění stárnout aktivně, přispívat k rozvoji společnosti formou dobrovolnictví a mezigenerační spoluprací v rámci rodiny či zaměstnání. Aby došlo k naplnění všech bodů programu, je nezbytné vytvořit kvalitní prostředí pro život seniorů a podpořit jejich zdravé stárnutí všemi dostupnými prostředky (MPSV, 2012).

Podle Šimové (2004, In: Hudáková, Majerníková, 2013, s. 44) je kvalita života seniorů závislá na fyzickém zdraví, míře závislosti, psychickém fungování v poznávání a adaptaci, na emocionálním prožívání, na psychické opoře a na spiritualitě.

Rabušic a Vohralíková (2004, In: Ondrušová, 2011, s. 49) nahlíží na kvalitu života seniorů z jiného úhlu. Podle nich je kvalita života starých lidí tvořena materiálním zabezpečením, zdravotním stavem, rodinou situací, možnostmi rozvíjet sociální kontakty a své zájmy, ale také i dostupností zdravotních a sociálních služeb.

Grochulska (2004, In: Hudáková, Majerníková, 2013, s. 45) uvádí, že hlavními činiteli kvality života v senu jsou zdravotní stav, úroveň mobility a nezávislost. Pro jedince s chronickým onemocněním jsou důležité čtyři oblasti: fyzické problémy, které jsou ovlivněny nemocí a léčbou, psychický stav a výkonnost, mezilidské vztahy a výkonnost v oblastech každodenního života. Omezení fyzické činnosti, výskyt chronického onemocnění a vysoký věk nemusí být důvodem pro pokles kvality života.

Dle Balogové a Hrozenské (2008, In: Hudáková, Majerníková, 2013, s. 45) existují podpůrné faktory, které mohou seniorovi přinést určité benefity. Mezi tyto podpůrné činitele patří například sociální integrace, optimismus, sebedůvěra, snaha o plnohodnotný život, apod. Naopak přítomnost negativních pocitů, absence smyslu života, závislost na druhých lidech a ztráta autonomie vede ke snížení kvality života starého člověka.

V roce 2002 byl v Kanadě proveden výzkum s názvem „*A Nation for All Ages? A Participatory Study of Canadian Seniors' Quality of Life in Seven Municipalities*“, který zkoumal dopad vládních rozhodnutí na kvalitu života seniorů. Do výzkumného šetření byla zapojena skupina seniorů, u kterých se zjišťoval vliv různých faktorů na jejich QOL. Výzkumníci při bádání také zohlednili pohled seniorů na různé situace a naslouchali jejich názorům. Studie byla založena na poznání, že kvalita života seniorů je ovlivňována

individuálními, komunitními a společenskými faktory neboli determinantami zdraví. Závěrem výzkumu byla identifikace a rozbor jednotlivých faktorů ovlivňujících kvalitu života seniorů v konkrétních prostředích. Získané poznatky mohou posloužit jako podklad pro následná vládní opatření, která se mohou týkat zdravotnické péče, plánování výstavby a úpravy komunikací, realizací poradenství, péče a podpory v rámci komunity a rozvoje vzdělávacích a volnočasových center pro seniory. Projekt také ukázal možnost zapojení seniorů do občanského života a nabídl příležitost pro spolupráci organizací pro seniory s univerzitami a vládními agenturami. Konkrétním výstupem projektu je příručka pro seniory s názvem „*Seniors' Guide: Living Well in Ottawa*“, která nabízí přehled praktických informací (telefonní čísla, informace odkud poslat, jak se zachovat v případě návštěvy, bezpečnostní doporučení, péče o domácnost, jídlo, informace o dopravě, volnočasové aktivity – kontakty na instituce a centra a také doporučení pro nakládání s financemi), (Mühlpachr, 2005, s. 44-45).

Zkoumání kvality života je velmi náročné, protože rozsah toho to pojmu je dosti široký. Proto je důležité uvědomit si účel měření a podle něho vybrat správný nástroj, který zajistí adekvátní a účelné výsledky měření (Ondrušová, 2011, s. 50).

Nástroje měření kvality života pro běžnou populaci nelze použít pro populaci seniorskou. Senioři mají své specifické potřeby, které je třeba zohlednit v celkovém měření (Mühlpachr, 2005, s. 46).

Nejčastěji se pro zkoumání kvality života používá metoda dotazníkového šetření nebo strukturovaný rozhovor. Všeobecné dotazníky lze použít na jakýkoli soubor respondentů. Naproti tomu existují dotazníky specializované, které jsou určeny pro specifickou skupinu osob (Dragomirecká, 2006, s. 10).

Mezi nejznámější dotazníky kvality života patří WHOQOL-100 a WHOQOL-BREF od Světové zdravotnické organizace (WHO). Jako první byl vytvořen dotazník kvality života WHOQOL-100, který byl vyvinut v 90. letech. Pracovalo na něm 15 výzkumných center z celého světa. Výzkumná centra vytvořila sebehodnotící dotazník složený z 6 oblastí (fyzické zdraví, prožívání, nezávislost, mezilidské vztahy, prostředí a spiritualita), ty se dále rozčlenily na 24 podoblastí. Celkem dotazník obsahuje 100 položek.

Ze sto položkového dotazníku byla vytvořena zkrácená verze a WHOQOL-BREF, která je účelnější pro použití v praxi. Obsahuje pouze 26 položek rozdělených do 4 domén (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí), (Ondrušová, 2011, s. 50-51).

Světová zdravotnická organizace vytvořila nástroj pro měření kvality života seniorů WHOQOL-OLD, který je adaptací nástroje pro měření kvality života běžné populace WHOOL-100 (Mühlpachr, 2005, s. 46). Vývoj dotazníku WHOQOL-OLD probíhal v letech 2001-2004 za podpory projektu Evropské unie *Framework 5 Programme* ve spolupráci 23 zemí, mezi které patřila i Česká republika. Cílem studie bylo vytvořit nástroj pro měření kvality života starých lidí v nemoci i zdraví a využít ho v mezinárodním výzkumu, který se zaměřoval na faktory ovlivňující zdravé stárnutí. Dotazník má 6 oblastí (fyzická a psychická stránka, stupeň samostatnosti, sociální vztah, životní prostředí, spiritualita). Výstupem projektu byly cenná data o seniorské populaci každé zúčastněné země a zrod mezinárodně srovnatelného dotazníku WHOQOL-OLD (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 12-15).

5 Senioři v kontextu sociální politiky

Vývoj společnosti přinesl změny celé populaci, tedy i seniorům. Spousta starých lidí chce v současnosti žít aktivním životem, zajímat se o společenské dění, vzdělávat se, využívat společenské a kulturní akce a být přínosem i v pokročilém věku. Abychom toto vše mohli seniorům zajistit, je zapotřebí zpracovat na současnou koncepci sociální politiky.

Tato kapitola poskytuje informace o současné situaci sociálních a zdravotních služeb pro seniory, které spadají do problematiky sociální politiky, a charakterizuje jednotlivé zdravotní i sociální služby určené seniorům.

5.1 Současná situace v poskytování sociálních a zdravotních služeb seniorům

S příchodem nové demografické situace vyplynuly otázky týkající se péče o stárnoucí populaci. Jak se co nejlépe postarat o staré občany a jaké místo jim vymezit ve společnosti? To jsou otázky, které bude muset společnost v brzké době řešit. Nárůst seniorů vyvolá potřebu rozšířit a zkvalitnit péči v oblasti zdravotní i sociální, a to hned z několika důvodů (Jarošová, 2006, s. 43).

Lze se domnívat, že v budoucnu se zvýší počet chorob typických pro vyšší věk. Neurodegenerativní onemocnění, jako je Alzheimerova nemoc, budou postihovat čím dál více lidí. Proto by měla být rozvíjena specializovaná péče zaměřená na zachovávání co nejvyšší kvality života a nejvyšší úrovně nezávislosti (Arnoldová, 2016, s. 164).

Lidé budou upřednostňovat terénní a ambulantní služby, které podpoří pobyt člověka v domácím prostředí a oddálí pobyt v ústavu. Aby došlo k naplnění tohoto cíle, je zapotřebí rozvinout širokou škálu zdravotních i sociálních služeb, které umožní člověku v jakékoliv nepříznivé situaci zůstat doma (Malíková, 2011, s. 32).

V současnosti dochází v oblasti zdravotnictví k transformaci, která je charakterizována decentralizací řízení a rozdělením bývalých státních majetků. V rámci toho vznikají nová samostatná různě specializovaná zdravotnická zařízení, jejichž vznik je ovlivněn několika faktory. Péče o seniory byla zajišťována většinou léčebnami pro dlouhodobě nemocné (LDN), ty se však od sebe lišily nejen personálním obsazením, ale i kvalitou poskytované péče. V minulosti se léčebny pro dlouhodobě nemocné považovali za lůžkovou základnu geriatrie. Aktuálně v České republice neexistuje dostatečná nabídka zdravotních a zdravotně-sociálních

služeb pro seniory a chronicky nemocné občany (Holmerová, 1995, s. 4-10, In: Vaďurová, Mühlpachr, 2005, 122).

Předpokládá se, že trendem blízké budoucnosti bude integrace seniorů do společnosti, která bude podpořena rozvojem služeb vyhovujících jejich specifickým potřebám. Výzkum Sýkorové ukazuje, že podpora by měla přijít nejen ze strany rodiny, ale také od komunity, kraje či regionu (Sýkorová, 2001, s. 12, In: Jarošová, 2006, s. 43).

5.2 Sociální služby pro seniory

Sociální péče o seniory se věnuje hlavně poskytování sociálních dávek a služeb. Záležitosti ohledně sociálních dávek zajišťuje pouze státní subjekt, ale do otázek týkajících se sociálních služeb zasahují i subjekty nestátní, soukromé (Jarošová, 2006, s. 47).

Zákon č.108/2006 sb., o sociálních službách zajišťuje pomoc znevýhodněným jedincům, kterým se snaží prostřednictvím sociálních služeb zabezpečit přijatelnou kvalitu života, a dále usiluje o zapojení znevýhodněných jedinců do společnosti v co největší možné míře (Matoušek, 2007 s. 9). Zákon přesně vytyčuje druhy všech zřizovaných zařízení a stanovuje základní činnost při poskytování sociálních služeb (Malíková, 2011, s. 43).

Sociální služby lze rozdělit podle formy poskytování na služby ambulantní, terénní a pobytové. Pobytové služby souvisí s pobytem v zařízení sociálních služeb. Za službami ambulantními klient dochází, nebo je doprovázen. Terénními službami se rozumí služby, které jsou poskytovány v přirozeném prostředí jedince (Česko, zákon č. 108/2006 sb. O sociálních službách, 2006).

V současné době se setkáváme s mnoha typy zařízení, které poskytují různé sociální služby. Rozmanitost služeb v ČR je velmi široká, proto lze uvést jen ty nejčastěji užívané (Burda, Šolcová, 2016, s. 21).

Domov pro seniory

Domovy pro seniory jsou formou náhradního bydlení starých lidí, kteří nemohou (ze zdravotního důvodu) nebo nechtějí (z jakékoliv příčiny) žít v původním domácím prostředí a namísto toho volí bydlení ve společenství vrstevníků (Matoušek a Křišťan, 2013, s. 436). Obyvatelé mají plně zaopatřené ubytování, stravu, úklid, praní oblečení a různé skupinové aktivity. V rámci pobytu je také zajištěna komplexní pečovatelská, ošetrovatelská, lékařská a sociální péče (Matoušek, 2007, s. 89).

Domovy s pečovatelskou službou

Domov s pečovatelskou službou je kombinace pobytové a pečovatelské služby. Seniorovi je poskytnut byt, který má v pronájmu, a ve všední dny během přítomnosti pečovatelek může využít různých služeb. Z pravidla jde o výpomoc v domácnosti, pomoc při osobní hygieně, doprovod k lékaři či na úřady nebo pouze využívá dovoz jídla (Matoušek, 2007, 89-90).

Domov se zvláštním režimem

Domov se zvláštním režimem nabízí pobytové služby osobám, které potřebují z důvodu své nemoci nebo postižení zvláštní režim v podobě různých služeb. Domovy se zaměřují na osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického psychického onemocnění, závislosti nebo přítomnosti syndromu demence, nejčastěji Alzheimerovy. Zařízení pomáhá obyvatelům v péči o sebe sama včetně hygieny, poskytuje stravu během dne, zajišťuje aktivizační a sociálně-terapeutické činnosti, zprostředkovává kontakt se společností a pomáhá při uplatňování osobních práv (Česko, zákon č. 108/2006 sb. O sociálních službách, 2006).

Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Domov pro osoby se zdravotním postižením jsou celoroční pobytovou službou pro osoby, které mají sníženou soběstačnost kvůli zdravotnímu postižení, a proto vyžadují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služby jsou klientům poskytovány podle druhu a stupně postižení a jde především o zajištění bydlení, stravy, pomoc při péči o vlastní osobu a aktivizační činnosti (Česko, zákon č. 108/2006 sb. O sociálních službách, 2006).

Denní a týdenní stacionáře

Stacionáře jsou zařízení sociálních služeb, které poskytují služby ve formě ambulantní (denní stacionář) nebo časově omezené pobytové formě (týdenní stacionáře). Klienti stacionáře jsou osoby, které z důvodu věku, zdravotního postižení či chronického onemocnění se neobejdou bez pomoci jiné fyzické osoby (Matoušek, 2007, s. 431).

Denní stacionáře nezajišťují ubytování, ale nabízí klientovi možnost strávit část dne v tomto zařízení. V praxi to znamená, že klient se v ranních hodinách dopraví do stacionáře, den stráví různými aktivitami a odpoledne jede opět domů (Mlýnková, 2011, s. 94).

Týdenní stacionáře se od denních liší pouze v možnosti pobytu klienta, jinak poskytují stejné služby pro stejnou cílovou skupinu. V České republice se zřizují týdenní stacionáře převážně pro osoby se zdravotním postižením z důvodu nízké poptávky (Kalvach, 2011, s. 216).

Centra denních služeb

Denní centra dříve označovaná jako „domovinky“ slouží k zajištění sociálních a zdravotních služeb prostřednictvím denního pobytu seniora. Nabízí také možnost využít různé aktivizační programy. Do centra klienti přichází sami, nebo je jim doprava zajištěna přímo denním centrem (Matoušek, 2007, s. 91). Zařízení slouží především rodinným příslušníkům a pečovatelům, kterým umožňuje chodit do zaměstnání nebo si odpočinout od náročné péče o člena rodiny. Domovinka poskytuje stravu během dne, hygienickou péči, rehabilitaci, organizovanou aktivitu, praní osobního prádla a doprovod při vycházkách (Jarošová, 2006, s. 49).

Odlehčovací služby

Odlehčovací služby jsou určeny osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, dlouhodobého onemocnění či zdravotního postižení, které žijí v domácí prostředí, kde se o ně stará osoba blízká. Služba umožňuje osobě pečující potřebný odpočinek. Odlehčovací služby jsou poskytovány ve formě ambulantní, terénní i pobytové. Služba obsahuje zajištění klienta ve všech jeho potřebách (Česko, zákon č. 108/2006 sb. O sociálních službách, 2006).

Pečovatelská služba

Pečovatelská služba zajišťuje péči starým lidem v jejich přirozené prostředí (doma). Zřizovatelem pečovatelské služby jsou většinou samostatné obce nebo neziskové organizace. Služba většinou spočívá v donášce jídla, péči o domácnost, pomoci při osobní hygieně, asistenční službě a zprostředkování sociálního kontaktu. Díky této službě může senior setrvat v domácím prostředí a zároveň uspokojit všechny své potřeby (Matoušek, 2007, s. 91).

Osobní asistence

Osobní asistence slouží osobám se zdravotním postižením nebo seniorům a je poskytována v jejich domácím prostředí. Pro zajištění nezávislého života ve vlastním prostředí je jiná fyzická osoba klientovi nápomocná ve většině životních úkonů, kterých není bez pomoci sám schopen. Rozsah a čas pomoci je předem stanoven. Cílem této specifické služby je umožnit klientovi pobyt v domácím prostředí a oddálit ústavní péči, která by byla bez pomoci osobního asistenta nezbytná (Jarošová, 2006, s. 50).

5.3 Zdravotní služby pro seniory

Dle dokumentu WHO je primární péče nejdůležitější formou zdravotní péče nejen pro seniory. Prostřednictvím primární péče dochází k prvnímu kontaktu jedince se zdravotnickým systémem, kde jsou provedena první opatření ke zlepšení zdraví (Gladkij, 2003, s. 49).

Poskytovatelem této péče jsou praktičtí lékaři, stomatologové, ambulantní gynekologové, agentury komplexní domácí péče a lékařské služby první pomoci (Jarošová, 2007, s. 20).

V péči o seniory je velmi důležitá spolupráce praktického lékaře s rodinou, ostatními složkami zdravotní péče a neziskovými organizacemi, které zajišťují zdravotní i sociální péči. Zdravotnická péče obsahuje různé specializované zdravotnické služby, které může starý člověk využívat.

Geriatrická ambulance

Geriatrická ambulance je ambulancí geriatrického oddělení, které je zřizováno v nemocnicích okresního a vyššího typu (Jarošová, 2006, s. 45). Péče je poskytována lékařem, který má specializaci v oboru geriatric. Ambulance navazuje svou činností na lůžkové

geriatrické oddělení. Do kompetencí ambulance spadá činnost léčebně-preventivní, organizačně-metodická, konziliární a poradenská (Holmerová, Jurášková, Zikmundová, 2007, s. 66).

Geriatrické oddělení

Geriatrické oddělení je oddělení nemocničního typu, které se specializuje na akutní zhoršený zdravotní stav seniora, který ohrožuje jeho život, ale nejsou indikace k hospitalizaci na jiném oddělení nemocnice. Oddělení zajišťuje lůžkovou péči, která je zaměřena na rehabilitativní přístup multidisciplinárního týmu, šetrnou diagnostiku, terapii zohledňující kvalitu života a specifický geriatrický režim (Jarošová, 2006, s. 45). Cílem je co nejúčelněji dekompenzovat zdravotní a funkční stav u křehkých multimorbidních pacientů, vyhnout se komplikacím a zabránit ztrátě soběstačnosti (Holmerová, 2014, s. 18).

Zařízení následné péče

Zařízení následné péče je určeno pro pacienty, jejichž stav je stabilizovaný, ale potřebují delší čas pro celkovou rekonvalescenci. Zpravidla se jedná o rehabilitační a doléčovací oddělení, kam jsou překládáni pacienti z různých oddělení nemocnice. Základní metodou práce je komplexní posouzení pacienta a stanovení léčebného a rehabilitačního programu, do kterého spadá nácvik denních činností, logopedie, ergoterapie, aktivizace, a další činnosti (Jarošová, 2006, s. 46).

Geriatrické denní centrum

Geriatrické denní centrum poskytuje zdravotně-sociální péči, která je poskytovaná v kombinované formě pomocí komunitních center. Jedná se o pobyt v zařízení, který trvá v rozsahu 6-12 hodin a může se opakovat i pravidelně. Zařízení umožňuje klientovu setrvat ve svém přirozeném prostředí, což oddaluje hospitalizaci v nemocničním prostředí. Péče je zaměřená na geriatrické klienty, proto obsahuje léčebné, ošetrovatelské a rehabilitační výkony, psychickou aktivizaci, ergoterapii a kognitivní trénink (Jarošová, 2006, s. 46).

Domácí péče

Domácí péče je orientovaná na zdravotní podporu a pomoc ve vlastním sociálním prostředí klienta. Převážně jde o ošetrovatelskou a rehabilitační péči, která je doporučena praktickým lékařem, nebo ošetřujícím lékařem při propuštění z nemocnice. Péče je v určitém rozsahu hrazena ze zdravotního pojištění, obvykle jde o 3 hodiny odborné péče denně.

Poskytovatelem jsou především agentury domácí péče. Činnost agentur je částečně shodná s činností pečovatelské služby. Ta je registrovaná jako sociální služba a je plně hrazena klientem (Kalvach, 2011, s. 1843-184).

II PRAKTICKÁ ČÁST

6 Charakteristika a metodologie výzkumu

Následná praktická část za pomoci výzkumu zjišťuje konkrétní skutečnosti o kvalitě života seniorů v Pardubickém kraji.

6.1 Výzkumný cíl a formulace hypotéz

Cílem výzkumné části diplomové práce je analyzovat úroveň kvality života seniorů v Pardubickém kraji. Výzkum zjišťuje úroveň kvality života starých lidí žijících v pobytových zařízeních sociálních služeb, konkrétně klienty v domovech pro seniory a v domově s pečovatelskou službou. Dále pak kvalitu života seniorů žijících samostatně, tj. ve svém domácím prostředí. Pomocí statistického vyjádření hodnotím spokojenost a důležitost v jednotlivých životních oblastech. V rámci výzkumu prostřednictvím testování hypotéz zkoumám vliv demografických faktorů na celkové skóre kvality života.

Výzkumný problém:

- Analyzovat kvalitu života u seniorské populace za pomoci empirického výzkumu.

Výzkumná otázka:

- Jaká je kvalita života seniorů ve výzkumném souboru?
- Jaký je vztah mezi demografickými faktory a skórem kvality života?
- Jaký je vztah mezi skórem kvality života a prostředím života seniorů?

Hypotéza č. 1:

- Ženy v seniorském věku vykazují vyšší kvalitu života než muži v seniorském věku.

Hypotéza č. 2:

- Celková kvalita života seniorů se snižuje se zvyšujícím se věkem.

Hypotéza č. 3:

- Celková kvalita života seniorů se zvyšuje s rostoucím dosaženým vzděláním.

Hypotéza č. 4:

- Celková kvalita života seniorů se zvyšuje se zvyšujícím se počtem obyvatel v místě bydliště.

Hypotéza č. 5:

- Celková kvalita života seniorů se zvyšuje se zvyšujícím se hmotným zabezpečením.

Hypotéza č. 6:

- Senioři žijící v domácím prostředí vykazují vyšší kvalitu života než senioři žijící v pobytovém zařízení sociálních služeb.

6.2 Typ výzkumu

Pro svou diplomovou práci jsem zvolila kvantitativní typ výzkumu, z něhož získám numerické výsledky sledovaného jevu. Kvantitativní výzkum lze vymezit jako „*záměrnou a systematickou činnost, při které se empirickými metodami zkoumají (ověřují, verifikují, testují) hypotézy o vztazích mezi jevy*“ (Skutil, 2011, s. 59). Výzkum začíná stanovením výzkumného problému, ten může být jeden nebo několik navzájem souvisejících. Po stanovení výzkumného problému následuje formulace hypotéz, ty se ve vlastním empirickém výzkumu ověřují. Hypotéza může být potvrzena nebo vyvrácena. V poslední fázi výzkumu výzkumník vyvodí závěry z empirického šetření a prezentuje své výsledky vědeckého zkoumání (Skutil, 2011, s. 59). Před výzkumem je nezbytné provést předběžnou teoretickou analýzu poznatků, která badatele seznámí se současným stavem zkoumané oblasti. Důležité je také znát proměnné a posloupnost jednotlivých činností výzkumu (Chrástka, 2016, s. 11).

6.3 Použitá metoda

K získání potřebných informací byla zvolena metoda dotazníkového šetření. Gavora (2010, s. 121) uvádí dotazníkové šetření jako nejčastější metodu sběru dat. Dotazník lze použít u velkého počtu osob a tím získat značné množství informací. Proto má relativně nízkou časovou a finanční náročnost. Použití může být opakované, což umožňuje snadno porovnávat výsledky. Výhodou této metody je relativně přesvědčivá anonymita, která je při dotazování některých témat důležitá. Nevýhodou dotazníku je možnost vynechání otázky nebo její špatné pochopení. Další nevýhodou, se kterou se může výzkumník setkat, je nízká návratnost rozdaných dotazníků (Skutil, 2011, s. 80).

Vzhledem k možnostem respondentů jsme jako druhou metodu použili řízený rozhovor, ve kterém jsme respondentům tlumočili otázky dotazníku. S respondenty jsme se nejprve seznámili. Poté jsme jim vysvětlili význam a účel dotazníkového šetření, a zároveň jsme je ujistili o jejich anonymitě. Následoval samotný rozhovor, kdy jim byly kladeny jednotlivé otázky z dotazníku a odpovědi byly zapisovány do archu.

6.4 Dotazník SQUALA

Dotazníkové šetření probíhalo za pomoci standardizovaného dotazníku kvality života SQUALA (viz příloha). Dotazník subjektivní kvality života SQUALA (Subjective Quality of Life Analysis) byl vytvořen v roce 1992. M. Zannottim. Jedná se o sebeposuzovací dotazník, který ve svém originále zahrnuje 23 oblastí. Ty pokrývají vnitřní i vnější realitu běžného života. Dotazník byl původně vytvořen pro měření kvality života duševně nemocných. Jeho konstrukce vychází z Maslowovy pyramidy potřeb, proto jsou zařazeny mezi jednotlivé životní oblasti i vnitřní hodnoty (pravda, svoboda, spravedlnost, krása a umění). SQUALA hodnotí subjektivní pohled člověka na vlastní životní situaci a to tak, že dotazovaný zhodnotí, nakolik je spokojen s jednotlivými oblastmi a jakou důležitost jim přikládá. Spokojenost je hodnocena na pětibodové škále od 0 = *velmi zklamán* až po 4 = *zcela spokojen* a subjektivní důležitost na stupnici 0 = *bezvýznamné* až 4 = *nezbytné*. Výsledkem dotazníkového šetření je parciální skóre jednotlivých dotazovaných oblastí a skóre celkové kvality života (Dragomirecká, 2006, s. 9-11).

Českou verzi dotazníku připravila Dragomirecká (2006, s. 9), která uvádí skutečnost, že česká verze dotazníku je mnohem známější a používanější než původní francouzská verze.

Do dotazníku SQUALA byla pro potřeby výzkumného šetření přidána otázka číslo osm, která zjišťovala, v jakém prostředí senior žije. Záměrem této otázky bylo rozlišit respondenty žijící v domácím prostředí a v pobytovém zařízení sociálních služeb.

6.5 Výzkumný vzorek

Výběr respondentů byl záměrný, kritériem pro výběr byl pobyt v Pardubickém kraji a věk nad 65 let. Účelně jsem zvolila klienty pobytových sociálních zařízení a členy klubu seniorů, kteří žijí doma, aby výsledky výzkumu byly zajímavější. Konkrétně se výzkumného šetření zúčastnili klienti Domova pro seniory Dubina, Lůžkového a sociálního centra v Chrudimi, pečovatelského domu ve Chvaleticích a členové osmi klubů pro seniory v Pardubicích.

6.6 Organizace výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo od října 2016 do prosince 2016 v klubech pro seniory v Pardubicích a ve třech pobytových zařízeních sociálních služeb.

Respondenti byli nejdříve poučeni o způsobu vyplnění dotazníku. V jednotlivých případech bylo nutné instrukce podrobněji dovysvětlit. Poté následovalo samostatné vyplnění dotazníku. Respondenti se vyjadřovali nejprve k otázkám týkajících se demografických údajů a dále přešli k jednotlivým oblastem, u kterých hodnotili nejprve důležitost a posléze spokojenost.

V domově pro seniory Dubina bylo výzkumné šetření provedeno přes sociální pracovníci. Ta byla přesně instruována o způsobu vyplňování dotazníku. S klienty vyplnila celkem 26 dotazníků.

S respondenty v Lůžkovém a sociálním centru v Chrudimi byl uskutečněn řízený rozhovor, který byl pro klienty vzhledem k jejich věku a zdravotnímu stavu příjemnější. Rozhovor zabránil vynechání otázek a přinesl zajímavé informace i mimo tázané oblasti. V Chrudimi bylo získáno celkem 7 vyplněných dotazníků.

V pečovatelském domě ve Chvaleticích probíhal výzkum stejným způsobem jako v Chrudimi. Za pomoci sociální pracovníce bylo osloveno 12 klientů, kteří byli ochotni vyplnit dotazník formou řízeného rozhovoru. Nevýhodou toho to způsobu vyplnění byla velká časová náročnost.

Pro druhou část výzkumného šetření bylo osloveno osm klubů pro seniory. Zde byli senioři nejprve instruováni o způsobu vyplnění dotazníku a následně každý z členů vyplnil dotazník samostatně. Dotazník vyplnilo celkem 155 respondentů. I přes důkladné poučení a návod jak dotazníky vyplnit, bylo použitelných pouze 135 dotazníků.

Celkový počet respondentů je tedy 180. Z toho 135 žije v domácím prostředí a 45 v pobytovém zařízení sociálních služeb.

7 Interpretace dat a vyhodnocení hypotéz

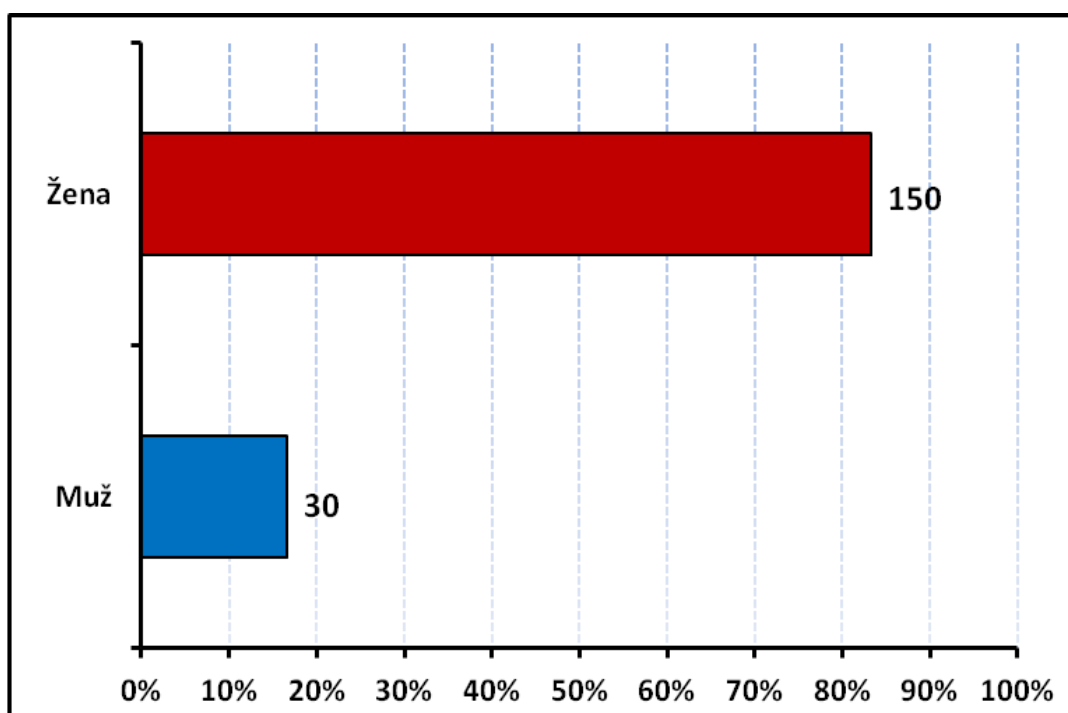
7.1 Zpracování demografických údajů

POHLAVÍ:

- a) Žena
- b) Muž

Tabulka 3 - Pohlaví respondentů (zdroj: autorka)

	Četnost	Procento
Muž	30	16,7%
Žena	150	83,3%
Celkem	180	100%



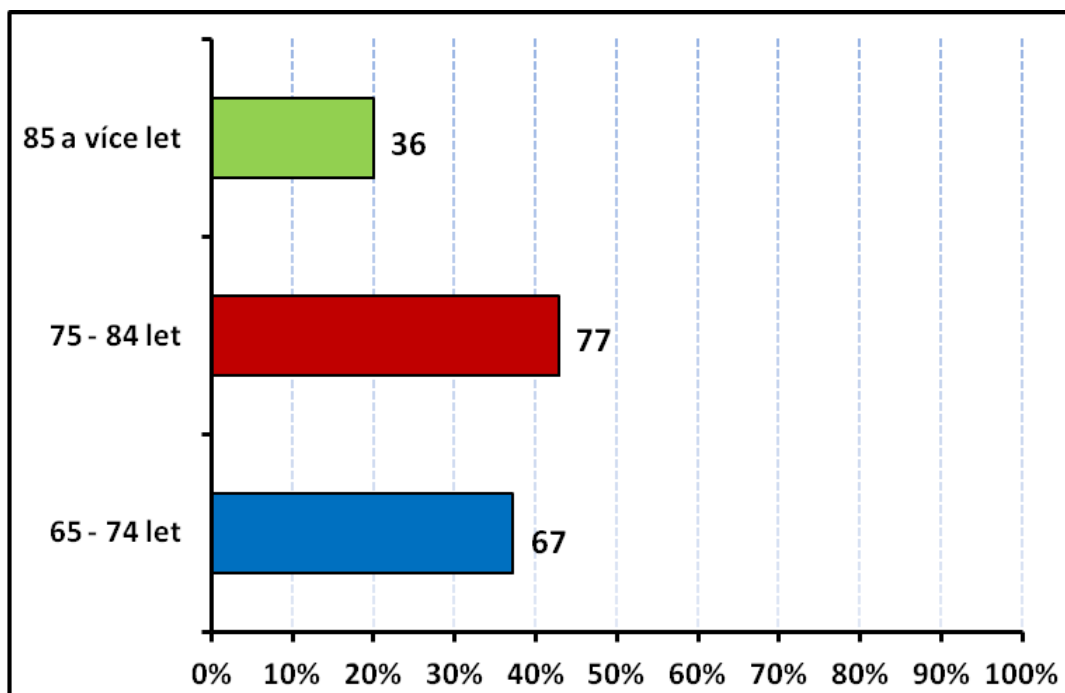
Obrázek 1 - Pohlaví respondentů (zdroj: autorka)

Dotazník celkem vyplnilo 180 respondentů, z toho byla jedna šestina mužů (30) a zbylých pět šestin zastupovaly ženy (150). Tento poměr je zcela přirozený, protože v seniorské populaci převažuje počet žen.

VÁŠ VĚK:

Tabulka 4 - Věk respondentů (zdroj: autorka)

	Četnost	Procento
65 - 74 let	67	37,2%
75 - 84 let	77	42,8%
85 a více let	36	20,0%
Celkem	180	100%



Obrázek 2 - Věk respondentů (zdroj: autorka)

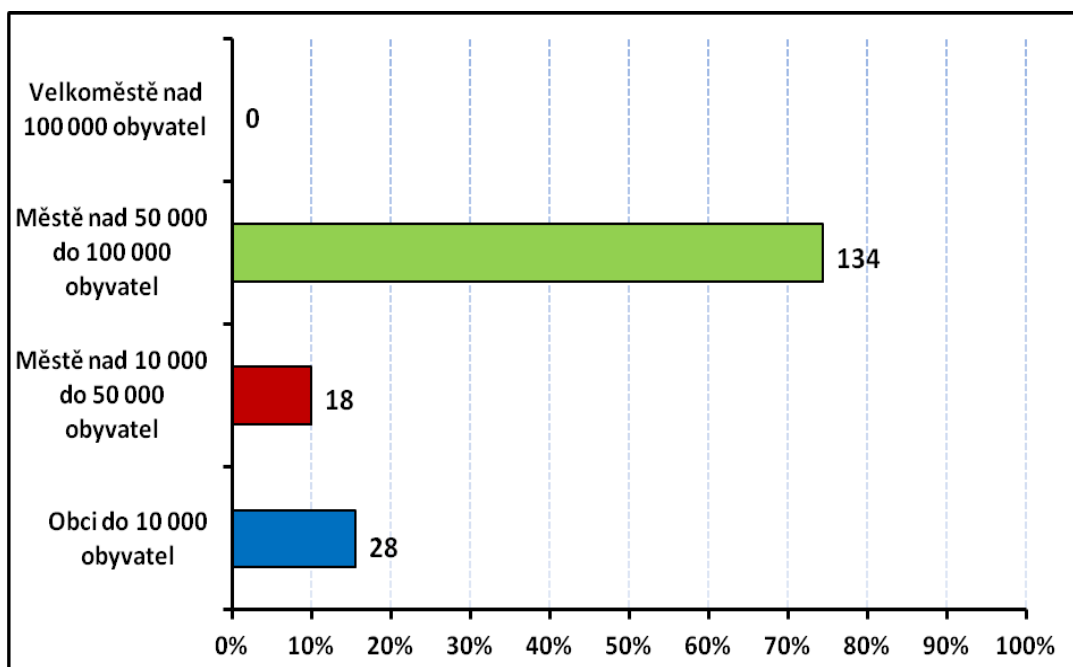
Minimální věková hranice pro dotazované byla nastavena na 65 let. Z důvodu věkové rozmanitosti respondentů byly vytvořeny intervaly. Ty jsou nastaveny podle posledního trendu, který zohledňuje demografické stárnutí populace. Ve věkovém intervalu 65-74 let bylo 37,2 % respondentů. V intervalu 75-84 let bylo 42,8 % respondentů a v úseku 85 a více let byla jedna pětina respondentů. Nejstarší respondent měl 96 let. Průměrný věk dotazovaných byl 77,9 let. Respondentů nad 90 let bylo celkem osm, v procentuálním zastoupení necelých 5 %. Vzhledem k tomu, že s přibývajícím věkem seniorů ubývá, je velmi překvapivé, že nejvíce zastoupena je skupina starých seniorů a až za ní následuje skupina mladých seniorů.

BYDLÍTE V:

- a) Obci do 10 000 obyvatel
- b) Městě nad 10 000 do 50 000 obyvatel
- c) Městě nad 50 000 do 100 000 obyvatel
- d) Velkoměstě nad 100 000 obyvatel

Tabulka 5 - Bydliště respondentů (zdroj: autorka)

	Četnost	Procento
Obci do 10 000 obyvatel	28	15,6%
Městě nad 10 000 do 50 000 obyvatel	18	10,0%
Městě nad 50 000 do 100 000 obyvatel	134	74,4%
Velkoměstě nad 100 000 obyvatel	0	0,0%
Celkem	180	100%



Obrázek 3 - Bydliště respondentů (zdroj: autorka)

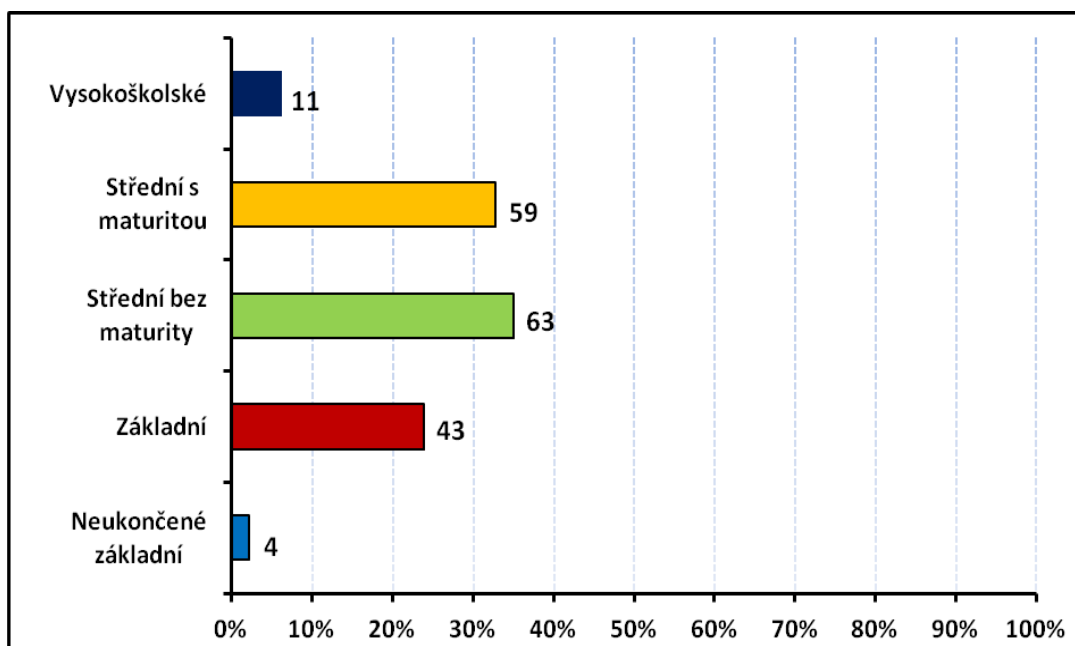
Převážná část respondentů 74, 4 % bydlí ve městě s 50 000 až 100 000 obyvateli. Výsledek je logický vzhledem k volbě výzkumného terénu, kde dotazovaní senioři pocházeli většinou z Pardubic. V obci do 10 000 obyvatel bydlí 15, 6 % dotazovaných. Ve městě nad 10 000 do 50 000 obyvatel bydlí pouze 10, 0 %. Ve velkoměstě nebydlí žádný z respondentů.

UKONČENÉ VZDĚLÁNÍ:

- a) Neukončené základní
- b) Základní
- c) Střední bez maturity
- d) Střední s maturitou
- e) Vysokoškolské

Tabulka 6 - Vzdělání respondentů (zdroj: autorka)

	Četnost	Procento
Neukončené základní	4	2,2%
Základní	43	23,9%
Střední bez maturity	63	35,0%
Střední s maturitou	59	32,8%
Vysokoškolské	11	6,1%
Celkem	180	100%



Obrázek 4 - Vzdělání respondentů (zdroj: autorka)

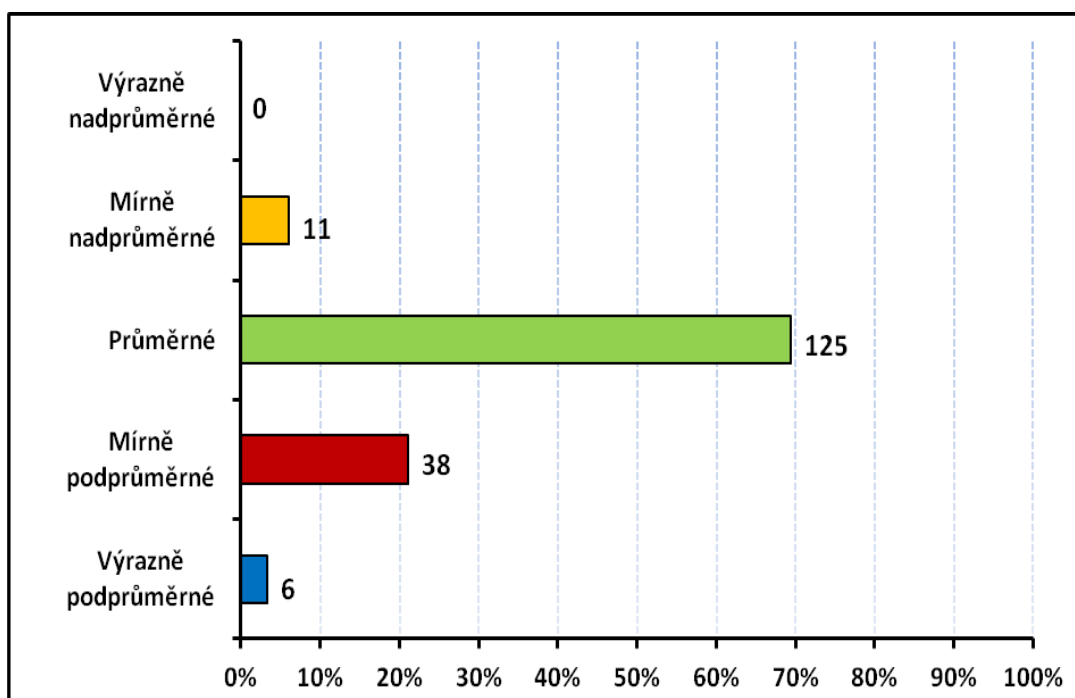
Z celkového počtu dotazovaných mají 4 (2, 2 %) neukončené základní vzdělání. Dokončené základní vzdělání má 23, 9 % oslovených seniorů. Většina respondentů má střední vzdělání. Střední bez maturity má 35, 0 % a střední s maturitou má 32, 8 % oslovených. Vysokoškolské vzdělání je zastoupeno 6, 1 % respondentů.

HMOTNÉ ZABEZPEČENÍ:

- a) Výrazně podprůměrné
- b) Mírně podprůměrné
- c) Průměrné
- d) Mírně nadprůměrné
- e) Výrazně nadprůměrné

Tabulka 7 - Hmotné zabezpečení respondentů (zdroj: autorka)

	Četnost	Procento
Výrazně podprůměrné	6	3,3%
Mírně podprůměrné	38	21,1%
Průměrné	125	69,4%
Mírně nadprůměrné	11	6,1%
Výrazně nadprůměrné	0	0,0%
Celkem	180	100,0%



Obrázek 5 - Hmotné zabezpečení respondentů (zdroj: autorka)

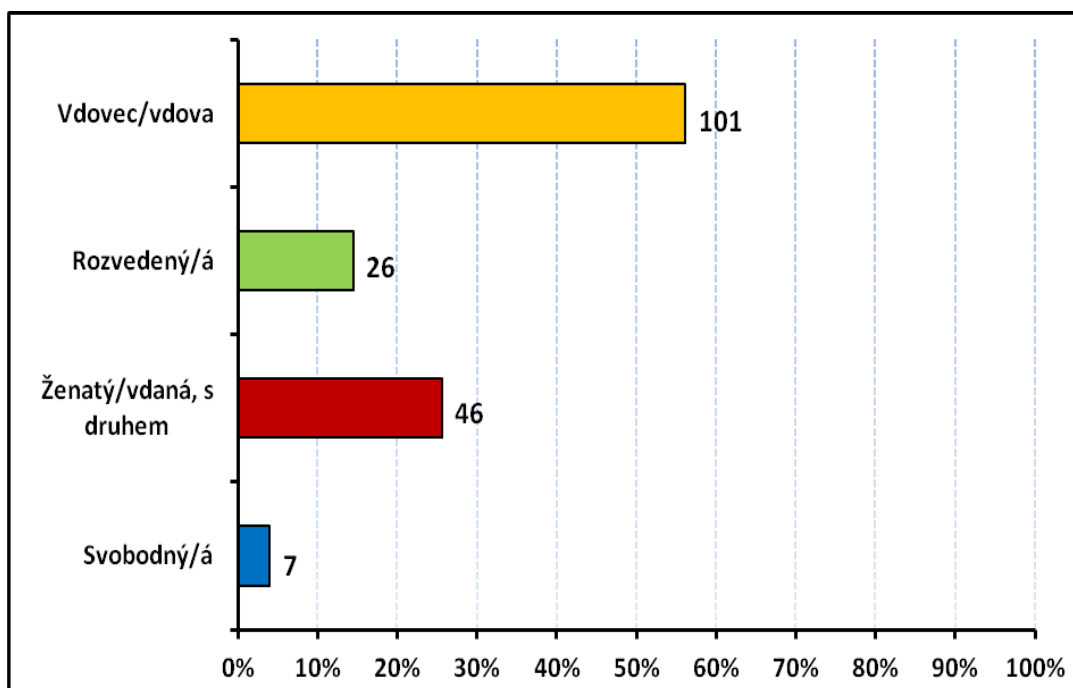
Většina oslovených seniorů považuje svoje hmotné zabezpečení za průměrné (69,4 %). Za mírně podprůměrné bere svou finanční situaci 21,1 % respondentů. Pouze 3,3 % oslovených hodnotí své hmotné zabezpečení jako výrazně podprůměrné. Celkem 6,1 % respondentů hodnotí vlastní finanční zabezpečení jako mírně nadprůměrné. Možnost výrazně nadprůměrné neuvedl žádný z respondentů. Z následujících hodnot je očividné, že lidé v postproduktivním věku vnímají své hmotné zabezpečení spíše v nižší úrovni.

RODINNÝ STAV:

- a) Svobodný/á
- b) Ženatý/vdaná, s druhem
- c) Rozvedený/á
- d) Vdovec/vdova

Tabulka 8 - Rodinný stav respondentů (zdroj: autorka)

	Četnost	Procento
Svobodný/á	7	3,9%
Ženatý/vdaná, s druhem	46	25,6%
Rozvedený/á	26	14,4%
Vdovec/vdova	101	56,1%
Celkem	180	100%



Obrázek 6 - Rodinný stav respondentů (zdroj: autorka)

Více než polovina respondentů jsou vdovy a vdovci (56,1 %). Druhé nejčastější zastoupení je 25,6 % ženatých a vdaných. Rozvedených je 14,4 % a svobodných jen 3,9 %. Vzhledem k vysokému věku dotazovaných není zvláštní vysoký počet vdov a vdovců. Nízký počet svobodných vypovídá o dřívější době, kdy sňatek byl samozřejmostí, a rozvodovost byla minimální.

MÁTE DĚTI:

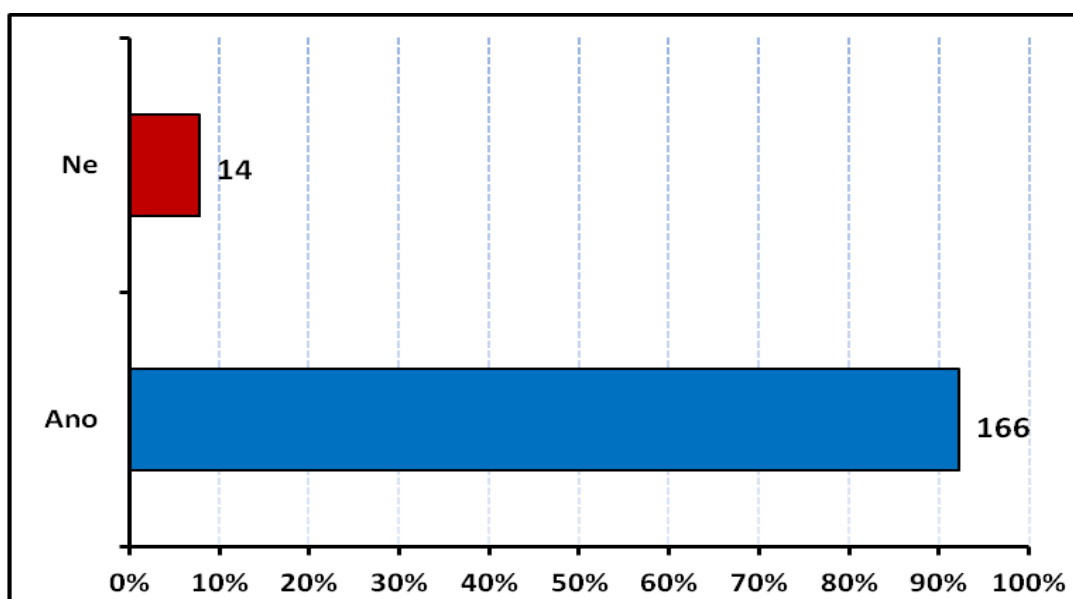
a) Ano

b) Ne

Pokud ano, pak počet dětí žijící s Vámi _

Tabulka 9 - Děti respondentů (zdroj: autorka)

	Četnost	Procento		Četnost	Procento
Ano	166	92,2%	Mající děti	166	100%
Ne	14	7,8%	Žijící s dětmi	22	13,3%
Celkem	180	100%			



Obrázek 7 - Děti respondentů (zdroj: autorka)

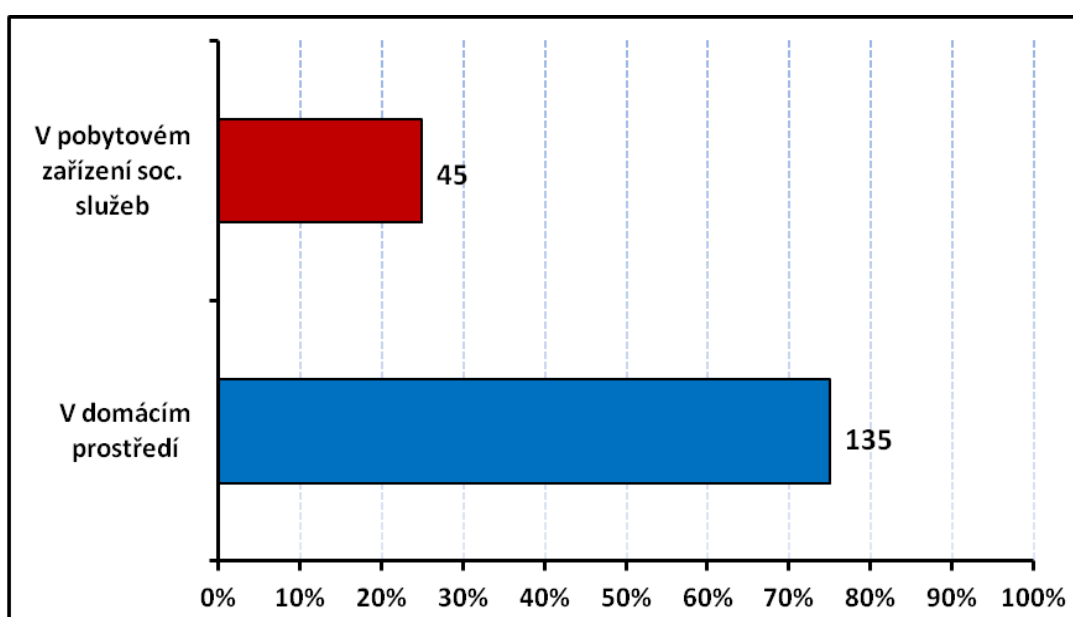
Na otázku „Máte děti?“, odpovědělo ANO 92, 2 % dotazovaných. Z toho 13, 3 % respondentů žije s jedním potomkem ve společné domácnosti. Možnost NE zvolilo pouze 7, 8 % oslovených seniorů.

V JAKÉM PROSTŘEDÍ ŽIJETE:

- a) V domácím prostředí (dům, byt)
- b) V pobytovém zařízení soc. služeb (domov pro seniory, DOZP, atd.)

Tabulka 10 - Prostředí bydlení respondentů (zdroj: autorka)

	Četnost	Procento
V domácím prostředí	135	75,0%
V pobytovém zařízení soc. služeb	45	25,0%
Celkem	180	100%



Obrázek 8 - Prostředí bydlení respondentů (zdroj: autorka)

V celkového počtu oslovených žije 75 % v domácím prostředí a jedna čtvrtina (25 %) v zařízení sociálních služeb.

7.2 Vyhodnocení hypotéz

Výsledky z výzkumného šetření jsem získala pomocí bivariační analýzy, která hledá vztahy mezi dvěma proměnnými. Ve stanovených hypotézách byly závislé a nezávislé proměnné. V mém případě byly nezávisle proměnné sociodemografické údaje z první části dotazníku (pohlaví, věk, vzdělání, bydliště a hmotné zabezpečení a prostředí) a závisle proměnou bylo celkové skóre kvality života seniorů. Skóre kvality života se pohybuje v rozmezí 0-368. Průměrná hodnota z tohoto rozmezí je 184.

Z metodologického hlediska jsem zformulovala výzkumné tvrzení ve formě nulové a alternativní statistické hypotézy, které moje domněnky vyvrátí, či potvrdí.

- **Nulová hypotéza** (označená H_0) představuje tvrzení, které obvykle vyjadřuje „žádný neboli nulový rozdíl nebo vztah“ mezi zkoumanými proměnnými. Ty jsou závislé a nezávislé.
- **Alternativní hypotéza** (označená H_A) - popírá platnost nulové hypotézy H_0 . Obvykle se vyjadřuje jako „existence difference“ mezi soubory nebo „existence závislosti“ mezi proměnnými.

(Budíková, Králová, Maroš, 2010)

Hypotéza č. 1:

- **H_0 :** Pohlaví nemá vliv na celkovou kvalitu života seniorů.
- **H_A :** Ženy v seniorském věku vykazují vyšší kvalitu života než muži v seniorském věku.

Tabulka 11 - Skóre kvality života podle pohlaví respondentů (zdroj: autorka)

Pohlaví seniorů	Průměrná kvalita života
Muž	148,17
Žena	153,27

Nulovou hypotézu zamítáme a přijmeme alternativní. Mezi pohlavím a celkovým skóre kvality života existuje vztah.

Hypotéza č. 2:

- H_0 : Věk nemá vliv na celkovou kvalitu života seniorů.
- H_A : Celková kvalita života seniorů se snižuje se zvyšujícím se věkem.

Tabulka 12 - Skóre kvality života podle věku respondentů (zdroj: autorka)

Věk seniorů	Průměrná kvalita života
65 - 74 let	162,12
75 - 84 let	153,81
Nad 85 let	131,42

Nulovou hypotézu zamítáme a přijmeme alternativní. Mezi věkem seniorů a celkovým skóre kvality života seniorů existuje vztah.

Hypotéza č. 3:

- H_0 : Dosažené vzdělání nemá vliv na celkovou kvalitu života seniorů.
- H_A : Celková kvalita života seniorů se zvyšuje s rostoucím dosaženým vzděláním.

Tabulka 13 - Skóre kvality života podle dosaženého vzdělání respondentů (zdroj: autorka)

Vzdělání seniorů	Průměrná kvalita života
Neukončené základní	132
Základní	148,21
Střední bez maturity	148,87
Střední s maturitou	157,85
Vysokoškolské	167,55

Nulovou hypotézu zamítáme a přijmeme alternativní. Mezi dosaženým vzděláním seniorů a celkovým skóre kvality života existuje vztah.

Hypotéza č. 4:

- H_0 : Velikost místa bydliště nemá vliv na celkovou kvalitu života seniorů.
- H_A : Celková kvalita života seniorů se zvyšuje se zvyšujícím se počtem obyvatel v místě bydliště.

Tabulka 14 - Skóre kvality života podle velikosti bydliště respondentů (zdroj: autorka)

Bydliště seniorů	Průměrná kvalita života
Obec do 10 000 obyvatel	164,11
Město nad 10 000 do 50 000 obyvatel	153,94
Město nad 50 000 do 100 000 obyvatel	149,78
Velkoměsto nad 100 000 obyvatel	-

Přijmeme nulovou hypotézu a alternativní zamítáme. Mezi velikostí bydliště a celkovým skóre kvality života podle výsledků vztah existuje, ale v opačném směru, než byla stanovena hypotéza.

Hypotéza č. 5:

- H_0 : Hmotné zabezpečení nemá vliv na celkovou kvalitu života seniorů.
- H_A : Celková kvalita života seniorů se zvyšuje se zvětšujícím se hmotným zabezpečením.

Tabulka 15 - Skóre kvality života podle velikosti hmotného zabezpečení respondentů (zdroj: autorka)

Hmotné zabezpečení seniorů	Průměrná kvalita života
Výrazně podprůměrné	133,83
Mírně podprůměrné	137,76
Průměrné	154,96
Mírně nadprůměrné	184,36
Výrazně nadprůměrné	-

Nulovou hypotézu zamítáme a přijmeme alternativní. Mezi hmotným zabezpečením a celkovým skóre kvality života seniorů existuje vztah.

Hypotéza č. 6:

- H_0 : Prostředí, ve kterém senior žije, nemá vliv na celkovou kvalitu života.
- H_A : Senioři žijící v domácím prostředí vykazují vyšší kvalitu života než senioři žijící v pobytovém zařízení sociálních služeb.

Tabulka 16 - Skóre kvality života podle prostředí života respondentů (zdroj: autorka)

Prostředí	Průměrná kvalita života
Domácí prostředí	160,84
Pobytové zařízení soc. služeb	127,16

Nulovou hypotézu zamítáme a přijmeme alternativní. Mezi prostředím ve kterém senior žije a celkovým skóre kvality života existuje vztah.

Následující tabulka ukazuje vztah mezi skóre kvality života a rodinným stavem. Další tabulka pak průměrné skóre kvality života bezdětných seniorů a seniorů majících děti.

Tabulka 17 - Skóre kvality života podle rodinného stavu respondentů (zdroj: autorka)

Rodinný stav seniorů	Průměrná kvalita života
Svobodný/á	124,57
Ženatý/vdaná, s druhem	172,28
Rozvedený/á	144,15
Vdovec/vdova	147,44

Tabulka 18 - Skóre kvality života podle dětí respondentů (zdroj: autorka)

Máte děti?	Průměrná kvalita života
Ano	154,52
Ne	127,57

7.3 Analýza dotazníku

Dotazník obsahoval celkem 46 položek, které zahrnovaly 23 životních oblastí. U prvních 23 položek respondenti hodnotili důležitost na pětibodové škále (Nezbytné – velmi důležité – středně důležité – málo důležité – bezvýznamné). U druhé poloviny dotazování posuzovali subjektivní spokojenost na pětibodové škále (Zcela spokojen – velmi spokojen – spíše spokojen – nespokojen – velmi zklamán). Odpovědi všech respondentů byly vyhodnoceny a zpracovány do tabulky, která ukazuje počet respondentů a procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí.

Analýza dotazníků důležitosti – domácí prostředí

	Nezbytné		Velmi důležité		Středně důležité		Málo důležité		Bezvýznamné	
	Četnost	Procento	Četnost	Procento	Četnost	Procento	Četnost	Procento	Četnost	Procento
1) být zdravý	67	49,6%	66	48,9%	2	1,5%	0	0,0%	0	0,0%
2) být fyzicky soběstačný	52	38,5%	79	58,5%	3	2,2%	1	0,7%	0	0,0%
3) cítit se psychicky dobře	40	29,6%	86	63,7%	9	6,7%	0	0,0%	0	0,0%
4) příjemné prostředí a bydlení	26	19,3%	79	58,5%	29	21,5%	1	0,7%	0	0,0%
5) dobře spát	32	23,7%	89	65,9%	14	10,4%	0	0,0%	0	0,0%
6) rodinné vztahy	27	20,0%	101	74,8%	5	3,7%	2	1,5%	0	0,0%
7) vztahy s ostatními lidmi	13	9,6%	85	63,0%	34	25,2%	3	2,2%	0	0,0%
8) mít a vychovávat děti	10	7,4%	101	74,8%	16	11,9%	3	2,2%	5	3,7%
9) postarat se o sebe	41	30,4%	89	65,9%	4	3,0%	1	0,7%	0	0,0%
10) milovat a být milován	9	6,7%	87	64,4%	26	19,3%	9	6,7%	4	3,0%
11) mít sexuální život	3	2,2%	22	16,3%	24	17,8%	34	25,2%	52	38,5%
12) zajímat se o politiku	5	3,7%	6	4,4%	54	40,0%	51	37,8%	19	14,1%
13) mít víru (např. náboženství)	4	3,0%	15	11,1%	37	27,4%	45	33,3%	34	25,2%
14) odpočívat ve volném čase	11	8,1%	68	50,4%	44	32,6%	11	8,1%	1	0,7%
15) mít koníčky ve volném čase	7	5,2%	66	48,9%	51	37,8%	8	5,9%	3	2,2%
16) být v bezpečí	39	28,9%	91	67,4%	5	3,7%	0	0,0%	0	0,0%
17) práce	6	4,4%	47	34,8%	39	28,9%	26	19,3%	17	12,6%
18) spravedlnost	26	19,3%	84	62,2%	23	17,0%	2	1,5%	0	0,0%
19) svoboda	26	19,3%	83	61,5%	25	18,5%	1	0,7%	0	0,0%
20) krása a umění	8	5,9%	42	31,1%	59	43,7%	22	16,3%	4	3,0%
21) pravda	27	20,0%	89	65,9%	18	13,3%	0	0,0%	1	0,7%
22) peníze	31	23,0%	69	51,1%	33	24,4%	2	1,5%	0	0,0%
23) dobré jídlo	20	14,8%	53	39,3%	52	38,5%	9	6,7%	1	0,7%

Analýza dotazníku spokojenosti – domácí prostředí

	Zcela spokojen		Velmi spokojen		Spíše spokojen		Nespokojen		Velmi zklamán	
	Četnost	Procento	Četnost	Procento	Četnost	Procento	Četnost	Procento	Četnost	Procento
24) zdraví	31	23,0%	18	13,3%	67	49,6%	18	13,3%	1	0,7%
25) fyzická soběstačnost	31	23,0%	33	24,4%	58	43,0%	11	8,1%	2	1,5%
26) psychická pohoda	36	26,7%	33	24,4%	52	38,5%	13	9,6%	1	0,7%
27) prostředí bydlení	46	34,1%	57	42,2%	30	22,2%	2	1,5%	0	0,0%
28) spánek	22	16,3%	33	24,4%	56	41,5%	23	17,0%	1	0,7%
29) rodinné vztahy	47	34,8%	48	35,6%	27	20,0%	10	7,4%	3	2,2%
30) vztahy s ostatními	42	31,1%	46	34,1%	44	32,6%	3	2,2%	0	0,0%
31) děti	53	39,3%	52	38,5%	17	12,6%	8	5,9%	5	3,7%
32) péče o sebe sama	41	30,4%	41	30,4%	48	35,6%	5	3,7%	0	0,0%
33) láska	30	22,2%	34	25,2%	51	37,8%	14	10,4%	6	4,4%
34) sexuální život	12	8,9%	28	20,7%	57	42,2%	25	18,5%	13	9,6%
35) účast v politice	11	8,1%	14	10,4%	50	37,0%	40	29,6%	20	14,8%
36) víra	20	14,8%	20	14,8%	65	48,1%	20	14,8%	10	7,4%
37) odpočinek	29	21,5%	49	36,3%	52	38,5%	5	3,7%	0	0,0%
38) koníčky	30	22,2%	41	30,4%	61	45,2%	3	2,2%	0	0,0%
39) pocit bezpečnosti	18	13,3%	35	25,9%	60	44,4%	20	14,8%	2	1,5%
40) práce	16	11,9%	27	20,0%	70	51,9%	16	11,9%	6	4,4%
41) spravedlnost	17	12,6%	19	14,1%	62	45,9%	29	21,5%	8	5,9%
42) svoboda	22	16,3%	33	24,4%	68	50,4%	11	8,1%	1	0,7%
43) krása a umění	24	17,8%	37	27,4%	69	51,1%	4	3,0%	1	0,7%
44) pravda	22	16,3%	25	18,5%	61	45,2%	19	14,1%	8	5,9%
45) peníze	20	14,8%	19	14,1%	69	51,1%	23	17,0%	4	3,0%
46) jídlo	31	23,0%	44	32,6%	55	40,7%	4	3,0%	1	0,7%

Analýza dotazníku důležitosti – pobytové zařízení soc. služeb

	Nezbytné		Velmi důležité		Středně důležité		Málo důležité		Bezvýznamné	
	Četnost	Procento	Četnost	Procento	Četnost	Procento	Četnost	Procento	Četnost	Procento
1) být zdravý	21	46,7%	22	48,9%	2	4,4%	0	0,0%	0	0,0%
2) být fyzicky soběstačný	14	31,1%	28	62,2%	3	6,7%	0	0,0%	0	0,0%
3) cítit se psychicky dobře	7	15,6%	36	80,0%	2	4,4%	0	0,0%	0	0,0%
4) příjemné prostředí a bydlení	2	4,4%	27	60,0%	16	35,6%	0	0,0%	0	0,0%
5) dobře spát	5	11,1%	29	64,4%	11	24,4%	0	0,0%	0	0,0%
6) rodinné vztahy	10	22,2%	31	68,9%	3	6,7%	1	2,2%	0	0,0%
7) vztahy s ostatními lidmi	3	6,7%	23	51,1%	16	35,6%	3	6,7%	0	0,0%
8) mít a vychovávat děti	4	8,9%	23	51,1%	13	28,9%	3	6,7%	2	4,4%
9) postarat se o sebe	14	31,1%	24	53,3%	6	13,3%	1	2,2%	0	0,0%
10) milovat a být milován	4	8,9%	16	35,6%	10	22,2%	3	6,7%	12	26,7%
11) mít sexuální život	3	6,7%	3	6,7%	2	4,4%	8	17,8%	29	64,4%
12) zajímat se o politiku	2	4,4%	4	8,9%	5	11,1%	16	35,6%	18	40,0%
13) mít víru (např. náboženství)	3	6,7%	14	31,1%	5	11,1%	11	24,4%	12	26,7%
14) odpočívat ve volném čase	4	8,9%	23	51,1%	18	40,0%	0	0,0%	0	0,0%
15) mít koníčky ve volném čase	1	2,2%	17	37,8%	16	35,6%	7	15,6%	4	8,9%
16) být v bezpečí	10	22,2%	30	66,7%	4	8,9%	1	2,2%	0	0,0%
17) práce	2	4,4%	3	6,7%	6	13,3%	7	15,6%	27	60,0%
18) spravedlnost	5	11,1%	25	55,6%	12	26,7%	2	4,4%	1	2,2%
19) svoboda	3	6,7%	27	60,0%	13	28,9%	2	4,4%	0	0,0%
20) krása a umění	0	0,0%	13	28,9%	21	46,7%	9	20,0%	2	4,4%
21) pravda	11	24,4%	19	42,2%	11	24,4%	3	6,7%	1	2,2%
22) peníze	5	11,1%	16	35,6%	18	40,0%	6	13,3%	0	0,0%
23) dobré jídlo	5	11,1%	23	51,1%	15	33,3%	2	4,4%	0	0,0%

Analýza dotazníku spokojenosti – pobytové zařízení soc. služeb

	Zcela spokojen		Velmi spokojen		Spíše spokojen		Nespokojen		Velmi zklamán	
	Četnost	Procento	Četnost	Procento	Četnost	Procento	Četnost	Procento	Četnost	Procento
24) zdraví	3	6,7%	8	17,8%	14	31,1%	17	37,8%	3	6,7%
25) fyzická soběstačnost	3	6,7%	11	24,4%	14	31,1%	13	28,9%	4	8,9%
26) psychická pohoda	2	4,4%	14	31,1%	18	40,0%	8	17,8%	3	6,7%
27) prostředí bydlení	5	11,1%	23	51,1%	16	35,6%	1	2,2%	0	0,0%
28) spánek	6	13,3%	8	17,8%	17	37,8%	13	28,9%	1	2,2%
29) rodinné vztahy	7	15,6%	20	44,4%	17	37,8%	1	2,2%	0	0,0%
30) vztahy s ostatními	4	8,9%	20	44,4%	19	42,2%	2	4,4%	0	0,0%
31) děti	6	13,3%	29	64,4%	10	22,2%	0	0,0%	0	0,0%
32) péče o sebe sama	4	8,9%	11	24,4%	18	40,0%	9	20,0%	3	6,7%
33) láska	3	6,7%	11	24,4%	14	31,1%	16	35,6%	1	2,2%
34) sexuální život	5	11,1%	9	20,0%	11	24,4%	15	33,3%	5	11,1%
35) účast v politice	0	0,0%	13	28,9%	14	31,1%	10	22,2%	8	17,8%
36) víra	5	11,1%	17	37,8%	14	31,1%	6	13,3%	3	6,7%
37) odpočinek	7	15,6%	24	53,3%	12	26,7%	2	4,4%	0	0,0%
38) koníčky	3	6,7%	16	35,6%	18	40,0%	4	8,9%	4	8,9%
39) pocit bezpečnosti	6	13,3%	21	46,7%	16	35,6%	2	4,4%	0	0,0%
40) práce	1	2,2%	10	22,2%	17	37,8%	13	28,9%	4	8,9%
41) spravedlnost	1	2,2%	5	11,1%	23	51,1%	12	26,7%	4	8,9%
42) svoboda	3	6,7%	11	24,4%	24	53,3%	5	11,1%	2	4,4%
43) krása a umění	2	4,4%	17	37,8%	14	31,1%	9	20,0%	3	6,7%
44) pravda	1	2,2%	7	15,6%	25	55,6%	12	26,7%	0	0,0%
45) peníze	3	6,7%	9	20,0%	21	46,7%	9	20,0%	3	6,7%
46) jídlo	1	2,2%	21	46,7%	15	33,3%	5	11,1%	3	6,7%

7.4 Diskuze

V kapitole diskuze se zabývám získanými výsledky, které jsem zjistila za pomoci dotazníkového šetření. Výsledky výzkumu odpovídají na předem stanovené hypotézy, které zjišťují vliv sociodemografických atributů na kvalitu života seniorů. Zjišťuji, jaký vliv má pohlaví, věk, vzdělání, velikost místa bydliště, hmotné zabezpečení a prostředí, ve kterém senioři žijí, na celkové skóre kvality života. Výzkum zjistil mimo jiné další zajímavé výsledky z oblasti kvality života seniorů.

Hypotéza č. 1:

Ženy v seniorském věku vykazují vyšší kvalitu života než muži v seniorském věku.

První hypotéza zkoumá vliv pohlaví na celkové skóre kvality života seniorů. Domnívám se, že ženy v seniorském věku vykazují vyšší kvalitu života než muži v seniorském věku. Výsledky výzkumu tuto hypotézu potvrzují. Průměrná kvalita života žen (153, 27) v seniorském věku je o několik jednotek výše než průměrná kvalita života mužů (148, 17) v seniorském věku. Je zapotřebí zmínit, že poměr mužů a žen ve výzkumném vzorku nebyl rovnoměrný. Mužů byla pouze jedna šestina z celého výzkumného vzorku a zbylých pět šestin zastupovaly ženy. Maximální skóre kvality života u žen je (294) a minimální (64), tento rozdíl je ohromující. U mužů byla zjištěna minimální hodnota skóre kvality života (103) a maximální (221).

Hypotéza č. 2:

Celková kvalita života seniorů se snižuje se zvyšujícím se věkem.

Výzkum potvrdil moji domněnku, že celková kvalita života se s rostoucím věkem seniorů snižuje. Věk seniorů byl rozdělen do kategorií, které ukazují posloupnost průměrných hodnot kvality života. Senioři v nejnižší věkové kategorii 65-74 let vykazali průměrnou hodnotu skóre kvality života (162, 12). Kategorie 75-84 let vykazala nižší hodnotu průměrného skóre kvality života (153, 81) než první skupina. Hodnoty skupiny seniorů nad 85 let se pohybují velmi nízko, průměrné skóre této skupiny je (131,42).

Hypotéza č. 3:

Celková kvalita života seniorů se zvyšuje s rostoucím dosaženým vzděláním.

Při formulaci této hypotézy jsem se domnívala, že vyšší dosažené vzdělání zvýší celkové skóre kvality života seniorů. Toto tvrzení se opravdu potvrdilo. Staří lidé s nedokončeným základním vzděláním mají nejnižší kvalitu života (132). U seniorů s dokončeným základním vzděláním se skóre kvality života zvýšilo (148, 21). Rozdíl mezi seniory se základním vzděláním a vzděláním středním bez maturity (148, 87) je minimální, hodnoty se liší pouze v desetinném čísle. Nejvyšší kvalitu života mají senioři s vysokoškolským vzděláním (167, 55), ale počet seniorů s tímto typem vzdělání je ve zkoumaném vzorku poměrně malý (11).

Hypotéza č. 4:

Celková kvalita života seniorů se zvyšuje se zvyšujícím se počtem obyvatel v místě bydliště.

Čtvrtá hypotéza říká, že čím větší je místo bydliště seniorů, tím je vyšší skóre kvality života. Domnívám se, že ve městě je vyšší sociální a zdravotní zabezpečení než v obci, což může mít vliv na celkovou kvalitu života. Dále se domnívám, že ve městech mají senioři větší možnost uspokojit své kulturní a společenské potřeby. Tato domněnka nebyla, jako jediná potvrzena. Senioři žijící v obci (164, 11) mají vyšší kvalitu života než senioři žijící ve městě (153, 94). Čím větší je město, ve kterém senior žije, tím je kvalita života nižší. Zjištěné výsledky si odůvodňuji tím, že v menší obci je větší sociální pospolitost, což přináší větší spokojenost seniorů.

Hypotéza č. 5:

Celková kvalita života seniorů se zvyšuje se zvětšujícím se hmotným zabezpečením.

V hypotéze číslo pět se domnívám, že velikost hmotného zabezpečení ovlivňuje kvalitu života seniorů. Výsledky výzkumného šetření hypotézu potvrdily. Senioři hodnotící své zabezpečení výrazně podprůměrně vykazují nejnižší hodnoty kvality života (133, 83). Respondentů hodnotící své zabezpečení průměrně bylo ve výzkumném souboru nejvíce, jejich skóre (154, 96) bylo o dvě desítky větší než u nejnižšího hmotného zabezpečení. Rozdíl mezi hodnotami mírně nadprůměrného hmotného zabezpečení (184, 36) a výrazně podprůměrného je výrazný. Jedná se o navýšení skóre kvality života až o pět desítek.

Hypotéza č. 6:

Senioři žijící v domácím prostředí vykazují vyšší kvalitu života než senioři žijící v pobytovém zařízení sociálních služeb.

Předpokladem šesté hypotézy je, že senioři žijící ve svém domácím prostředí, jsou spokojenější než senioři žijící v pobytových zařízeních sociálních služeb. Ze získaných výsledků vyplývá, že toto tvrzení je pravdivé. Všichni respondenti z domácího prostředí mají průměrné skóre kvality života (160, 84). Skóre respondentů z pobytového zařízení je markantně menší, jejich celková průměrná kvalita života je (127, 16). Senioři z domácího prostředí tvořili 75 % výzkumného vzorku a senioři z pobytového zařízení pouze 25 %. Aby nedošlo k znevýhodnění, a tím ke zkreslení výsledků, rozdělila jsem dle pořadí dotazníků výzkumný vzorek na 4 části. První část tvořili respondenti 1-45, jejichž průměrná kvalita života je (167, 69). Druhá část respondentů 46-90 má průměrné skóre kvality života (158, 35). Průměrné skóre kvality života třetí části 91-135 se liší od druhé minimálně (156, 72). Tyto tři části zahrnují seniory z domácího prostředí. Čtvrtá část respondentů 136-180 zastupuje seniory v pobytovém zařízení, průměrné skóre kvality života tedy odpovídá této skupině (127, 16). Při srovnání všech částí výzkumného souboru, je očividné, že kvalita života u seniorů v domácím prostředí se pohybuje ve vyšších číslech než kvalita života seniorů v pobytových zařízeních. V pobytovém zařízení byla zjištěna minimální hodnota kvality života (64) a naopak maximální (183). V domácím prostředí byla jak minimální (75), tak maximální (294) hodnota vyšší.

Všichni senioři bez ohledu na prostředí, ve kterém žijí, hodnotí z hlediska důležitosti nejvýše oblast „být zdravý“ a nejnižší oblast „mít sexuální život“.

Spokojenost se u respondentů lišila. Senioři žijící v domácím prostředí jsou nejvíce spokojeni s oblastí „děti“, největší zklamání nastalo v oblasti „účast v politice“. Naopak senioři v pobytových zařízeních jsou nejvíce spokojeni s oblastí „rodinné vztahy a odpočinek“. Největší nespokojenost je také v oblasti „účast v politice“.

ZÁVĚR

Předložená diplomová práce se zabývala kvalitou života seniorů v Pardubickém kraji. Vzhledem ke zvyšujícímu se počtu seniorů v populaci je problematika stáří a kvality života velmi aktuálním tématem.

Cílem diplomové práce bylo analyzovat celkovou kvalitu života seniorů pomocí subjektivního dotazníku kvality života SQUALA. Dalším cílem bylo porovnat úroveň kvality života seniorů v domácím prostředí a v pobytovém zařízení sociálních služeb. Pro naplnění cílů jsem stanovila 6 hypotéz. Nejprve jsem zkoumala vliv sociodemografických atributů na celkové skóre kvality života; to znamená vliv pohlaví, věku, vzdělání, bydliště a hmotného zabezpečení. Poté jsem porovnála hodnoty dle prostředí, ve kterém senior žije. V rámci prostředí života seniorů jsem také zjišťovala nejdůležitější životní oblasti seniorů z hlediska spokojenosti a důležitosti. Tyto oblasti lze vyčíst z tabulky (viz str. 69–70).

Výzkumné šetření ukázalo, že celkové skóre kvality života všech respondentů se pohybuje velmi nízko. Celkové skóre kvality života může nabývat hodnot od 0 do 368, tato čísla jsou mezní hodnoty, které uvádíme jen jako hypoteticky možné. Průměrem tohoto rozmezí je skóre 184 bodů. Nad průměrnou hodnotu celkového skóre kvality života se dostali pouze senioři žijící v domácím prostředí. Celkem se nad tuto hodnotu dostalo 40 seniorů z počtu 150 respondentů. Modus všech zúčastněných je 137 bodů skóre kvality života. Nejčastěji se vyskytující skóre kvality života u seniorů z domácího prostředí je 139 bodů a senioři z pobytového zařízení sociálních služeb vykazují nejčastěji hodnotu 103 bodů. Z těchto výsledků je očividné, že kvalita života seniorů žijících v domácím prostředí je vyšší než kvalita života seniorů pobývajících v pobytových zařízeních sociálních služeb. Pro lepší představu jsou výsledky celkového skóre kvality života graficky znázorněny v přílohách: Příloha C *Souhrnný graf kvality života seniorů v domácím prostředí* a Příloha D *Souhrnný graf kvality života seniorů v pobytovém zařízení soc. služeb*.

Dále bylo zjištěno, že sociodemografické faktory opravdu ovlivňují celkovou kvalitu života seniorů. Z hlediska pohlaví ženy vykazují vyšší skóre kvality života než muži. U věku byla zjištěna skutečnost, že se stoupajícím věkem se snižuje celková kvalita života. Položky vzdělání a hmotné zabezpečení vykazují stejnou posloupnost: s rostoucím vzděláním či zabezpečením se zvyšuje kvalita života. Hypotéza zkoumající vliv velikosti místa pobytu, se na kvalitě života seniorů jako jediná nepotvrdila. Vztah mezi těmito proměnnými existuje, ale v jiné souvislosti než jsem předpokládala.

Tato práce přináší spoustu zajímavých zjištění, které lze aplikovat do praxe. Především jde o potvrzení skutečnosti, že lidé v přirozeném prostředí se cítí lépe, než lidé v ústavních zařízeních. Tato informace může být podmětná například pro rodiny pečující o seniory, kteří přemýšlí o umístění starého člena rodiny do zařízení pro seniory.

Tato práce může být také impulzem pro nové zkoumání problematiky stáří a kvality života. V rámci resocializační pedagogiky by bylo zajímavé zjistit kvalitu života seniorů ve výkonu trestu odnětí svobody a porovnat s výsledky běžné seniorské populace.

Vzhledem k vývoji společnosti a stárnutí populace je nutné vzdělávat seniory a zapojovat je co nejdéle do produktivní fáze života. Proto je zapotřebí vzdělávat je i v oblasti kvality života. Je důležité, aby každý ze seniorů věděl, jaké faktory ovlivňují kvalitu života a jak ji může vlastními silami zlepšit. Z tohoto důvodu usuzuji, že problematika kvality života, by měla být více zařazena do vzdělávání seniorů například v rámci univerzit třetího věku.

Problematika stáří a kvality života nepatří pouze starým lidem. Toto téma by mělo být zapojeno především do výchovných a vzdělávacích programů dětí. Současná generace mladých lidí se ke stáří staví velmi negativně. Stáří je bráno jako překážka či problém. Senioři jsou považováni za přítěž společnosti, přitom stáří přináší bohaté znalosti a zkušenosti. Dle mého názoru by bylo přínosem nejen pro širokou společnost, ale i pro samotné seniory podpořit a navrátit mezigenerační soudržnost. Zařadit seniory do společnosti jako plnohodnotné občany a využít jejich životní znalosti a zkušenosti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing, 2016. 2 svazky (240; 318 s). ISBN 978-80-247-5147-4.

BUDÍKOVÁ, Marie, Maria KRÁLOVÁ a Bohumil MAROŠ. *Průvodce základními statistickými metodami*. Praha: Grada, 2010. 272 s. ISBN 978-80-247-3243-5.

BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada Publishing, 2016. 228 s. ISBN 978-80-247-5333-1.

CARR, Alison J., GIBSON, Barry, ROBINSON a Peter G. *Is Quality of Life determined by Expectations and Experience?* British Journal of psychiatry., 2001. č. 322, s. 1240-1243.

ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. 152 s. ISBN 978-80-246-3404-3.

ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 2014. 238 s. ISBN 978-80-247-4544-2.

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.

DRAGOMIRECKÁ, Eva. *Squela: Subjective quality of life analysis : příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. 68 s. ISBN 8085121476

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

DRAGOMIRECKÁ, Eva, ŠKODA, Ctirad. *Kvalita života. Vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii*. ČS Psychiatrie., roč. 93, 1997. č. 2.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1.vyd. Praha: Grada, 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. České vyd. Přeložil Vladimír JÚVA, přeložila Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido, 2010. 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0.

GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

GREGOR, Ota. *Stárnout, to je kumšt*. 2. vyd. Praha: Olympia, 1990. 139 s. ISBN 80-7033-040-6.

- GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. 223 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990. 407 s. ISBN 80-7038-158-2.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2., podstatně přeprac. a dopl. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén, c2012. 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.
- HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013. 96 s. ISBN 978-80-247-4697-5.
- HOLMEROVÁ, Iva. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada Publishing, 2014. 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.
- HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007. 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8.
- HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. 191 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
- HUDÁKOVÁ, Anna a Ľudmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2013. 115 s. ISBN 978-80-247-4772-9.
- CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2. aktualizované vyd. Praha: Grada, 2016. 254 s. ISBN 978-80-247-5326-3.
- JANDA, Josef. *Zajištění na stáří: jak se co nejlépe připravit na podzim života*. Praha: Grada, 2012. 197 s. ISBN 978-80-247-4400-1.
- JANIŠ, Kamil a Jitka SKOPALOVÁ. *Volný čas seniorů*. Praha: Grada, 2016. 156 s. ISBN 978-80-247-5535-9.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2006. 96 s. ISBN 80-7368-110-2.
- JIRÁK, Roman. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén, c2013. 348 s. ISBN 978-80-7262-873-5.
- KALVACH, Zdeněk. *Geriatry a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
- KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. 399 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

KUBÁTOVÁ, Helena. *Sociologie životního způsobu*. Praha: Grada, 2010. 272 s. ISBN 978-80-247-2456-0.

Kvalita života ve stáří: národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008. 55 s. ISBN 978-80-86878-65-2.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9.

MATOUŠEK, Oldřich a Alois KŘIŠŤAN. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. 570 s. ISBN 978-80-262-0366-7.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.

MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009. 204 s. ISBN 978-80-210-5029-7.

MÜHLPACHR, Pavel. *Scholagerontologica*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 314 s. ISBN 80-210-3838-1.

ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum, 2011. 168 s. ISBN 978-80-246-1997-2.

PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatrická diagnostika*. Praha: Scientia Medica, 1994. 150 s. ISBN 80-85526-32-8.

PACOVSKÝ, Vladimír a Hana HEŘMANOVÁ. *Gerontologie*. Praha: Avicenum, 1981. 298 s. Knižnice praktického lékaře.

PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.

PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015. 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1.

REPLAY, Mark. *Quality of Life Research: A Critical Introduction*. London: Sage, 2003. 278 s. ISBN 978-0-7619-5457-6.

SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012. 225 s. ISBN 978-80-247-3850-5.

SKUTIL, Martin. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál, 2011. 254 s. ISBN 978-80-7367-778-7.

ŠEFFLOVÁ, Markéta. *Psychohygienické aspekty sexuální dimenze kvality života mužů s transverzální míšní lézí v kontextu speciální pedagogiky*. Rigorozní práce., Brno: Masarykova univerzita, 2001.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Lucie SMÉKALOVÁ. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada, 2015. 232 s. ISBN 978-80-247-5446-8.

ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana, Cyril HÖSCHL a Lucie VIDOVIČOVÁ. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2014. 288 s. ISBN 978-80-246-2628-4.

TOKÁROVÁ, Anna. *Kvalita života v kontextech globalizácie a výkonovej spoločnosti: slovensko-polský zborník štúdií a článkov*. Prešov: FF PU, 2002. 262 s. ISBN 80-8068-087-6.

TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

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

VONDRÁČEK, Lubomír, Vlasta WIRTHOVÁ a Jindra PAVLICOVÁ. *Základy praktické terminologie pro sestry: příručka pro výuku a praxi*. Praha: Grada Publishing, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3697-6.

WEBER, Pavel. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 151 s. ISBN 80-7013-314-7.

ZAVÁZALOVÁ, Helena. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. V Praze: Univerzita Karlova, 2001. 97 s. ISBN 80-246-0326-8.

ZRUBÁKOVÁ, Katarína a Štefan KRAJČÍK. *Farmakoterapie v geriatrici*. Praha: Grada Publishing, 2016. 224 s. ISBN 978-80-247-5229-7.

Elektronické zdroje

ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách. 2006. In: *Sbírka zákonů*. Dostupné také z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf.

Gerontologické centrum. *Evropská stříbrná kniha o perspektivách výzkumu v gerontologii podpoře zdraví, prevenci a klinických aspektech onemocnění vyššího věku* [online]. 2008 [cit. 2017-02-16]. Dostupné z: http://www.geriatric.cz/dokumenty/Evropska_stribrna_kniha.pdf

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Národní strategie podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017* [online]. 2012 [cit. 2017-02-16]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13099/Teze_NS.pdf

World Health Organization: *What is „active ageing?“* [online]. 2002 [cit. 2017-02-16]. Dostupné z: http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/

PŘÍLOHY

Příloha A Dotazník subjektivní kvality života SQUALA – česká verze

Příloha B Tabulka – výsledky dotazníků

Příloha C Souhrnný graf kvality života seniorů v domácím prostředí

Příloha D Souhrnný graf kvality života seniorů v pobytovém zařízení soc. služeb

Příloha A Dotazník subjektivní kvality života SQUALA – česká verze

Vážená paní, vážený pane,

Prosíme Vás tímto o účast na výzkumu, který přispěje k poznání, jak lidé staršího věku vnímají svoji vlastní kvalitu života. Dotazník je anonymní, nejdříve prosím vyplňte tu část, která se Vás ptá na to, co je pro Vás v současném životě důležité a poté tu část, která se Vás ptá na to, jak jste s tím, co je pro Vás důležité spokojeni. Děkujeme Vám za spolupráci při výzkumu a přejeme Vám hodně zdraví a osobní spokojenosti a pohody.

Na jednotlivé otázky odpovídejte vyznačením „X“:

1. POHLAVÍ

- a) Žena ☐
b) Muž..... ☐

2. VÁŠ VĚK: _____

3. BYDLÍTE V:

- a) Obci do 10 000 obyvatel..... ☐
b) Městě nad 10 000 do 50 000 obyvatel..... ☐
c) Městě nad 50 000 do 100 000 obyvatel..... ☐
d) Velkoměstě nad 100 000 obyvatel..... ☐

4. UKONČENÉ VZDĚLÁNÍ

- a) Neukončené základní..... ☐
b) Základní..... ☐
c) Střední bez maturity..... ☐
d) Střední s maturitou..... ☐
e) Vysokoškolské..... ☐

5. 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:

- a) Výrazně podprůměrné..... ☐
b) Mírně podprůměrné..... ☐
c) Průměrné..... ☐
d) Mírně nadprůměrné..... ☐
e) Výrazně nadprůměrné..... ☐

6. RODINNÝ STAV

- a) Svobodný/á..... ☐
b) Ženatý/vdaná, s druhem..... ☐
c) Rozvedený/á..... ☐
d) Vdovec/vdova..... ☐

7. MÁTE DĚTI?

- a) Ano ☐ b) Ne ☐
pokud ano, pak počet dětí žijící s vámi ____

8. V JAKÉM PROSTŘEDÍ ŽIJETE?

- a) V domácím prostředí (dům, byt) ☐
b) V pobytovém zařízení soc. služeb (domov pro seniory, DOZP, atd) ☐

HODNOCENÍ DŮLEŽITOSTI

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

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

HODNOCENÍ SPOKOJENOSTI

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

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

Příloha B Tabulka – výsledky dotazníků

Dotazník č.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	Celkem
1	6	9	9	6	8	9	9	8	6	0	0	8	0	9	6	8	0	6	9	4	6	2	16	144
2	12	12	9	9	8	12	3	6	12	6	0	2	0	6	0	6	0	2	9	3	0	6	8	131
3	6	3	9	6	12	12	9	9	4	6	3	0	12	9	9	9	9	6	9	9	12	12	16	191
4	9	6	2	6	9	6	6	0	9	2	4	0	2	9	6	4	4	2	6	6	9	4	16	127
5	3	6	6	6	0	6	4	9	6	9	6	4	4	6	6	6	9	6	2	4	6	8	8	130
6	8	9	4	6	8	6	2	9	4	3	0	0	4	9	16	6	6	4	2	6	4	8	4	128
7	3	8	6	6	9	9	6	12	8	6	0	0	2	9	0	6	9	0	4	4	0	8	8	123
8	9	9	9	12	9	12	9	9	9	2	4	4	4	9	9	6	9	8	8	9	9	12	12	192
9	6	3	4	9	12	12	6	8	2	0	2	2	2	6	8	9	0	2	4	6	8	9	12	132
10	8	3	4	8	9	12	12	16	4	12	6	0	16	12	6	16	4	12	16	0	9	12	12	209
11	8	3	4	8	9	12	12	16	6	12	6	0	16	12	6	16	4	12	16	0	9	12	12	211
12	9	12	12	9	16	16	2	12	6	9	4	0	0	16	12	9	9	3	9	9	0	16	16	206
13	8	8	6	4	3	16	12	12	9	9	0	0	2	4	6	9	9	3	6	4	6	6	9	151
14	3	6	3	9	2	4	4	6	6	4	0	0	2	4	6	9	4	4	6	0	4	8	12	106
15	3	6	6	6	4	12	8	12	12	6	0	2	4	6	12	9	12	0	4	12	0	6	3	145
16	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	8	4	8	8	12	12	12	12	8	8	12	8	8	240
17	6	6	6	6	6	6	4	4	6	6	4	2	1	6	6	8	9	3	6	4	3	4	6	118
18	8	8	8	12	12	12	12	12	12	6	0	2	1	9	9	6	6	6	9	3	9	9	3	174
19	6	12	12	12	12	12	12	12	12	0	0	2	12	12	12	12	2	12	12	12	12	4	4	210
20	12	12	6	9	9	6	9	9	9	6	0	0	0	6	9	6	0	6	4	4	4	3	6	135
21	3	6	9	4	9	6	4	4	6	6	4	0	0	4	4	6	4	6	6	4	6	4	4	109
22	8	16	6	4	6	9	6	3	12	0	0	0	0	4	4	6	0	4	4	4	4	3	6	109
23	4	4	9	6	3	6	12	9	4	3	2	2	3	6	4	9	3	6	9	3	3	12	3	125
24	12	12	12	12	12	12	12	9	9	6	1	1	2	2	2	6	4	6	6	6	6	6	4	160
25	12	12	12	12	12	12	12	12	12	8	8	4	8	8	12	6	8	6	6	4	12	8	12	218
26	16	16	16	16	6	12	4	9	16	6	0	0	4	12	9	6	4	9	6	9	6	2	6	190
27	12	12	12	12	12	12	12	12	12	3	0	0	0	12	12	12	12	12	12	12	16	8	231	
28	9	9	9	9	9	9	6	9	9	9	9	6	0	6	6	9	9	9	9	9	9	9	9	186
29	8	8	6	9	4	12	9	12	12	9	2	4	2	6	6	3	4	4	4	4	4	4	3	139
30	8	12	12	9	3	9	9	9	12	9	0	1	4	6	9	8	6	8	8	12	8	6	9	177
31	9	9	9	9	9	9	9	9	9	6	2	4	0	2	6	9	2	6	6	9	9	4	4	150
32	4	8	16	16	8	6	12	12	6	6	4	4	4	4	4	8	4	6	8	2	4	6	4	156
33	16	16	16	12	8	12	12	12	16	12	12	1	8	0	0	8	6	8	8	4	16	16	16	235
34	4	8	12	12	8	6	9	9	9	9	2	0	0	4	2	9	0	9	6	4	9	3	6	140
35	12	16	16	12	16	16	12	12	16	8	0	2	1	9	9	9	6	6	6	4	6	2	3	199
36	8	6	8	8	6	9	6	6	8	6	4	4	4	6	6	8	6	6	9	6	4	6	9	149
37	9	16	4	8	9	6	6	9	16	6	3	2	12	2	2	0	6	0	0	4	4	6	16	146
38	12	12	9	9	9	16	9	12	16	16	9	4	6	9	9	9	9	9	9	4	6	9	9	221
39	0	4	4	8	8	8	8	6	4	2	12	12	6	12	12	8	0	0	8	16	16	0	8	162
40	16	16	12	12	12	12	12	16	16	12	0	4	0	12	8	16	8	6	16	8	8	8	16	246

Dotazník č.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	Celkem
41	16	16	16	16	16	16	16	16	16	12	0	6	0	16	16	8	8	16	16	16	16	4	16	294
42	8	12	12	12	12	12	12	12	8	12	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	190
43	4	3	3	12	6	9	12	9	16	12	0	2	2	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	150
44	8	8	6	9	3	9	4	6	12	6	0	2	4	4	4	4	3	3	6	4	6	4	6	121
45	8	12	9	9	6	9	9	9	12	2	0	1	2	4	4	6	6	6	6	2	6	6	6	140
46	8	8	8	12	4	9	9	9	12	3	0	3	1	4	4	6	2	6	4	4	6	9	6	137
47	8	12	12	16	8	12	6	9	12	4	0	3	0	4	4	3	4	3	4	4	3	6	2	139
48	6	6	3	12	6	12	16	12	6	12	2	0	0	16	4	3	12	12	9	16	12	3	6	186
49	16	6	12	12	3	12	12	12	12	12	0	0	4	12	4	12	12	12	12	12	12	12	12	225
50	6	6	6	9	6	9	9	9	6	6	0	2	0	9	9	6	0	6	6	6	6	6	9	137
51	6	6	6	9	3	6	6	6	6	6	0	1	0	6	4	6	0	4	6	2	3	6	9	107
52	6	6	9	9	9	4	8	0	6	0	0	0	4	4	9	6	0	6	6	0	6	4	4	106
53	16	16	16	12	6	12	12	12	16	16	0	1	0	12	9	16	0	16	16	2	8	6	9	229
54	16	8	16	16	16	9	9	6	9	2	0	1	0	3	8	9	9	16	16	8	12	16	16	221
55	12	9	12	12	6	9	12	12	12	6	0	2	1	9	4	8	4	6	12	12	8	3	4	175
56	16	8	8	12	3	12	12	12	6	0	0	3	3	12	9	6	0	3	9	2	3	6	6	151
57	8	6	6	6	6	9	9	6	6	4	4	2	2	6	6	4	4	6	6	2	4	4	4	120
58	16	16	12	12	12	12	12	12	12	12	4	4	4	12	12	12	12	16	12	12	12	16	8	264
59	12	9	9	8	9	12	4	9	8	12	4	4	6	9	4	9	4	12	16	4	9	6	6	185
60	6	6	6	9	6	9	9	9	6	4	2	4	4	4	6	6	4	6	6	9	3	4	4	132
61	8	8	8	8	8	12	9	9	6	3	3	2	2	9	9	0	3	3	3	6	6	8	6	139
62	6	6	6	6	3	6	6	6	6	3	0	0	3	6	6	3	3	3	3	2	0	2	4	89
63	8	8	8	9	3	6	6	2	16	4	0	2	2	6	9	8	2	4	4	4	4	6	4	125
64	6	4	3	4	6	9	4	9	6	9	0	1	3	6	9	4	2	12	9	6	12	6	8	138
65	6	6	6	12	12	12	4	12	8	4	0	0	0	8	2	8	4	8	8	4	12	4	6	146
66	6	6	9	9	6	12	12	12	12	12	0	8	4	3	8	9	8	6	6	4	12	12	6	182
67	6	6	6	6	6	6	6	9	6	4	0	2	4	4	4	6	4	2	4	4	6	4	4	109
68	8	6	12	9	6	9	9	9	9	9	0	4	2	4	6	8	4	6	9	4	6	6	6	151
69	8	6	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	203
70	6	6	12	6	6	12	6	12	6	6	0	4	4	6	6	3	1	3	6	6	3	6	6	132
71	8	6	6	8	8	9	8	0	12	0	0	8	4	12	8	6	4	6	6	6	6	12	6	149
72	8	9	9	4	8	6	6	9	12	12	0	0	3	9	6	4	0	12	9	4	9	9	9	157
73	16	12	16	12	6	12	12	12	12	8	6	6	12	16	4	16	4	6	6	4	6	4	4	212
74	6	6	6	6	6	6	6	0	3	6	0	0	0	6	4	6	8	8	6	4	4	3	4	104
75	3	6	6	6	3	9	9	9	9	9	0	8	2	4	4	6	8	6	6	9	3	4	4	133
76	6	9	9	9	9	9	9	9	9	9	0	6	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	192
77	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	8	0	8	12	12	12	12	12	12	8	12	12	12	252
78	3	3	0	2	4	0	16	12	8	0	0	0	8	3	2	4	3	0	6	6	0	0	0	80
79	16	12	12	12	12	9	9	9	12	12	12	1	0	12	8	16	12	12	12	2	12	16	12	242
80	8	6	3	3	2	9	4	9	4	6	2	0	0	4	2	9	2	4	6	2	4	9	2	100

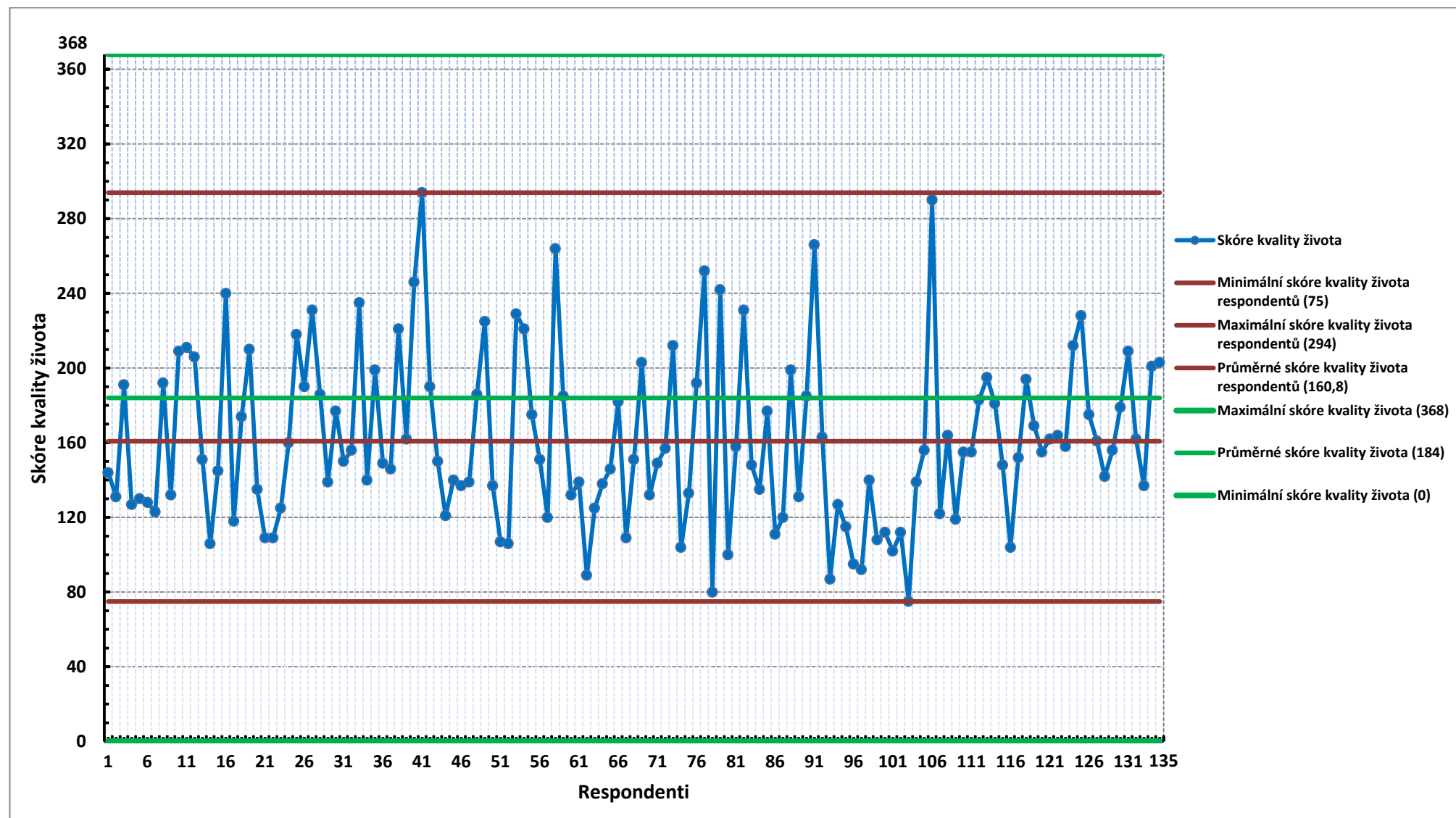
Dotazník č.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	Celkem
81	8	4	4	9	9	16	6	12	6	6	1	2	12	6	4	12	6	6	4	2	8	6	9	158
82	12	16	16	9	12	12	12	8	16	12	8	8	8	8	12	12	12	3	12	8	3	4	8	231
83	6	9	9	9	9	12	4	8	12	4	0	0	9	9	6	9	0	6	3	6	6	6	6	148
84	8	6	6	6	9	9	6	9	9	9	2	4	0	4	4	3	4	3	6	9	6	4	9	135
85	6	6	12	12	12	16	6	12	12	3	2	4	2	8	12	6	6	8	8	6	6	4	8	177
86	6	6	6	4	4	9	6	9	6	4	2	2	2	4	12	6	4	2	4	1	2	4	6	111
87	4	0	9	9	9	9	3	2	8	3	0	0	0	9	9	9	0	0	9	6	9	4	9	120
88	8	16	8	9	3	12	9	16	16	6	0	4	6	2	6	12	6	12	12	12	12	6	6	199
89	6	6	6	6	6	9	6	9	6	4	2	2	2	9	6	6	3	6	6	4	6	6	9	131
90	12	12	12	12	12	1	12	0	12	12	1	1	12	4	4	6	2	12	6	4	12	12	12	185
91	8	16	16	16	8	16	16	12	16	16	0	2	4	9	16	16	9	16	16	12	16	4	6	266
92	12	12	12	9	6	12	9	9	12	9	3	4	6	2	6	8	2	3	6	3	3	9	6	163
93	3	6	4	12	3	6	4	9	6	0	0	2	0	4	4	4	0	2	1	0	2	6	9	87
94	6	8	6	8	8	4	4	16	6	3	4	2	0	4	4	8	6	6	4	4	4	8	4	127
95	8	4	8	4	8	4	4	3	6	3	1	2	6	6	6	6	3	4	9	6	6	4	4	115
96	8	4	4	4	4	3	6	3	3	4	1	1	4	4	4	9	1	4	4	6	6	4	4	95
97	8	8	3	6	2	3	6	2	6	3	1	1	4	1	4	2	2	4	6	6	6	4	4	92
98	4	8	4	12	6	12	12	9	6	9	2	1	4	2	6	3	2	6	2	2	4	12	12	140
99	8	8	4	6	2	6	9	4	9	4	1	1	2	2	4	9	1	4	4	2	9	3	6	108
100	8	12	6	6	4	3	4	1	9	6	2	1	4	2	6	9	1	4	6	2	6	4	6	112
101	3	6	6	6	4	3	6	3	6	4	0	4	4	4	6	6	6	3	6	6	6	2	2	102
102	6	9	6	8	3	6	4	6	9	9	0	0	0	6	6	6	6	3	3	2	6	4	4	112
103	3	0	3	4	4	0	6	0	4	2	0	2	4	3	6	4	4	4	9	9	0	0	4	75
104	6	9	6	8	6	4	6	0	12	4	4	2	2	6	6	6	6	8	6	9	8	9	6	139
105	6	6	6	9	6	9	12	12	6	6	0	2	16	9	4	9	6	6	6	4	8	4	4	156
106	12	12	12	12	12	16	16	16	16	12	6	6	9	9	12	16	16	12	16	16	16	12	8	290
107	6	6	6	6	6	6	4	6	6	6	2	2	4	3	6	9	4	6	6	4	6	6	6	122
108	16	16	16	4	4	9	12	12	12	6	3	2	0	4	3	4	8	6	4	6	9	4	4	164
109	8	8	8	12	8	6	6	9	6	3	6	0	0	8	4	3	6	0	3	6	3	3	3	119
110	12	12	12	12	3	9	9	9	9	9	0	0	2	9	9	6	0	3	6	6	6	6	6	155
111	12	12	12	12	3	9	9	9	9	9	0	0	2	9	9	6	0	3	6	6	6	6	6	155
112	12	12	12	12	6	12	6	12	12	12	9	1	2	12	8	6	4	3	6	6	6	6	6	183
113	12	12	12	12	12	12	6	12	12	6	0	2	4	9	12	6	6	9	9	6	12	4	8	195
114	8	8	8	16	8	12	16	6	16	2	2	2	2	16	9	4	2	2	8	6	12	4	12	181
115	4	6	3	6	6	3	9	16	9	8	3	0	0	8	2	4	12	4	16	16	3	6	4	148
116	4	4	8	16	8	2	4	2	8	16	4	0	0	4	6	6	2	0	6	4	0	0	0	104
117	6	8	8	9	9	12	12	12	9	9	2	3	0	9	4	6	4	4	6	4	6	4	6	152
118	12	12	12	12	9	3	12	0	12	9	9	12	1	12	12	12	0	6	12	4	6	3	12	194
119	9	6	6	9	9	9	4	4	6	9	0	2	2	12	12	12	4	6	12	4	16	12	4	169
120	8	12	9	9	6	6	4	9	9	6	2	2	4	9	9	12	2	6	6	6	6	4	9	155

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	Celkem
Dotazník č.																								
121	8	9	16	4	6	16	3	12	9	4	4	4	2	12	16	9	1	2	6	3	3	9	4	162
122	12	6	9	12	12	12	12	12	12	12	0	4	0	6	4	6	0	6	6	6	6	3	6	164
123	8	12	12	12	6	12	6	12	8	9	4	4	0	4	4	8	0	9	3	2	3	8	12	158
124	16	16	16	9	9	0	6	9	16	4	0	3	0	4	12	4	4	4	16	16	16	16	16	212
125	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	8	4	4	8	8	12	8	12	12	8	12	8	4	228
126	12	9	6	12	6	9	12	9	12	8	4	1	2	12	12	6	9	6	6	4	6	6	6	175
127	6	9	6	12	4	12	6	12	9	12	4	4	0	6	8	8	0	9	9	2	6	8	9	161
128	6	6	6	6	6	6	6	6	9	6	0	0	1	9	6	9	6	9	9	9	9	6	6	142
129	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	3	2	2	9	9	9	4	4	4	4	4	6	6	156
130	6	9	12	12	3	12	9	9	9	6	6	6	9	6	6	9	6	6	6	9	8	3	12	179
131	12	12	16	16	16	16	12	9	12	6	3	12	0	9	9	4	2	4	9	9	3	9	9	209
132	6	9	9	6	6	8	12	4	12	6	6	4	6	9	6	9	6	6	12	4	6	6	4	162
133	8	6	6	4	9	9	8	8	6	6	2	0	4	12	4	4	2	3	8	12	8	4	4	137
134	12	9	9	9	12	9	9	12	9	9	9	2	4	9	9	9	6	9	9	9	9	9	9	201
135	12	12	12	12	12	12	8	12	12	4	3	6	3	12	6	12	3	12	12	6	12	4	4	203

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	Celkem
Dotazník č.																								
136	8	4	9	9	9	9	9	9	4	0	0	3	9	6	1	9	0	8	9	3	6	6	6	136
137	6	12	16	12	6	3	9	9	12	16	9	0	9	9	9	9	0	4	3	9	6	6	9	183
138	4	12	3	9	8	12	6	9	9	0	0	3	9	9	9	6	0	6	6	9	6	6	6	147
139	12	6	4	9	6	6	9	9	8	0	0	0	12	9	6	6	0	3	6	6	4	4	9	134
140	9	6	9	9	12	6	9	6	9	0	0	4	9	16	0	3	0	9	9	6	9	6	6	152
141	0	0	3	16	6	9	3	9	6	1	3	9	0	4	6	6	0	12	9	9	8	6	9	134
142	12	12	12	12	3	12	9	6	12	0	0	9	9	6	6	6	0	6	9	6	12	0	9	168
143	12	12	9	12	8	12	9	6	12	0	0	9	9	9	6	6	0	6	9	6	12	0	6	170
144	4	6	6	9	0	6	9	9	6	6	0	4	6	9	9	3	0	4	4	2	4	4	6	116
145	4	6	9	9	9	9	9	9	9	8	4	8	6	6	6	6	6	6	6	6	6	4	8	159
146	12	9	9	9	6	9	9	9	9	0	0	0	6	6	9	12	0	6	8	6	3	4	9	150
147	4	4	9	9	9	9	9	9	0	9	0	2	0	9	9	9	0	3	9	9	8	3	9	141
148	4	8	6	6	2	9	9	9	6	0	0	0	9	9	2	9	0	3	0	9	6	2	0	108
149	6	9	3	9	3	6	6	9	9	4	0	9	1	9	9	9	0	3	6	9	6	6	6	137
150	6	9	6	9	6	9	6	9	6	0	0	0	4	9	9	12	0	12	6	6	8	6	3	141
151	3	6	6	6	6	9	6	9	3	0	0	2	6	9	4	16	0	0	6	9	4	4	6	120
152	8	12	9	9	3	12	6	12	12	0	0	0	0	9	9	9	0	9	9	6	8	3	9	154
153	6	3	12	6	8	12	9	6	4	2	1	0	0	16	0	12	2	8	4	4	6	6	6	133
154	6	8	8	9	4	12	6	9	8	3	1	0	0	8	0	16	0	6	16	2	2	12	8	144
155	6	8	8	6	3	12	4	9	8	6	2	0	2	16	2	16	2	6	16	0	3	12	8	155
156	8	6	4	6	4	12	2	3	8	2	8	1	0	6	0	4	0	1	2	0	2	4	0	83
157	4	8	8	6	3	6	9	8	8	8	0	0	0	12	12	6	6	3	4	4	8	4	4	131
158	16	16	9	9	9	9	9	16	16	1	2	0	0	2	16	16	0	0	0	0	1	1	0	148
159	0	3	6	9	12	16	6	12	6	3	0	0	12	12	0	12	0	4	9	0	4	3	6	135
160	8	9	9	6	12	16	2	16	16	0	0	0	16	9	0	9	0	0	2	2	0	4	9	145
161	4	6	6	12	16	4	16	4	12	3	2	2	2	6	6	9	0	6	9	6	3	6	9	149
162	6	6	6	6	6	12	4	12	4	4	0	0	0	4	3	12	0	4	6	2	6	2	6	111
163	3	2	6	4	9	9	4	9	2	4	0	2	0	6	4	9	4	4	4	2	4	6	9	106
164	16	9	9	6	16	6	16	9	8	6	0	2	0	9	6	9	0	3	3	6	6	9	9	163
165	2	2	6	6	9	9	2	6	2	6	0	0	0	4	4	12	2	4	6	4	6	3	8	103
166	4	3	6	9	3	12	9	9	6	3	0	2	2	6	6	9	3	6	9	6	9	6	9	137
167	6	6	9	6	6	6	6	0	4	2	0	0	0	9	0	6	2	4	4	6	2	4	6	94
168	9	9	9	4	2	4	4	0	6	0	0	2	6	6	6	6	2	2	6	6	2	6	6	103
169	3	3	3	4	6	6	6	4	3	3	2	2	4	6	2	6	0	6	6	1	6	6	6	94
170	3	3	3	4	4	6	6	4	3	6	0	2	2	4	4	6	0	6	6	1	4	4	4	85

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	Celkem
Dotazník č.																								
171	9	4	3	4	6	2	2	6	4	3	9	6	2	6	3	6	3	6	4	6	9	4	6	113
172	3	3	4	4	4	6	4	2	3	1	0	1	2	6	2	6	0	4	4	4	4	3	3	73
173	8	4	6	6	3	6	4	6	3	3	1	1	2	2	2	6	4	4	4	2	4	3	2	86
174	6	3	6	6	6	9	4	4	3	6	0	0	2	6	6	6	4	4	4	4	4	4	6	103
175	3	0	0	4	2	6	4	4	0	3	1	1	9	4	4	6	1	3	2	3	4	2	2	68
176	3	0	0	4	4	6	4	9	6	4	8	0	4	6	4	6	8	4	4	1	6	4	4	99
177	3	3	6	6	4	6	6	3	3	6	0	1	1	4	4	9	4	6	6	2	4	4	6	97
178	0	0	0	2	3	6	6	6	0	4	0	0	12	6	2	3	0	3	3	2	1	3	2	64
179	9	12	12	12	3	12	8	12	12	3	0	0	12	12	12	12	2	0	6	4	6	6	6	173
180	8	12	3	6	6	16	16	8	12	6	2	2	12	12	4	8	4	6	6	8	12	0	8	177

Příloha C Souhrnný graf kvality života seniorů v domácím prostředí



Příloha D *Souhrnný graf kvality života seniorů v pobytovém zařízení soc. služeb*

